



5007-4. SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN LA ERA COVID. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marina Segur García, Leire Goñi Blanco, Pablo Bazal Chacón, Raúl Ramallal Martínez, Guillermo Sánchez Elvira, Baltasar Lainez Plumed, Pablo Legarra Oroquieta, David Aritza Conty Cardona, Pablo Raposo Salas, Lorena Malagón López, Nerea Mora Ayestarán, Marina Oliver Ledesma, Betel Olaizola Balboa, Alba Sádaba Cipriain y Valeriano Ruiz Quevedo

Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos sugieren una variación respecto al número, forma de presentación y manejo de los síndromes coronarios agudos (SCA) durante la pandemia Covid19.

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo de los pacientes diagnosticados SCA con y sin elevación del ST a los que se realizó coronariografía en nuestro centro entre el 15 de marzo y 15 de mayo de 2019 (etapa preCovid) y del año 2020 (etapa Covid). Analizamos las características basales, presentación clínica y evolución, incluyendo exitus y presencia de eventos adversos mayores cardiovasculares -MACES- (combinado de infarto, accidente cerebrovascular o fenómeno embólico y mortalidad cardiovascular).

Resultados: Se atendieron 107 pacientes con SCA durante la etapa preCovid, registrando un descenso de ingresos del 22,4% por SCA durante etapa Covid. No hubo diferencias entre ambas etapas en antecedentes personales ni características basales, a excepción de la obesidad (tabla). La mayoría de los pacientes se clasificaron como Killip I en ambas fases, con tendencia no significativa a mayor proporción de Killip IV en 2019 (7,48 vs 4,82%). No se encontraron diferencias significativas entre la localización del SCA, el número de vasos afectados, marcadores de daño miocárdico ni FEVI al alta (fig. A). En la etapa Covid se registró un total de 5 positivos para Covid19 por PCR, debutando todos ellos como SCASEST. 3 de ellos fueron inicialmente etiquetados como infarto sin enfermedad aterosclerótica obstructiva y, tras completar el estudio, diagnosticados de miocarditis. Los pacientes en etapa Covid presentaron menor estancia hospitalaria media ($5,61 \pm 4,19$ vs $7,96 \pm 5,98$ días; p 0,001), menor tasa de complicaciones trombóticas (1,2 vs 7,5%; p 0,04) y se asoció en los modelos multivariados con menor mortalidad intrahospitalaria por todas las causas (1,2 vs 9,35%; OR: 0,07; IC95%: 0,01-0,89) y menor índice de MACES (OR: 0,16; IC95%: 0,04-0,61) (fig. B).

Características basales de los SCA (n = 190)

	Pre-covid (n = 107)	Covid (n = 83)	p
Número casos	107 (56,32%)	83 (43,68%)	-

Sexo	Hombre	78 (72,90%)	64 (77,11%)	0,508
	Mujer	29 (27,10%)	19 (22,89%)	
Edad (años \pm DE)		66,60 \pm 12,40	66,72 \pm 11,55	0,528
Hipertensión arterial		62 (57,94%)	47 (56,63%)	0,855
Dislipemia		46 (75,40%)	30 (62,50%)	0,251
Diabetes		27 (25,23%)	18 (21,69%)	0,568
Obesidad		30 (28,04%)	12 (14,46%)	0,025
Tabaquismo activo		27 (25,23%)	25 (30,12%)	0,451
Exfumadores		33 (30,84%)	29 (34,94%)	
Enfermedad renal crónica		10 (9,35%)	7 (8,43%)	0,827
Enfermedad arterial periférica		11 (10,28%)	9 (10,84%)	0,900
Accidente cerebrovascular		10 (9,35%)	12 (14,46%)	0,275
SAOS		8 (7,48%)	6 (7,23%)	0,948
EPOC		9 (8,41%)	7 (8,43%)	0,996
Fibrilación auricular		14 (13,08%)	7 (8,43%)	0,311
Antecedentes familiares de CI		16 (14,95%)	8 (9,63%)	0,264
Cardiopatía isquémica previa		25 (23,36%)	29 (34,94%)	0,079
FEVI previa (%)		58,29 \pm 8,03	54,96 \pm 10,98	0,059

N: número; SCA: síndromes coronarios agudos; DE: desviación estándar; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; CI: cardiopatía isquémica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Datos de interés del ingreso y riesgo de exitus y MACES en etapa Covid.

Conclusiones: Se registró un descenso marcado de ingresos por SCA y de estancia hospitalaria media durante la etapa Covid. El menor porcentaje de pacientes Killip IV y la mejor evolución en términos de morbimortalidad en la etapa Covid sugieren una infrarrepresentación en la atención hospitalaria de pacientes con SCA de mayor gravedad que podría justificar, en parte, el exceso de mortalidad extrahospitalaria no atribuible a Covid19 registrado durante esta etapa.