



6003-4. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TIEMPOS DE PANDEMIA, ¿CÓMO HA AFECTADO? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona Carmona, Diego Félix Arroyo Moñino, Inés Sayago Silva, Néstor García González y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 causa millones de muertes, directas e indirectas (retrasos diagnósticos, terapéuticos, cambio de dinámica de trabajo en centros sanitarios, etc.). Así, se ha detectado repercusión en los pacientes que sufren síndrome coronario agudo (SCA), empeorando su pronóstico. Analizamos esta influencia en nuestra población diana.

Métodos: Comparativa observacional retrospectiva de pacientes ingresados en nuestra unidad coronaria (UCC) por SCA en el año de pandemia (AP), del 15/03/2020-14/03/2021, frente a ingresados por SCA los dos años previos (años comparativos [AC]), 15/03/2018-14/03/2020. Tiempo de asistencia expresado en minutos, con mediana e intervalo intercuartílico. Se usó χ^2 y U de Mann-Whitney, significativa p 0,05.

Resultados: Incluimos 705 pacientes con SCA, 257 ingresados en AP y 448 en AC. 457 (64,8%) pacientes del total con elevación del ST (SCACEST). Edad media de $63,10 \pm 12,34$ años, el 73,9% eran varones, sin diferencia significativa entre los grupos de estudio. No encontramos diferencias en el perfil de riesgo: tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, arteriopatía periférica, cardiopatía previa o antecedentes familiares. Puntuación TIMI, GRACE, CRUSADE, tensión sistólica y frecuencia cardiaca al ingreso similares. El 28,8% de pacientes ingresaron pasadas 48h del inicio de los síntomas el AP, frente al 12,9% en AC (p 0,001). La diferencia fue mayor en SCACEST (29,9 vs 9,3%; p 0,001) que en sin elevación del ST, SCASEST (26,7 vs 19,6%, no significativo). En SCACEST hubo mayor retraso en el tiempo al primer contacto, sin retraso significativo en el tiempo a angioplastia primaria. En SCASEST hubo mayor retraso en primer contacto y en llegada al hospital, sin retraso significativo en la coronariografía (tabla). Resultó significativa la diferencia entre los pacientes que recibieron bloqueadores beta en urgencias (4,3% en AP vs 15,2% en AC) y en la hospitalización (78,6% en AP vs 86,8% en AC). El uso de IECA en UCC fue menor el AP (50,6 vs 63,8%). No se detectaron diferencias entre grupos en tasa de complicaciones ni supervivencia media, sin embargo, la hospitalización se acortó el AP ($11,04 \pm 30,08$ días vs $17,69 \pm 51,47$ días en AC).

ST no elevado

ST elevado

AC min (med, I)

AP min (med,I)

AC min (med,I)

AP min(med,

Tiempo a primer contacto	69 (30, 243)*	143 (44, 775)	48 (25, 138)*	76 (30,238)
Tiempo a hospital	176 (94, 473)*	241 (136, 1417)	157 (91, 288)	185 (109, 40)
Tiempo a coronariografía	3231 (1410, 5790)	2949 (1821, 5595)	230 (140, 540)	250 (160, 89)

*p 0,05; AC-años comparativos; AP-año de pandemia. Min-minutos, med-mediana, I-intervalo intercuartílico.

Conclusiones: En nuestro caso, la pandemia ha variado la gestión del SCA, aumentando el tiempo hasta la atención médica, pero acortando los tiempos hospitalarios. No hemos detectado cambios en el perfil epidemiológico de los pacientes ni en el resultado clínico.