



6005-13. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN EL ESTUDIO DE DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Natalia Suárez Fuentetaja, José María García Acuña, Pedro Rigueiro Veloso, Diego Iglesias Álvarez, Rosa Agra Bermejo, Martín Fernández Díaz, Alessia Guerra Martinuzzi, Juan Bautista Ortolá Devesa y José Ramón González Juanatey

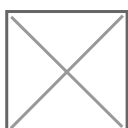
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción y objetivos: La lesión en el miocardio y pericardio es una de las consecuencias de la infección por el coronavirus SARS-CoV-2, durante y posinfección. La troponina (TNIhs) es un factor pronóstico independiente de gravedad y mortalidad por coronavirus (COVID).

Métodos: Estudio observacional de 976 pacientes de Urgencias con sospecha clínica de infarto, durante 6 meses de la pandemia. El algoritmo de infarto genera 3 grupos de pacientes: alta precoz (TNIhs basal 3 ng/ml e inferior a 5p99) e ingreso en coronarias (TNIhs basal > 5p99 o electrocardiograma con alteraciones significativas). El grupo observacional pasará a coronarias si se cumple que al menos una TNIhs > p99 y que exista entre ambas determinaciones un delta: superior a 50% (TNIhs basal p99). Los pacientes del grupo observacional se clasificaron según su infección por COVID. Se compararon los valores de TNIhs entre ambos grupos (U Mann-Whitney) en función del sexo. Criterios de exclusión: sepsis, tromboembolia, hemorragia, embarazo, infarto reciente, cirugía cardíaca inferior a 1 mes y enfermedad renal crónica, por elevar de manera inespecífica la TNIhs, así como el infarto agudo que pasa a coronarias.

Resultados: De mayo a octubre del 2021, 976 pacientes (61 ± 21 años; 55% varones) consultan en Urgencias por clínica sugestiva de infarto. 89 tuvo TNIhs 5p99. De los pacientes en observación, ningún paciente COVID tuvo eventos coronarios, frente a 44 no COVID que sí tuvieron infarto. El análisis comparativo de TNIhs entre pacientes COVID vs no COVID de observación (tras la exclusión de 114 descrito en métodos) muestra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: COVID Me = 7 ng/l, IQR [5-10] vs no COVID Me = 11 ng/l, IQR [6-22]; p 0,01, aunque no existe relevancia clínica y ninguno supera el p99.



Algoritmo diagnóstico del IAM durante la pandemia por COVID-19.

Conclusiones: La sobrecarga asistencial se ha visto afectada por el elevado porcentaje de pacientes COVID que consulta por dolor torácico (35%) y presenta valores de TNIhs detectables. Los valores TNIhs en Urgencias no fueron superiores en los pacientes con COVID, que se pueden manejar en Urgencias con el mismo algoritmo de infarto.