



5007-3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DE ST ATENDIDOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Nicolás Manuel Maneiro Melón, Sergio Huertas Nieto, María Guisasola Cienfuegos, Ana Lareo Vicente, Aníbal Ruiz Curiel, Macarena Otero Escudero, Julio García Tejada, Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González Trevilla, Roberto Martín Asenjo, Héctor Bueno, Rafael Salguero Bodes, Fernando Arribas Ynsaurriaga, Iván Gómez Blázquez y Fernando Sarnago Cebada

Servicio de Cardiología Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La pandemia por COVID-19 con la declaración de estado de alarma, ha saturado los servicios de emergencias, amenazando la asistencia del infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST). La información sobre características clínicas y pronósticas de los pacientes con IAMCEST en la pandemia es escasa.

Métodos: Se revisaron las alertas dentro del código infarto entre 1/marzo/2019-1/mayo/2020 de un centro de referencia para angioplastia primaria en una región con alta incidencia de COVID-19. Se excluyeron los pacientes no diagnosticados al alta de IAMCEST. Se constituyeron dos grupos: uno con los atendidos en el estado de alarma (EA, 14/marzo-1/mayo/2020), y el segundo, abarcando el resto del tiempo, con los tratados fuera del estado de alarma (noEA). Se realizó un estudio comparativo de características clínicas y pronóstico intrahospitalario entre ambos grupos.

Resultados: En el periodo analizado se trataron 510 pacientes. 424 (EA 58, noEA 366) fueron diagnosticados al alta de IAMCEST. No hubo diferencias en el número de pacientes con diagnóstico final de no IAMCEST (EA 12 vs noEA 17%; $p = 0,27$). En EA solo hubo un caso de miocarditis y ninguno de miocardiopatía de estrés. No se objetivaron diferencias en las características clínicas (tabla). En EA, el 10% de los pacientes presentaron infección por COVID-19. En EA se incrementó el tiempo desde el comienzo de síntomas hasta el diagnóstico de IAMCEST (mediana-rango intercuartílico, 1,9-3,2 vs 1,3-2,2 horas; $p = 0,04$), sin diferencias en el tiempo desde el diagnóstico a reperusión ni en el de isquemia total. Con respecto al endpoint combinado de mortalidad, ictus o infarto intrahospitalario, no hubo diferencias significativas (EA 12 vs noEA 8%; $p = 0,29$). El reinfarto fue mayor en EA (7 vs 2%; $p = 0,04$). La trombosis de stent fue numéricamente mayor en EA (5 vs 1%; $p = 0,06$), todas en pacientes sin COVID (fig.). La estancia hospitalaria fue menor en EA (media $\pm$ desviación estándar; $4,6 \pm 3,2$ vs $8,0 \pm 11,6$ días; $p = 0,01$).

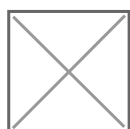
Características clínicas

Variables	Total (n = 424)	No alarma (n = 366)	Alarma (n = 58)	p
-----------	-----------------	---------------------	-----------------	---

Edad años, media $\pm$ DE	63,9 $\pm$ 13,5	64,2 $\pm$ 13,6	62,0 $\pm$ 13,4	0,25
Sexo femenino, n (%)	110 (26)	98 (27)	12 (21)	0,33
Tabaquismo activo, n (%)	161 (38)	136 (37)	25 (43)	0,39
Hipertensión, n (%)	236 (56)	206 (56)	30 (52)	0,52
Dislipemia, n (%)	218 (51)	189 (52)	29 (50)	0,82
Diabetes mellitus, n (%)	115 (27)	100 (27)	15 (26)	0,88
IRC (FGE < 60 ml/min/1,73 m ²), n (%)	106 (25)	93 (25)	13 (22)	0,62
PCR previa a angioplastia primaria, n (%)	60 (14)	51 (14)	9 (16)	0,75
Infarto anterior, n (%)	195 (46)	165 (45)	30 (52)	0,35
Enfermedad multivaso, n (%)	166 (39)	142 (39)	24 (41)	0,71
Shock cardiogénico, n (%)	67 (16)	61 (17)	6 (10)	0,22
FEVI < 40%, n (%)	77 (18)	66 (18)	11 (19)	0,88
Tiempo de isquemia horas, mediana (RIC)	3,2 (2,68)	3,2 (2,5)	4,1 (3,4)	0,15
Tiempo síntomas-diagnóstico horas, mediana (RIC)	1,4 (2,3)	1,3 (2,2)	1,9 (3,2)	0,04*
Tiempo diagnóstico-reperusión horas, mediana (RIC)	1,6 (1,0)	1,6 (1,0)	1,6 (0,9)	0,45
Flujo TIMI 0-1 después de angioplastia	19 (4)	15 (4)	4 (7)	0,31

Tromboaspiración	132 (31)	110 (30)	22 (38)	0,23
No-reflow	27 (6)	22 (6)	5 (9)	0,45
Revascularización completa intrahospitalaria	330 (78)	287 (78)	43 (73)	0,34

DE: desviación estándar; n: número total de pacientes; IRC: insuficiencia renal crónica; FGE: filtrado glomerular estimado; PCR: parada cardiorrespiratoria; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; RIC: rango intercuartílico.



Eventos intrahospitalarios.

Conclusiones: El perfil de los pacientes con IAMCEST ha sido similar durante la pandemia por COVID-19. En la emergencia se ha incrementado el tiempo al diagnóstico sin repercusión significativa en el tiempo de isquemia total. Aunque limitado por tamaño muestral, nuestro estudio objetivó una mayor incidencia de reinfarto intrahospitalario durante la pandemia, sin objetivarse diferencias significativas en la mortalidad.