

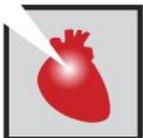
IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL MANEJO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST(IAMCEST)EN EL FUNCIONAMIENTO DE NUESTRO SERVICIO

MEHEUECH, Pablo; CHERRO, Alejandro; BIAGIONI, Corina; ZULITA, German; SAMAJA Gustavo; ALICO, Juan Carlos; BALLARINO, Daniel - Hospital Regional de Río Gallegos



Introducción

- El IAMCEST es una enfermedad de alta morbimortalidad y la reperfusión miocárdica ya sea mediante angioplastia primaria (ATCP) o mediante una estrategia fármaco-invasiva (ATC FI) es el tratamiento de elección.
- En nuestra región desarrollamos el CODIGO INFARTO (Código IAM) que nuclea 14 hospitales de la provincia, con el objetivo de acelerar los tiempos de atención, reducir el tiempo total de isquemia (TTI) y la morbimortalidad.
- La pandemia de COVID-19 provocó cambios significativos en la atención del IAMCEST, con demoras a la consulta, reducción de admisiones, aumento de la mortalidad y de complicaciones.



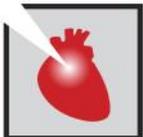
Objetivo

- El objetivo de este estudio es evaluar el impacto que la pandemia por COVID-19 tuvo en el funcionamiento del código infarto en nuestro servicio, en una primera etapa sin circulación comunitaria del virus y una segunda etapa con circulación comunitaria



Métodos

- Se analizaron los datos de los pacientes ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de IAMCEST en el hospital regional de Río Gallegos (HRRG) desde marzo del 2020 hasta julio del 2020, primer etapa de pandemia en Argentina en donde Río Gallegos (RG) se mantuvo como área de no circulación del virus (grupo 1), una segunda etapa desde agosto del 2020 hasta julio del 2021 con elevada y repentina circulación local (grupo 2), y se compararon los resultados con nuestros datos históricos analizados desde agosto del 2018 hasta febrero del 2020, fecha en que el servicio se incorporó en el registro nacional Stent for life (grupo 3)



Resultados

- Se analizaron 70 pacientes, 34 de la etapa COVID y 36 del grupo histórico (grupo 3).
- La mortalidad fue del 10 % (IC95%: 0,25-44) en la primera etapa COVID (grupo 1), del 12,5 % (2,6-32 %) en la segunda etapa COVID (grupo 2) y del 3 % (1-14 %) en el grupo 3, sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, p 0,29.
- La demora del paciente fue de 77 min (rango intercuartil: 35-195 min) en el grupo 2, de 85 min (RIC 50-195) en el grupo 1 y de 60 min (RIC 30-188 min) en el grupo 3, p 0,42.

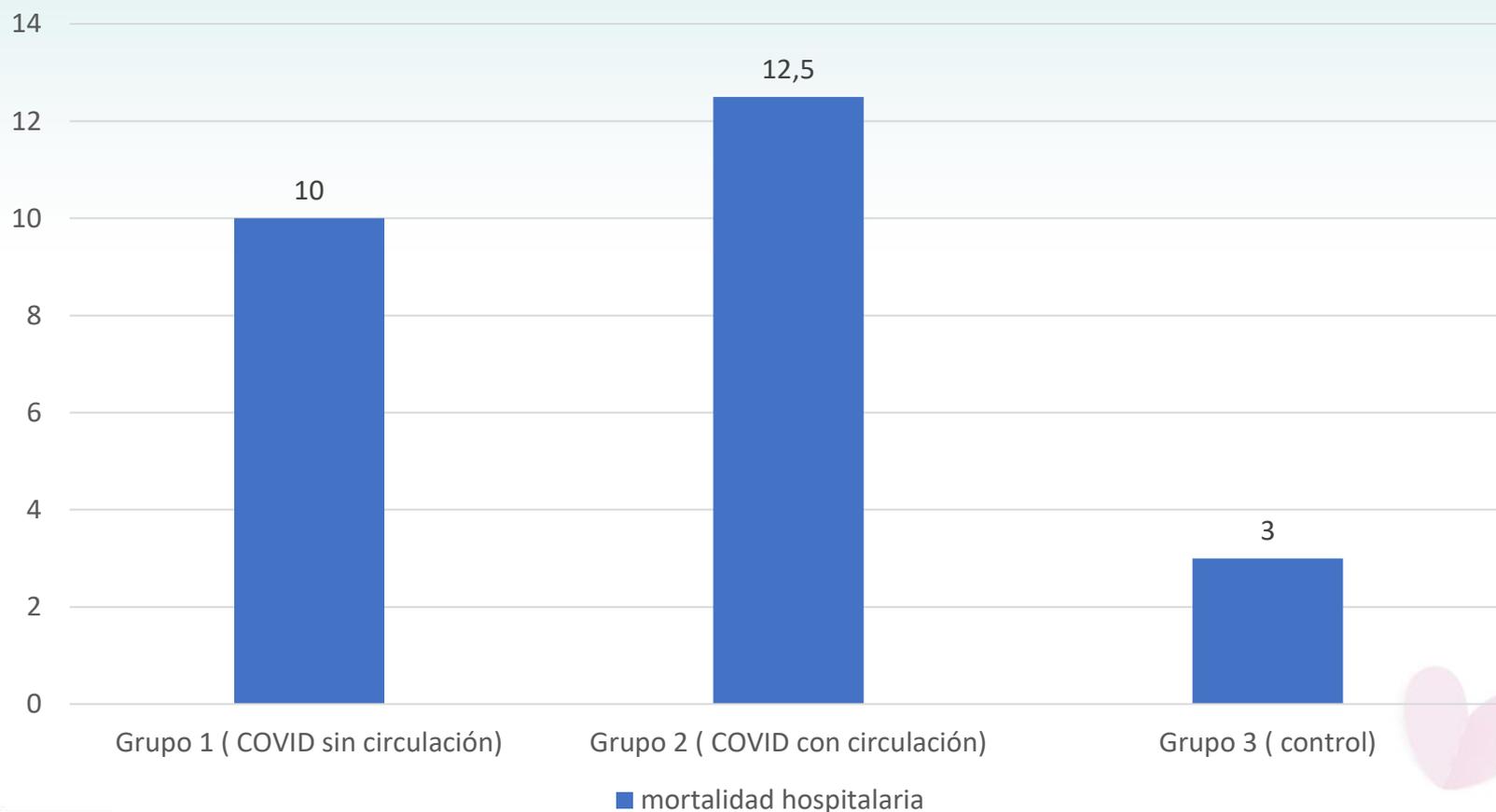


- La demora medico-asistencial (DMA) en el grupo 2 fue de 151 min (RIC 85-180min), en el grupo 1 de 101 min (RIC 82-153min) y en el grupo 3 de 100 min (RIC 87-147min), valor de p 0,34.
- El TTI fue de 231 min (RIC 176-433min) en el grupo 2, de 229 min (RIC 140-410min) en el grupo 1 y de 210 min (RIC 121-380min) en el grupo 3, valor de p 0,45.
- La demora desde la realización del ECG a la llegada de hemodinamia fue de 93 min (RIC 59-120min) en el grupo 2, de 55 min (RIC 36-108min) en el grupo 1 y de 62 min (RIC 42-105min) en el grupo 3, valor de p 0,44.
- Hubo un promedio de 2 infartos por mes en los tres grupos.



Mortalidad hospitalaria

mortalidad hospitalaria



Demoras (componentes)	Total	Grupo control	Grupo 1	Grupo 2	p
Demora del paciente	62 (30-190)	60 (30-188)	85 (50-195)	77 (35-195)	NS
DMA	106 (85-174)	100 (87-147)	101 (82-153)	151 (85-180)	0,34
TTI	220 (142-395)	210 (121-380)	229-140-410)	231 (176-433)	0,45
TPB	89 (65-132)	90 (56-109)	82 (69-132)	85 (70-169)	ns
Tiempo Aguja	45 (30-70)	50 (30-80)	40 (40-40)	45 (30-60)	ns
PCM-ECG	10 (8-20)	10 (9-12)	14 (5-24)	10 (8-31)	ns
ECG-Llegada HD	70 (43-110)	62 (42-105)	55 (36-108)	93 (59-120)	0,44
ECG-Activación	18 (7-50)	15 (6-40)	19 (10-58)	20 (7-52)	ns
Activación-HD	40 (30-60)	35 (30-51)	37 (20-50)	52 (40-75)	ns
Hemo-cuerda	30 (22-40)	30 (24-40)	22 (20-48)	29 (21-40)	ns

Conclusiones

- Se observó un aumento de la mortalidad durante la pandemia por COVID-19 en los pacientes tratados en nuestro servicio, sin alcanzar significación estadística, más acentuada en la segunda etapa con fuerte circulación local del virus. En esta segunda etapa también se evidenciaron demoras más prolongadas en el tiempo desde el PCM a la reperfusión (DMA), en el TTI, en el periodo entre la realización del ECG hasta la llegada a la sala de hemodinamia y en el tiempo de traslado pre-hospitalario del centro local sin hemodinamia.



- En cuanto a la demora del paciente, el tiempo de consulta mas prolongado se observo en el grupo 1 (primer etapa COVID, sin circulación local), quizás en relación al temor vivido en la etapa inicial de la pandemia.
- La cantidad de IAMCEST tratados en nuestro servicio no se vio afectada por la pandemia COVID-19.

