

REGISTRO ARGEN-IAM

47° CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA - 2021

0334 - REPORTE DEL REGISTRO CONTINUO DE INFARTO ARGEN IAM-ST EN EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

D' IMPERIO, Herald | CHARASK, Adrian | GAGLIARDI, Juan | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MACIN, Stella Maris | RODRIGO, Zoni | LOMBARDO, Roberto | TAJER, Carlos D.

Área de Investigación SAC

Introducción: El infarto (IAM) es una patología de alta prevalencia y elevada morbimortalidad en Argentina. En el año 2020 se declaró la pandemia COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 lo cual llevó al sistema de salud a una saturación en la ocupación de camas y redujo el margen para la atención de otras patologías prevalentes. Carecemos de cifras de mortalidad en nuestra población pero esta desatención puede haber tenido un impacto relevante.

Objetivos: Comparar los principales indicadores del IAM en el primer año de pandemia (desde abril 2020 a marzo 2021) con el registro histórico de casos ingresados por IAM en el Registro continuo de infarto.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del registro continuo de infarto ARGEN IAM-ST que incluye pacientes (Pts.) en forma prospectiva con IAM con elevación del segmento ST desde el año 2016. Se realizó una comparación entre el período de abril del año 2020 a marzo del 2021 que fue el primer año de pandemia con los años anteriores como control histórico.

	Período pandemia n= 627	Control histórico N= 3188	p
Consulta por medios propios a la institución, %	43	47	0,11
Pts. Derivados a otra institución para el tratamiento, %	44	50	0,008
Dolor-consulta en min, mediana (RIC)	120 (60-312)	105 (45-240)	<0,001
Dolor ingreso institucional en min, mediana (RIC)	180 (80-442)	130 (60-310)	<0,001
Dolor-primer ECG en min, mediana (RIC)	15 (7-35)	15 (5-35)	0,5
Puerta-aguja en min, mediana (RIC)	75 (36-123)	60 (30-120)	0,11
Ventana FB en min, mediana (RIC)	232 (120-394)	180 (110-300)	0,015
Puerta-balón en min, mediana (RIC)	95 (42-195)	118 (60-232)	<0,001
Ventana ATC en min, mediana (RIC)	335 (190-675)	300 (185-585)	0,16

Resultados: Se analizaron 3815 casos de los cuales 627 corresponden al período de pandemia y 3188 Pts. fueron el control histórico. En el período de pandemia los Pts. fueron más añosos

(62,4±11,7 vs 60,6±11,8 años, p<0,001) y con una menor incidencia de tabaquistas (37% vs 45%, p= <0,001). No se registraron diferencias en cuanto a los demás factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares. En el período de pandemia hubieron menos Pts. derivados de un centro a otro para el tratamiento, 44% en pandemia y 50% en el control (p= 0,008) y se registró mayor tasa de reperfusión con 88% en pandemia y 84% en el control (p= 0,034) a expensas de angioplastia. Los tiempos extrahospitalarios se vieron impactados con demoras: dolor-consulta (120 min. RIC 60-312 vs 105 min. RIC 45-240 min, p<0,001) y dolor-ingreso institucional (180 min. RIC 80-442 vs 130 min. RIC 60-310, p<0,001). El tiempo de reperfusión: puerta-aguja no difirió entre los dos períodos (75 min. RIC 36-123 vs 60 min. 30-120, p=0,1), pero se observó un incremento en el tiempo total de isquemia (232 min. RIC 120-394 vs 180 min. RIC 110-300, p=0,015 respectivamente). El tiempo puerta-balón fue menor en el período pandemia (95 min. RIC 42-195 vs 118min. RIC 60-232, p<0,001), pero sin incremento del tiempo total de isquemia para la angioplastia primaria (335 min. RIC 190-675 vs 300 min. RIC 185-585 p= 0,16). En cuanto a la presentación clínica y complicaciones en el período de pandemia se observó una mayor proporción de infartos de cara anterior, sin diferencias significativas en otras variables de presentación clínica ni complicaciones. La mortalidad en pandemia fue de 9,2% vs 8,6% en el grupo control histórico.

Conclusiones: En el primer año de pandemia se observó internación por infarto en pacientes de mayor edad, dificultades para la derivación, demoras reflejadas en los tiempos de consulta e ingreso a las instituciones, pero con una mayor eficiencia en la angioplastia, reflejada en un menor tiempo puerta balón y que finalmente se traduce en un tiempo total de isquemia similar en los dos periodos y que podría explicar porque la mortalidad no se modificó.