

Impacto de la pandemia por COVID-19 en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca

A principios de diciembre de 2019, se identificaron los primeros casos de neumonía de origen desconocido en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei en China¹. El patógeno se identificó como un nuevo betacoronavirus² de ARN envuelto, que actualmente se ha denominado coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que tiene una similitud filogenética con el SARS-CoV³. La enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) se ha expandido por China y rápidamente a un número creciente de países y con un número de víctimas mortales en ascenso, siendo declarada como una emergencia de salud pública de preocupación internacional por la Organización Mundial de la Salud. Con una gran repercusión en los medios de comunicación y con importantes medidas políticas tomadas tempranamente en Argentina, se acordó en marzo el estado de emergencia pública en materia sanitaria. Dada la evolución de la enfermedad en el mundo y en nuestro país, una semana después, con menos de 100 casos de COVID-19, se declaró el aislamiento social preventivo y obligatorio de la población con el objetivo de frenar la progresión de la enfermedad⁴. Como consecuencia, se ha visto afectado el acceso al sistema de salud y a la atención a otras afecciones, entre ellas el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Recientemente se realizó el primer reporte del impacto del COVID-19 en la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España⁵, donde se observó una disminución del 40% en los procedimientos coronarios en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, con un leve incremento del uso de trombolíticos, que no explicaría esta notable disminución. No es conocido el impacto de las emergencias de salud pública, como la pandemia por COVID-19, en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca.

En el presente análisis describimos el impacto de COVID-19 en el número de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca aguda descompensada en un centro de alta complejidad de cardiología en la Ciudad de Buenos Aires.

Se realizó un estudio de cohorte, con un análisis retrospectivo de datos recolectados prospectivamente. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos ingresados

a este centro, con diagnóstico primario de insuficiencia cardíaca aguda, entre los meses de febrero y marzo del año 2019 y en igual periodo del 2020.

En el periodo febrero-marzo de estos años se internaron un total de 85 pacientes por insuficiencia cardíaca descompensada, correspondiendo 49 (58%) al año 2019 y 36 (42%) al 2020, representando una disminución total de hospitalizaciones del 26.5%, lo que refleja una disminución en el número de admisiones al hospital por insuficiencia cardíaca aguda descompensada.

Poco se conoce del impacto de COVID-19 en la atención de enfermedades cardiovasculares de urgencia, como es la insuficiencia cardíaca o los infartos de miocardio. En un estudio de Tam y col. se describen los tiempos de la intervención coronaria percutánea primaria en el infarto de miocardio con elevación del segmento ST en un centro en Hong Kong, y se comparan estos datos con los de pacientes tratados por la misma enfermedad en ese centro en igual período del año anterior, encontrando un aumento de aproximadamente 3 veces en el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el contacto médico. No hubo una marcada diferencia en el tiempo de puerta-balón entre los grupos⁶.

A nuestro conocimiento esta fue la primera experiencia comunicada sobre la relación entre la pandemia y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Varias hipótesis pueden explicar este fenómeno: un mayor cuidado de los pacientes, con una mayor adherencia a las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas, algo fundamental dado que las trasgresiones en la alimentación y la baja adherencia a los medicamentos son los principales factores desencadenantes de la descompensación en la insuficiencia cardíaca. Otras hipótesis pueden ser: disminución del esfuerzo físico que dificulte reconocer una progresión de los síntomas, el efecto de una intervención médica basada en la telemedicina o bien el escenario más preocupante: que los pacientes, por temor a contagiarse en los hospitales, permanezcan en sus casas con síntomas de insuficiencia cardíaca descompensada sin recibir atención médica. Creemos que el infra diagnóstico por los servicios de emergencia todavía no es un problema, dado que por el momento nuestro sistema de salud no se encuentra sobrepasado por la demanda y en la utilización de recursos, pero esto podría jugar un rol en las próximas semanas.

Otro aspecto a considerar es como se reportará la mortalidad de aquellos pacientes con insuficiencia cardíaca y con COVID-19. En algunos países se informa como causa de fallecimiento la que se entiende fue la que llevó a la muerte al paciente.

Nuestro estudio es un análisis retrospectivo, con las limitaciones inherentes al tipo de diseño. Además, puede haber otras variables no valoradas que influyen los resultados. Para evitar un mayor número de confundidores, solo comparamos los datos con el año anterior.

Deberá ser una responsabilidad de todos los profesionales de la salud, sociedades científicas y las autoridades:

- informar a la población para evitar consultas no necesarias en el sector de emergencias, como así también sobre los síntomas de alarma de enfermedades graves, que deben buscar atención médica inmediata;

- detectar cambios en la atención de enfermedades graves, como el infarto agudo de miocardio o la insuficiencia cardíaca, para poder establecer medidas precozmente.

En este escenario la tele consulta resulta una herramienta valiosa para ampliar el acceso, y para el monitoreo y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Debemos trabajar para darle un marco regulatorio apropiado, y para que se desarrolle y consolide bajo los máximos estándares de calidad, seguridad y ética, valores que atraviesan la práctica en salud en todas sus dimensiones.

Lucrecia M. Burgos¹, Mirta Diez¹, Lorena Villalba²,
Rita M. Miranda², Jorge Belardi³.

¹Servicio de Insuficiencia Cardíaca,
Hipertensión Pulmonar y Trasplante Cardíaco,

²Residencia de Cardiología Clínica,

³Servicio de Cardiología Intervencionista y
Terapéuticas Endovasculares,

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA),
Argentina

e-mail: lburgos@icba.com.ar

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395: 497-506.
2. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395:565-74.
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382: 727-33.
4. Reporte diario Nuevo coronavirus 2019. Ministerio de Salud. Argentina. En: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario>; consultado abril 2020.
5. Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Ojeda S, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol* 2020. En: <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>; consultado abril 2020.
6. Tam CF, Cheung KS, Lam S, et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak on ST-segment-elevation myocardial infarction care in Hong Kong, China. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2020 Mar 17[Online ahead of print]doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006631.