

Qué estamos aprendiendo durante la pandemia COVID-19

What are we learning during the COVID-19 pandemic

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2020;11(3):140-141. <https://doi.org/10.30567/RACI/202003/0140-0141>

Estimados colegas, les quiero hacer llegar el resumen de una muy interesante actividad que tuvimos desde el CACI con colegas y amigos de distintos países en relación a sus experiencias durante esta pandemia. Realizamos una webinar con los Dres. Juan Granada de la ciudad Nueva York (EE.UU.), Miguel Montero Baker de la ciudad de Houston (EE.UU.) y Eduardo Apteacar de París (Francia).

Discutimos la importancia de mantener las estrategias de cuidado de la salud cardiovascular en las grandes metrópolis y el manejo de los síndromes coronarios agudos durante la pandemia de COVID-19, con una muy nutrida asistencia, tanto nacional como de Latinoamérica.

Inicialmente, el doctor Granada describió su experiencia en Nueva York, donde, como es de público conocimiento, hubo un alto índice de contagio de una manera muy abrupta y donde los casos sobrepasaron al sistema de salud rápidamente. Según hizo referencia, resultó casi imposible aplicar estrategias para reducir la mortalidad cardiovascular, ya que se saturó rápidamente el sistema de salud. En este contexto destacó que fue importante considerar la estrategia del uso de trombolíticos en los infartos de pacientes COVID-19 (+) graves, para abortar rápidamente estos cuadros coronarios siempre y cuando hubiese una cama disponible, ya que las salas de hemodinamia se encontraban cerradas en algunos casos. Desde este punto de vista, el doctor Granada destacó que en el pico de la pandemia en la ciudad Nueva York era imposible acceder a una sala de hemodinamia y que los pacientes no consultaban ante síntomas de infarto.

Por otro lado, los que tenían planeado consultar tampoco recibían una atención adecuada en la sala de hemodinamia, ya que la prestación de angioplastia primaria estuvo reducida casi a cero transitoriamente.

El doctor Montero Baker comentó que en la ciudad de Houston y el estado de Texas no se produjo este fenómeno. El impacto de COVID-19 fue muy inferior respecto de los centros de salud, y no fue similar a la ciudad de Nueva York. Sin embargo, la ciudadanía de Houston también sufrió la histeria colectiva, el miedo y la incertidumbre, que jugaron un rol preponderante causando retrasos en los tiempos a consulta y el consecuente aumento de la mortalidad y disminución de la tasa de éxito de los procedimientos.

Por su parte, el doctor Apteacar hizo una comparación entre la ciudad de París y la ciudad de Buenos Aires. París y sus alrededores abarcan unos 12.000 kilómetros cuadrados, con dos millones de habitantes que viven en la ciudad y 12 millones en sus alrededores. El Área Metropolitana de Buenos Aires comprende unos 14.000 kilómetros cuadrados, con 2,7 millones en CABA y 13 millones de personas en el gran Buenos Aires. En París fue necesario durante la pandemia duplicar el número de camas y llevarla desde 1100, que son las camas estables, a 2600 para el 8 de abril. Incluso, pacientes con patologías no COVID fueron trasladados en tren hacia otras regiones para su atención. Refirió que el Colegio Galo de Cardiología Intervencionista (GACI) realizó una encuesta en la cual constató que la angioplastia en infarto se redujo un 50% en 2020 en comparación con los mismos tres meses de 2019.

El nuestro país, datos relevados por el CACI y por *Stent-Save a Life* muestran cifras similares, con una caída de 50 a 60% de las angioplastias primarias en los meses de abril, mayo y junio, y un incremento a 70 u 80% en julio y agosto. Sin embargo, este aumento de las angioplastias primarias se acompañó de un retardo en los tiempos a la consulta, lo que se tradujo en un aumento de la mortalidad, de 5,5% a 11%, mayoritariamente por infarto Killip-Kimball C y D, rupturas cardíacas, CIV y arritmias graves, patologías estas relacionadas con la demora en los tiempos por miedo a concurrir a los centros de salud de la población.

Finalmente en cuanto a los esquemas coadyuvantes o a la forma de encarar el tratamiento del infarto, la angioplastia primaria salió fortalecida y todos los panelistas sugirieron continuar con el manejo habitual de la patología si el sistema de salud lo permite. De forma similar, desestimaron establecer grandes cambios en el uso de fármacos periprocedimiento. En condiciones de tanta incertidumbre como las que plantea esta pandemia, NO parece conveniente cambiar la rutina y los esquemas de tratamiento de comprobada eficacia en el infarto.

Por tal motivo debe prevalecer el criterio propio y de cada centro durante esta pandemia de COVID-19. Al momento que se inicie la fase de recuperación se debe fortalecer la esperanza. Algo habrá cambiado pero será mo-

mento de reinventarse. Una mejora en la relación médico-paciente será fundamental, informar a la población, destacar mayor disciplina, mantener el respeto entre colegas en todo momento y ser muy cauteloso en la información que se transmite y cómo se vuelca en las redes sociales.

Debemos hacer hincapié en que la mortalidad de causa cardiovascular sigue siendo muy superior a la causada por el COVID-19, por lo que se debe mantener informada a la población de la importancia de concurrir a los centros de salud ante la presencia de cualquier síntoma de infarto u ACV, y que no deben dejar de realizar las consultas a sus cardiólogos de cabecera para controlar sus factores de riesgo.

Diego Grinfeld

Presidente del CACI 2020 – 2021

Sebastián Peralta

Coordinador del Departamento de Cardiología Intervencionista

Sanatorio Güemes, CABA, Argentina