

COMENTARIO EDITORIAL

No sólo las enfermedades crónicas son descuidadas durante la pandemia por COVID-19

Gabriel M.
Aisenberg

Gabriel M. Aisenberg, MD, FACP

En algo más de dieciocho meses desde que la COVID-19 fuera declarada como pandemia, esta enfermedad ha afectado globalmente a cerca de 181 millones de personas y le ha costado la vida a cerca de 4 millones (1). La mortalidad causada por este padecimiento no tiene en consideración el impacto resultante de otras enfermedades crónicas. Tanto la pesquisa temprana de enfermedades oncológicas como el cuidado de enfermedades que requieren monitoreo frecuente, tales como la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica sin y con terapias de reemplazo (diálisis y trasplante renal) se han visto afectadas por la pandemia, sea producto de la cancelación de visitas, disponibilidad de quirófanos, y muchas veces, el temor por parte de los pacientes a exponerse a una enfermedad potencialmente contagiosa. Reducciones de hasta el 75% en la pesquisa de cáncer de próstata, colon, mama, cuello uterino y pulmón en comparación con periodos equivalentes pre y post el pico de la pandemia han sido reportados (2). La reserva de camas hospitalarias destinadas a potenciales nuevos casos de neumonía severa por COVID-19 y la reducción de turnos de quirófano han motivado en muchas naciones industrializadas un significativo retraso en el acceso a cirugías electivas (3,4). Si bien esto parece razonable en procedimientos ortopédicos, el retraso en cirugías oncológicas es menos deseable. Los pacientes en hemodiálisis representan un desafío particular: sumada su vulnerabilidad a desarrollar formas graves de COVID-19, a la necesidad de tratamiento dialítico cuatro horas por sesión, tres veces a la semana, su propia exposición a la enfermedad y la exposición a otros han sido detalladas previamente (5).

Evidentemente, toda enfermedad crónica sin cuidados adecuados puede llevar a complicaciones agudas. Tal es el caso de la enfermedad coronaria aterosclerótica. Para investigar si la pandemia por COVID-19 modificó el curso

de las consecuencias de los síndromes coronarios agudos (SCA), Kite y colaboradores han presentado los resultados de un estudio observacional multinacional con pacientes con SCA y COVID-19 confirmado (74.3%) o altamente probable (25.7%) provenientes de 55 centros en los cinco continentes (6). Los autores optaron por comparar la información con aquella obtenida de bases de datos británicas de 2018 a 2019 (British Cardiovascular Intervention Society o BCIS y Myocardial Ischaemia National Audit Project o MINAP), dada su sospecha de que el cuidado actual de pacientes con SCA, pero sin COVID-19, no reflejaría la *performance* estándar esperable fuera de la pandemia. Notablemente, los pacientes con COVID-19 del registro actual sufrían más frecuentemente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, y enfermedad renal crónica que aquellos incluidos en BCIS o MINAP (6). Como vimos antes, estas afecciones han sido también víctima de cuidados inadecuados durante la pandemia. Para evitar la influencia de variables de confusión, esto es, que aquellas enfermedades crónicas influyan en las diferencias halladas entre los pacientes con COVID-19 y las bases de datos históricas, los autores utilizaron un score de propensión por probabilidad invertida que considera la inversa de la probabilidad de que los pacientes seleccionados a cierto tratamiento de hecho acepten dicho tratamiento. La decisión de utilizar esta modalidad de score de propensión es en mi criterio, cuestionable, dado que esencialmente no existe diferencia esperable en los tratamientos que las cohortes pasadas y actual podrían recibir (7). Dejando este aspecto de lado, el estudio aporta evidencia incuestionable de la diferencia existente primariamente en el tiempo entre la aparición de los síntomas y la admisión hospitalaria en la cohorte de pacientes con COVID-19 comparada con las cohortes históricas BCIS y MINAP. En la comparación con BCIS la diferencia es de 339 contra 173 minutos ($P < 0.001$) y en la

comparación con MINAP es de 417 contra 295 minutos ($P=0.012$) (6). Asociado con estas diferencias, la incidencia de hipotensión arterial, taquicardia, shock cardiogénico, uso de drogas vasopresoras, uso de ventilación mecánica, incidencia de accidente cerebrovascular, duración de hospitalización y mortalidad fueron más elevadas entre los pacientes en la cohorte con COVID-19. Los investigadores comentan que en parte el mayor requerimiento de ventilación mecánica podría ser atribuido a causas primariamente respiratorias, aunque no presentan datos para avalar esta afirmación. La diferencia de mortalidad entre los pacientes con COVID-19 y las cohortes históricas se mantuvieron aun luego de ajustar los resultados basados en la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, y shock cardiogénico. Resulta interesante ver que aun entre quienes no sufren de shock cardiogénico, la relación de probabilidad para mortalidad es significativamente mayor en la cohorte con COVID-19 (OR: 4.16; 95% IC: 2.33 a 7.44). Finalmente, los autores notan que por cada diez minutos de retraso en los tiempos síntoma a admisión sumado al tiempo puerta a balón de angioplastia, la mortalidad aumenta un 10% (6).

Dos limitaciones (una de ellas presentada en el artículo original) deben ser mencionadas: por un lado, uno de cada cuatro pacientes incluidos en la cohorte con COVID-19 no tuvo un diagnóstico confirmado por PCR. Si bien en el contexto de alta incidencia de esta enfermedad, la presentación clínica y radiológica son suficientes para la decisión de manejar a esos pacientes como si tuvieran COVID-19, parece inevitable preguntarse si los resultados del estudio hubieran sido diferentes si la proporción de pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 hubiera variado. Los investigadores reportan que este escenario no difiere de lo observado en condiciones reales a lo largo del globo (6). Desde mi punto de vista, otro problema operativo con este estudio es el riesgo de heterogeneidad re-

sultante de incluir a pacientes provenientes de regiones diversas. Las bases de datos que se utilizaron en este trabajo son exclusivamente británicas, en tanto que en cerca del 25% de la cohorte con COVID-19, los casos provienen de regiones fuera de Europa, y solo 30% de los 55 hospitales participantes se encuentran en el Reino Unido.

La editorial que acompaña a este artículo nos recuerda que los éxitos en el cuidado de los pacientes con síndromes coronarios agudo deben tener en cuenta la decisión de los pacientes de acercarse al hospital (8). Más allá de las muertes domiciliarias que ocurren por la consulta tardía en pacientes con neumonía por COVID-19 e hipoxemia, este estudio demuestra que la demora en la atención del infarto agudo impuesta por las limitaciones comentadas más arriba, se asocian a resultados desfavorables.

En ausencia de un tratamiento específico exitoso, enormes esfuerzos han sido desarrollados a lo largo del planeta para mitigar las consecuencias de la pandemia por COVID-19. De probada eficacia, el distanciamiento físico, el lavado frecuente de manos, el uso de máscaras faciales, y las diferentes vacunas disponibles representan nuestros únicos recursos disponibles (9). Aunque a diferencia de otras infecciones respiratorias virales como la influenza, las vacunas para el COVID-19 no han demostrado de momento protección contra enfermedad cardiovascular (10), el control de la pandemia visiblemente asociado a su uso masivo nos brinda esperanza no solo en lo que hace al control de la pandemia, sino además respecto del retorno a una vida normal que incluya el cuidado a tiempo y efectivo de las enfermedades crónicas y agudas.

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: Gabriel M. Aisenberg. University of Texas, John P and Kathrine G McGovern School of Medicine. Houston. 6431 Fannin street, MSB 1.122, Houston, Texas, USA 77004

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available at <https://covid19.who.int/>. Accessed on June 24, 2021.
2. Bakouny Z, Paciotti M, Schmidt AL, Lipsitz SR, Choueiri TK, Trinh QD. Cancer screening tests and cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic. *JAMA Oncol* 2021; 7(3):458-460
3. Editorial. Too long to wait: the impact of COVID-19 on elective surgery. *Lancet Rheumatol* 2021; 3(2):e83.
4. Byrnes ME, Brown CS, De Roo AC, et al. Elective surgery delays due to COVID-19. The patient lived experience. *Med Care* 2021; 59(4):288-294
5. Verma A, Patel AB, Tio MC, Waikar SS. Caring for dialysis patients in a time of COVID-19. *Kidney Med* 2020. DOI:10.1016/j.xkme.2020.07.006. Online ahead of print.
6. Kite TA, Ludman PF, Gale CP, et al. International prospective registry of acute coronary syndromes in patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77(20):2466-2476.
7. Deb S, Austin PC, Tu JV, et al. A review of propensity-score methods and their use in cardiovascular research. *Can J Cardiol* 2016; 32(2):259-265.
8. Henry TD, Garcia S. Resilience in the face of adversity. The Cardiology community comes together. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77(20):2477-2479.
9. Lynch JB, Davitkov P, Anderson DJ, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines on infection prevention for healthcare personnel caring for patients with suspected or known Coronavirus Disease 2019. *Clin Infect Dis* 2020. DOI:10.1093/cid/ciaa1063. Online ahead of print.
10. Behrouzi B, Araujo Campoverde MV, Liang K, et al. Influenza vaccination to reduce cardiovascular morbidity and mortality in patients with COVID-19. JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 2020; 76(15):1777-1794.