



6013-3. CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DESPUÉS DEL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19

David Vaqueriza Cubillo¹, José Ignacio Cortina García², Marta Domínguez Muñoa¹, Eloy Gómez Mariscal¹, Cristina Beltrán Herrera¹, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero¹, María Teresa Nogales Romo¹, Zaira Gómez Álvarez¹, Alejandro Cortés Beringola¹, Pedro Martínez Losas¹, Laura Mora Yagüe¹, Álvaro Estévez Paniagua¹, Sem Briongos Figuero¹ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid y ²Universidad Complutense, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La pandemia COVID-19 ha supuesto un reto para el sistema sanitario por la necesidad de adaptación a una atención en muchos casos no presencial del resto de patologías. Este cambio ha podido afectar a la forma de presentación de distintas entidades, entre ellas la insuficiencia cardiaca (IC). El programa multidisciplinar de manejo de la IC de nuestro centro mantuvo su actividad presencial, aunque sobre todo en la primera ola, se reforzó la atención telemática. El objetivo de este estudio es comparar las características epidemiológicas de los ingresos por IC en nuestro servicio antes y después del inicio de la pandemia.

Métodos: Se revisaron las altas con diagnóstico principal de IC en nuestro servicio en dos periodos, uno el año 2018 (pre-COVID) y otro desde mayo de 2020 a agosto de 2021 (post-COVID). Se recogieron retrospectivamente las siguientes variables: edad, sexo, número de ingresos previos por IC totales y en el último año, etiología de la IC, tratamientos previos y al alta, estancia hospitalaria, NT-proBNP, FEVI, varias comorbilidades y el índice de Charlson. Se analizaron los resultados de reingresos por cualquier causa y mortalidad a los 30 y 90 días desde el alta.

Resultados: Se incluyeron 262 ingresos, 144 en el grupo post-COVID y 118 en el pre-COVID. Los principales resultados se muestran en la tabla. No hubo diferencias significativas en la edad (con una tendencia a menor edad en grupo post-COVID), sexo, en la mayoría de las comorbilidades, el tratamiento previo o al alta, el índice de Charlson, la FEVI, el NT-proBNP, ni la mortalidad hospitalaria. Sí se observó en el grupo post-COVID una menor estancia media, menor número de ingresos previos por IC, y menos diagnósticos previos de fibrilación auricular, insuficiencia renal y diabetes con afectación orgánica. La tasa de reingresos y mortalidad a 30 a 90 días fue menor en el grupo post-COVID, sin alcanzar significación estadística.

Resultados

Pre-COVID n = 118	Post-COVID n = 144	p
-------------------	--------------------	---

Edad (años) (media $\pm$ DE)	72,1 $\pm$ 13,1	69,9 $\pm$ 15,2	0,093
Nº ingresos previos por IC totales (media $\pm$ DE)	1,69 $\pm$ 2,6	0,9 $\pm$ 1,35	0,05
Nº ingresos por IC año previo (media $\pm$ DE)	0,5 $\pm$ 0,8	0,26 $\pm$ 0,5	0,05
Nº ingresos por IC previos (media $\pm$ DE)	1,69 $\pm$ 2,6	0,9 $\pm$ 1,35	0,05
Cr ingreso (mg/dl) (media $\pm$ DE)	1,19 $\pm$ 0,56	1,02 $\pm$ 0,31	0,05
Índice de Charlson (media $\pm$ DE)	3,21 $\pm$ 20,9	2,76 $\pm$ 1,87	0,16
NT-proBNP ingreso (media $\pm$ DE)	6804 $\pm$ 6429,13	6252,52 $\pm$ 7610,36	0,97
Estancia media (días) (media $\pm$ DE)	9,19 $\pm$ 5,99	7,95 $\pm$ 3,84	0,05
FEVI (media $\pm$ DE)	41,89 $\pm$ 13,97	41,14 $\pm$ 14,4	0,93
Sexo (% mujeres)	41,5	36,8	0,43
FA previa (%)	49,2	36,8	0,05
Algún ingreso por IC en el año previo (%)	34,7	20,8	0,05
Mortalidad intrahospitalaria (%)	1,7	0,7	0,45
Reingreso por IC a 90 días (%)	15,5	9,1	0,113
Reingreso por cualquier causa a 90 días (%)	19	14	0,28
<i>Fallecimiento</i> a 90 días (%)	6	1,4	0,043*
<i>Fallecimiento</i> o reingreso por cualquier causa a 90 días (%)	22,4	14,7	0,109

DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; Cr: creatinina; IC: insuficiencia cardiaca; *no significativo tras análisis multivariante.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestro servicio por IC tras el inicio de la pandemia son algo más jóvenes y presentan menor carga de enfermedad previa. La falta de cribado durante este periodo, el retraso en consultar con síntomas leves y el mantenimiento del seguimiento de los pacientes crónicos en nuestro programa de IC, puede explicar la mayor proporción de casos nuevos en los ingresos post-COVID.