

6058-440. INSUFICIENCIA CARDIACA EN TIEMPOS DE COVID

Marta Jiménez-Blanco Bravo, Juan Diego Sánchez Vega, David Cordero Pereda, Susana del Prado Díaz, Miguel Castillo Orive, Eduardo González Ferrer, José Luis Zamorano Gómez y Gonzalo Luis Alonso Salinas

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El SARS-CoV-2 es una amenaza para los sistemas sanitarios, particularmente en personas con comorbilidades. Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) se han enfrentado a un gran desafío: cuidar a sus pacientes y al tiempo evitar las visitas, priorizando teleconsulta y telemonitorización. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de un protocolo de seguimiento establecido en una UIC, durante la pandemia de COVID19.

Métodos: En marzo-abril de 2020, en nuestra UIC se protocolizó la atención según lo especificado en la figura. Revisamos los 368 pacientes seguidos en nuestra UIC entre 01/01/2020 y 30/04/2020. Los datos basales están en la tabla. Comparamos enero-febrero, con actividad hospitalaria normal, con marzo-abril, el pico de la pandemia de COVID-19. Comparamos mortalidad, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

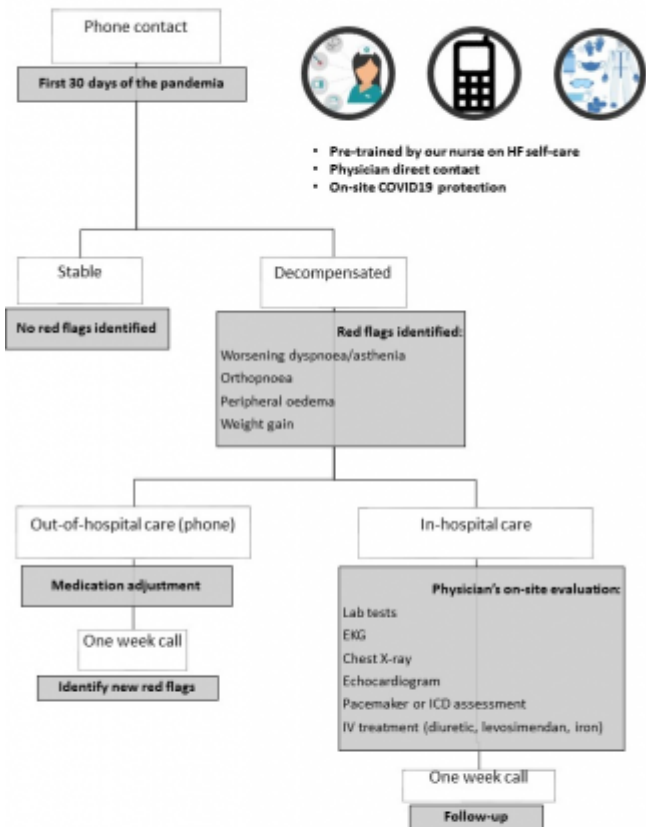
Resultados: Durante los 2 meses anteriores a la pandemia hubo un total de 69 visitas urgencias, 49 ingresos y 9 muertes, mientras que en los meses de pandemia hubo 30 visitas a urgencias, 26 ingresos y 9 muertes, lo cual supuso una reducción del 56,5% en las visitas a urgencias y una reducción del 46,9% en los ingresos. De las 9 muertes durante la pandemia, 2 se debieron a la infección por SARS-CoV-2, 2 fueron cardiacas y 5 de origen no cardiaco. 13 pacientes presentaron síntomas sugestivos de COVID-19, 6 se sometieron a PCR y solo 4 fueron positivos (menos del 0,02% de los pacientes) En cuanto a la actividad de la UIC, 18 pacientes requirieron visita presencial (4 control DAI/TRC, 4 diurético iv, 5 levosimendán y 1 hierro, 1 transfusión). 50 pacientes utilizaron el contacto telefónico directo.

Características basales de la población

	Periodo COVID-19 (marzo/abril, 2020)			
	Total (n = 368)	Urgencias (n = 30)	Ingreso (n = 26)	Fallecido (n = 9)
Edad (años)	73,8; 13,7	77,0; 9,1	76,5; 9,0	82,2; 6,7
Sexo femenino	159 (33,3%)	11 (36,7%)	8 (30,8%)	3 (33,3%)

Hipertensión	354 (81,6%)	23 (82,1%)	21 (87,5%)	6 (75%)
Diabetes	175 (35,8%)	15 (50%)	13 (50%)	4 (44,4%)
FEVI (%)	43,3; 13,7	46,2; 14,1	45,3; 14,1	50,8; 10,2
Pacientes con ICFr	224 (45,8%)	9 (30%)	9 (34,6%)	2 (22,2%)
NYHA				
I	145 (34,2%)	6 (20%)	2 (8,7%)	0 (0%)
II	180 (42,5%)	16 (53,3%)	12 (52,2%)	5 (55,5%)
III	88 (20,8%)	7 (23,3%)	7 (30,4%)	4 (45,5%)
IV	11 (2,6%)	1 (3,3%)	2 (8,7%)	0 (0%)
Sacubitrilo/valsartán	207 (42,3%)	12 (40%)	11 (42,3%)	4 (44,4%)
Betabloqueantes	402 (82,2%)	26 (86,7%)	23 (88,5%)	7 (77,8%)
ARM	284 (58,1%)	17 (56,7%)	12 (46,2%)	3 (33,3%)
Furosemida dosis				
? 40 mg/día	144 (50,9%)	7 (36,8%)	7 (36,8%)	3 (42,9%)
40-120 mg/día	112 (39,6%)	9 (47,4%)	9 (47,4%)	4 (57,1%)
> 120 mg/día	27 (9,5%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	0 (0%)

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; ICFr: insuficiencia cardiaca de FEVI reducida; NYHA: New York Heart Failure Association; ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides.



HF: Heart Failure. COVID19: Coronavirus Disease 2019. EKG: Electrocardiogram.
 ICD: Implantable Cardioverter Defibrillator. IV: Intravenous

Conclusiones: La implementación de un protocolo de vigilancia activa en las UIC durante la pandemia de SARS-CoV-2 pudo reducir ingresos, visitas a urgencias y, probablemente, la transmisión viral, en una cohorte de pacientes especialmente vulnerables.