

Efectos colaterales de la cuarentena Los otros pacientes... ¿dónde están?

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Cualquiera que haya tenido un familiar gravemente enfermo en los últimos años, ha experimentado la odisea de conseguir una cama en terapia intensiva. Horas de espera hasta que los operadores del Estado, de las obras sociales o de las prepagas consiguieran dentro de su red prestacional esa bendita cama donde finalmente atender al ser querido.

Esto ocurría porque en épocas normales los hospitales, clínicas y sanatorios trabajan con una tasa de ocupación muy alta (cerca al 90%), lo que les genera un gran problema de flujo entre ingresos y egresos. La adecuada "gestión de camas" se ha transformado en una de las prioridades de las organizaciones de salud

Hoy, pandemia COVID-19 y cuarentena mediante, los hospitales están funcionando al 30% de su capacidad operativa y las terapias intensivas alrededor del 50%. De las aproximadamente 8400 camas de UTI, 4200 están ocupadas y el resto está aguardando a los pacientes que se espera las ocupen durante las fechas pico de la pandemia, que nadie sabe precisar con exactitud, pero que se prevé será recién en junio.

Gran parte de esta masiva desocupación de camas puede explicarse por la enorme reducción de

accidentes de tránsito y laborales, cuyas víctimas suelen ocupar muchas de las camas que hoy están vacías. Según la Asociación Civil "Luchemos por la Vida", durante 2019 murieron en la Argentina 6.627 personas (cerca de 20 por día); a estos muertos, deben sumarse casi 17.000 heridos con discapacidad permanente. Hasta el mes de octubre del año pasado, se habían producido más de 1 millón de accidentes laborales, con 578 trabajadores fallecidos. La enorme mayoría de estas personas ocupan por muchos días las camas de las instituciones de agudos. Hoy no están.

Otra fuente de ocupación son las cirugías programadas no urgentes (ej. tumores, reemplazos de caderas por artrosis, cirugías de vesícula, cirugías de columna, hernias, biopsias entre otros procedimientos). Muchas de estas personas tienen comorbilidades que determinan que tengan que recuperarse en piso de internación o en unidades de terapia intensiva. Si bien no suelen estar internadas allí más de 24-48 hs, el alto volumen de cirugías determina que las camas estén casi siempre ocupadas con alta rotación de pacientes. Hoy estos pacientes tampoco están.

Pero existe otra importante fuente de ocupación originada en infartos, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares (stroke) o

descompensación de condiciones crónicas como la diabetes o el EPOC. Como muestra, baste decir a modo de ejemplo, que se estiman en la Argentina más de 52 mil internaciones por stroke y un total de más de 277 mil días cama de internación por esta causa (Registro Nacional de Stroke ARENAS). Uno podría suponer que son estos pacientes quienes están ocupando hoy el 50% de las camas y que la atención de estas patologías no se ha modificado con la pandemia y su consecuente cuarentena.

Sin embargo, cada vez son más las voces que advierten una disminución en el número de ingresos por alguna de estas causas cuando comparan los ingresos actuales versus el volumen de casos que manejaban antes de la pandemia. En España, en una encuesta realizada a 71 servicios de cardiología de todo el país, se observó una reducción del 57 % en la realización de pruebas diagnósticas de infarto de miocardio, un 48 % menos de procedimientos terapéuticos coronarios y un 40 % menos de angioplastias primarias realizadas en casos de infarto agudo de miocardio (IAM). Encuestas similares realizadas en los Estados Unidos arrojan números similares: entre un 40 a un 60% de reducción en las admisiones por infartos de miocardio. En la Argentina, el panorama sería similar. Hoy, la atención cardiológica está entre un 50%, incluidas las internaciones por emergencias. Referentes de la cardiología de nuestro país reportan que se estarían dejando de realizar cerca del 80% de angioplastias necesarias.

Estos datos adquieren trascendencia porque en la Argentina cada año mueren entre 90.000 y 100.000

personas por enfermedad cardiovascular, cerca de 300 personas por día. Y hay que tener en cuenta que en situaciones de alto estrés como la que estamos viviendo, con problemas de pánico, de encierro y de escaso ejercicio, los infartos no deberían bajar, sino todo lo contrario. Algunos especialistas estiman que la falta de consultas oportunas podría traducirse, entre abril y octubre de 2020 en un incremento de 3.500 a 10.500 casos de nueva enfermedad cardiovascular prevenible.

Algo similar está ocurriendo en todo el mundo con los accidentes cerebrovasculares (stroke). Hospitales especializados en el tratamiento de esta patología del Reino Unido han observado una reducción del 30% en el número de personas derivadas o tratadas por accidentes cerebrovasculares en comparación con el mismo período del año pasado. La Organización Europea de Stroke emitió un comunicado a principios de abril sosteniendo que no hay razones para asumir que la incidencia del stroke haya declinado desde el comienzo de la crisis Covid-19, pero que en muchos países son cada vez menos los pacientes con síntomas sugestivos que se presentan en las guardias de emergencias para un adecuado diagnóstico y tratamiento: 80% de centros de atención de stroke de 55 países están experimentando durante la pandemia una franca disminución de la demanda. En nuestro país, uno de los centros de neurológicos de la ciudad de Buenos Aires, reportó que las consultas por guardia disminuyeron de 2000 a 200.

El expresar la menor demanda en porcentajes puede hacernos subestimar

la magnitud del problema de una atención inoportuna: en Argentina se estima que cada 4 minutos una persona padece un ataque cerebrovascular (entre 50.000 y 60.000 pacientes por años). De ese número, se desprenden 18 mil fallecimientos anuales. El stroke es la tercera causa de muerte en nuestro país.

Los infartos de miocardio y los accidentes cerebrales comparten algunas características. Si bien son de instalación súbita, suelen tener síntomas y signos que si son atendidos dentro de una “ventana de tiempo” de muy pocas horas permiten una recuperación óptima. Pasadas estas “horas de oro”, los resultados son mucho peores, con secuelas invalidantes.

El menor número de consultas por síntomas cardiológicos y neurológicos acaparan casi toda la preocupación, pero también están habiendo menos consultas por cuadros abdominales (con el peligro que implica una apendicitis no diagnosticada a tiempo) y por descompensaciones de condiciones crónicas.

¿Dónde están hoy esos pacientes?

No lo sabemos con certeza, pero es evidente que no están ingresando al sistema. Podemos sí teorizar sobre las probables causas.

La principal de ellas probablemente se deba al temor de los pacientes a contagiarse de coronavirus en el hospital. A esto se suma la dificultad para trasladarse y las dificultades operativas de los centros de salud que están abocados mayoritariamente a la pandemia. Es muy probable que al ver

dificultado el acceso al sistema, los pacientes prefieran esperar ante los primeros síntomas y auto-medicarse que consultar inmediatamente. Y esas demoras pueden ser fatales.

Pero el impacto de la pandemia va más allá del retraso en el diagnóstico y tratamiento de cuadros agudos.

Hoy los quirófanos de todo el país están prácticamente vacíos y su actividad se limita a las urgencias. Se han cancelado casi todas las cirugías programadas o electivas. Pero la inmensa mayoría de las cirugías se programan o se eligen por algo. Los cálculos en la vesícula de hoy pueden ser la pancreatitis de mañana, los tumores aparentemente controlados pueden sangrar o cambiar su patrón de crecimiento, el quiste de ovario puede generar un abdomen agudo, etc. Pueden esperar un tiempo, pero no indefinidamente.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer, el otro gran depredador (45.000 muertos y 150.000 casos nuevos por año en la Argentina), también se está viendo afectado. Estos pacientes suelen encontrarse inmunocomprometidos y, en un intento por protegerlos, se vienen retrasando biopsias, cirugías oncológicas y tratamientos. Los oncólogos de todo el mundo deben tomar decisiones difíciles que balanceen el riesgo de infección vs. el riesgo de propagación del cáncer. ¿Cuánto retraso puede soportarse en pacientes con cáncer? En muchos casos podría ser de hasta tres meses; si la atención prioritaria al Covid-19 se extendiera cinco o seis meses, algunos necesitarán empezar tratamientos fuera de sus casas, pese a los riesgos.

Afortunadamente, el pasado 23 de abril el Gobierno Nacional exceptuó por decreto del aislamiento social, preventivo y obligatorio la atención médica programada y odontológica y el seguimiento de enfermedades crónicas con turno previo (las urgencias ya estaban exceptuadas). Pero las cosas no funcionan sólo por la publicación de un decreto. En esta nueva instancia resulta fundamental desarrollar estrategias para que la atención de patologías no Covid-19 sea segura, eficiente y oportuna. Los pacientes deben poder concurrir a los hospitales y centros de salud con la garantía de que se toman todos los recaudos para protegerlos de una posible infección. No debería desalentarse la concurrencia a las guardias de emergencia pidiéndoles a los pacientes que sólo consulten por cosas serias y no banales. Ellos muchas veces no saben distinguir la diferencia.

La atención de “los otros pacientes” durante la pandemia requiere la misma cooperación, creatividad e innovación que se está dedicando a los pacientes Covid-19. Si no actuamos pronto, el número de muertos y pacientes dañados por falta de un diagnóstico y tratamiento precoz será mayor que las producidas por el virus.