

La epidemia por coronavirus no elimina ni posterga otras enfermedades.
El desafío de no caer en desatención.

Comisión de Directores Médicos

Asociación de Clínicas y Sanatorios ADECRA CEDIM

La declaración de pandemia de infección aguda por coronavirus SARS Covid 19 y las medidas de contención masivas dictadas por el Poder Ejecutivo instalaron un fenómeno desconocido hasta ahora para los servicios de Salud, la asignación casi absoluta de recursos humanos y de infraestructura para afrontar una posible ola de enfermos, muchos de ellos graves.

La respuesta fue rápida y masiva en todos los subsectores que brindan servicios a la salud humana: público, seguridad social y privado.

El conjunto de Directores médicos de entidades privadas con y sin servicios de internación asociadas a ADECRA CEDIM fueron los responsables operativos de asignar los recursos, limitar el acceso a servicios que no revistieran urgencia o riesgo vital, y acordar con las autoridades ejecutivas de cada Centro la asignación de espacios y circuitos de pacientes en procura de destinar ambientes seguros de trabajo para el equipo de salud y de adecuado aislamiento y cuidados para los pacientes con criterio de sospecha o confirmación de Covid 19.

Gracias a la alta adherencia de la población a las medidas de aislamiento preventivo y límites a la circulación de personas se ha instalado un escenario diferente al previsto inicialmente: centros de salud con amplia disponibilidad para atención en Emergencias, Internación y Terapia intensiva, con un bajo número de pacientes infectados. Hasta aquí un escenario deseable, pero en llamativo contraste con la marcada disminución de consultas, estudios diagnósticos e intervenciones terapéuticas para las enfermedades no transmisibles que ocasionan cada año el mayor número de muertes en el país: cardiovasculares, encefalovasculares y cáncer.

Un viejo dicho médico reza que “los pacientes tienen derecho a tener más de una enfermedad”.

La exitosa disminución de la incidencia de nuevos casos de Covid 19 ha generado a la vez un desafío para las instituciones de servicios de salud y la comunidad: la convivencia de la epidemia con las necesarias consultas y tratamientos por otras condiciones.

Tenemos por fin en este trabajo:

- 1) Estimar la magnitud de la adecuación de clínicas y sanatorios de gestión privada para enfrentar la pandemia por Covid 19.
- 2) Alertar sobre el riesgo de complicaciones y muertes en exceso por la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades mayores que afectan a la población.

Materiales:

Empleamos un relevamiento estructurado y anónimo remitido a 32 instituciones asociadas con servicios de Internación general y de Terapia intensiva.

Revisamos las evidencias locales e internacionales sobre beneficio de la detección y tratamiento temprano de las condiciones no transmisibles mayores: enfermedad coronaria, ataque cerebral, respiratorias y cáncer, para valorar el riesgo de un cese prolongado en las intervenciones dirigidas.

El estado actual

Por una combinación de factores se han instalado en nuestro medio y en gran parte de la población dos premisas falaces:

- Que el aislamiento social es incompatible con los controles y tratamientos médicos regulares y preventivos, a riesgo de desatender patologías graves.
- Que los hospitales y sanatorios son lugares con alto riesgo de contagio para los pacientes.

La primera no es sólo imputable a conductas colectivas de la población, o al bombardeo atemorizante de datos que ocupa gran parte de los contenidos de los medios de difusión masivos, sino también nos alcanza por la brutal rapidez con la cual desactivamos las estructuras operativas necesarias para contener la convivencia entre la epidemia y el resto de las enfermedades.

La importancia de los cuidados regulares y preventivos quedó señalada por Decisión del Gabinete de Ministros 524/20, que exceptuó de los aislamientos obligatorios las necesidades de atención médica con turno, incluyendo las preventivas.

Están entonces en línea la recomendación médica de dar debida atención a la patología no infecciosa con las exclusiones de aislamiento preventivo dictadas por el Poder Ejecutivo Nacional. **Falta solamente que haya una reacción de la población en riesgo a este llamado, ya que las instituciones están prontas para atenderla.**

¿Cuáles son las principales causas de muerte en nuestro país? Según el registro de estadísticas vitales publicado por el Ministerio de Salud:

Tabla 1: Importancia relativa de las defunciones registradas en el país y sus regiones geográficas agrupadas en grandes capítulos de mortalidad. Argentina, 2017

CAPITULOS	TOTAL	%	REG. CENTRO	REG. CUYO	REG. NEA	REG. NOA	REG. SUR
Cardiovasculares	97219	28,5	30,0	29,4	25,0	22,2	22,8
Tumores	65488	19,2	19,3	19,8	18,6	16,0	23,6
Respiratorias	64869	19,0	20,1	16,1	15,3	17,5	15,6
Lesiones	19419	5,7	4,8	6,7	8,1	7,9	7,3
Infecciosas	14495	4,2	4,2	2,6	3,5	6,8	3,1
DBT	8893	2,6	2,1	4,5	4,4	2,7	4,1
Perinatales	3388	1,0	0,8	1,1	1,8	1,7	1,2
Malformaciones	2365	0,7	0,6	0,9	1,2	0,9	0,8
Mentales	2286	0,7	0,5	1,7	0,6	0,9	1,0
Desnutrición	873	0,3	0,2	0,4	0,3	0,8	0,3
Maternas	246	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Otras definidas	41603	12,2	11,6	13,3	11,8	15,3	14,1
Mal definidas	20544	6,0	5,7	3,6	9,3	7,2	6,0
Total general	341,688	100,0	240,905	25,102	26,155	32,251	16,217

Es imperativo que corriamos el rumbo entonces para evitar que aumenten las complicaciones y muertes por condiciones de salud agudas y crónicas que reciban diagnósticos y tratamientos tardíos o incompletos por temor al contagio por coronavirus. **No debemos olvidar que las causas mayores de morbilidad y mortalidad existían antes de la epidemia y seguirán existiendo durante la misma y cuando haya terminado.**

El impacto de la epidemia en los tratamientos médicos.

La forma fuerte y rápida con la cual se asignaron recursos hospitalarios para poder atender los casos graves de Covid 19 queda reflejada en la cantidad de consultas e intervenciones y su impacto en el porcentaje de ocupación de las camas de internación y terapia intensiva.

Comparando abril 2020 con igual mes en 2019, prácticamente todos los indicadores cayeron entre un 50 y 75%, como resumido en tabla:

1. Comparación interanual de prestaciones (abril 2019 vs abril 2020).

Prestación	abr-19	abr-20	Variación
Consultas totales por Emergencia	213,947	54,952	-74%
Ingresos totales a internación	35,977	18,702	-48%
Anginas de pecho/síndromes coronarios agudos ingresados por Emergencias	687	258	-62%
Angioplastias coronarias	946	384	-59%
Cirugías cardíacas centrales	282	118	-58%
Intervenciones percutáneas totales	1,850	651	-65%
ACV/TIA ingresados	381	204	-46%
Cirugías generales	19,600	5,205	-73%
Prestaciones de quimioterapia y terapia radiante	5,005	4,222	-16%
Endoscopías digestivas, tanto diagnósticas como terapéuticas	7,137	1,412	-80%
% ocupación en internación general	83%	55%	-28%
% ocupación en área crítica	77%	48%	-29%

Los datos se expresan en cantidades, a excepción de los porcentajes de ocupación

- 1) **El riesgo cardiovascular:** Cada año mueren en nuestro país casi 100.000 personas por enfermedades cardio y encefalovasculares. Si no se recupera la actividad de detección y tratamiento sobradamente probadas, según una reciente publicación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, estaríamos en riesgo de tener entre 6000 y 9000 muertes más de lo habitual por esta causa en 2020.

Durante los últimos 30 años la amplia investigación, nuevos tratamientos y mejor información y hábitos de la población han llevado a un sostenido descenso en la mortalidad cardiovascular. Cerca de la mitad de todo ese efecto positivo es atribuible al abordaje precoz de los problemas cardio y encefalovasculares a través de la implementación medicamentos, cateterismos diagnósticos, angioplastias, cirugías de by pass y otros procedimientos.

La caída de un 60% en la cantidad de angioplastias coronarias y cirugías de by pass es alarmante, ya que tocan de manera directa la principal enfermedad en el mundo occidental.

De igual manera, que un 62% menos de internaciones por cuadros coronarios agudos abre la preocupante presunción que los pacientes, por miedo al coronavirus, estén

cursando cuadros de infartos y anginas de pecho inestables en la casa, exponiéndose a secuelas y riesgo de muerte.

La falta de control y ajuste terapéutico para la hipertensión arterial, la diabetes, y el control rápido de los dolores de pecho de origen cardíaco son consecuencias colaterales de la pandemia, alejando a los pacientes de los consultorios y los centros de salud. La mayor parte de tales intervenciones ocurren en el mundo ambulatorio, en entornos seguros y lejos de los pacientes graves internados en terapias intensivas. No sabemos cuántas personas podrán enfermarse o morir por Covid 19, pero tenemos la certeza que dar la espalda al tratamiento precoz y regular de las enfermedades cardiovasculares sólo puede conducir a un aumento de la cifra anual.

- 2) Las poblaciones de riesgo para coronavirus también deben controlarse: Las personas de mayor riesgo de enfermedad grave son también las de alta exposición al ataque cardíaco, cerebral y cáncer: mayores de 60 años, diabéticos, hipertensos, dislipémicos, obesos, tabaquistas y sedentarios. Los controles y estudios médicos para las enfermedades crónicas son compatibles con los cuidados domiciliarios, y salir de casa para recibir acciones de prevención, diagnóstico e intervenciones que reduzcan el riesgo no sólo está permitido por las excepciones gubernamentales, también es de una lógica de salud pública irrefutable. **El pronóstico de las enfermedades cardio y encefalovasculares, respiratorias y el cáncer es mucho peor si no hay diagnóstico e intervención precoz.**
- 3) Los Centros de Salud se han adaptado para brindar seguridad: En este relevamiento hemos identificado que todos los centros encuestados tomaron medidas de separación física y de control de infecciones para diferenciar pacientes febriles de la población general.
 - El 97% ha generado en su centro área(s) diferenciada(s) para la atención de pacientes febriles.
 - El 100% ha implementado barreras en los ingresos de su establecimiento para detectar y dirigir febriles.
 - El 100% ha publicado carteles o pantallas con recomendaciones de seguridad Covid-19 en la planta física

Se ha hecho universal el uso de medidas de barrera, códigos de aislamiento y con mayor acceso a reactivos, los tiempos de confirmación o exclusión de infección por coronavirus se han acortado. La cantidad de pacientes febriles internados en los centros privados tuvo un pico entre fines de marzo y comienzo de abril, para luego disminuir sostenidamente, lo cual permite separar pacientes afectados y el personal que los atiende. Por agregado, menos del 20% de los pacientes internados bajo sospecha de infección por coronavirus han arrojado prueba positiva. Los centros asociados no han detectado contagio cruzado de pacientes durante la internación, y tampoco en el escenario ambulatorio.

- 4) En las áreas ambulatorias se han adoptado los protocolos de decontaminación y protección personal para el equipo de Salud recomendados por el Ministerio de Salud. La menor concurrencia y la separación en las salas de espera, sumados al uso mandatorio de máscaras para nariz y boca de los pacientes reducen aún más el riesgo.
- 5) Demorar la detección del cáncer empeora el pronóstico: Por ejemplo, cada año se diagnostican en el país 13.000 casos de cáncer de colon. La combinación de pruebas de laboratorio con la colonoscopia permite diagnóstico temprano y acceso a tratamiento precoz, a menudo en el mismo estudio. La caída en la cantidad de estudios realizados

ha sido hasta ahora de un 80%, de prolongarse será inevitable que veamos mayor número de diagnósticos tardíos y peor pronóstico. Las prácticas son casi siempre ambulatorias, se realizan en salas especializadas o quirófanos con todas las medidas de barrera y protección personal propias de una sala de operaciones.

Asimismo, hemos observado un descenso de 16% en los tratamientos de quimioterapia, que señala el riesgo de atrasos en el tratamiento oportuno del cáncer.

- 6) No sólo el físico: las enfermedades mentales son frecuentes y requieren a menudo tratamientos combinados y prolongados. Una parte de las consultas es sustituible por los contactos remotos, pero como cualquier otra condición de la salud, las descompensaciones agudas y los cuadros mayores requieren abordajes combinados en forma presencial e impostergable.
- 7) Las alarmas por cuadros agudos no han dejado de ser importantes. Los malestares súbitos y los síntomas y signos agudos, tanto en adultos como niños, deben ser atendidos con prontitud. Es necesario y es seguro concurrir a un hospital o sanatorio ante una urgencia.

Hemos hecho foco en las que ocasionan la mayor cantidad de muertes en el país (cardiovasculares, cáncer) y la que deja la mayor cantidad de discapacidad cada año: el ataque cerebral.

Por supuesto que la postergación o descuido en el tratamiento puede tener consecuencias muy negativas en un amplio espectro de condiciones: diabetes, enfermedades reumáticas y autoinmunes y, como ya mencionado, la salud mental.

Las precauciones y distanciamiento social para disminuir el riesgo de contagio por coronavirus pueden y deben convivir con una asistencia médica a tiempo del resto de las patologías. Para ello se han preparado los centros de salud y sus planteles.

Referencias

Lamelas P, Botto F, Pedernera G, et al. Enfermedad cardiovascular en tiempos de Covid-19. Medicina (Buenos Aires) 2020; 80: 000

Estadísticas de Mortalidad. Ministerio de Salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>

Mansah GA, Wei GS, Sorlie PD et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications. Circ Res. 2017 Jan 20; 120(2): 366–380.

doi: [10.1161/CIRCRESAHA.116.309115](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.309115)

O. Rodriguez-Leor et al. Survey on the needs of primary angioplasty programs in Spain. REC Interv Cardiol. 2020;2(1):8-14

Garcia S, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic. J Am Coll Cardiol. 2020;doi:10.1016/j.jacc.2020.04.011.

De Filippo O. et al. Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy NEJM, April 28, 2020 DOI:10.1056/NEJMMc2009166.

Baldi E. et al. Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy. NEJM, April 29, 2020. DOI: 10.1056/NEJMMc2010418

Tam et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 Outbreak on ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Care in Hong Kong, China. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2020;13:e006631

Bhavya Dore Covid-19: collateral damage of lockdown in India. BMJ 2020;369:m1711; doi:10.1136/bmj.m1711

<https://www.economist.com/graphic-detail/2020/04/13/deaths-from-cardiac-arrests-have-surged-in-new-york-city>

Redactores, por Comisión de Directores Médicos

Gerardo Bozovich (Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento)

Javier Sala Mercado (Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL)

Alberto Alves de Lima (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires)

Matías J Fosco (Hospital Universitario Fundación Favaloro)

Centros participantes

Climédica	CABA
Clínica Adventista Belgrano	CABA
Clínica Del Sol	CABA
Clínica La Sagrada Familia	CABA
Clínica San Camilo	CABA
Fundación Favaloro	CABA
Hospital Británico	CABA
Instituto Alexander Fleming	CABA
Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento	CABA
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires	CABA
Instituto Médico de Alta Complejidad	CABA
Instituto Otorrinolaringológico Araúz	CABA
Sanatorio Anchorena Recoleta	CABA
Sanatorio De Los Arcos	CABA
Sanatorio Finochietto	CABA
Sanatorio Guemes	CABA
Sanatorio Itoiz	CABA
Sanatorio Mater Dei	CABA
Casa Hospital San Juan de Dios	Buenos Aires
Clínica Bessone	Buenos Aires
Clínica Modelo de Lanús	Buenos Aires
Clínica San Lucas	Buenos Aires
Hospital Universitario Austral	Buenos Aires
Sanatorio Anchorena San Martín	Buenos Aires
Sanatorio Las Lomas	Buenos Aires
Hospital Italiano de La Plata	Buenos Aires
Hospital Privado Centro Médico De Córdoba	Córdoba
Instituto Modelo de Cardiología Privado	Córdoba
Grupo Gamma	Rosario, Santa Fe
Leben Salud	Río Negro