

Departamento Atención Primaria de la Salud

Día de la Cardiología Argentina (Ley 27052 del año 2014)

El día 9 de abril se conmemora el Día de la Cardiología Argentina, en homenaje a la trayectoria de la Sociedad Argentina de Cardiología. Es importante resaltar en esta fecha la importancia de la Atención Primaria de la Salud y la Cardiología.

Desde hace muchos años se ha insistido y en muchos lugares se concretaron programas de integración entre cardiología y atención primaria en la práctica clínica, comparado con la atención convencional. La integración consiste en un cardiólogo hospitalario en cada centro de atención primaria, historia clínica común, guías clínicas consensuadas, así como realizar consultas con especialistas en las distintas áreas de la cardiología.

Esta iniciativa logró concretarse atendiendo que, en la mayoría de las planificaciones con población a cargo, la cardiología desarrolla su actividad en el II y III nivel de atención, provocando un retardo en el diagnóstico, pronóstico y toma de decisiones proactivas. Asimismo, hay pocas actividades en este nivel de promoción y prevención primaria y secundaria. Es necesaria la presencia del cardiólogo clínico en centros ambulatorios, fortaleciendo el primer nivel de atención con capacidad de resolución que incluya, ECG de reposo y esfuerzo y ecocardiografía de reposo.

La OMS ha establecido que las enfermedades no transmisibles y las cardiovasculares constituyen la principal **"epidemia"** y causa de mortalidad en el mundo occidental y que partir de la fisiopatología permite seleccionar los grupos de mayor riesgo dentro de la población, que deben hacer prevención primaria. Estos pacientes **"vulnerables"** deben tomar pautas de prevención secundaria, aunque la enfermedad no esté clínicamente presente.

En el sistema de salud tradicional, la cardiología como especialidad, limita su actividad al segundo nivel de atención. Los clínicos, generalistas o médicos de familia, deriven a los pacientes a la consulta especializada.

En el actual momento se ha producido la pandemia del COVID 19, con medidas acertadas desde el punto de vista sanitario pero que han provocado efectos secundarios importantes como los **resultados por la Sociedad Argentina de Cardiología que transcribo.**

No consultar a tiempo puede ser potencialmente grave. Como consecuencia de la cuarentena, se han cerrado la mayoría de las agendas de los consultorios ambulatorios en las Instituciones públicas y privadas del sistema de salud. Los pacientes están postergando sus controles médicos y tienen dificultad para conseguir las recetas, limitando el acceso a la medicación. El mensaje generalizado, particularmente a los pacientes de mayor edad, es no acudir a los hospitales para evitar el contagio. Esto está induciendo a que las personas que desarrollan síntomas demoren su atención, lo que puede empeorar su pronóstico. Informes desde Italia y España señalan que el número de pacientes que acuden con infartos agudos de miocardio ha disminuido en un 80%, los que se presentan lo hacen tardíamente y con cuadros más descompensados debido a la demora en la consulta. Hoy las Unidades Coronarias están despobladas también en nuestro país. La hipótesis es que los infartos siguen ocurriendo con la misma incidencia, pero los pacientes los padecen en sus domicilios; en muchos casos con resultados fatales.

¿Cómo proceder frente a los problemas cardíacos durante la epidemia que recién se contabilizarán despejada la misma"? Tres mensajes fundamentales:

- **Ante síntomas sospechosos consultar:** ante la aparición de síntomas como dolores de pecho, agitación, palpitaciones y pérdidas de conocimiento, es imprescindible consultar rápido al sistema de emergencias o a los médicos de confianza. El temor a la asistencia domiciliaria y a ser eventualmente internado es infundado en este momento. Las asistencias de emergencia dividen los tipos de consultas en fiebre-no fiebre, y las Instituciones Sanitarias han generado áreas y circuitos para los pacientes con COVID-19 que están aislados del resto del hospital. También los equipos profesionales se dividen en COVID y no COVID para evitar el contagio.
- **Mantener el contacto con los profesionales que los atienden:** a pesar de que se han levantado muchas agendas y las dificultades para trasladarse, en forma progresiva se están generando formas de consultas telefónica o por telemedicina con modalidades muy diversas. Tanto hospitales públicos como instituciones privadas ya han comenzado con teleconsultas.
- **No suspender la medicación:** los medicamentos cardiovasculares en la mayoría de las enfermedades crónicas tienen un efecto de prevenir complicaciones graves y prolongar la vida. No pueden suspenderse salvo consulta previa. Si en este momento tiene dificultades para acceder a la medicación comuníquese con los profesionales e instituciones que los atienden y busque los diferentes caminos para proveerse. No existe ningún tratamiento cardiovascular ni para la presión arterial que deba ser cambiado o suspendido por la epidemia. Todas las especulaciones sobre el tema han sido respondidas en forma unánime por las sociedades científicas internacionales y locales.
La vacunación contra el virus influenza y la neumonía por Neumococo es muy relevante en pacientes mayores de 65 años o con enfermedades cardiovasculares crónicas, y no deben ser postergadas.

¿Cómo enfoca la cardiología argentina esta epidemia?

Muchos de los integrantes de los servicios de cardiología institucionales tienen experiencia en la asistencia respiratoria y se están reentrenando para colaborar con los terapeutas si nuestro país evoluciona a una gran demanda. Pero todos los servicios se mantienen con total funcionalidad para las emergencias no vinculadas con la epidemia. Muchas instituciones ya han comenzado a comunicarse con todos los pacientes que tienen en seguimiento para ayudar en el control de sus síntomas y el acceso a la medicación, a través de diferentes sistemas de atención virtual. El diálogo personal puede evitar consultas innecesarias así también como acelerar las que no pueden demorarse.

Tomemos conciencia de que las enfermedades cardiovasculares no descansan durante la epidemia, así como muchas otras, y que postergar o demorar las consultas y los tratamientos puede tener consecuencias muy riesgosas.

La misma Sociedad recomienda la indicación de la ecografía pulmonar realizada por cardiólogos

¿Qué información pueden aportar los pacientes COVID19?

Fundamentalmente podremos usar la ecografía pulmonar junto a la saturometría no invasiva como métodos de *triage* para identificar rápidamente pacientes con hipoxemia e injuria pulmonar que requieran internación y poder enviar a cuarentena domiciliaria aquellos de bajo riesgo.

- Patrón normal o pulmón seco y aireado
- Patrón Intersticial
- Patrón de Consolidación
- Patrón de derrame pleural

Para más información ingresar a la página de la Sociedad Argentina de Cardiología (www.sac.org.ar)

Es importante resaltar nuevamente que ante un trabajo publicado en British Medical Journal que sugiere que aquellos pacientes medicados con inhibidores de la enzima convertidora o antagonistas de los receptores de la angiotensina II tendrían mayor riesgo ante la infección por coronavirus.

Si bien como hipótesis puede resultar atractiva, esta información deriva de observaciones en modelos animales y hasta el presente, no existe evidencia clara de que la hipertensión o la insuficiencia cardíaca per se estén asociadas con un mayor riesgo de infección por COVID-19. En pacientes estables con infecciones por COVID-19 o en riesgo de infecciones por COVID-19, el tratamiento con IECAs (por ejemplo, el enalapril) y/o ARA2 como el losartan o valsartan, deben continuar como lo indican los Consensos de cada patología. La actual declaración se hace en concordancia con la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial. En conclusión Los datos disponibles actualmente sobre las infecciones por COVID-19 no respaldan el uso diferencial de los IECAs o ARA2 en pacientes con COVID-19.

Otro tema importante a destacar es que el aislamiento se ha indicado en pacientes de edad avanzada, identificadas en los medios de información como *viejos*, *abuelitos* y otros epítetos descalificantes, disimulados con ideas fuerza, que se están protegiendo a las edades etarias superiores, presentadas luego como desesperadas corriendo a cobrar, pues no saben usar las tarjetas y evitando destacar el estado de gravedad económica en que muchos se encuentran, con indicaciones gravísimas como que no pueden ser visitadas en los geriátricos, que deben estar en ambientes en los cuales muchos viven solos, con importantes comorbilidades como enfermedades cardiovasculares (arritmias, insuficiencia cardíaca, obesidad, diabetes, hipotiroidismo), que no son controlados ante cierres de consultorios ambulatorios, que para obtener recetas deben utilizar sistemas complejos informáticos. En estos días personas añosas son internadas para intervenciones importantes sin poder ingresar los familiares a las clínicas, sin contención familiar, ni psicológica, ni de ningún tipo. En estas circunstancias la APS debería constituirse en un baluarte de la salud.

El sanitarismo ha visto el problema médico, los médicos debemos ver la problemática de poblaciones vulnerables por sus patologías y condicionantes sociales.

El médico que no entiende de almas no entenderá sobre cuerpos. (José Narosky)

Prof. Dr. Jorge E Mitelman, Director Departamento APS

Prof. Dra. Luisa Gimenez, Coordinadora Departamento APS