



Abril, 2020

Posición sobre la enfermedad Cardiovascular en tiempos de COVID - 19

Desde finales del 2019 se inicia la pandemia relacionada con el SARS – COV -2 con posterior propagación a nivel mundial en el primer trimestre del presente año. El COVID 19 ha causado el colapso del sistema de salud , incluso en países de primer mundo, lo que motivó la toma de medidas preventivas por el Gobierno Nacional hace más de 40 días para evitar la propagación del virus como estrategia principal de acción. El distanciamiento social, cierre de actividades laborales y el control estricto de la circulación, con penas de multas o cárcel para los infractores, han sido de mucha efectividad logrando disminuir ostensiblemente la cantidad de contagiados, internados y de mortalidad relacionadas con este virus. Pero paralelamente han generado la cancelación de consultas, estudios cardiológicos invasivos y no invasivos, así como de tratamientos quirúrgicos o en hemodinámica, lo que puede tener daños colaterales en pacientes con enfermedad Cardiovascular pre existente o con factores de riesgo para desarrollarla.

Estamos convencidos que es más que urgente, informar a la sociedad en general, a las autoridades gubernamentales de sanidad (M.S.P. y B.S. e I.P.S.) así como a los Seguros Médicos privados (pre pagas) que reducir la intensidad o no cumplir con las medidas de prevención y tratamiento que han demostrado beneficio en pacientes con enfermedad cardiovascular, nos llevaría indefectiblemente a una mayor mortalidad en el país por esta causa.

Datos epidemiológicos a nivel mundial:

La enfermedad Cardiovascular es sin duda la primera causa de muerte a nivel global. Se estima que cada año mueren 18 millones de personas por esta causa, representando el 31,8% del total de todas las muertes. Se estima que las intervenciones cardiovasculares basadas en la evidencia que se implementan, como modificaciones del estilo de vida, medicamentos e intervenciones quirúrgicas y por catéteres, sería la principal causa del aumento del promedio de vida de las personas a nivel global.

Desde 1990 a 2013 se redujo la mortalidad por enfermedad cardiovascular en un 22%



(376 a 293 por cada 100 mil habitantes), con lo que podríamos deducir que desde ese año hasta la fecha, ya se habrían salvado cerca de 4 millones de vidas.

Evidencias objetivas de que ha disminuido el tratamiento adecuado de la enfermedad Cardiovascular a nivel mundial.

En España se ha observado una caída del 40% de la utilización de angioplastia coronaria en pacientes con infarto agudo de miocardio y un 80% en los procedimientos de cardiopatía estructural durante la pandemia (Ej. estenosis aortica severa). En Nueva York se ha visto una reducción del 38 % de las angioplastias primarias para infartos en curso, con un consecuente incremento de gran magnitud, en los paros cardiacos fatales a nivel domiciliario. Se ha observado además en otras regiones de Europa un incremento de la mortalidad total al doble o triple, superior al adjudicable solo al COVID 19, y esto ocurre a nivel hospitalario, donde la mayoría han sido testeados. Por la tanto se concluye que este aumento desmedido de la mortalidad se debe a una infra utilización de intervenciones cardiovasculares, llámense consultas, estudios invasivos y no invasivos, así como de procedimientos hemodinámicos o de cirugía cardiaca, bien indicados.

Factores que influyen en el menor número de atención a pacientes cardiovasculares.

- Pavor de los pacientes a consultar por temor a contagiarse del virus.
- Preocupación de los pacientes por tener problemas legales al movilizarse a los consultorios u hospitales para su consulta.
- Miedo del personal de salud para atención de pacientes en general por no contar en algunos hospitales o consultorios del material suficiente de protección personal y así evitar la exposición al virus.
- Cancelación de las agendas médicas por aislamiento obligatorio de personal administrativo.
- Personal de salud considerado población de riesgo para COVID 19 bajo licencia médica (mayores de 60 años, comorbilidades o durante el embarazo)



-En los diferentes documentos médicos socializados, quedan dudas sobre que procedimientos o consultas estarían justificadas a realizarse.

-Instituciones médicas (públicas y privadas) que desvían sus recursos humanos y económicos, pensando solo en como contener un posible colapso sanitario debido a esta enfermedad.

Calidad y acceso a la salud.

Países como el nuestro poseen 3 a 6 veces más de riesgo de presentar enfermedad cardiovascular fatal en comparación a países de primer mundo. Si bien hay otros motivos (diferencias socio culturales), la integridad y acceso universal a la salud probablemente es la principal causa de este exceso de eventos.

Estado de la enfermedad Cardiovascular en Paraguay

Según datos del M.S.P.B.S. y de la O.M.S. del 2018 se estima que al menos 8224 personas fallecieron a causa de esta letal enfermedad, sin contar con aquellas que sobrevivieron y quedaron con discapacidad. Es la causa principal de mortalidad general en nuestro país, ocupando el 29% del total de fallecimientos. De esta cifra el 30% ocurre por infarto agudo de miocardio y un 20 % debido a accidentes cerebrovasculares. El principal factor de riesgo es la hipertensión (46,8% de la población mayor a 15 años la padece). Se calcula que ni el 8 % de estos está en tratamiento, el resto no se trata o no se conoce hipertenso. Además el 9,2 % son diabéticos, el 52% son obesos y el 80% son sedentarios, todos estos factores predisponentes al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. El rango etario más afectado esta entre los 50 y 60 años.

Los datos proporcionados por el M.S.P. y B.S. sobre mortalidad prematura cardiovascular por cada 100 mil habitantes (Tasas estandarizadas de mortalidad T.E.M.) en personas comprendidas en el rango etario de 30 a 69 años, en el trascurso de 10 años (2000 a 2010) muestran una reducción estadísticamente significativa de la misma en nuestro país. En varones se vio caer este número en aproximadamente un 12% y en mujeres un 21%. En este ritmo de descenso para el 2025 (o sea en 25 años de control) se esperaba una reducción

Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Entidad científica sin fines de lucro.

Personería Jurídica s/Decreto N° 1727 del 31 de diciembre de 1988

Afiliada a Federación Mundial del Corazón (WHF), Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC),
Sociedad Sudamericana de Cardiología (SSC) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).



aproximada de la mortalidad cardiovascular por cada 100 mil habitantes (T.E.M.) de un 22 % en varones y de 41% en mujeres. Según el Ministerio esta reducción de la mortalidad se debe a una mejora en la calidad y el acceso a la salud. En datos más actualizados del MSP y BS en 10 años de control (2006 al 2016) se observó un aumento del 7 % de la población que tiene acceso a algún seguro médico (I.P.S. o privado) pero quedando aun un 74% dependiente totalmente del Ministerio de salud.

Un sistema donde los pacientes con problemas cardiovasculares crónicos o incluso descompensados, tengan preocupaciones que lo induzcan a no consultar o no se priorice su atención por la pandemia actual, causará un incremento significativo pero prevenible de muertes por enfermedad Cardiovascular. Los datos del 2018 nos muestran una tasa aproximada de 685 personas fallecidas por esta causa al mes. En caso de mínima o nula atención a estos pacientes, como ocurre en países de primer mundo desbordados por causa del COVID 19, estaríamos hablando de una duplicación como mínimo de la mortalidad, o sea 1370 personas por mes o 45 personas por día, una tasa que sería muy difícil de superar por el SARS COV 2.

Propuestas de la S.P.C.&C.C. para NO descuidar la atención de los pacientes con problemas cardiovasculares.

1- Medidas para el sistema de atención de la salud.

Objetivo: Garantizar la atención cardiovascular con la menor posibilidad de contagio hacia los pacientes y los profesionales de la salud. Aquí estamos ante tres escenarios:

A- Consultas programadas:

- Fomentar principalmente la telemedicina: es sabido el mayor riesgo de mortalidad que presentan nuestros pacientes al ser portadores del COVID 19. Es por eso que la primera consulta debería siempre ser virtual, la que debe ser reconocida como un verdadero acto médico con todas sus implicaciones: responsabilidad legal, validez de sus indicaciones de estudios, recetas virtuales y retribución monetaria por la consulta.
- Habilitar consultorios ambulatorios de la especialidad para aquellos casos que se requiera una evaluación clínica presencial.

Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Entidad científica sin fines de lucro.

Personería Jurídica s/Decreto N° 1727 del 31 de diciembre de 1988

Afiliada a Federación Mundial del Corazón (WHF), Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC),
Sociedad Sudamericana de Cardiología (SSC) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).



- Facilitar la asistencia de los pacientes al consultorio ambulatorio si lo necesitan, acompañados de un solo familiar, a través de permisos virtuales realizados por los profesionales.
- Facilitar el acceso de los pacientes a la medicación a través de permisos virtuales de circulación, principalmente en aquellos dependientes de seguros del estado (M.S.P Y B.S e I.P.S.)

B- Consultas en las guardias de urgencia de los hospitales

- En el traslado de los pacientes por los familiares, de casos urgentes, habilitar un número telefónico donde avisar del problema y así obtener autorización de traslado y vía rápida de paso en caso de controles policiales aleatorios. Una forma más sencilla sería el de colocar pañuelos o trapos de color blanco en las ventanas de nuestros vehículos facilitando así su reconocimiento por las autoridades.
- Dividir los lugares de atención en las urgencias de los hospitales en dos: sectores con sospecha de posible infección y sectores para patología generales con baja sospecha. Esta separación debería trasladarse también a los sectores de estudios e internación. Tener en cuenta que durante la pandemia todo paciente nuevo debe ser considerado potencialmente infectado siguiendo así siempre todas las recomendaciones de protección personal de todo el personal de salud (Ver documento anterior de la S.P.C. y C.C.). Es de suma importancia la limpieza y desinfección en ambos sectores así como la utilización de tapabocas por el paciente, familiares y todo el personal del hospital.

C- Consultas realizadas a domicilio o en la vía pública por personal de ambulancia en caso de emergencia:

- Es importante el triaje realizado por los mismos en pacientes potencialmente COVID o no COVID y dar así aviso al centro hospitalario donde está siendo llevado el paciente. En este tiempo de pandemia independientemente del motivo de llamado el personal de la ambulancia siempre debe estar con el equipo de protección individual. En caso de acudir a consultas de etiología cardiovascular siempre contar con un electrocardiograma y personal capaz de realizarlo, así poder reconocer los casos graves y dar aviso al hospital donde está siendo derivado,, evitando así la pérdida de tiempo en su atención.



2- Estudios y procedimientos

No postergar estudios cardiovasculares necesarios, tanto invasivos como no invasivos durante la pandemia, siempre con estrictas normas de protección. Tener reservada camas de terapia intensiva y personal no COVID para pacientes cardiovasculares, incluso en el pico máximo de la pandemia.

Debe incrementarse el uso de test diagnóstico para COVID 19 en todos los pacientes internados en Unidades Coronarias, en los que presentan insuficiencia cardiaca nueva, a los que serán sometidas a procedimientos hemodinámico o cirugía cardiaca, así como a todos los pacientes que serán sometidos a estudios productores de aerosoles (Ej. E.T.E. y estudios de esfuerzo). También se debe ir incrementando el testeo entre el propio personal de salud del hospital.

3- Comunicación a la población

Las autoridades deberán comunicar a través de la prensa y redes sociales, a la población en general, de la manera de manejarse ante una emergencia cardiovascular grave. Recordarles cuales son los síntomas y signos que le deben llamar la atención para poder así consultar en forma urgente a los sistemas de emergencias o a las guardias de los hospitales. Algunos de estos son:

- a- Dolor u opresión de pecho, brazo izquierdo o mandíbula.
- b- Dolores súbitos persistentes en dorso del tórax o abdomen.
- c- Falta de aire en reposo / dificultad respiratoria al realizar esfuerzos.
- d- Sincope, pérdida de conocimiento.
- e- Edema de pierna nuevo (Hinchazón).
- f- Palpitaciones nuevas.
- g- Dolor súbito con cambio de color o temperatura en los miembros inferiores.
- h- Dificultad para articular palabras o disminución de la fuerza en miembros, ambas de forma brusca.

También deben informar a la población lo enunciado en ítems anteriores para evitar así el pánico a consultar. Comunicar que están habilitadas la consultas virtuales con especialistas tanto en el ambiente estatal como de medicina privada, y de la legalidad de la misma. Que tanto las urgencias como estudios e internaciones están diferenciadas en pacientes COVID y no COVID para que tengan así la mayor garantía que

Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Entidad científica sin fines de lucro.

Personería Jurídica s/Decreto N° 1727 del 31 de diciembre de 1988

Afiliada a Federación Mundial del Corazón (WHF), Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC),
Sociedad Sudamericana de Cardiología (SSC) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).



no serán contagiados. Asegurar a la población que los servicios cabeceras de atención cardiovascular del MSP y BS así como el I. P. S. brindan todas las prestaciones necesarias para su atención que no puede ser postergada.

CONCLUSIONES:

- La enfermedad cardiovascular en tiempo de pandemia esta sub diagnosticada y sub tratada, con la consecuencia potencial de un incremento de la mortalidad como ya está ocurriendo en el mundo. La causa de esto es multicausal: temor a concurrir a la consulta médica, centros de diagnósticos y hospitales por riesgo a contagio, la dificultad en el traslado (falta de transporte , multas y retenciones) a los centros de atención, consultorios y centros de diagnósticos cerrados , así como las re programaciones de los tratamientos cardiovasculares indicados pero no urgentes.

Debido a esto proponemos:

- a- traslado facilitado de pacientes a consulta y procedimientos.
- b- garantizar atención cardiovascular libre de contagio.
- c- Separación precisa de pacientes COVID y no COVID desde el momento de traslado por el sistema de emergencias o a la llegada a urgencias.
- d- Autorizar la tele consulta y apertura de consultorios de especialistas.
- e- No postergar tratamientos o estudios cardiovasculares indicados sino realizarlos con estrictas normas de seguridad.
- f- aumentar todo lo posible el uso de test diagnóstico para pacientes y personal de salud.
- g- comunicación efectiva y continua a la población por parte de las autoridades.

Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Entidad científica sin fines de lucro.

Personería Jurídica s/Decreto N° 1727 del 31 de diciembre de 1988

Afiliada a Federación Mundial del Corazón (WHF), Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC),
Sociedad Sudamericana de Cardiología (SSC) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).



BIBLIOGRAFIA

- 1 Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392:1736–1788.
- 2 Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, Murray CJL. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation* 2015;132:1667–1678
- 3 Rodríguez-Leor. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *Rev Esp Cardiol*. DOI: <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
- 4 Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol* 2020. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109720349135>. Accessed April 12, 2020.
- 5 <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/04/03/covid-19s-death-toll-appears-higher-than-official-figures-suggest>.
- 6 Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med* 2014;371:818–827.
- 7 Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2017;390:231–266.
- 8 Documento de posición Sociedad Argentina de Cardiología / Fundación Cardiológica Argentina . Enfermedad Cardiovascular en tiempos de COVID 19. 20 de abril 2020.
- 9 Organización Mundial de la Salud – E.N.T. Perfiles de países- capítulo Paraguay 2018. (datos aportados por el M.S.P. y B.S.).