

Por qué el COVID-19 es una sindemia, no una pandemia

24-30 minutos



La noción de sindemia fue concebida por primera vez por Merrill Singer, un antropólogo médico estadounidense, en la década de 1990 (Shutterstock)

Abordar el COVID-19 y todas sus consecuencias significa abordar la hipertensión, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas y el cáncer. Atender la salud mundial -coinciden los expertos- es mucho más que prevenir los contagios y muertes por el nuevo coronavirus.

Es que en la actualidad interactúan dos categorías de enfermedades: la infección por el SARS-CoV-2 y una serie de enfermedades no transmisibles (ENT) y el retraso en las consultas por éstas últimas, la cancelación de controles y tratamientos en curso, sumado a un contexto de disparidad social y económica exagera los efectos adversos de cada enfermedad por separado.

Todo eso lleva a la revista especializada [The Lancet](#) a asegurar que **“el COVID-19 no es una pandemia. Es una sindemia”**. “La noción de sindemia fue concebida por primera vez por Merrill Singer, un antropólogo médico estadounidense, en la década de 1990, quien argumentó que un enfoque sindemico revela interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud”. “Limitar el daño causado por el SARS-CoV-2 exigirá mucha más atención a las ENT y la desigualdad socioeconómica de lo que se admitió hasta ahora -destacó la publicación-. En el caso de COVID-19, atacar las ENT será un requisito previo para una contención exitosa”.

Para conocer el panorama de la situación, **Infobae** consultó a especialistas en cardiología, oncología, neurología y otras patologías.

Una rama de la medicina que “venía golpeada” desde antes de la pandemia y que sin dudas sirve de ejemplo de cómo el temor hacia algo que se quiere evitar puede ocasionar un mal mayor es la relacionada con las endoscopias, que son prácticas que “además de detectar enfermedades a tiempo, permiten realizar tratamientos que antes requerían cirugías”, y que luego de la muerte de la periodista Debora Pérez Volpin vieron reducido su caudal de consultas.

“En la ciudad de Buenos Aires las prácticas bajaron bruscamente; en el primer momento de la cuarentena llegaron casi al 10%, y si bien en el último mes empezó a recuperarse el flujo de pacientes, estamos muy por debajo del nivel de estudios de tratamiento y diagnóstico precoz”. El médico cirujano esófago gástrico Alejandro Nieponice (MN 102515) hizo hincapié en que “claramente el motivo es el temor y el desconocimiento”. “Durante mucho tiempo se difundió el miedo y poco el concepto de que había que ir al médico y no descuidar los controles. La consecuencia de esto es que **estamos retrasando el diagnóstico de enfermedades potencialmente curables y diagnosticándolas cuando son incurables**”, destacó el jefe de la Unidad de Esófago de

Fundación Favalaro, quien personalmente le tocó diagnosticar pacientes con cáncer de esófago que en marzo tenían dificultades para tragar y consultaron en agosto. “Algo similar ocurre en colon, donde la detección precoz de los pólipos previene el cáncer y cuando se detecta se cura en el 99% de los casos, siendo que si se detecta cuando el tumor está desarrollado se pierde la oportunidad terapéutica”, insistió.



En la ciudad de Buenos Aires algunas prácticas bajaron bruscamente; en el primer momento de la cuarentena llegaron casi al 10% (Shutterstock)

Nieponice señaló que “empezaron a aparecer algunos estudios y van a aparecer más en el tiempo que muestran **todas las muertes no COVID, que son probablemente más que las que ocurren a causa de la pandemia y que podrían prevenirse**. Entonces el equilibrio debe ser muy justo entre disminuir las muertes por coronavirus y prevenir aquellas por falta de consulta”.

Y tras asegurar que “las desatendidas son todas enfermedades que generan síntomas leves y lentos, que los pacientes con un poquito de miedo prefieren aguantar un poco y no consultar”, resaltó que “eso hace que cuando se llega al diagnóstico los tratamientos sean mucho menos efectivos”.

Para él, “es muy importante concientizar a la población p

que se maneje de forma segura dentro de los centros de salud y no abandone sus tratamientos, ya que si pueden ir al supermercado pueden ir al médico con el mismo nivel de seguridad y a nadie se le ocurre dejar de comprar comida para comer”.

“Creo que el error de concepto partió del hecho de decirle a la gente que había una forma de enfermarse y una de no enfermarse y que no enfermarse dependía de quedarse en la casa y claramente eso no es así -consideró-. Muchas veces en medicina nos toca elegir entre dos opciones que no son buenas y hay que optar la menos mala: **salir de tu casa te puede enfermar y quedarte te puede enfermar**. En una tenés más chance de enfermarte de COVID-19 y en la otra de muchas otras patologías (sumado al hecho que si salimos en forma segura y con los cuidados básicos, las chances de enfermarse de COVID son muy bajas, y de que nos contagiemos y se complique son aún mucho más bajas) entonces estadísticamente es menos riesgoso movilizarse con protocolos que quedarse con pánico en la casa”.

“La pandemia tiene efectos directos afectando la población, pero también presenta daños colaterales como la desatención de todo el espectro de enfermedades ‘no COVID’. Las consultas por afecciones cardiovasculares tanto crónicas como agudas cayeron marcadamente durante la pandemia en todo el mundo”, coincidió el médico cardiólogo Fernando Cura (MN 82590), jefe de Cardiología Intervencionista del ICBA Instituto Cardiovascular, quien citó datos de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (Adecra) según los que “se detectó un 70% menos de consultas por guardia y un 60% de caída de colocación de stents o cirugía de bypass”.



Limitar el daño causado por el SARS-CoV-2 exigirá mucha más atención a las ENT y la desigualdad socioeconómica de lo que se admitió hasta ahora (Shutterstock)

En una encuesta que realizaron en el ICBA a seis mil pacientes observaron que:

- El 50% percibe que sólo consultaría si tiene síntomas severos.
- El 50% postergó sus consultas habituales o en guardias y el 40% retrasó todos sus controles por tiempo indefinido
- Comparado a tiempos anteriores, entre el 40% y el 60% realizó menos análisis de laboratorios, pruebas de esfuerzo u otros estudios de evaluación cardiovascular
- Entre el 30% y el 50% de los pacientes refirieron que incrementaron los problemas de acceso a la salud, como acceso a recetas, contacto a instituciones o médicos, movilizarse hasta el centro, o incluso incremento en la complejidad de los trámites administrativos. Por otro lado, una de cada diez personas refirió haber bajado o suspendido su plan de salud probablemente secundario a la crisis económica.

“Si bien todo tiene tendencia a la mejoría, **creemos que hay que seguir trabajando para volver a cuidar la salud que necesita la población**”, agregó Cura, y enfatizó: “Es necesario recordar que **la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo con el 31% de las muertes globales, representando 17 millones anualmente**”.

En la misma línea, el cardiólogo intervencionista del ICBA Instituto Cardiovascular Pablo Lamelas (MN 129220), observó que “muchas personas en plan de realizarse procedimientos cardíacos ‘no urgentes’ decidieron posponerlos, algo entendible ante la incertidumbre inicial”. “Sin embargo, **a medida que pasa el tiempo estamos frente a una situación sin claro horizonte donde la postergación puede ser perjudicial** -sostuvo-. Una vez que un procedimiento cardiovascular, como una angioplastia con stent u otra intervención del corazón está indicada, un retraso excesivo puede asociarse a desarrollar problemas de salud, y muchas veces graves. Es importante entender que hay que darle continuidad a los cuidados de salud de afecciones crónicas”.

El experto resaltó que la tendencia es mundial. “Todo el mundo está preocupado por la caída de consultas y control cardiovascular. **Se teme que estemos entrando en un retroceso luego de tantos años de progresos en reducción del impacto cardiovascular en la sobrevida y calidad de vida de la población** -señaló-. En los EEUU se estiman 250 mil muertes cardiovasculares extras prevenibles consecuencia de la pandemia. Algunos lugares como Nueva York observaron un ‘efecto rebote’ donde aumentaron las consultas cardiovasculares cuando pasó el pico de COVID-19, pero al más mínimo incremento de casos vuelven a caer las mismas”.

“Los esfuerzos deberían estar focalizados en garantizar que la salud de la gente sigue su camino paralelo a la pandemia en vez de ser remplazado por ella”, reforzó Cura.



La pandemia tiene efectos directos afectando la población, pero también presenta daños colaterales como la desatención de todo el espectro de enfermedades 'no COVID' (Shutterstock)

- ¿Tienen registro de que hayan ocurrido más eventos cardiovasculares en los hogares que en otra época?

- Estamos informados por servicios de ambulancias que en los períodos más estrictos de la pandemia se activaron más ambulancias en domicilio por emergencias cardiovasculares que años anteriores, lo que es consistente con lo observado en París donde se triplicaron los paros cardio respiratorios en domicilio de causa cardiovascular.

En la iniciativa “Stent Save a Life!” de Argentina, **objetivamos una caída de hasta el 40% de pacientes consultando por infarto, producto de que los pacientes tienen menos iniciativa de consultar por síntomas sugestivos.** Esto es consistente con lo observado en el resto del mundo, con caídas del 30 al 50% de pacientes consultando por infartos. Y lo que es aún peor y también consistente con el resto del mundo, es que los pacientes que llegan al hospital llegan más tarde y con peor pronóstico (producto de la demora en la consulta) con el doble de mortalidad que el año pasado.

“Datos de estudios realizados sobre este tema en los EEUU revelan que **durante las primeras semanas disminuyó significativamente la cantidad de consultas neurológicas**”

puntualizó a este medio el médico neurólogo Conrado Estol (MN 65005), quien consideró que “se debe tener en cuenta que en ese país tuvieron una especialmente severa primera ola de la pandemia -especialmente en ciertas regiones- y esto seguramente tuvo consecuencias negativas durante ese período al suspenderse el control periódico de pacientes con enfermedades que requieren seguimiento cercano (tumor cerebral, esclerosis lateral amiotrófica y otras)”.

Y tras destacar que “progresivamente aumentó el número de consultas virtuales compensando la limitación en las presenciales”, el especialista hizo hincapié en que “una proporción importante de las patologías neurológicas como migraña, epilepsia, trastorno cognitivo, sueño, dolor de espalda, vértigo, Parkinson, enfermedad desmielinizante y otras pueden ser evaluadas en forma virtual”. “La Academia Norteamericana de Neurología publicó guías sobre la examinación neurológica virtual y el manejo de algunas patologías específicas -insistió-. **Obviamente el manejo del accidente cerebrovascular es una clara excepción ya que debe ser inmediato y presencial.** Una disminución en la atención apropiada en esta enfermedad y el infarto de miocardio (ambas causadas por enfermedad de las arterias) puede explicar una proporción de muertes ocurridas por el efecto que ha tenido el COVID-19 en desplazar la atención de otras enfermedades”.

- ¿Qué patologías podrían prevenirse con las consultas y estudios que no se están llevando a cabo? ¿Cuál es el riesgo de retrasarlos?

- Las infecciones del sistema nervioso (meningitis, encefalitis) son evaluadas en centros médicos y por la severidad de los síntomas es probable que no se atrase su atención. **Sí hemos notado en nuestro registro de ACV que las personas afectadas tardan un tiempo más prolongado que el usual en consultar luego de que notan debilidad en una extremidad, pérdida de visión u otro síntoma de ACV.** En varias patologías neurológicas es muy importante definir si el paciente tiene

preservada la capacidad de deglución ya que una alteración de esta capacidad puede llevar a una neumonía o incluso la muerte. Sin embargo, una fonoaudióloga puede definir con una evaluación del paciente si tiene o no dificultad deglutoria sin recurrir a estudios con imágenes. Las resonancias de cerebro se están realizando y no hay muchos escenarios más de enfermedades neurológicas que pudieran agravarse por estudios que no se estén haciendo.

Creo que en algunas patologías, no haber hecho tratamientos puede incluso haber evitado complicaciones innecesarias (ejemplos de esto son no haber operado a pacientes con taponamiento de la carótida que no tuvieran síntomas, evitar cirugías de columna y no haber dado anticuerpos monoclonales y otras medicaciones de alto costo y riesgo a pacientes que no tienen indicación absoluta de recibirlas).

Los diagnósticos de cáncer se redujeron respecto al mismo período del año pasado



"La cautela fue una de las principales razones que tenía como objetivo disminuir la circulación viral y eso justifica la reducción de las consultas" (Shutterstock)

Las enfermedades oncológicas merecen un capítulo aparte de la importancia de la detección precoz y la relación entre

ésta y la posibilidad de sobrevida se trata.

“Actualmente no tenemos datos desde marzo hasta hoy sobre qué ha pasado en términos globales en nuestro país relacionado a la incidencia de detección precoz del cáncer o continuidad de tratamientos. Los datos que tenemos se restringen a experiencias institucionales o sociedades médicas o sociedades científicas dedicadas a la patología.

Hemos tenido una reducción significativa en el número de casos nuevos desde marzo hasta julio y de julio hasta los últimos días de septiembre, el número de pacientes que concurren a las instituciones ha aumentado”. El que habla es el médico oncólogo Matías Chacón (MN 86697), subjefe de Oncología Clínica del Instituto Alexander Fleming (IAF) y ex presidente de la Asociación Argentina de Oncología.

De los datos concretos que hay en el mundo, hay una sola publicación en una revista de oncología de marcada utilidad para la especialidad que es el *Journal of Clinical Oncology* donde se observó, en base a una plataforma que contaba con una red de más de 20 centros americanos que tratan pacientes con cáncer y población general **“una reducción significativa del número de casos de cáncer comparando básicamente cuatro meses de 2019 respecto a cuatro de 2020”**. “Los meses que se compararon fueron enero, febrero, marzo y abril en los que hubo una reducción significativa en el número de pacientes con cáncer, con cifras, por ejemplo, en marzo de 2019 respecto a marzo de 2020 que evidencian que de haberse diagnosticado 185 mil personas en los Estados Unidos se redujo a 139 mil -puntualizó-. **El mes de abril fue el más significativo, con una reducción en el número de casos diagnosticados del 57%**”.

“En nuestra institución, la reducción de números de procedimientos quirúrgicos, consultas de nuevos pacientes, consultas a la guardia asistencia de los pacientes a la internación se redujo aproximadamente un 50% en los primeros tres meses de la pandemia; hoy en día el número de visitas tiene un cierto perfil de normalización respecto a lo

que se venía viendo los primeros tres meses de la pandemia probablemente el hecho de que ahora los pacientes concurren con más asiduidad es la gran formación en lo que hace a la cultura del coronavirus”, consideró.

"Durante mucho tiempo se difundió el miedo y poco el concepto de que había que ir al médico y no descuidar los controles" (Shutterstock)

"Durante mucho tiempo se difundió el miedo y poco el concepto de que había que ir al médico y no descuidar los controles" (Shutterstock)

Consultado sobre cuáles creía que eran las principales causas que llevaron a que las personas retrasen consultas que de otro modo habrían llevado a un diagnóstico precoz de enfermedades graves, Chacón opinó que “la cautela fue una de las principales razones que tenía como objetivo disminuir la circulación viral y eso justifica la reducción de las consultas tanto a nivel de aquellos pacientes que ya tenían diagnóstico de cáncer respecto también a aquellos pacientes que estaban haciendo estudios de prevención”. “Desde el punto de vista sanitario, **el país o el Gobierno redujo significativamente la circulación, lo cual también llevó a que todas las medidas de prevención destinadas a detección precoz fueran en descenso**, por lo menos en los primeros meses o en los dos primeros meses desde que se estableció la cuarentena a fines de marzo”, indicó, al tiempo que subrayó que “por otro lado, la posibilidad de los pacientes de retrasar estudios que no es que son innecesarios pero que se pueden retrasar, los estudios de prevención permiten tener cierta laxitud, no pasarse en años pero si retrasarse unos meses siempre y cuando el estudio anterior haya sido normal”.

- ¿Cuál es la/las patologías que más preocupan?

- En lo que hace al cáncer hay que considerar que en la Argentina, según los datos de la Agencia de Investigación Internacional o IARC de 2018, se diagnosticaron 129 mil pacientes con cáncer en ese periodo y la mortalidad en el mismo año fue de casi 59 mil pacientes, o sea de casi el 50%.

De los tumores más frecuentes en nuestro país, con 21.500 casos lidera el cáncer de mama, en segunda instancia el cáncer de colon con 15 mil casos y seguido con 11 mil pacientes con cánceres de próstata y un poquito por debajo cáncer de pulmón. Por lo tanto, **la preocupación en el retraso es en aquellas patologías donde tienen una etapa de detección precoz que marcadamente uno puede minimizar o mitigar el efecto del crecimiento de la enfermedad detectando precozmente**; por lo tanto preocupan todos los tumores, no preocupan solamente la falta de detección precoz. Pacientes que tienen tumores de partes blandas, que no es un tumor de fácil prevención porque no hay metodología, porque puede aparecer en cualquier sitio, también importa porque la gente dejó de consultar al palpar nódulos o masas. O sea que, creo yo, que si bien existen patologías más frecuentes, hay patologías infrecuentes que también tienen importancia.

Volviendo a los datos americanos, si vemos el número en la reducción específica de cada uno de los tumores la reducción en el diagnóstico de cáncer de pulmón de un año al otro, de abril 2019 a abril 2020 fue del 46%. De cáncer de mama fue del 50,5%, de cáncer de próstata fue 46,8%, cáncer de colon -como una de las enfermedades más prevalentes de todo el mundo- 54%, tumores hematológicos 46% y melanoma, un tumor fácilmente prevenible, a través de la revisión del médico o del dermatólogo o del médico de asistencia primaria la reducción en el diagnóstico del número de casos fue significativo llegó a un punto del 67%. **Son todos tumores que uno puede intervenir tempranamente; por lo tanto, lo que preocupa es a todas las patologías en general, los números más importantes los tenemos en las patologías más prevalentes.** Eso no quiere decir que el resto de las patologías menos frecuentes también vean afectada su evolución clínica

Es muy importante concientizar a la población para que se maneje de forma segura dentro de los centros de salud y no abandone sus tratamientos (Efe)

Es muy importante concientizar a la población para que se maneje de forma segura dentro de los centros de salud y no abandone sus tratamientos (Efe)

-¿Cree que son más riesgosas para la salud de la población que la pandemia misma?

- Desde ya hay que tener en cuenta el contexto. En los tumores pediátricos, por ejemplo, grupo etario en el que probablemente la posibilidad de desarrollar un cuadro severo de coronavirus es muy baja, sin lugar a dudas deben tratarse exactamente igual con todas las medidas que tanto las sociedades científicas han establecido. Creo que en tumores pediátricos, desde ya, hay que privilegiar el tratamiento.

En el caso de los adultos, hemos desarrollado consensos con las sociedades científicas, con las instituciones médicas líderes y se han establecido a lo largo y ancho de todo el globo terráqueo estrategias para poder continuar con los tratamientos en aquellos pacientes que estaban tratándose por su tumor; y realmente las medidas que hemos tomado han sido satisfactorias porque la gran mayoría de los pacientes que venían haciendo tratamiento anti tumorales, como quimioterapia e inmunoterapia, lo han sostenido durante todos estos meses de pandemia y si bien las consultas en aquellos pacientes que necesitaban cirugías fueron unilateralmente pospuestas habitualmente por el mismo paciente que no hacía la consulta por aquellos pacientes que tenían diagnóstico de cáncer de pulmón, tumores de páncreas o tumores que ameritaban una intervención quirúrgica a través de todas las medidas de protección que se han establecido hoy en día podemos decir que la cirugía oncológica se puede hacer de manera efectiva, siempre y cuando el centro sanitario en el cual se atiende el paciente, cuente con los recursos de privilegiar la atención oncológica siempre y cuando se resguarde en áreas protegidas del coronavirus. **Creo que sí el coronavirus ha retrasado los diagnósticos, creo que también ha retrasado las cirugías en muchos pacientes;** pero en el contexto de

todos estos meses el aprendizaje acerca de la protección personal en tanto del personal sanitario como de los pacientes y los familiares ha permitido en este último mes retomar una actividad asistencial casi con cierta normalidad.

Para finalizar, **Infobae** hizo la misma pregunta a todos los expertos consultados.

- Teniendo en cuenta que, como suele decirse, el coronavirus llegó para quedarse, ¿cómo se imagina una “nueva normalidad” en este sentido? ¿Cuál sería la manera más saludable de no desatender estas patologías?

"Con protocolos y cuidados, es importante entender que hay que darle continuidad a los cuidados de salud de afecciones crónicas" (Shutterstock)

"Con protocolos y cuidados, es importante entender que hay que darle continuidad a los cuidados de salud de afecciones crónicas" (Shutterstock)

- Cura: En la nueva normalidad hay que continuar haciendo lo que hacíamos antes de manera adaptada para evitar el contagio (utilización del tapabocas, lavado de manos frecuente y distanciamiento de dos metros), o por lo menos reducirlo al mínimo. Concurrir al consultorio médico, tiene un riesgo de contagio similar a caminar por la calle de una ciudad.

Se han tomado medidas, protocolos y capacitaciones al personal para que nuestra institución resulte aún más segura. Por lo tanto, **si caminar por la ciudad está justificado para despejar la mente, hacer ejercicio o hacer compras, sin dudas que para controlar la salud se justificaría aún más.** El riesgo de contagio no es 0%, como tampoco lo son las chances de cruzar la calle y no tener un accidente grave, pero se trata de un balance de riesgos. Desatender enfermedades previas o que surjan durante la pandemia, en especial lo cardiovascular, sin dudas que supera el riesgo de la consulta o controles.

También hay otras formas de consulta que llegaron para

quedarse, como por ejemplo, la telemedicina. Por lo tanto, continuar con controles (presenciales o virtuales) es clave para dar continuidad al cuidado de la salud.

- **Estol:** Definitivamente veo un lado positivo especialmente en la neurología donde normalmente se realizan una gran cantidad de estudios que son evitables. Esta situación única en pandemia ha mostrado que una alta proporción de los electroencefalogramas, electromiogramas, resonancias (especialmente de columna), mapeos cerebrales, polisomnografías, estudios del equilibrio, potenciales evocados y el doppler de carótida (de los que el 90% se hacen innecesariamente en pacientes asintomáticos para “control” y son solo excepcionalmente necesarios cuando una persona tiene síntomas correspondientes a la carótida) deberían considerarse paciente por paciente. Lo mismo sucede con las consultas. **La epidemia ha mostrado que por lo menos la mitad pueden resolverse en forma virtual e incluso una proporción mayor cuando se considera que la primera evaluación puede ser presencial para luego hacer seguimientos virtuales.**

Este fenómeno de cambio forzado y extremo se ha llamado “destrucción creativa” y la neurología espero sea tomada como un excelente ejemplo sobre cómo se puede mejorar mucho la atención de los pacientes y disminuir los costos de la salud haciendo menos estudios y consultas que los que se hacen en la actualidad.

- **Chacón:** Creo que hasta la llegada de la vacuna, el coronavirus está para quedarse y la sociedad va a tener que hacer una vida normal adaptando las condiciones, protegiendo a la gente de mayor riesgo; no protegiéndola encerrándola en casa, sino también permitiéndole la salida. Es saludable poder salir, siempre y cuando las condiciones sanitarias y las condiciones locales o regionales lo permitan y así como las autoridades sanitarias determinen está virtualmente alta que la población necesita para poder retomar su vida laboral y su vida social normal, no solamente en términos

sanitarios, sino también educativos, económicos y políticos pero creo que mientras esto todavía siga circulando, necesitamos adaptarnos y tratar, en nuestro caso, a los pacientes con cáncer, con la mayor normalidad posible. **Esta es la obligación de cada una de las instituciones a optimizar el sistema de protección** y en el caso de detectarse pacientes con coronavirus en una institución, tratar de mitigar el efecto, tratar de aislar, de proteger y de no disminuir la asistencia del resto de los enfermos porque el cáncer no usa barbijo y no respeta la cuarentena.

Sobre este punto, Nieponice enfatizó: “Además de los déficit de vitaminas, la inmunosupresión por estrés, etc. hay un montón de cosas de quedarse en casa que hacen mal, entonces en el momento **en que la gente entienda que no enfermarse no es una opción (en el sentido de que si no contrae coronavirus lo hará de otra patología) va a aprender a tomar decisiones más racionales”**”.

SEGUÍ LEYENDO

[*Los efectos del aislamiento en el sistema inmune: ¿podemos enfermarnos de otras patologías a 164 días de encierro?*](#)

MÁS LEÍDAS EN

infobae | **América**