

COVID-19

**ATENCIÓN DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
DURANTE LA PANDEMIA**

RECOMENDACIONES

4 DE SEPTIEMBRE DE 2020



**Ministerio de Salud
Argentina**

ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

RECOMENDACIONES

4 DE SEPTIEMBRE DE 2020

Documento elaborado por el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles

Con el aval de:

- Sociedad Argentina de Cardiología - SAC
- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial - SAHA
- Federación Argentina de Cardiología - FAC

1. INTRODUCCIÓN

A nivel global y en la Argentina en particular, las enfermedades cardiovasculares (ECV) lideran el ranking de enfermedades no transmisibles y representan la primera causa de muerte prematura.¹ En base a los últimos datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), durante el 2018 se produjeron más de 95.000 muertes a causas de enfermedades del sistema circulatorio con una tasa global de 198,8 muertes cada 100.000 habitantes, ocupando el primer lugar para ambos sexos.² Pese a la situación actual, en los últimos 40 años la mortalidad por estas enfermedades viene reduciéndose de manera sostenida en torno al 1% por año en promedio, debido a un conjunto de acciones vinculadas con políticas públicas regulatorias (ley de control de tabaco, ley de contenido de sodio en alimentos, normativa que limita el contenido de grasas trans, etc.) y a la mejora en los servicios de salud, en los cuales se aplican un conjunto de intervenciones respaldadas por sólida evidencia científica.³

Gran parte de las ECV son causadas por la acción de determinados factores de riesgo, muchos de los cuales tienen tratamientos seguros, asequibles y efectivos tanto en términos de reducción de eventos agudos (ej.: infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares) como de mortalidad.⁴

A finales de 2019 se reportaron los primeros casos de infección respiratoria por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), con propagación a nivel global durante el primer trimestre del año 2020 hecho que motivó la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud, tras constatarse el colapso de los sistemas de salud en varios países del mundo.⁵ Si bien la infección resulta leve en el 85% de los casos, un 15% de los afectados precisará cuidados hospitalarios y aproximadamente el 5% requerirá asistencia respiratoria mecánica debido a neumonía viral grave.⁶ Dentro de este grupo de personas de mayor riesgo se encuentran los adultos mayores y aquellos que padecen enfermedades crónicas.⁶ Esta situación motivó la adopción de medidas preventivas por parte de los Estados, tendientes a disminuir la circulación de personas y asegurar un distanciamiento social que reduzca la velocidad del contagio. Estas medidas han sido efectivas en reducir la propagación del virus, pero colateralmente, han

generado la cancelación de consultas y procedimientos médicos que, sostenidas en el tiempo pueden traer daños secundarios, particularmente en los pacientes con ECV. Además, en nuestro país se ha registrado una sensible disminución de las internaciones por cuadros cardiovasculares agudos durante las primeras semanas de la pandemia.⁷

Este complejo escenario exige medidas urgentes para reorganizar los sistemas y servicios de salud tanto en la atención de las emergencias cardiovasculares como en el cuidado crónico de estos pacientes.

2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RIESGOS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

La evidencia científica disponible demuestra que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se hallan en mayor riesgo de complicaciones graves (internación en terapia intensiva, necesidad de uso de ventilación mecánica y muerte) si sufren una infección por COVID-19. Una serie de 72.314 pacientes encontró que las personas que contrajeron la infección presentaban frecuentemente comorbilidades como ECV 10,5%, diabetes mellitus (DM) 7,3%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 6,3%, hipertensión arterial (HTA) 6% y cáncer 5,6%.⁶

En un estudio multicéntrico sobre 1.590 casos internados⁸ de una edad promedio de 48,9 años, el 16% requirió internación en unidades de terapia intensiva (UTI), asistencia respiratoria mecánica (ARM) o murieron a causa de la enfermedad. El 25,1% informó tener al menos una comorbilidad: HTA 16,9%, DM 8,2%, ECV 3,7%, accidente cerebrovascular (ACV) 1,9%, hepatitis B 1,8%, EPOC 1,5%, enfermedad renal crónica 1,3%, cáncer 1,1% e inmunodeficiencia 0,2%. El 8,2% de los pacientes informó tener dos o más comorbilidades y éstos presentaron un riesgo significativamente mayor de padecer un cuadro grave en comparación con aquellos que tenían una sola comorbilidad ($p < 0,05$). Después de ajustar por la edad y el tabaquismo, los pacientes con EPOC (HR 2,70 IC 95% 1,42 - 5,05), DM (HR 1,59 IC 95% 1,03 a 2,45), HTA (HR 1,58 IC 95% 1,07 - 2,32) y cáncer (HR 3,50 IC 95% 1,60 - 7,64) fueron más propensos a presentar internación en UTI, ARM o muerte. Además, en un estudio de 201 casos la presencia de HTA (HR 1,8 IC 95% 1,13 - 2,95) y DM (HR 2,34 IC 95% 1,35 - 4,05) se asoció a la ocurrencia de distrés respiratorio del adulto o muerte por esa causa.⁹ Por otro lado, el curso evolutivo de la infección es insidioso y los afectados pueden demorar más de 10 días en manifestar complicaciones graves, una vez iniciado la etapa sintomática del cuadro.¹⁰ Por esta razón, los pacientes con ECNT deberán ser objeto de un monitoreo meticuloso de su estado clínico con el fin de actuar precozmente ante el agravamiento del cuadro.

Como podemos observar, toda la evidencia actual demuestra que los pacientes con ECV no solo tienen mayor riesgo de complicaciones a causa de su patología de base, sino que también presentan mayor riesgo de padecer formas graves por COVID-19 y de fallecer por esta causa.

La HTA se ubica mundialmente como el factor de mayor peso para el desarrollo de ECV debido a su elevada prevalencia que alcanza al 46,6% de la población ≥ 18 años en nuestro país.¹¹ Según los resultados del estudio PURE, la fracción atribuible de riesgo poblacional de la HTA fue de 22,3% para cualquier ECV,

llegando incluso a representar el 33% para el caso del accidente cerebrovascular.¹² Sin embargo, en nuestro país el control adecuado de este factor de riesgo (mantener valores de presión arterial debajo de 140/90 mmHg) apenas alcanza al 40% de los hipertensos diagnosticados pese a que los tratamientos actuales son seguros y efectivos, incluso en el contexto de la infección por COVID-19.^{11,13} Un estudio publicado recientemente en casi 3000 pacientes hospitalizados por coronavirus demostró que los pacientes hipertensos que no se encontraban bajo tratamiento tuvieron un riesgo de morir de más del doble con respecto aquellos hipertensos tratados (7,9% vs. 3,2%, HR 2,17, IC 95% 1,03 – 4,57, p=0,041).¹⁴ Esto pone de manifiesto la importancia de no suspender los tratamientos en este contexto sino por el contrario, intensificarlos.

Finalmente, un metaanálisis reciente de la Colaboración Cochrane que incluyó a 75.607 pacientes provenientes de 207 estudios analizó diferentes factores pronósticos para el desarrollo de formas graves de infección por COVID-19.¹⁵ Según los resultados de este estudio, los factores que presentaron una mayor asociación al riesgo de mortalidad fueron: *insuficiencia respiratoria* (OR 21,2; IC 95% 4,9 a 91,3; RA 20,3%; IC 95% 13,4 a 22,4%), *procalcitonina elevada* (OR 12,4; IC 95% 7,2 a 21,5; RA 32,3%, IC 95% 25,0 a 38,1%) y *marcadores de lesión miocárdica* (OR 10,9; IC 95% 5,4 a 22,0; RA 16,9%, IC 95% 13,4 a 19,0%).

3. DESAFÍOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

El desafío principal que plantea la pandemia radica en cómo proteger a los pacientes con enfermedades cardiovasculares de la infección por COVID-19 y de las consecuencias de su propia enfermedad. Por ejemplo, en España y en Estados Unidos de Norteamérica se ha reportado una caída del 40% en la utilización de angioplastia coronaria en pacientes con infarto agudo de miocardio y de un 80% en procedimientos de cardiopatía estructural durante la pandemia (ej.: estenosis aórtica severa).^{16,17} La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente los resultados preliminares de un estudio realizado en base a datos de los ministerios de salud de 155 países.¹⁸ De éstos, 120 países reportaron interrupción parcial de los servicios de salud vinculados con enfermedades crónicas que llega al 30% en el caso de las emergencias cardiovasculares y al 50% en el caso de la HTA.

La calidad y el acceso a la salud son esenciales para disminuir la mortalidad por ECV. Las personas que habitan países de ingresos medios como el nuestro poseen 3 veces más riesgo de presentar enfermedad cardiovascular fatal que aquellos de los países de ingresos altos.¹⁹ Si bien este incremento del riesgo está asociado a diferencias socio-culturales, el acceso deficiente a los servicios de salud constituye un componente central de este exceso de eventos cardiovasculares fatales ya que la magnitud en la reducción de la mortalidad por ECV observada en las últimas décadas se encuentra estrechamente relacionado a los indicadores de calidad y acceso a los servicios de salud.²⁰

La subutilización de intervenciones o tratamientos que han demostrado beneficio clínico seguramente se traducirá en un incremento de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, continuar con la atención de estas

patologías sin tener en cuenta el riesgo a la exposición viral podría incrementar la proporción de infectados por coronavirus que pertenecen al subgrupo con mayor riesgo de complicaciones y muerte a causa del virus. Este delicado equilibrio plantea al sistema de salud la necesidad de articular acciones y desarrollar intervenciones creativas que puedan sortear las dificultades que el aislamiento social impone. Para ello se deben tener en cuenta los factores que se alteran en este contexto y que se sintetizan a continuación:

1. Reticencia para consultar por síntomas agudos debido al temor de contagiarse el virus.
2. Preocupación por los problemas legales que puede implicar movilizarse hasta el hospital para aquellos ciudadanos que no están exentos del aislamiento.
3. Cancelación de turnos médicos programados.
4. Disminución en la dotación de trabajadores de la salud considerados población de riesgo para COVID-19 a causa de licencias preventivas.
5. Disminución en la dotación de trabajadores de la salud debido a infección viral.
6. Desviación de los recursos institucionales (ej.: camas de cuidados intensivos) para la atención prioritaria de pacientes infectados por COVID-19.

El objetivo que lograr será, finalmente, garantizar la atención de la patología cardiovascular con el menor riesgo de exposición y contagio por COVID-19 posibles. Por esta razón, los contactos presenciales del paciente con el sistema de salud deberán ser realizados bajo estrictas normas de bioseguridad que reduzcan al mínimo este riesgo en los diferentes escenarios planteados y fomentar la utilización de herramientas de telemedicina para el seguimiento ambulatorio.

Enlaces de interés

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001861cnt-covid-19_recomendaciones-traslado-personas.pdf

<https://www.argentina.gob.ar/recomendaciones-para-equipos-de-salud/manejo-de-pacientes-ventilados-bioseguridad>

4. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

La comunicación en estos contextos es una herramienta de suma importancia y a la vez un desafío en términos de asegurar que la población reciba toda la información necesaria de manera clara, minimizando el riesgo de generar preocupaciones desmedidas. Por este motivo debe recordarse en todo momento que las ECV son frecuentes y que sus formas agudas son potencialmente graves, no debiendo demorar la consulta en caso de presentar síntomas compatibles. Reasegurar la idea de que las instituciones sanitarias cuentan con circuitos independientes para la atención de pacientes con COVID-19 y protocolos de bioseguridad destinados a reducir el riesgo de contagio, resulta fundamental. Además, debe informarse acerca de los síntomas que correspondan a patologías

cardio y cerebrovasculares agudas en donde la demora en la atención puede resultar fatal, y alentar a la consulta precoz a un servicio de emergencias:

- Dolor de pecho opresivo y frecuentemente irradiado a los brazos el cuello o la espalda.
- Edemas de reciente aparición o empeoramiento de los previos.
- Sensación súbita de falta de aire.
- Dolor súbito con cambio de color o temperatura en los miembros inferiores.
- Síncope, pérdida de conciencia.
- Palpitaciones de reciente aparición.
- Dificultad para hablar, sensación de mano torpe o pérdida de fuerza o sensibilidad en alguna parte del cuerpo.

5. REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Continuar con el cuidado ambulatorio de los pacientes con ECV y sus factores de riesgo como la HTA resulta fundamental debido a que el control adecuado reduce el riesgo de eventos agudos,²¹ mejorando el estado de salud y evitando que el paciente deba movilizarse hasta una institución de salud para recibir atención a causa de una complicación.

5.1 La importancia de los sistemas de Telemedicina

La OMS define a la telemedicina como “la prestación de servicios de atención de salud, cuando la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades”.²² Los sistemas de telemedicina, que posibiliten el seguimiento a distancia de los pacientes con patologías crónicas, resultan fundamentales en este contexto de aislamiento social. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con una Coordinación de Telesalud (perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud) sobre la cual se ha generado una estructura para posibilitar las teleconsultas y de esta forma asegurar la continuidad en la atención de los pacientes.²³ En nuestro país existe evidencia de que estos sistemas son efectivos incluso cuando la tecnología no está presente y sólo se cuenta con la posibilidad de llamados telefónicos.²⁴ Por este motivo, deben reorientarse los servicios de salud en este sentido utilizando todas las herramientas que se tengan a disposición para fortalecer los servicios de salud en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas.

Para aquellas *situaciones complejas y difíciles de resolver mediante la teleconsulta* se debe autorizar el funcionamiento de consultorios especializados para asistencia presencial teniendo en cuenta las normas de bioseguridad que limiten al máximo la exposición de estos pacientes al riesgo de infectarse.

5.2 La importancia de asegurar el tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la HTA y las ECV demostró en forma consistente disminuir la morbimortalidad y es por esta razón que debe asegurarse su continuidad, facilitando el acceso a la medicación.²⁰ Por esta razón el Ministerio de Salud de la Nación habilitó la posibilidad de recetas virtuales mediante la resolución 696/2020 y la mayoría de las farmacias ofrecen envíos a domicilio. Cuando estos recursos no estén disponibles se recomienda, en la medida de lo posible, dispensar los fármacos para un período mayor a 30 días (idealmente 90 días), autorizando circuitos de dispensa biosegura o habilitando la posibilidad de que familiares, voluntarios o población general de menor riesgo pueda retirar los fármacos y trasladarlos al domicilio de los pacientes. A continuación, se resumen las medidas a implementar en el cuidado crónico de los pacientes con ECV:

- Asegurar stock de medicación crónica para 90 días.
- Alentar una mayor adherencia al tratamiento.
- Organizar protocolos logísticos en los centros de atención para que las personas con ECV retiren sus medicamentos/prescripciones rápidamente, sin exponerse a concentraciones en salas de esperas.
- Alentar a la generación de stock de alimentos en domicilio para evitar exposiciones frecuentes en los comercios.
- Para aquellas personas que viven solas, mantener contacto telefónico o virtual con familiares y amigos limitando el número de contactos interpersonales a aquellos que resulten imprescindibles.
- Remarcar la importancia de evitar viajes y asistencia a lugares con alta concentración de personas.
- Asegurar la inmunización contra influenza y neumococo.

6. REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los servicios de salud deben establecer protocolos para la atención de las emergencias cardiovasculares en forma segura y eficiente, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Habilitar un número de emergencias distinto del utilizado para las consultas por COVID-19 o establecer un sistema de *triage* en la central telefónica.
- Facilitar la circulación hacia los servicios de emergencia de los pacientes y sus familiares.
- Establecer circuitos de atención en guardia de emergencias exclusivos para pacientes con sospecha de COVID-19 a modo de asegurar la bioseguridad.
- Establecer áreas de internación en cuidados intensivos, separadas en su circulación y personal de aquellas destinadas para la atención de casos de COVID-19.
- Fomentar el uso de barbijo o tapabocas en todos los pacientes independientemente del diagnóstico.
- Suspender las visitas de familiares o limitarlas al mínimo asegurando los partes diarios del estado de salud del paciente mediante llamados telefónicos.

Enlace de interés

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-triage.pdf

7. CONCLUSIONES

La pandemia por el coronavirus COVID-19 y las medidas de aislamiento social dispuestas para limitar su propagación plantean grandes desafíos para el sistema de salud. Mantener dentro de las prioridades a la atención de las ECV tanto en su fase aguda como crónica, reducirá el impacto en la salud de estos pacientes. El establecimiento de protocolos institucionales para asegurar circuitos de atención independientes de los utilizados por los pacientes con COVID-19, la implementación de sistemas de teleconsulta que aseguren el seguimiento de las condiciones crónicas en general y las ECV en particular, así como la provisión adecuada de fármacos de uso crónico, son medidas absolutamente necesarias. Por último, las estrategias comunicacionales bien diseñadas deben alertar a la comunidad sin generar temores infundados, con el objetivo de asegurar una consulta precoz ante síntomas que hagan sospechar una emergencia cardio o cerebrovascular.

8. BIBLIOGRAFÍA

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. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales 2018. Disponible en: [www.deis.msal.gov.ar › index.php › estadisticas-vitales](http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales).
3. Información procesada por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, con base en los datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.
4. Kathib R, et al. Availability and Affordability of Cardiovascular Disease Medicines and Their Effect on Use in High-Income, Middle-Income, and Low-Income Countries: An Analysis of the PURE Study Data. *Lancet* 2016 Jan 2;387(10013):61-9. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00469-9.
5. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
6. Wu Z, et al. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet]. 2020 Feb 24; <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
7. Vensentini N, Zaidel E, Charask A y col. Internaciones cardiovasculares en unidades de cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19. *Medicina* (Buenos Aires) 2020; 80. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/adelantos/>
8. Guan W-J, Liang W-H, Zhao Y et al. Comorbidity and its impact on 1,590 patients with COVID-19 in China: A Nationwide Analysis. medRxiv. 2020 Feb 27;2020.02.25.20027664.
9. Wu C, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 Mar 13; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>.
10. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study [Internet]. *The Lancet*. 2020. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30566-3).
11. Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>.
12. Yusuf S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2019 Sep 2; Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
13. World Health Organization. COVID-19 and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and receptor blockers: Scientific brief, 7 May 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-and-the-use-of-angiotensin-converting-enzyme-inhibitors-and-receptor-blockers>.
14. Chao G, et al. Association of hypertension and antihypertensive treatment with COVID-19 mortality: a retrospective observational study. *Eur Heart J* 2020. doi:10.1093/eurheartj/ehaa433.
15. Izcovich A, Ragusa M, Tortosa F y col. Prognostic Factors for Severity and Mortality in Patients Infected with COVID-19: A Systematic Review (6/11/2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3627285>.

16. Rodríguez-Leor. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *Rev Esp Cardiol* 2020. DOI: <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>.
17. Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, 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>.
18. World Health Organization. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>.
19. 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.
20. 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.
21. Psaty BM, et al. Health Outcomes Associated With Various Antihypertensive Therapies Used as First-Line Agents [Internet]. Vol. 289, *JAMA*. 2003. p. 2534. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.19.2534>.
22. World Health Organization (WHO). A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health For All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11–16 December, Geneva 1997. World Health Organization, Geneva, 1998.
23. Salud presentó el Programa TeleCOVID para ofrecer asistencia a distancia. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-el-programa-telecovid-para-ofrecer-asistencia-distancia>.
24. Ferrante D, et al. Long-term Results After a Telephone Intervention in Chronic Heart Failure: DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) Follow-Up. *J Am Coll Cardiol* 2010 Jul 27;56(5):372-8. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.049.

argentina.gob.ar/salud