



COVID-19 y el Consultorio médico

Pacientes en el
consultorio médico

Mujer embarazada

Paciente asmático

La atención de las niñas y los niños

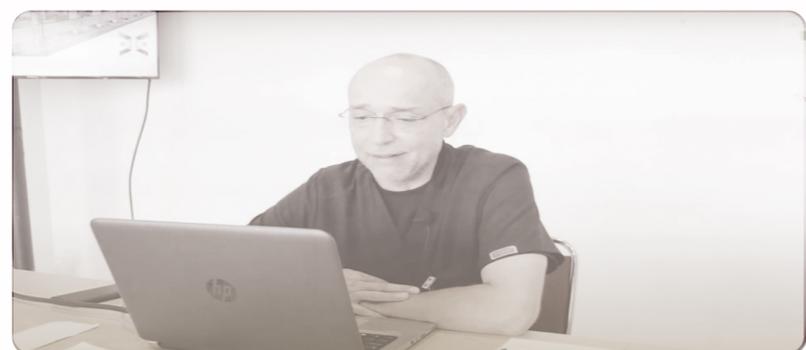
Consultorio odontológico

Personal de Enfermería

La relación Médico-Paciente

Temporada de conferencias:

COVID-19 y el Consultorio médico



Encuéntralas en:



Estamos para ayudarte



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

- Editorial** s3 **La pandemia de COVID-19 y el consultorio del primer nivel de atención**
The COVID-19 pandemic and the first level of care office
Daniela Carrasco Zúñiga, Miguel Ángel Lezana Fernández,
Fernando Meneses González
- Ciclo de conferencias: COVID-19 y el consultorio médico**
- s4 **Atención de pacientes con COVID-19 en el consultorio médico**
Care of patients with COVID-19 in the doctor's clinic
Jesús Ojino Sosa García
- s15 **COVID-19 y atención a embarazadas en el consultorio**
COVID-19 and pregnancy care in the clinic
Jesús Carlos Briones-Garduño
- s24 **COVID-19 y el paciente asmático en el consultorio**
COVID-19 and the asthmatic patient in the clinic
José Juan Luis Sienra Monge
- s31 **COVID-19 y la atención de las y los niños en el consultorio de medicina general**
COVID-19 and the attention of children in the general medicine clinic
José Alfonso Maya Barrios
- s41 **COVID-19 y el paciente en el consultorio odontológico**
COVID-19 and the patient in the dental clinic
Enrique Ensaldo Carrasco
- s48 **COVID-19 y el personal de enfermería en el consultorio de primer nivel**
COVID-19 and the nursing staff in the first level clinic
Alma Lidia Almiray Soto
- s55 **COVID-19 y la relación médico-paciente**
COVID-19 and the doctor-patient relationship
Jennifer Hincapié Sánchez

REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Kever
Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Dionisio Herrera Guibert
*Training Programs In Epidemiology Public
Health Interventions Network, USA*

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga
Dra. Leticia de Anda Aguilar
Dr. José de Jesús Leija Martínez

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
*The George Washington University
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
*Facultad de ciencias de la salud.
Universidad Panamericana, México*

Dra. Teresita Corona Vázquez
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz
Facultad de Medicina UNAM, México

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez
Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez
Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval
Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)
Organización Panamericana de la Salud, México*

Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 25, Suplemento 1, 2020, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 10 de diciembre de 2020. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

La pandemia de COVID-19 y el consultorio del primer nivel de atención

The COVID-19 pandemic and the first level of care office

Daniela Carrasco Zúñiga,* Miguel Ángel Lezana Fernández,*
Fernando Meneses González*



Este año la salud pública mundial y sus diversos actores han enfrentado uno de los mayores retos en salud de los últimos años: la pandemia por SARS-CoV-2, o como se conoce: COVID-19. La presencia de la infección que produce este virus ha costado una enorme carga social a través de millones de enfermos y la pérdida de muchas vidas en todo el mundo. A pesar de las presiones que se ha ejercido en los sistemas de salud nacionales, y en la contención y atención de esta pandemia, se han logrado obtener muchas enseñanzas, por ejemplo, la confluencia y colaboración de los diversos grupos científicos, de profesionales de la salud y la sociedad para obtener diagnósticos rápidos, mejores esquemas de tratamiento, medidas de prevención exitosas, mejoras de la comunicación en salud hacia la población o bien el desarrollo tecnológico de vacunas en tiempos recortados.

La población, así como los profesionales de la salud, debemos tener presente que esta pandemia continuará durante algún tiempo más y, en los meses siguientes, los profesionales de la salud del primer nivel de atención serán una pieza fundamental para la contención y atención de la misma.

Por ello, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico organizó un ciclo de conferencias virtuales titulado: «El consultorio médico y COVID-19», con el objetivo de proporcionar a los profesionales de la salud que desarrollan sus actividades en el primer nivel de atención, público o privado, información de la interacción de diversas patologías con la infección de COVID-19.

Las conferencias han sido dictadas por especialistas de alto reconocimiento profesional y académico, a quienes agradecemos profundamente su participación y el valor de la información que éstas contienen. Se publica una selección de las mismas en este Suplemento de la Revista CONAMED.

Todas las conferencias se encuentran disponibles de manera gratuita en la siguiente dirección electrónica: <https://www.gob.mx/conamed>, y en el canal de YouTube de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, los webinars correspondientes.

Esperamos que la información que contiene sea de utilidad para los profesionales de la salud del primer nivel de atención para lograr una atención oportuna, de calidad y que contribuya a reducir las consecuencias de esta infección.

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Revista CONAMED.

Correspondencia:

FMG, fmeneseg@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:

Ninguno.

Citar como: Carrasco ZD, Lezana FMÁ, Meneses GF.

La pandemia de COVID-19 y el consultorio del primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s3. <https://dx.doi.org/10.35366/97342>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 09/12/2020.

Aceptado: 09/12/2020.



Atención de pacientes con COVID-19 en el consultorio médico

Care of patients with COVID-19 in the doctor's clinic

Jesús Ojino Sosa García*

RESUMEN

Dentro de las manifestaciones clínicas de los pacientes con COVID-19 están los síntomas neurológicos y mentales. Es importante diferenciar en el consultorio médico de primer contacto los diversos signos y síntomas que pueden confundirse con alguna otra entidad nosológica. Los pacientes con COVID-19 se catalogan principalmente en: casos leves, moderados, graves y críticos. La importante diferenciación de cada uno de ellos es esencial en el primer contacto de atención, ya sea en el triaje, consultorio médico o en el servicio de urgencias, los estudios de laboratorio o gabinete pueden orientar a los posibles riesgos o complicaciones de los pacientes diagnosticados con COVID-19 y el manejo que se dará de acuerdo con su gravedad.

Palabras clave: COVID-19, atención primaria, manejo de pacientes.

ABSTRACT

Among the clinical manifestations of patients with COVID-19 are neurological and mental symptoms. It is important to differentiate in the first contact doctor's office the various signs and symptoms that can be confused with some other nosological entity. Patients with COVID-19 are classified mainly in: mild, moderate, severe and critical cases. The important differentiation of each of them is essential in the first care contact, whether in triage, medical office or in the emergency service, laboratory or office studies can guide the possible risks or complications of diagnosed patients with COVID-19 and the management that will be given according to its severity.

Keywords: COVID-19, primary care, patient management.

*Titular de la División de Educación Continua en el Instituto Mexicano de Seguro Social.

Correspondencia: JOSG, drintervista@gmail.com

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

Citar como: Ojino SGJ. Atención de pacientes con COVID-19 en el consultorio médico. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s4-s14. <https://dx.doi.org/10.35366/97343>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 13/11/2020.

Aceptado: 13/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

ANTECEDENTES

Hace poco más de cinco meses se detectó el primer caso de coronavirus en nuestro país. México se ha posicionado ya como el sexto país con más casos confirmados así como en el tercer lugar en mortalidad, aportando más de 48, 000 casos de muerte en nuestro país, lo cual resulta un poco preocupante derivado de que a pesar de las estrategias que se han implementado por parte de la Secretaría de Salud a nivel federal y estatal no se ha logrado mitigar el brote de la pandemia por COVID-19 en nuestro país.

Aunado a lo anterior, resulta esencial que nuestra población demande la atención a la salud de otras entidades no relacionadas con el coronavirus como las enfermedades crónicas no transmisibles, el embarazo, salud mental, entre otras. A dichas entidades es necesario darles continuidad para tener un control y prevención de las mismas durante el proceso de la atención de nuestra población.

Entre los profesionales de la salud existe una alta incidencia de contagios, se han reportado cifras de más de 42,000 aproximadamente que equivalen a cerca de 22% del total de los casos que se han registrado en nuestro país, de aquí deriva la importancia de establecer estrategias para prevenir y controlar las infecciones.

Esta enfermedad surgió a finales de diciembre de 2019 en Wuhan, China donde se reportaron 44 casos de neumonía de etiología desconocida que posteriormente se denominaría, una vez que se identificó el virus responsable de la enfermedad, SARS-CoV-2 y que se asocia a un síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus tipo 2 llamado coronavirus o COVID-19.

El coronavirus pertenece a una familia de virus ARN de una sola cadena, provoca una serie de entidades desde enfermedades respiratorias que son las más frecuentes, pero también puede llegar a afectar a nivel entérico, hepático o neurológico e iniciar con signos y síntomas que podrían confundirse con alguna otra entidad a nivel del sistema nervioso central.

Los coronavirus no son los primeros que se presentaron durante este año y a fines del año anterior, sino que ya ha habido antecedentes relacionados con otras entidades epidemiológicas como el SARS-CoV que afectó a más de 8,000

personas con una mortalidad de 10% y también el MERS-CoV con afectación a más de 800 personas con una mortalidad de hasta 35%.

El SARS-CoV-2 pertenece al género de beta-coronavirus que se identifica no solamente en humanos, sino también en murciélagos y otras especies silvestres con las que pudiéramos tener contacto en algún momento y ser susceptibles de contagio por esta entidad.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Mecanismos de transmisión

Estudios epidemiológicos y virológicos sugieren que la transmisión ocurre principalmente por tres aspectos: de personas sintomáticas a otras en contacto estrecho, a través de gotas respiratorias y por el contacto directo con personas infectadas. Otra de las grandes desventajas que tenemos ante este virus es el contacto con objetos o superficies contaminadas dado que la vida de este virus puede perdurar hasta por horas en algunas superficies y esto predispone a tener mayor posibilidad de contagio.

El periodo de incubación de la enfermedad por COVID-19 entre la exposición del virus y el inicio de los síntomas puede ser de cinco a seis días o hasta 14 días para que el paciente presente síntomas; sin embargo, es importante recalcar que en este periodo presintomático, que puede ser de uno a tres días, es posible que algunas personas contagien la enfermedad, de ahí la relevancia de que existan portadores asintomáticos o que se encuentren en un periodo presintomático durante el cual distribuyen y dispersan el virus afectando a mayor cantidad de población y sobre todo a la más vulnerable.

La detección del virus es de hasta 20 días en un rango de 17 a 24 días y en algunos casos se puede detectar hasta 37 días después del contagio, de tal manera que en estas personas, a pesar de que su carga viral puede ser de mayor a menor concentración, se puede encontrar un mes después la presencia del virus.

Manifestaciones clínicas

De acuerdo con la primera serie que se publicó en China de 138 pacientes, en la cual el periodo de

incubación fue de uno a 14 días con un rango entre tres y siete días, los signos más frecuentes fueron la presencia de fiebre hasta en 98% de los casos, manifestaciones generales como fatiga, anorexia, mialgias, tos seca, expectoración, disnea, faringitis y otras menos frecuentes, pero que también es importante tomar en cuenta como la presencia de diarrea, náuseas, cefalea, vómitos y dolor abdominal.

Existe una diversidad de signos y síntomas, gran parte de ellos inespecíficos, y que pueden llegar a confundirse con alguna otra entidad nosológica que es importante diferenciar de algunas enfermedades que se pueden sobreponer con el COVID-19.

Dentro de las manifestaciones clínicas de los pacientes con COVID-19 están los síntomas neurológicos y mentales, por ejemplo, la presencia de ansiedad y depresión es más común en pacientes hospitalizados que puede ser desde 34 hasta 28% respectivamente, la presencia de delirium o agitación es más frecuente en los pacientes en unidades de cuidados intensivos hasta en 65 y 69%, por tanto, dos de cada tres pacientes hospitalizados o en terapia intensiva pueden llegar a presentar estos síntomas neurológicos.

Dentro de estos síntomas neurológicos, los que más comúnmente se detectan en población abierta son anosmia y disgeusia, pero también puede llegar a presentarse ansiedad, depresión y trastornos del sueño; asimismo, es importante resaltar que de acuerdo con la tendencia que hemos observado con respecto a la presencia de anosmia y disgeusia, hay una correlación con el diagnóstico de COVID-19, es decir, existen altas posibilidades de salir positivo en la prueba para la determinación del SARS-CoV-2.

Estos signos y síntomas son menores y más leves en los pacientes pediátricos que en los adultos, de ahí que esta enfermedad es muy benevolente con los niños, pero a su vez esto repercute en que ellos sean también portadores del virus y puedan contagiar a mayor cantidad de personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resume todos los signos y síntomas que se mencionan, pero sobre todo cuáles son los factores de riesgo de que un paciente de enfermedad leve o moderada pueda progresar a una enfermedad grave.

COMORBILIDADES

En China, por ejemplo, una de las comorbilidades más frecuentes fue que uno de cada tres pacientes tenía hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras como neoplasias o enfermedades cerebrovasculares.

En los Estados Unidos, por ejemplo, también la entidad más frecuente en 56% de los casos fue hipertensión, en segundo lugar obesidad y en tercer lugar diabetes.

En México, la comorbilidad más frecuente es la presencia de obesidad, lo cual está en correlación con el hecho de que tenemos como país el primer lugar en obesidad a nivel mundial y esto predispone a que las personas no solamente se contagien más, sino también a que haya complicaciones con respecto al COVID-19; en segundo lugar está la hipertensión, al igual que en el resto de los países y en tercer lugar, la presencia de diabetes, otra de las entidades también muy frecuentes en nuestro país y que predispone al desarrollo de COVID-19.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con COVID-19 se catalogan en cuatro escenarios posibles: los casos leves, los casos moderados, los casos graves y por último los casos críticos.

Diferenciar cada uno de ellos es importante porque quienes que están en primer contacto ya sea en triaje, en consultorio médico o en el servicio de urgencias tienen que hacer una diferenciación entre la clínica que presenta el paciente y el escenario al cual se atribuye dicha entidad.

Los casos leves son aquellos pacientes con sospecha o caso confirmado por COVID-19, constituyen 40% de los casos, es decir, los pacientes que van a tener muy pocos síntomas o asintomáticos y van a cumplir con la definición de caso por COVID-19. Estos pacientes no tienen evidencia de neumonía ni de hipoxemia, es eso lo que los va a diferenciar de los casos moderados y pueden no tener ningún síntoma o solamente tener anosmia y disgeusia o algún síntoma general que puede ser controlable con analgésicos o antipiréticos.

Los casos moderados también afectan a 40% de los casos, esto quiere decir que 80% de los casos con COVID-19 son de leves a moderados y se

pueden atender desde el domicilio o en lugares apropiados para que lleven a cabo la convalecencia. Aquí hay presencia de neumonía, va a haber signos clínicos de neumonía como fiebre, tos, disnea, taquipnea, pero sin datos de neumonía grave, lo que incluye la presencia de desaturación; al momento de medir la saturación en estos pacientes deberá ser igual o mayor de 90% al aire ambiente, es decir, sin oxígeno suplementario.

El diagnóstico en este caso puede ser clínico, radiográfico, por medio de una tomografía de tórax o a través de otras herramientas como el ultrasonido, lo que puede ayudar en el diagnóstico para identificar o excluir alguna otra complicación que se puede presentar en estos pacientes.

Los casos graves constituyen 15% del total de los casos y se asocian con la presencia de una neumonía grave, es decir, los signos clínicos de neumonía fiebre, tos, disnea y taquipnea, pero en este caso el paciente va a presentar desaturación con hipoxemia menor de 90% al aire ambiente y también va a presentar insuficiencia respiratoria con hasta más de 30 respiraciones por minuto.

Esto es lo que va a diferenciar un caso grave con neumonía de un caso moderado, y se puede atender en diferentes instancias dependiendo de la situación clínica de cada paciente.

De los casos con COVID-19, 5% son pacientes críticos, es decir, son aquellos pacientes que evolucionan dentro de la primera semana de la afectación y cursan con neumonía o síntomas respiratorios que pueden ser nuevos o que se van deteriorando progresivamente.

Estos pacientes tienen alto riesgo de complicación como falla respiratoria aguda y síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y en caso de que lleguen a presentar alguna coinfección, pueden cursar con sepsis grave, choque séptico y también pueden iniciar con enfermedad tromboembólica venosa, falla multiorgánica por la presencia de lesión renal aguda y falla cardiaca.

En la mayoría de estos pacientes, el principal órgano afectado es a nivel respiratorio y pueden llegar a presentar otras complicaciones menos frecuentes como a nivel renal, a nivel cardiaco o la presencia de eventos tromboembólicos venosos.

Estos pacientes críticos se van a referir a un siguiente nivel de atención, ya sea un segundo o tercer nivel de atención o áreas especiales que

existen para atender este tipo de población con COVID-19, donde se les pueda dar el soporte que estos pacientes requieren en cuanto al cuidado crítico.

En general, ésta es la presentación clínica de los diferentes escenarios que podemos tener en los pacientes con COVID-19. Desde los casos leves hasta los casos moderados se van a estar atendiendo en un primer contacto o dentro del consultorio médico; es importante identificarlos y darles el manejo domiciliario para su atención con las manifestaciones de alerta.

La OMS define quién es un paciente crítico, qué complicaciones puede llegar a tener y qué es importante que analicemos y detectemos de manera oportuna.

Factores de riesgo (Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda y muerte)

No todos los pacientes que presentan caso leve, moderado, grave o crítico tienen mayor riesgo de mortalidad que otros porque, por ejemplo, la presencia de disnea es un factor importante que puede predisponer a complicaciones, mas no a mortalidad.

Hasta en 59% de los casos las comorbilidades más frecuentes a nivel mundial son hipertensión y diabetes entre 27 y 19%, pero en nuestro país, a diferencia de los Estados Unidos, China o de algunas series italianas publicadas, la obesidad es el principal factor de riesgo en cuanto a la afectación por el COVID-19. Las personas adultas mayores de 60 años de edad tienen un riesgo de 226% más de presentar riesgo de SIRA o de muerte en esta entidad.

Algunos datos de laboratorio que nos pueden orientar respecto a lo que puede suceder con nuestro paciente y el riesgo potencial de insuficiencia respiratoria aguda e incluso de muerte, son la presencia de neutrofilia hasta en 14% de los casos, la elevación de la deshidrogenasa láctica (DHL) hasta en 61% de los casos y la elevación del dímero D es significativa en 3% de los casos.

En nuestro país, la presencia de la escala SOFA alta asociada con disfunción orgánica y sobre todo el acompañamiento de lesión renal aguda en esta población son los factores que más se han asociado con riesgo de muerte.

Es importante que en el consultorio médico de primer contacto se reconozca a estos pacientes que

se presentan como caso sospechoso o confirmado de COVID-19. Permanecer en alerta de los signos de emergencia como aumento en la dificultad respiratoria, presencia de coloración violácea o azul en labios y rostro, debilidad generalizada y progresiva, dolor persistente en el pecho, disminución de la saturación menor de 90%, inflamación de extremidades, hipotensión, taquicardia, confusión, mareos, entre otros signos neurológicos, nos puede orientar a la posibilidad de que el paciente se está complicando y que es necesario que se reconozcan estando en casa o en algún centro de atención especial para llevar a cabo su convalecencia en los casos leves a moderados.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

Diagnóstico

Uno de los puntos más importantes para el diagnóstico es el clínico; 40% de los casos son los pacientes que pueden ser asintomáticos o tener síntomas leves de mal estado general, anosmia, disgeusia, fiebre, tos seca. En los casos moderados la presencia de neumonía que puede condicionar la disnea, fiebre, tos y el progreso de la entidad es lo que vamos a detectar y catalogar en nuestros pacientes.

Dentro de los estudios de laboratorio y gabinete que van a ser de gran utilidad, el estándar de oro para el SARS-COV-2 es la reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (TR-PCR) de tracto respiratorio superior a nivel nasofaríngeo y orofaríngeo, que nos va a permitir detectar la presencia de este virus.

Algunos estudios de laboratorio que se han utilizado como marcadores que pueden orientarnos a posibles factores de riesgo de complicación de estos pacientes son, por ejemplo, la presencia de leucocitos normales con linfopenia, la elevación de marcadores como la DHL, el dímero D, fibrinógeno, estos últimos dos asociados con mayor riesgo tromboembólico. La presencia en la elevación de proteína C reactiva y ferritina en casos graves a críticos puede requerir de la determinación de estos marcadores para poder orientarnos respecto a lo que está sucediendo.

En cuanto a estudios de imagen, es de gran utilidad la radiografía de tórax si no tenemos

acceso a una tomografía; lo que nos permite tener un panorama global de lo que está sucediendo anatómicamente a nivel pulmonar es la tomografía computarizada de tórax. El ultrasonido es otra herramienta; sin embargo, no todos los centros hospitalarios o consultorios cuentan con un ultrasonido para llevarlo a cabo, de tal manera que hoy por hoy hay pacientes que recurren prácticamente a la tomografía computarizada de tórax directamente para hacer el diagnóstico presuntivo del SARS-CoV-2.

Los hallazgos tomográficos que se pueden llegar a presentar son muy compatibles con los publicados con relación a lo que es el COVID-19. Otro dato importante es que no se recomienda el uso de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 para el diagnóstico de infección reciente por COVID-19, ya que no significa que en ese momento se tenga el COVID-19, sino simple y sencillamente es la inmunidad que generan posterior a haber estado en contacto con el SARS-CoV-2, por lo tanto no es una herramienta diagnóstica para definir si el paciente cursa o no con la presencia del virus.

Diagnóstico diferencial

Otro de los puntos importantes a considerar en nuestro país es la presencia de sindemias y obviamente de las coinfecciones que se pueden llegar a presentar con el COVID-19, dentro de las más frecuentes serían dengue, influenza, chikungunya y en algunos otros estados o países de la región de las Américas la presencia de tuberculosis, fiebre tifoidea o de malaria que pudieran llegar a coexistir en conjunto con el COVID-19 y en ciertos momentos desorientarnos en cuanto al diagnóstico diferencial.

Es importante diferenciarlo, ya que en los casos graves a críticos pueden surgir las infecciones secundarias. Éstas pueden ser bacterianas, micóticas, entre otras, y que no necesariamente haya una sindemia.

Con base en las características clínicas de nuestros pacientes, y en algunos casos los estudios de gabinete, nos pueden orientar respecto a qué es lo que vamos a hacer. Si bien es cierto nuestra población va a acudir a consulta por «n» cantidad de padecimientos, en este momento no podemos dejar de lado la presencia del COVID-19.

Manejo de casos leves

Los pacientes con casos leves no requieren hospitalización, en su mayoría el aislamiento puede ser en casa o en instalaciones asignadas para COVID-19, en algunos países como el nuestro existen áreas a nivel nacional o estatal asignadas para tal fin, donde los pacientes pueden ir a hacer su convalecencia y pasar los 14 días que se recomiendan en aislamiento para el manejo de esta entidad.

En los casos leves el tratamiento es sintomático; en caso de presencia de fiebre o de dolor el paciente debe llevar una alimentación adecuada, una hidratación apropiada y recordar siempre que ante la presencia de uno o más signos de emergencia pueden acudir a valoración en caso de que sea necesario o a través de las herramientas tecnológicas con las que contamos actualmente como una videollamada o un mensaje y poder alertar a los médicos o a quienes están al tanto de su evolución.

Manejo de casos moderados

El primer nivel de atención es una entidad que puede manejar estos casos, la mayoría de ellos no requieren hospitalización, se recomienda un aislamiento en casa o también en las instalaciones asignadas para COVID-19.

Se debe manejar un tratamiento sintomático para la fiebre o el dolor, una alimentación adecuada y una hidratación apropiada, pero en un caso moderado con presencia de neumonía es importante tomar en cuenta aquellos pacientes que pueden tener factores de riesgo para no sobrecargar con la hidratación, por ejemplo, en pacientes con insuficiencia renal crónica que no toleran las grandes cantidades de líquidos.

Hay que considerar que el aporte de oxígeno en estos pacientes puede llegar a bajar a menos de 90% y que podría recomendarse el oxígeno domiciliario; otra de las estrategias que se han venido implementando en los pacientes con neumonía moderada y también grave es la posición prono vigil, es decir, aquellos pacientes cuya tomografía muestre áreas de consolidación y en quienes la posición prono vigil les permita hacer un mejor intercambio de oxígeno, y que los requerimientos así como el esfuerzo manifestado a través de la disnea sean menores.

En estos pacientes que requieren aporte de oxígeno, se puede valorar el uso de esteroides. De acuerdo con los últimos estudios reportados como el estudio RECOVERY, en el cual se evaluó el uso de la dexametasona, puede ser de gran utilidad en pacientes con una evolución mayor de ocho días y que tengan oxígeno suplementario, ya sea por puntas nasales, mascarillas con reservorio, o de alto flujo, entre otros.

En los pacientes con casos leves que no requieren oxígeno no está indicada la administración de esteroides, en particular de la dexametasona, es decir, debemos individualizar qué pacientes se van a beneficiar con el uso de estos medicamentos, y quiénes cumplen con estas dos características en cuanto al tiempo y el uso de oxígeno suplementario.

En pacientes con alto riesgo de deterioro se prefiere un aislamiento hospitalario, es decir, un paciente que tiene factores de riesgo, de edad mayor de 60 años, el paciente diabético, hipertenso, obeso, probablemente es un potencial complicable y se prefiere que en vez de estar en casa se pueda manejar en un centro hospitalario y estar más al pendiente de su evolución y así tener un mejor manejo de esta población.

Otro punto importante es un algoritmo que se generó con la Organización Panamericana de la Salud para la atención de los pacientes en áreas remotas, pero que viene muy *ad hoc* porque se puede tropicalizar y adaptar al primer contacto en nuestra población, incluso en lo que es el consultorio médico.

Este algoritmo nos permite identificar a los pacientes de acuerdo con sus signos, síntomas y factores de riesgo. Los podemos manejar desde casa, en un área especial para los pacientes con COVID o si es un paciente que tiene datos de alarma, puede ser referido a un siguiente nivel de atención.

De tal manera que si decidimos manejar a estos pacientes de casos leves a moderados en casa, qué estrategias debemos implementar a través del aporte de oxígeno y cómo escalar de acuerdo con las necesidades de este paciente y los niveles de saturación desde lo que son puntas nasales, mascarillas de alto flujo, entre otros, y en qué momento debemos derivar a dichos pacientes.

Algo que ha venido afectando es que los pacientes cada vez llegan más tardíamente por temor

o por diversos motivos a las unidades de atención y eso obviamente se traduce en que haya mayor riesgo de complicaciones y por ende de mortalidad.

De tal manera que es importante que sepamos en qué momento referirlos a otro centro hospitalario para que reciban atención y optimizar así el manejo, ya sea por el riesgo de tromboembolismo que presenta el uso de enoxaparina o de heparina no fraccionada, dexametasona, o el uso de oxígeno.

Manejo de casos graves y críticos

Los casos graves y críticos son pacientes que no van a llegar directamente a un consultorio, quizá a un contacto en un triaje o a un servicio de urgencias, ya que este tipo de pacientes desde graves hasta críticos requieren de otro tipo de manejo más específico y para esto existen documentos como la guía de práctica clínica de la Organización Mundial de la Salud o la guía de la Organización Panamericana de la Salud, la cual está tropicalizada a los países de la región con base en los recursos con los que se pueda contar para atender esta población.

CRITERIOS DE REFERENCIA

¿Cuándo derivar a un paciente que estoy consultando, que está en su domicilio, a un centro especializado o a un siguiente nivel de atención porque se requiere mayor soporte de oxígeno?

Signos de deterioro

Están aquellos pacientes que tienen signos de deterioro como alteración del estado de alerta, insuficiencia respiratoria aguda, dolor en el pecho de manera persistente, son pacientes deshidratados que también cursan con sepsis grave, choque séptico manifestado por hipotensión, taquicardia, etc., que requieren atención especializada ya sea un hospital de COVID o en una unidad de cuidados intensivos en los diferentes hospitales.

Funciones

Tenemos que hacer tres funciones en el primer nivel de atención, la primera es una atención centrada en respuestas a COVID-19, es decir, identificar, reportar, contener, manejar y referir al paciente

que requiera un manejo avanzado a un siguiente nivel de atención.

Pero como primer contacto, no sólo nos vamos a enfrentar a pacientes con COVID-19 como parte de nuestra nueva normalidad, la población también demanda que sigamos atendiendo sus problemas de fondo como las enfermedades crónicas no transmisibles, evaluar o valorar la evolución del embarazo, salud mental, entre otros padecimientos, de tal manera que se tiene que mantener la continuidad de los servicios esenciales durante la transmisión comunitaria del COVID-19.

Por otro lado, también debemos propiciar las altas hospitalarias para ampliar la capacidad de los servicios hospitalarios en respuesta al COVID-19, es decir, aquellos servicios de cirugía ambulatoria, diálisis peritoneal, hemodiálisis que se siguen llevando a cabo; sin embargo, nos vamos a centrar en la primera función, es decir, cómo identificar, reportar, contener, manejar y referir a nuestros pacientes.

Atención centrada en respuesta a COVID-19: identificar y reportar casos y contactos

Significa apoyar en la búsqueda y detección temprana, identificar aquellos pacientes y sobre todo dar seguimiento a adultos mayores, a los casos y contactos que se tienen con ellos para tratar de ubicarlos y mantenerlos aislados en lo que pasa la cuarentena.

Realizar un pretriaje o triaje en pacientes con enfermedades respiratorias y facilitar el diagnóstico tras la sospecha clínica de personas con COVID-19 según los protocolos que existen en cada país. Se deben identificar y reportar los casos y contactos, tener una red comunitaria para poder trabajar de manera conjunta y coordinada con otras entidades y con otras instituciones públicas del sistema nacional de salud, la atención presencial en el centro de pacientes en el primer nivel de atención y también la atención domiciliaria o centros de aislamiento, empleo de la telemedicina, las llamadas telefónicas o los telemensajes que son otras de las herramientas que hemos venido implementando para facilitar dar seguimiento a nuestros pacientes sin tener que desplazarse o estar en contacto con ellos y de alguna manera mitigar el riesgo de contagio a otras personas incluso a los propios trabajadores de la salud.

Implementar estas estrategias a través de herramientas tecnológicas como el teléfono celular que permite hacer videollamadas o estar en contacto con mensajes con el profesional de la salud que le está dando seguimiento.

Contención de la expansión

Tratar de contener la expansión de la enfermedad, es decir, apoyar el aislamiento de los casos y contactos a que permanezcan en cuarentena, el aislamiento social que es una estrategia importante, que concienticemos a la población, que se sensibilice a la importancia de seguir este tipo de medidas para poder contener la expansión y obviamente a través de la comunicación y asesoría de las medidas de salud pública, desde la higiene de manos, el estornudo de etiqueta, el distanciamiento social, entre otras.

Para esto también requerimos la modalidad de activación de redes comunitarias, el uso de las tecnologías para telemensajes, llamadas telefónicas, apoyo intersectorial, siendo muy importante que exista comunicación entre las instituciones públicas *per se* y de igual manera con el medio privado para llevar un adecuado control de la expansión de estos pacientes.

Manejo

Por otro lado, hay que asegurar la atención en el manejo de estos pacientes, los cuidados que se requieren y el seguimiento domiciliario de las personas con síntomas leves o en aquellos pacientes con síntomas moderados en algún sitio especial de cuidados del paciente convaleciente así como proveer los medicamentos y dispositivos necesarios para llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de estos pacientes.

Hacer énfasis en la promoción de las medidas de contención de la transmisión de este virus, la modalidad en la atención a domicilio, los centros de atención y el uso de tecnologías para llevar a cabo este punto.

Es importante que existan mecanismos de referencia a un nivel hospitalario superior, ya sea un segundo o tercer nivel de atención de pacientes con signos y síntomas de gravedad o aquellos pacientes con factores de riesgo y el uso de todas estas tecnologías para llevar a cabo la referencia de estos pacientes a un siguiente nivel de atención.

Medidas de prevención y control de infecciones

Los profesionales de la salud no están exentos del contagio de esta entidad en la atención de los pacientes con COVID-19, por ello es importante que implementemos medidas de protección, de control de las infecciones en cualquier entidad en la que nos encontremos, ya sea a nivel de triaje, en el consultorio médico, en el servicio de urgencias, en la unidad de terapia intensiva, en quirófano, etcétera.

Siempre hay que aplicar las medidas necesarias, dependiendo de los riesgos que pueda llegar a tener el paciente y dentro de ellas, cuáles son los objetivos de la protección: limitar la transmisión interpersonal, evitar la expansión del virus, reducir también las infecciones secundarias que pueden llegar a presentar en los pacientes y prevenir la transmisión tras eventos de amplificación que se pueden llegar a presentar en una entidad hospitalaria o en alguna otra área recreativa.

Precauciones estándar

Dentro de las precauciones estándar para tratar de mitigar la función del virus, la higiene de manos es una de las medidas más económicas que a veces subestimamos, pero que ha demostrado ser efectiva para reducir la transmisión del virus.

De acuerdo con la evaluación del riesgo, no vamos a usar el mismo equipo para toda la población, dependiendo del riesgo al cual estemos expuestos es lo que vamos a utilizar desde guantes, bata, mascarilla médica, protección ocular a través de gafas o caretas, entre otros. La higiene respiratoria, es decir, el estornudo de etiqueta es una medida también importante que se debe sumar.

La esterilización y la desinfección de los equipos médicos que se utilicen durante la atención como el estetoscopio, el baumanómetro, el escritorio donde estamos frente al paciente y sobre todo la limpieza del ambiente que es toda aquella área con la que estamos en contacto tanto con el paciente como con el profesional de la salud que brinda atención a esta población y que podría ser portador del virus, ya que éste tiene mayor capacidad de sobrevivir en ciertos medios, en algunos de ellos hasta por aproximadamente seis horas.

Precauciones: mecanismo de transmisión

Para evitar el contagio por contacto, lo recomendado es que el personal use bata.

Para evitar el contagio por gotas, la mascarilla médica es más que suficiente, o en los procedimientos generadores de aerosoles como el de la intubación orotraqueal, la RCP, broncoscopia, entre otros procedimientos que pueden generar este tipo de aerosoles, se recomienda la mascarilla N95; cuando estemos en contacto con este tipo de población, lo ideal es que tengamos al menos los elementos esenciales como bata quirúrgica, batas, botas, gorro, gafas protectoras; dependiendo del tipo de aerosol, mascarilla médica o una N95 y el uso de guantes, se recomienda usar siempre doble guante.

Cuando se trate de un caso sospechoso o confirmado de COVID, se recomienda lo mínimo indispensable para evitar el contagio por gotas y el contacto directo del paciente: bata quirúrgica, botas, bata, gafas protectoras, gorro, mascarilla médica y guantes. En este caso, por la magnitud y la capacidad de contagio, la distancia que se tenga con el paciente es más que suficiente para evitar un contagio por gotas en los pacientes con sospecha o casos confirmados de COVID-19.

En situaciones en las que las medidas se tienen que ampliar por la presencia de procedimientos generadores de aerosoles, sumado a lo anterior, tenemos que utilizar sobre todo el equipo Tyvek® que es impermeable para evitar el contagio por la presencia de estos aerosoles. Lo ideal es usar un equipo completo para evitar el contagio, dependiendo de la población que tengamos, un servicio de urgencias, un servicio de terapia intensiva y cómo debemos aplicar las medidas.

En un consultorio médico con las precauciones estándar y sobre todo de contacto, el uso de botas nos protege ante un posible caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

Evaluación del riesgo

Se tiene que evaluar el tipo de interacción que vamos a tener con el paciente, el modo de transmisión de la enfermedad y la cantidad de fluido corporal que se puede generar a través de ciertos

procedimientos. Es así como se van a utilizar las diferentes estrategias.

Principios generales del EPP

La higiene de manos debe realizarse siempre aun con el uso de equipo de protección personal, el uso de guantes no sustituye el lavado de manos para evitar la transmisión de otras infecciones que pudieran complicar la evolución de los pacientes.

Retire o reemplace, si es necesario, cualquier pieza dañada o rota del equipo de protección personal, ya sea que el guante se haya roto, o que la bata, el gorro o nuestro cubrebocas no estén ya funcionando efectivamente. Una vez que concluimos nuestra jornada, los procedimientos o el motivo por el cual usamos equipo de protección personal, vamos a retirarlo tan pronto como sea posible teniendo cuidado para evitar el contacto con la superficie posiblemente contaminada directamente con nuestra piel.

Es importante también, una vez que se retire el EPP desechar todos los artículos que se hayan utilizado en el equipo de protección personal, y nuevamente una vez terminado el proceso de retiro del equipo de protección personal lavarse las manos siempre al inicio y al final del procedimiento.

Estos son los diferentes escenarios en los que podemos usar el equipo de protección personal según el tipo de atención, si estamos en triaje podemos lavarnos las manos y usar mascarilla médica; si vamos a tomar muestras para diagnóstico laboratorio se recomienda la higiene de manos, el uso de guantes, utilizar el N95, protección ocular o facial y batas.

En un caso sospechoso o confirmado con procedimientos que no generan aerosoles podemos utilizar todos los insumos excepto el N95, ahí podemos utilizar la mascarilla médica, a diferencia del caso sospechoso o confirmado que serán procedimientos generadores de aerosoles, se recomienda aplicar todas las medidas y vamos a sustituir la mascarilla médica por el N95 para tratar de evitar la transmisión a través de los aerosoles.

Éstos son los equipos de protección personal que vamos a implementar (mascarilla, cubrebocas, guantes, protección ocular, batas), dependiendo de la actividad o atención que le vayamos a dar a nuestros pacientes. Es muy importante saber ponerse el equipo de protección personal que es

seguro porque no hay manera de que esté contaminado, también es importante retirar cada uno de estos elementos siempre evitando el contacto directo con la piel para no contagiarse de COVID-19.

CONCLUSIONES

En la atención de los pacientes en primer nivel de atención es importante saber qué hacer, detectar y aislar los casos sospechosos o confirmados por COVID-19 con la finalidad no solamente de contener, sino también de manejar la enfermedad. Los casos leves se pueden tratar en casa y no requieren más que manejo sintomático.

Es importante evaluar el riesgo y el equipo de protección personal a utilizar anteponiendo siempre la seguridad del personal de salud, nosotros como profesionales de la salud nos gana el espíritu por atender a los pacientes y a veces olvidamos ponernos algo tan básico como la mascarilla, la bata, los guantes; aquí lo importante es salvaguardar la seguridad del profesional de la salud ante cualquier escenario que se pueda presentar en un caso sospechoso o confirmado por COVID-19.

Los pacientes con factores de riesgo de enfermedad grave deben ser monitoreados de manera constante y ser referidos oportunamente al siguiente nivel de atención. No hay que dejar pasar el tiempo, a veces por no llevar a cabo el monitoreo, por dar oportunidad a que el paciente mejore con el tiempo, o a veces porque el paciente *per se* no quiere ir a un siguiente nivel de atención.

Hay que insistir en que la atención temprana y oportuna de estos pacientes impacta en el pronóstico y desenlace que puede llegar a tener. Emplear el monitoreo domiciliario para evaluar la evolución de los pacientes nos ayuda a que disminuya la exposición, la diseminación y el riesgo de contagio de más personas o incluso de los profesionales de la salud y esto ayuda a reducir la saturación de los establecimientos de salud.

Esto se realiza a través del uso de las herramientas tecnológicas para hacer videollamadas y mensajes u otro tipo de contacto con estos pacientes, para monitorear a través de estas herramientas la evolución que va teniendo el paciente y de esta manera evitar todo lo mencionado anteriormente.

Con la gran cantidad de información que existe a través de internet o de los comentarios entre

colegas o vecinos, no se recomienda la profilaxis o tratamiento con antibióticos; en pacientes con casos leves el manejo es domiciliario, manejo sintomático que no requiere de ninguna otra intervención, tampoco se recomienda la profilaxis o el tratamiento con antibióticos en los pacientes de casos moderados, a menos que exista la sospecha de una infección agregada, ya sea bacteriana o fúngica, en estos pacientes que incrementa el riesgo de deterioro, complicaciones y mortalidad.

Hoy por hoy no se recomienda el uso de cloroquina, hidroxicloroquina que puede ser con o sin azitromicina, antiparasitarios como ivermectina y nitazoxanida, antivirales como lopinavir, zanamivir, oseltamivir, algunos inmunomoduladores como tocilizumab, interferón, inmunoglobulinas, colchicina, entre otros.

A propósito de sustancias como el dióxido de cloro que ha estado en auge últimamente, hay posiciones de la Organización Mundial de la Salud desde la propia COFEPRIS de no hacer uso de este tipo de intervenciones en nuestro país, pues pueden condicionar a mayor daño y alteración en estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a los alumnos pasantes de servicio social MPSS Carmen Gabriela Jerónimo Gutiérrez y QFB Liliana Aguilar Castañeda de las licenciaturas de Medicina y Química Farmacéutica Biológica por su colaboración en la transcripción del texto.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Organización Mundial de la Salud. Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. Organización Mundial de la Salud. Clinical management of COVID-19. 3ª edición. 2020. Disponible en: [http://www.who.int/publications/l/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(incov\)-infection-is-suspected](http://www.who.int/publications/l/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(incov)-infection-is-suspected)
3. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323 (11): 1061-1069.

4. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with covid-19 in the New York City area. *JAMA*. 2020; 323 (20): 2052-2059.
5. Sosa-García JO, Gutiérrez Villaseñor AO, García-Briones A, Romero-González JP, Juárez-Hernández E, González-Chon O. Clinical Characteristics of Severe COVID-19 patients in an ICU in Mexico. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2139/ssm.3605185>
6. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S 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*. 2020; 180 (7): 934-943.
7. Sosa-García JO, Gutiérrez Villaseñor AO, García-Briones A, Romero-González JP, Juárez-Hernández E, González-Chon O. Experiencia en el manejo de pacientes graves con COVID-19 en una unidad de terapia intensiva. *Cirugía y Cirujanos*. 2020; 88 (5): 569-575.
8. Algoritmo Organización Panamericana de la Salud para atención de pacientes con COVID-19 en áreas remotas. Disponible en: <http://iris.paho.org/handle/10665.2/52501>
9. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus (COVID-19) en las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/es/documentos/guia-para-cuidado-critico-pacientes-adultos-graves-con-coronavirus-COVID-19-americas>
10. Organización Panamericana de la Salud. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos. 23 abril del 2020. Disponible en: <http://www.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52223/OPSHSSHSCOVID-19200017spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones. Disponible en: <http://www.paho.org/es/documentos-tecnicos-ops-enfermedad-por-coronavirus-covid-19#prevencion-infecciones>

COVID-19 y atención a embarazadas en el consultorio

COVID-19 and pregnancy care in the clinic

Jesús Carlos Briones-Garduño*



RESUMEN

La mujer embarazada aparentemente no parece ser más vulnerable que la población en general; sin embargo, se puede decir que no hay muchos datos o son escasos, y que los cambios fisiológicos y la respuesta inmune de los pacientes son similares a la mujer embarazada. Cuando se identifica a una paciente en este estado contagiada por COVID-19 en el consultorio general, debe consultarse a su ginecólogo o intensivista, dependiendo de sus condiciones. La paciente puede pasar por diferentes situaciones y se debe considerar que puede llegar a cuidados intensivos si las medidas preventivas no son suficientes. La valoración obstétrica debe ser siempre de forma individual y el control prenatal que se hace debe ser orientado con un enfoque de riesgo, identificar de manera temprana factores de riesgo y comorbilidades tanto de la madre como del feto.

Palabras clave: COVID-19, embarazo, obstetricia.

ABSTRACT

The pregnant woman does not seem to be more vulnerable than the general population, however, it can be said that there is not much data or it is scarce, and that the physiological changes and the immune response of patients are similar to that of pregnant women. When a pregnant patient infected with COVID-19 is identified in the general office, her gynecologist or intensivist should be consulted, depending on her conditions. The pregnant patient can go through different situations and it should be considered that she can reach intensive care if preventive measures are not enough. Obstetric assessment must always be individual and the prenatal control that is carried out must be oriented with a risk approach, early identification of risk factors and comorbidities of both the mother and the fetus.

Keywords: COVID-19, pregnancy, obstetrics.

* Director de Medicina Aguda y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Correspondencia: JCBG, drcarlosbriones@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses: No hay conflicto de intereses.

Citar como: Briones-Garduño JC. COVID-19 y atención a embarazadas en el consultorio. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s15-s23. <https://dx.doi.org/10.35366/97344>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Recibido: 13/11/2020.

Aceptado: 13/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades emergentes son infecciosas y en las últimas décadas cobraron gran interés, en especial las de un grupo de virus denominados coronavirus, que a principios de este nuevo siglo generaron impacto con lo que se conoce como MERS y SARS, en las primeras publicaciones a principios de esta década fueron consideradas como la primera pandemia mundial.

Es importante mencionar que el movimiento de las poblaciones es muy importante para tratar de entender lo que sucede cuando una infección se disemina en forma masiva y da origen a una pandemia.

En el ámbito histórico, las bacterias y los virus nos han acompañado a lo largo de la historia de la humanidad, cada 100 años aproximadamente hemos tenido impacto con la peste negra, el cólera, la gripe española y ahora con estos coronavirus el MERS, SARS y COVID-19 que nos están impactando en todo el mundo.

El SARS es una enfermedad infecciosa emergente causada por coronavirus y la forma de detectarlas es a través de una reacción en cadena de polimerasa, con la cual se cuenta en todo el mundo incluyendo nuestro país. Estas infecciones respiratorias representan las principales causas de morbilidad y mortalidad en los seres humanos; sabemos que podemos tener infecciones por adenovirus, coronavirus, virus gripales o paragripales, sincitial respiratorio, rinovirus y algunos otros virus como estos coronavirus que nos están causando grandes problemas.

En el 2002, se difundió que el SARS estaba considerado como la primera pandemia global de este siglo. Mediante microscopía electrónica, se ha observado que estos virus se adhieren a las células, replican su genoma dentro de éstas y causan estragos en forma multisistémica.

La técnica de la cadena de polimerasa es la base para hacer el diagnóstico a nivel molecular y poder identificar que se trata de este coronavirus específico denominado COVID-19.

A continuación haremos una semblanza entre lo que es el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio del Medio Este (MERS) y el COVID-19.

Para empezar, todos son betacoronavirus, todos se propician y se propagan en animales salvajes

y de alguna manera han llegado con el ser humano, tienen periodos de incubación que se parecen mucho, al igual que la sintomatología clínica que oscila entre dos días y alrededor de una a dos semanas como máximo; algo que es importante que recordemos es el número básico de reproducción de este coronavirus, que oscila entre dos y tres, y esto habla de la capacidad infecciosa que tiene un virus para propagarse y la velocidad de transmisión, que es alta para el SARS-COV-2, y la mediana de la edad de los individuos afectados son, por lo general, de arriba de 50 años y que cuando se unen a alguna comorbilidad provocan mayores estragos.

DEBE PROCURARSE AL DECIDIR LA HOSPITALIZACIÓN

Cuando un paciente es valorado en el consultorio en el Servicio de Urgencias y se decide la hospitalización por las condiciones que presenta, sobre todo del aparato respiratorio, existen algunas recomendaciones globales generales, entre las que se encuentran: procurar que la habitación tenga presión negativa para no favorecer la diseminación de los virus; tratándose de mujeres embarazadas, el monitoreo materno y fetal es indispensable; tenemos que monitorear a través de ultrasonido y de pruebas de condición fetal cuáles son las condiciones de ese embrión/feto dependiendo de la edad gestacional y de la mamá; hay que monitorear todos los órganos y sistemas para poder hacer un diagnóstico integral.

En especial en obstetricia, se ha ideado un criterio que se conoce como «criterio q-SOFA» para establecer si en un momento presenta falla orgánica múltiple y cómo está repercutiendo en el feto para tomar acciones muy concretas y de carácter individual.

Una mujer puede desarrollar una neumonía viral y ésta va a tener repercusión en falla orgánica múltiple, se asocia y tiene repercusión en el desarrollo del feto. Son fetos que pueden nacer en forma prematura, pueden tener retraso en el crecimiento intrauterino e impacta en una mayor morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

Las estadísticas de COVID-19 varían todos los días, podemos consultar a la Secretaría de Salud y saber cómo estamos variando, pero en el ámbito mundial se han reportado más de 19 millones de

casos confirmados y de éstos tenemos una mortalidad que va de 716,000 a más defunciones, que dan una tasa de letalidad de 3.7%.

En nuestro país, nos acercamos a casi medio millón de habitantes que están confirmados y tenemos el día de hoy más de 53 mil defunciones, estas estadísticas son muy cambiantes dada la dinámica de esta patología y del impacto poblacional. La mujer embarazada aparentemente no parece ser más vulnerable que la población general; sin embargo, podemos decir que no hay muchos datos, que son escasos y que los cambios fisiológicos y la respuesta inmune de los pacientes son similares a la mujer no embarazada.

No se ha demostrado transmisión vertical, aunque ya hay datos de infección en la placenta, hay vellositis causada por esto; sin embargo, aunque hay en la literatura el reporte de un recién nacido contagiado, no sabemos exactamente el mecanismo y puede ser similar a lo que sucede en la isoimmunización materno-fetal, por lo cual se recomiendan las medidas de aislamiento y vigilancia fetal para establecer un cuadro clínico y hemodinámico muy característico materno y fetal, y tomar las decisiones multidisciplinarias.

Cuando esta paciente es detectada en la consulta general, debe consultarse a un ginecólogo, a un materno-fetal o a un intensivista dependiendo de las condiciones.

Desde el punto de vista del laboratorio, está establecido por múltiples publicaciones que debemos solicitar una biometría hemática, porque aparte de que hacen leucocitosis, estos casos tienden a tener linfopenia y la relación de neutrófilo y linfocito es importante porque se pierde, cuantificar también moléculas de respuesta inflamatoria sistémica como la LDH, el dímero-D, la ferritina, la proteína c-reactiva, por supuesto la cuenta de linfocitos y la relación que hay y, si es posible, en los medios hospitalarios también cuantificar interleucinas y quimiocinas porque se ha hablado inclusive de una tormenta de citosinas en algunos casos, aunque esto no está del todo demostrado.

En cuanto a la respuesta inmunológica, es muy importante cuantificar la respuesta humoral a través de inmunoglobulinas como IgM, IgG y también la respuesta celular a través del CD3, CD4, CD8 y conocer la relación que hay entre CD4/CD8.

La radiografía de tórax y la tomografía axial computarizada son los auxiliares más importantes, de hecho la sensibilidad de la tomografía es tan alta que la dan como prototipo para hacer el diagnóstico, cuando en ésta nosotros tenemos imagen de vidrio despulido en el parénquima pulmonar prácticamente podemos asegurar que se trata de un paciente con COVID.

Las muestras virales para el diagnóstico a través de test de reacción en cadena de la polimerasa se obtienen de exudados o de aspirados faríngeos endotraqueal o inclusive de lavado alveolar para poder llevar al laboratorio a hacer una determinación molecular.

El Colegio Catalán de España nos da alguna guía para poder hacer un diagnóstico con bases de laboratorio, por supuesto que la PCR es la base para saber si este caso estuvo en contacto con el virus y ver la respuesta que tiene la IgM, que es la molécula que se produce rápidamente y luego la IgG que va a durar algunos meses como memoria.

El típico paciente negativo es el que tiene todas las fases en fase negativa y el típico positivo es aquel que da las tres moléculas positivas y esto nos sirve como orientación, en la literatura se habla mucho de la dexametasona y se utiliza en los hospitales en fase temprana con la idea de bloquear esta respuesta inflamatoria sistémica que puede volcar el organismo. Los linfocitos juegan un papel muy relevante en la respuesta inmunológica y esto se observa en los hospitales.

Algo muy importante es el tratamiento y todos sabemos que no existe uno específico; sin embargo, hay una diversidad de fármacos que están en fase de estudio y que se han ido reportando experiencias previas, que no tienen contraindicación durante el embarazo, por ejemplo, los inhibidores de proteasas con el uso de interferón, antipalúdicos como cloroquina o hidroxicloroquina que han estado en controversia en la literatura, inhibidores de la RNA-polimerasa, que es otro fármaco como el remdesivir que se utiliza mucho; sin embargo, no hay estudios concluyentes en la literatura y el tratamiento se basa en buscar optimizar o lograr las mejores condiciones entre la madre y el feto en un estrecho seguimiento clínico.

Vale la pena mencionar que en la literatura se habla un poco de la nitazoxanida, un fármaco antiviral que en principio se convirtió en

un antiparasitario y ahora se convierte en una promesa antiviral.

También debemos mencionar a la vitamina D como un precursor o un modulador del sistema inmune, en los hospitales se ha descubierto que los casos más graves tienen niveles muy bajos de vitamina D en comparación con pacientes asintomáticos y obviamente el ácido fólico que está por supuesto indicado en toda mujer embarazada, pero que además, como nos dicen los genetistas y los bioquímicos, al favorecer procesos de metilación con la administración de este fármaco se mejora la calidad en general de las células y es altamente recomendable.

Lo que sucede entre un paciente con una evolución hacia la muerte y un paciente que sobrevive está relacionado con algunas interleucinas y quimiocinas, el propósito de los clínicos es bloquear de manera prematura esta explosión de quimiocinas y de interleucinas que no se ha demostrado en la mujer embarazada.

Los coronavirus entran a través de la vía respiratoria, colonizan tanto el aparato respiratorio como el aparato digestivo, pero podemos encontrar manifestaciones sistémicas inclusive en la piel de los sujetos, obviamente pasan por sistema nervioso, sistema cardiovascular, tubo digestivo incluyendo hígado, páncreas, riñón y pueden evolucionar hacia la falla orgánica múltiple.

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Es recomendable el inicio temprano del soporte respiratorio, oxígeno suplementario para mantener una saturación de éste arriba del 90%, ya sea a través de mascarillas con reservorio que aseguren flujos de 10 a 15 litros por minuto, o bien optar por la ventilación mecánica invasiva, y aquí particularmente la ventilación protectora a través de un volumen corriente bajo que no vaya más de cuatro a seis mililitros por kilogramo, evitar una presión Plateau o una presión pico mayor a 30 cm de agua y mantener en los equipos de los ventiladores un PEEP menor a 15 centímetros de agua, ajustando con ellos sedación y relajación para optimizar el reclutamiento y la titulación del PEEP a base de compliancia, oxigenación y espacio muerto y por supuesto optimizando también la hemodinamia.

Habitualmente la presión, el índice de Kirby menor a 150 persistente en los pacientes, obliga a considerar el decúbito prono por lo menos de 16 horas y también un balance hídrico negativo para favorecer la oxigenación a nivel alveolocapilar, en caso refractario hay que considerar llevar a estos casos a membranas de oxigenación extracorpórea como es el ECMO o algunos otros dispositivos.

La paciente embarazada puede pasar por diferentes situaciones, y se debe considerar que puede llegar a cuidados intensivos después de que las medidas preventivas no fueron suficientes.

La atención particular obstétrica que nos debe interesar es el pinzamiento temprano del cordón umbilical y el aislamiento del neonato, hasta no tener certeza de las condiciones maternas y la pertinencia de la lactancia materna, todo esto en un clima de medidas preventivas tanto para nuestros pacientes como para el personal de salud que está inmerso en la atención de estos casos.

EL MANEJO OBSTÉTRICO (MEDICINA MATERNO-FETAL)

Requiere particular interés valorar algunos aspectos del manejo obstétrico, esto se propicia en las unidades de medicina materno-fetal, pero recordemos que en nuestro país la mayoría de las unidades obstétricas no tienen estos recursos y lo va a ver el médico general con esta atención dirigida o el ginecoobstetra.

La valoración obstétrica debe ser siempre en forma individual, el control prenatal que se hace en el consultorio debe ser orientado con un enfoque de riesgo, pensando en identificar en forma temprana factores de riesgo y comorbilidades tanto en la madre como en el feto, que puede en un momento dado propiciar un desenlace obstétrico desfavorable.

Siempre hay que tomar en cuenta la edad de la paciente y la vía de nacimiento, los casos severos se recomienda tratarlos en forma multidisciplinaria y siempre hay que descartar o aseverar, diagnosticar que puede encontrarse falla orgánica, sobre todo insuficiencia respiratoria que requiera el apoyo de oxígeno suplementario o el apoyo de la ventilación mecánica invasiva.

También es observable a nivel hospitalario que pueden ingresar por un cuadro respiratorio, un

cuadro multisistémico de COVID, una infección viral, pero que éstas pueden ser presas de infección bacteriana y pueden tener un proceso mixto, también se debe sospechar de la sepsis materna, para hacer un diagnóstico puntual e iniciar tempranamente antibióticos, quizá en forma empírica porque no contamos en un principio con cultivos y con la identificación del germen, pero siempre se debe dar el manejo tomando en cuenta las características epidemiológicas regionales o locales del sitio donde se esté y siempre tomamos cultivos en forma temprana para identificar la bacteria y rectificar o ratificar el tratamiento.

El personal de salud debe usar el equipo de protección porque esto preserva a los miembros del personal y evita un deterioro como ha sucedido en algunos lugares, este equipo incluye gorro, gafas protectoras, botas antifluido, guantes y cubrebocas de alta seguridad.

Gracias a una microfotografía electrónica, hemos podido observar coronavirus pegados a las células del miocardio. Se ha descrito en la literatura que estos pacientes pueden hacer miocarditis, endocarditis, falla cardíaca o pueden ser alteraciones del ritmo importante, inclusive algunos pacientes han llegado infartados o desarrollan el infarto de miocardio. Con la observación de frotis de sangre periférica de un paciente con COVID se ha encontrado un síndrome de hematofagocitosis.

Esta enfermedad, desafortunadamente aparte de ser muy contagiosa y muy agresiva, es una enfermedad que deja secuelas letales y seguramente en los próximos meses o años vamos a tener en la consulta de Neumología y de Cardiología pacientes con secuelas porque deja fibrosis respiratoria, hipertensión pulmonar y puede dejar daño cardiovascular. Por esto, en China ya hay publicaciones en donde ya se han contemplado dos casos con trasplante pulmonar.

EL MANEJO OBSTÉTRICO

Particularmente, en el manejo obstétrico hay que hacer énfasis en la atención para reducir el riesgo de transmisión vertical que hasta el día de hoy no se ha demostrado auténticamente. Se recomienda pinzar inmediatamente el cordón umbilical ya sea que nazca a través de la vía vaginal o bien, que por las condiciones obstétricas, se haya decidido

la vía abdominal. El aislamiento del recién nacido durante 14 días para no exponerlo a un contagio temprano y evaluar siempre el riesgo-beneficio en cada caso en particular.

En relación con la lactancia, existe la opción de los bancos de leche. Se propicia la lactancia porque está demostrada ahora con esta enfermedad viral la protección que infiere en forma natural la mamá a su hijo/bebé a través de la leche materna, la cual tiene inmunoglobulinas y factores protectores, entre ellos el factor de transferencia, que induce o favorece una protección celular. Entonces el contacto estrecho entre la madre y el hijo y el riesgo de transmitir los fluidos se debe de perder puesto que no se ha demostrado. No está contraindicada, al contrario, se debe propiciar la lactancia materna. Una vez que estamos seguros de que la mamá está fuera del periodo de contagio ya puede estar estrechamente con su bebé.

El SARS-CoV-2 o COVID-19, como lo ha denominado la OMS, es multisistémico y los factores que interfieren para que un paciente que está en contacto con el virus pueda o no desarrollar la enfermedad son, primeramente que puede estar en contacto con un virus nativo que vino desde Asia o este virus ya ha mutado y puede perder infectividad o al contrario puede tornarse más agresivo. Entonces lo ideal es hacer una identificación a través del PCR-RT de que este individuo tiene el virus, pero idealmente debería poderse cuantificar. Estamos buscando ya en la actualidad en los hospitales nacionales la posibilidad de cuantificar para ver qué tantas réplicas hay del virus, que tanta carga viral tiene.

Otro aspecto importante es la respuesta inmunológica porque es individual y en el hospital general se ha explorado y hay diferencia en la respuesta inmunológica en los diferentes tipos de sujetos, ya sea la respuesta sérica o la respuesta celular. También qué impacto tiene esta respuesta inflamatoria y qué tanto podemos modularla. Por ejemplo, con la dexametasona utilizada tempranamente o, en un momento dado, la metilprednisolona. Qué tanta influencia tiene para disminuir la cascada de interleucinas o de quimiocinas en estos casos, y por supuesto factores como la edad, que va directamente proporcional al deterioro inmunológico. Por ello, los niños tienen una respuesta fantástica comparativamente con los casos de la tercera

edad y el hecho de tener morbilidad, como es la obesidad como causa número uno, hipertensión arterial o diabetes.

Todo esto, según diversas publicaciones, son factores de susceptibilidad para el desarrollo de morbilidad o inclusive de muerte, el 20 de julio se publicó que había 81 defunciones maternas por COVID ya confirmadas si pudiéramos revisar la información reciente, veríamos que ya hay algunas mujeres que han fallecido y esto ha hecho que esta pandemia por este coronavirus se convierta en la causa número uno de muerte materna en nuestro país, así como en el 2009 constituyó los casos de influenza asociado al embarazo ahora tenemos casos de COVID-19; 40% de estas mujeres fallecieron en el tercer trimestre de la gestación y el resto ocurrieron en el puerperio inmediato.

La razón de muerte, que es el número de muertes dividido entre los nacidos vivos, es de 6.8 por cada 100,000 nacimientos que es una tasa de morbilidad muy considerable. El COVID-19 es la causa número uno; sin embargo, la muerte es causada por enfermedades respiratorias que complican el embarazo, porque no solamente es por COVID, también hay neumonías bacterianas y a veces neumonías mixtas o por casos que tienen probable COVID.

Vale la pena recordar que si bien, de acuerdo con la estadística del año pasado, en nuestro país fallecieron 29 mil sujetos a lo largo de todo el año por neumonía de causas múltiples, de orígenes múltiples, ahora tenemos las mismas neumonías bacterianas que en el invierno precisamente cobran el mayor número de vidas, pero ahora tenemos un virus asociado que nos está causando grandes problemas.

MEDICINA CRÍTICA EN OBSTETRICIA

El Hospital General de México, como muchos otros hospitales hace asistencia que es la principal función, hace docencia que es clásicamente el hospital/escuela de la Ciudad de México pero también la investigación junto con instituciones del sector como el Instituto Mexicano del Seguro Social y con diversos investigadores para buscar alternativas.

Algunos resultados iniciales que hay con respecto a lo que hemos encontrado en mujeres embarazadas son que las pacientes graves que

llegan a medicina crítica en obstetricia y están en una terapia requieren todo el apoyo porque hacen falla orgánica múltiple, en este q-SOFA de los parámetros más importantes es la presión arterial sistólica, la frecuencia respiratoria y por supuesto el estado neurológico.

Se han medido algunas variables como los CD, la IgG y moléculas de respuesta inflamatoria como ferritina, PCR, dímero D, LDH, procalcitonina para demostrar que los pacientes se pueden infectar con bacterias, mioglobina, para demostrar que hacen rabdomiólisis y explica por qué estas pacientes tienen falla renal aguda y los linfocitos y neutrófilos como prototipos de la biometría hemática.

Comparativamente, los individuos de terapia, 29 que comparamos contra 24 asintomáticos y contra 47 pacientes que están hospitalizados, muestran diferencias muy importantes en su respuesta inmunológica. La IgG de asintomáticos es de 11 contra 5.1 de los que están hospitalizados y de 4.1 del paciente grave en terapia, los valores de la CD8, CD3 y CD4 presentan diferencias entre un grupo de casos y otros. En el grupo de terapia, estas moléculas de respuesta inflamatoria se encuentran disparadas, son casos graves que desarrollan falla orgánica múltiple porque aparte de que su respuesta inmunológica es pobre, tienen una respuesta inflamatoria severa y esto impacta a nivel multiorgánico.

Estudiamos otros grupos de casos, 24 asintomáticos y 24 que son negativos asintomáticos, la respuesta inmunológica entre un caso que ha dado positiva la PCR y uno que da un negativo es importante, finalmente el último grupo de ocho mujeres embarazadas que se han tratado con el doctor para demostrar que la respuesta inmunológica de las pacientes también está comprometida, no es una respuesta del todo favorable y esto las pone en malas condiciones.

Cuando se habla de que el embarazo es un estado, desde el punto de vista inmunológico privilegiado, pensaríamos que los cambios son muy dramáticos y que tienen una respuesta diferente y aquí lo estamos comprobando.

MEDIDAS PREVENTIVAS

¿Cuáles son las medidas preventivas importantes que debemos recordar?

El lavado de manos con agua y jabón lo más frecuente posible, cuando esto no es posible tener a la mano o cargar una botella con gel antibacterial que contenga por lo menos 60% de alcohol y usarlo continuamente, quedarse en casa en todos los casos de gripe o catarro porque no sabemos si realmente puede ser un COVID, un catarro común o incluso casos de influenza, no saludar de mano ni de beso, cubrirse al estornudar con el antebrazo porque está demostrado que se magnifica la expulsión de virus cuando esto sucede, desinfectar toda la superficie de contacto con soluciones de cloro diluido, evitar viajar a lugares con reportes de epidemias, mantener las medidas en lo posible, no utilizar si es posible el transporte público por la posibilidad del contacto masivo, no asistir a eventos donde no se puede mantener una mínima distancia de por lo menos un metro/metro y medio entre una persona y otra.

Todas estas medidas que parecen muy sencillas epidemiológicamente han demostrado la diferencia entre una comunidad que puede llenarse de contagios, inclusive contagios graves.

RECOMENDACIONES DE LA CDC EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CONSULTORIO

En el consultorio, específicamente de gineco y de obstetricia, las consultas deben ser programadas y también considerar que puede haber urgencias, recordar que la paciente obstétrica es una bomba de tiempo y que en cualquier momento puede requerir la vigilancia directa de su médico tratante, puede ser en la noche, un fin de semana, en época vacacional. Entonces, el médico que se compromete con su paciente tiene que estar disponible para poderla auxiliar.

Estratificar a las casos que tienen mayor riesgo para tener resultados adversos, una paciente con un índice de masa corporal arriba de 40 o que ha desarrollado diabetes gestacional, cardiopatías o que tiene una enfermedad de inmunocompromiso como el lupus (que no es tan raro en nuestro país) o por supuesto la paciente hipertensa que puede desarrollar preeclampsia tenemos que tenerlo en mente.

Promover permanentemente medidas preventivas como son todas las que acabamos de

mencionar y tener a nuestro paciente monitoreado a través de la vía electrónica o telefónica para saber sus condiciones, establecer políticas de atención con el personal que está a nuestro alrededor para entender que todas estas medidas son importantes que las mantengamos vigentes, el uso desinfectante de manos a base de alcohol, jabón líquido, toallas desechables de papel para tirar en los basureros que tenemos que estar cambiando constantemente y respetar el espacio entre una y otra persona a dos metros o más de distancia.

No juntar a las pacientes en el consultorio, manejar la agenda de consulta programada y todo esto va a redundar en dar un mejor apoyo y evitar contagios masivos. Específicamente en el consultorio, la historia clínica está orientada a identificar factores de riesgo para saber que una paciente puede tener un riesgo mayor que otra y darle prioridad de atención y de comorbilidades, ese es el objetivo principal del control prenatal y cuando hablamos de control prenatal con enfoque de riesgo lo hacemos priorizando desde las primeras semanas de embarazo y haciendo un examen minucioso tanto materno como fetal.

El uso obligado de cubrebocas de los sujetos y por supuesto del personal médico, paramédico y del consultorio, limitar las visitas a un solo acompañante desde el consultorio y por supuesto limpiar las superficies con desinfectantes a base de cloro o de alcohol.

El uso del cubrebocas es histórico, ya se empezaban a utilizar en la pandemia de la gripe española, que ahora se sabe eran virus de la influenza y en aquella época se le bautizó como gripe española. Las medidas de quedarse en casa son para tratar de aplanar la curva, en la medida que menos personas anden en la calle innecesariamente propiciaremos menos contagios masivos y saturar los hospitales.

Particularmente, en el Hospital General de México con la doctora Guadalupe Guerrero que es la directora general, ha estado muy atenta a que todo el personal de salud mantenga medidas como: evitar saludar de beso, mano y sobre todo abrazos, no compartir alimentos ni bebidas, mantener limpia el área de trabajo, no usar corbata porque es un fómite y favorece la diseminación de microorganismos, evitar ingresar al comedor con uniforme

de trabajo y lavarse las manos frecuentemente son medidas que se han difundido desde principios de la pandemia.

En la literatura ha habido predicciones Gaussianas de cómo estaría la pandemia, se han quedado un poco cortas porque se pensaba que para junio la curva iba a estar prácticamente aplanada y hemos visto que no, esto es multifactorial, se debe a todo lo que hemos dicho al comportamiento poblacional, al tipo de virus, a la carga viral, a la respuesta inmunológica, a la respuesta inflamatoria y el contar con el apoyo en los hospitales para atender a nuestros pacientes.

En la enfermedad hay una fase de contagio, una fase donde inician los síntomas, una fase de hospitalización cuando esto es requerido, cuando ingresan los casos en Terapia Intensiva o inclusive la defunción. El periodo contagioso coincide con la detección de la PCR, con la detección de la IgM, de la IgG y el periodo de ventana, el estadio temprano, la fase activa y la fase final o cuando ya el sujeto está en una fase de recuperación y ya ha pasado la infección.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a los alumnos pasantes de servicio social MPSS Carmen Gabriela Jerónimo y QFB José

Eduardo Moreno Sanjuan de las licenciaturas de Medicina y Química Farmacéutica Biológica por su colaboración en la transcripción del texto.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Kuri MPA, Guzmán ME, De La Paz NE. Enfermedades emergentes y reemergentes. *Gac Med Mex.* 2015; 151: 674-680.
2. Charles NC, Garza RML, Ramos JJ, Rivas EAM. Diagnóstico molecular del SARS-Coronavirus. *Rev Mex Patol Clin.* 2006; 53 (3): 146-150.
3. Cabrera GDA, Vargas VA, Grajales MC. Infección del nuevo coronavirus: nuevos legados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52 (4): 438-441.
4. Malik A, Medhat EMK, Ravi M, Sayed F. Middle East respiratory syndrome coronavirus during Pregnancy, Abu Dhabi, United Arab Emirates. 2013. *Emerg Infect Dis.* 2016; 22 (3): 515-517.
5. Young JS, Sung IS, Hee SJ, Yoon AS, Suk KE, Sil ChY et al. MERS-Cov infection in a pregnant woman in Korea. *J Korean Med Sil.* 2017; 32 (10): 1717-1720.
6. Alserehi H, Wali G, Alshukairi, Alraddadi B. Impact of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. *BMC Infect Dis.* 2016; 16: 105.
7. Kably AA, Olavarría GM, Sánchez AA, Roque SA, De Mendieta M, López MM. COVID-19 y sus repercusiones en la práctica ginecoobstétrica. *Ginecol Obstet Mex.* 2020; 88: 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88id.4129>.

Anexo 1: Recomendaciones para el consultorio.

¿Qué medidas tomar ante la sospecha de COVID-19 en la paciente embarazada que acude al consultorio?

Si usted se encuentra en un consultorio donde recibe sujetos de diferentes edades y ha tenido embarazadas a las que les ha seguido el protocolo de atención del embarazo, las medidas que debería tomar como médico general en el consultorio cuando se encuentra una persona que no sabe si está enferma de COVID pero que en el transcurso de la entrevista y la exploración clínica se da cuenta que tiene algunos datos que pudieran hacerle sospechar que es positiva a COVID-19, son las siguientes:

Una vez que nosotros recibimos una paciente, hay que seguir el protocolo de atención prenatal, es decir, el interrogatorio, la exploración, los exámenes básicos de laboratorio, los exámenes para ver las condiciones de viabilidad y bienestar del feto, que es básicamente un ultrasonido, y ante la sospecha de un caso sintomático o bien un asintomático. El sintomático es aquel paciente que puede tener fiebre, tos, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias o bien tener cambios en la pérdida del olfato o de gusto que son relativamente comunes.

Este caso puede tener historia de estar o no en contacto con algún conocido o bien el otro escenario un paciente que está asintomático pero que nos refiere que estuvo en relación con un familiar, un amigo, un vecino y que se enteró que está positivo, aquí estamos obligados ante la sospecha a mandar a hacer una prueba de PCR para confirmar si la persona es positiva, si estuvo en contacto con el virus tenemos que aislarlo en principio de su familia para que no contagie a otros y hacer una vigilancia estrecha de su condición y hacer un seguimiento puntual a través del Servicio de Ginecoobstetricia, si por el contrario es negativa continúa su vigilancia a través del control pendiente.



COVID-19 y el paciente asmático en el consultorio

COVID-19 and the asthmatic patient in the clinic

José Juan Luis Sienna Monge*

RESUMEN

Los síntomas de COVID-19 son muy similares a los de los pacientes asmáticos o alérgicos, se pueden llegar a confundir por la tos, la sensación de cansancio, la falta de aire o rinorrea; es importante mencionar que pueden coexistir dos padecimientos. La presencia de sibilancias y la respuesta al tratamiento es lo que marca la diferencia en un paciente asmático. Éste está en el grupo de mayor riesgo al tener una enfermedad pulmonar crónica, por lo que debe estar en constante comunicación con su médico especialista para evitar agentes desencadenantes de las crisis asmáticas.

Palabras clave: COVID-19, asma, alergias.

ABSTRACT

The symptoms of COVID-19 are very similar to those of asthmatic or allergic patients, they can be confused by coughing, feeling tired, shortness of breath or rhinorrhea, it is important to mention that two conditions can coexist. The presence of wheezing and the response to treatment is what makes the difference in an asthmatic patient. The asthmatic patient is in the highest risk group, having a chronic lung disease so he must be in constant communication with his specialist doctor to avoid triggers of asthmatic attacks.

Keywords: COVID-19, asthma, allergies.

* Médico Pediatra
Especialista en Alergia
en Inmunología Clínica.
Subdirector de Pediatría
Ambulatoria Hospital
Infantil de México
Federico Gómez.

Correspondencia: JJLSM,
jjsienra@hotmail.com

Conflicto de intereses:
No existe conflicto de
intereses.

Citar como: Sienna MJL.
COVID-19 y el paciente
asmático en el consultorio.
Rev CONAMED. 2020;
25(supl. 1): s24-s30. [https://
dx.doi.org/10.35366/97345](https://dx.doi.org/10.35366/97345)

Financiamiento: No hubo
financiamiento.

Recibido: 13/11/2020.

Aceptado: 13/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de seis meses se ha publicado diverso conocimiento sobre la COVID-19, y pese a que ya existen miles de publicaciones, todos los días hay algo nuevo por aprender. El objetivo de la siguiente publicación es abordar dos problemas de salud: asma y COVID; uno antiguo y uno reciente, pero los dos muy importantes. Por lo que se tratará de explicar cómo evaluarlos, sus motivos, sus tratamientos, la coexistencia de estas dos patologías, los efectos en la salud, cómo tratar y prevenir los contagios, y cómo regresar a una vida normal dentro de la pandemia.

ASMA Y ALGUNOS ESTUDIOS

El asma es una enfermedad heterogénea en la que se habla de un problema inflamatorio crónico de las vías respiratorias; presenta síntomas como sibilancias, dificultad respiratoria, sensación de opresión torácica, que en los niños se traduce como dolor, tos seca y persistente (principalmente en la noche), y esto varía con el tiempo, la intensidad puede aparecer y desaparecer en poco tiempo o puede tener relación con algún evento del día o con la presencia de algún alérgeno que se encuentre en el ambiente.

De su epidemiología se sabe que hay más de 300 millones de pacientes afectados en el mundo; y día con día se van sumando más casos, ya que es una enfermedad que afecta más a las zonas urbanas que a las rurales y el mundo cada vez se está concentrando más en las zonas urbanas.

Nuestro país no está exento de este problema, hace ya 15 años hicimos un trabajo sobre la epidemiología y encontramos que más o menos 8% de los niños y 9% de los adolescentes tenían datos o síntomas de asma. Es un número muy importante que debemos tener en consideración.

También existen problemas para poder lograr un diagnóstico definitivo, pues podemos llegar a diferentes hipótesis como decir: «esto se trata de asma» o «esto se parece el asma» o «sólo tiene sibilancias».

A continuación, mostramos los datos de un trabajo de hace casi 20 años de la Dra. Hellen Brooke Taussig, el cual dividió a los niños con sibilancias, que fueron seguidos por varios años y divididos en

tres grandes grupos. El primero se denominaba del sibilante transitorio y de este grupo la característica principal es que tenía un ruido en el pecho y silbaba en forma episódica, sólo a veces tenían algo de dificultad respiratoria. Estos episodios se presentaban en los primeros tres años de vida y sobre todo en los que fueron prematuros o tenían antecedente de tabaquismo parenteral.

En el segundo grupo, las sibilancias eran de forma recurrente, éstas se asocian a enfermedades virales. Quizás sea el que más predomina en niños antes de los tres años y cada vez que les da un proceso viral respiratorio presentan sibilancias, sin datos de alergia y generalmente para la edad escolar desaparece.

Por último, en el tercer grupo, estaban aquellos que no empiezan después del primer año de vida, no está relacionado con prematurez, tabaquismo ni con infecciones. Normalmente son cuadros persistentes y va en aumento progresivamente. Se asocian a problemas alérgicos, completan los parámetros de la definición de asma, tienen tos, sibilancias, son recurrentes y por lo general es persistente hasta la edad adulta. Es lo que todos los autores realmente consideran como asma. Este tipo de cuadros son los que a la larga se van a presentar; sin embargo, no se sabe si se presenta desde el primer año de vida y en qué va a acabar.

ÍNDICE PREDICTIVO PARA EL ASMA

El Dr. Castro Rodríguez publicó un estudio en el que recomienda un índice predictivo para tratar de dilucidar si un niño que presentó sibilancias en alguna etapa de su vida llegará a ser asmático o en qué va a acabar. Lo que se encontró en este estudio fue que 40% de los niños menores de un año tenían por lo menos un episodio de sibilancias, un porcentaje realmente considerable. También se encontró que 80% de los adultos asmáticos ya estaban diagnosticados o habían tenido síntomas antes de los tres años. Por otro lado, 30% de los sibilantes preescolares seguían con síntomas después de los seis años. Ante dicha evidencia surge entonces la duda, ¿existirá el asma como tal antes de los tres años? Esta cuestión aún no ha sido esclarecida.

Este índice predictivo tiene como objetivo tratar de identificar factores de riesgo que indiquen que un paciente tiene más probabilidades de ser

asmático. Los criterios del índice están divididos en mayores y menores: dentro de los mayores se encuentra primero la herencia, es decir, que alguno o ambos padres tuvieron diagnóstico médico de asma o alergia, donde se consideró al eccema por ser parte de una enfermedad alérgica, al igual que la alergia alimenticia. En los criterios menores se considera la alergia respiratoria de la nariz, que tuvieron sibilancia sin diagnóstico de asma, pero independiente de los factores asociados (infecciones), y que la cuenta de eosinófilos fuera mayor a 4%. Con este índice se llega a un resultado, que de ser positivo lo más probable es que el niño será asmático en un futuro.

¿Cuál es la importancia de que tengamos un índice predictivo?

Por lo general, en el asma hay episodios de estrechamiento de la vía aérea, infiltración celular, edema, inflamación, hipersecreción y contracción del músculo liso; y estos eventos, en la mayoría de los casos, se recuperan completamente y no deja ninguna lesión. Sin embargo, en aquellos que serán asmáticos, existe un daño que se produce en los cuadros progresivos, el estrechamiento será constante y causará alteraciones celulares a las que se les llama «remodelación de la vía aérea». El peligro es que esta remodelación puede ya no tener una recuperación total, dejando dañado el tejido broncopulmonar. Entonces, si se pudiera saber quiénes van a ser asmáticos, tendríamos que cuidarlos con más atención para evitar que tengan cuadros progresivos y, por lo tanto, la remodelación de la vía aérea.

¿CÓMO SE CLASIFICA A LOS PACIENTES ASMÁTICOS?

De acuerdo con su edad: lactantes, escolares y adolescentes. Por sus fenotipos o tipos de asma: a los que tienen muchos desencadenantes (por ejercicio, alergia, obesidad) o algunos en los que no se tiene la menor idea. Otra clasificación es de acuerdo con la frecuencia e intensidad con la que presentan los cuadros (intermitente o persistente, leve, moderada o grave). Finalmente, por cómo responden al tratamiento (bien controlado, moderadamente controlado o no controlado).

¿Cómo saber si nuestro paciente está controlado? De acuerdo al tratamiento adecuado, el número de síntomas que presenta en una semana y que tenga rescatadores de acción rápida (SABA, por sus siglas en inglés). Si tiene alguna de estas respuestas y se despierta en la noche o tiene limitaciones habrá que modificar su estado de bien controlado a parcialmente controlado o no controlado. Esto deberá advertir que el tratamiento no está funcionando como se esperaba. Muchas veces no funciona porque no se detectó alguna comorbilidad o porque no se le ha enseñado al paciente cómo debe utilizar el tratamiento.

GUÍAS DE MANEJO DEL ASMA

Ante este hecho, las organizaciones internacionales dirigidas a la atención global del manejo del asma (GINA), crearon guías en las que sugieren el manejo del asma de forma genérica; éstas se dividen en pasos: desde el uno (que son los más leves) al cinco (que son los más graves), además de los pasos intermedios y qué hacer con su tratamiento.

Este tipo de cuadros no son obligatorios de seguir; sin embargo, nos guían mucho para ubicar a nuestro paciente, dónde estamos y qué le vamos a hacer. Por ejemplo, se sabe que tenemos que darle un broncodilatador en casos agudos, pero también se sabe que cuando son cuadros muy leves se debe utilizar poca medicina y que se requieren cantidades diferentes de acuerdo a la evolución.

Esta iniciativa global para el asma se revisó el año pasado y se detectó que en muchos de los cuadros que considerábamos leves se usaba un exceso de β_2 agonistas; que este exceso, disminuía la respuesta a dichos medicamentos. De igual manera, se detectó que muchos de los adultos con asma fatal estaban con cuadros leves; muchas veces no se ponían los antiinflamatorios que son el tratamiento ideal para esto. Lo anterior motivó a que se sugiriera dar controladores desde el primer momento, utilizar combinaciones, inmunoterapia en casos alérgicos y medicamentos biológicos en cuadros graves.

Anteriormente en la guía, en el paso uno, que era el asma leve intermitente, decía que sólo le diéramos al paciente un broncodilatador de acción rápida por razón necesaria. En la actualidad, se indica que se le dé un broncodilatador de acción larga como el

formoterol o cualquier otro, junto con un esteroide inhalado para prevenir el proceso inflamatorio y que se le diera por necesidad, no continuo. Si esto no lo resuelve, se puede también cambiar el broncodilatador de acción prolongada por uno de acción rápida, junto con un corticoide inhalado. En caso de que no funcione se pasa al siguiente paso, es decir, al paso dos y se utiliza el broncodilatador de acción prolongada, con esteroide inhalado en forma continua y en algunos casos agregar Montelukast.

Los pasos uno y dos son los que generalmente ven los médicos no especialistas en asma en el consultorio y representa de 80-90% de los pacientes. Ya en los pasos tres, cuatro y cinco se agregan otros medicamentos como esteroides, biológicos, interleucina 5, entre otros, y tienen que ser vistos por un especialista. La guía se puede consultar fácilmente en Internet.

Todo lo anterior aplica para adultos y adolescentes, en los niños de seis a 11 años es prácticamente lo mismo, pues utilizamos los mismos medicamentos siendo un poco más enfáticos en el control, sobre todo en los factores desencadenantes como alergia de alimentos o a inhalantes. Cabe señalar que en niños menores de cinco años no está indicada la utilización de los controladores tipo esteroides inhalados junto con el broncodilatador de larga acción. En este caso en particular, desde el paso dos, utilizar antileucotrienos junto con todo lo demás y revisar caso por caso para ver riesgo beneficio. Pero ¿por qué sucede esto?, porque se llega a la discusión si existe asma antes de los tres a cuatro años.

Ya vimos que con las recomendaciones mencionadas en la guía podemos controlar a la mayoría de los pacientes, pero ¿qué es lo que generalmente sucede? La falta de apego por parte de los pacientes y sus familiares y la dificultad que tenemos los médicos para explicar cómo usar los medicamentos que estamos dando es el principal obstáculo, ya que pensamos que es muy sencillo utilizar un aerosol, pero se lleva tiempo de entrenamiento; además, hay que ser enfáticos en qué utilizar, sobre todo en estos tiempos en los que tenemos un virus que se transmite por aerosoles, por lo tanto, debemos ser muy cuidadosos en la terapia inhalada. Hay que asegurar que el espaciador esté acorde al tamaño del niño, pues si es muy pequeño o muy grande no es útil.

COVID

Por otro lado, está el problema de una gran pandemia que está afectando a muchísima gente, un virus que es sumamente contagioso, con factores virales que actúan con rapidez y que aunado a diversas comorbilidades lo vuelven aún más letal; y aunque la mayoría de los casos son leves mucha gente se contagia. Por lo tanto, si hablamos de muchos contagiados contra muchos asmáticos, es casi seguro que tendremos pacientes asmáticos contagiados, y eso es lo que nos llevará a que tengamos un especial cuidado.

¿Qué vamos a hacer con este virus? Todos los días aparecen 100, 200 o hasta 300 artículos diciendo que tal medicamento sirve, pero al día siguiente ese mismo resulta no servir, y lo único que realmente sabemos es que sólo algunos antivirales pudieran funcionar, y no en todos los casos. Todo lo demás es únicamente de soporte para los síntomas que nos vamos encontrando y para el daño celular que se va provocando por la liberación de citocinas, por la liberación de mediadores químicos que producen inflamación y todo el resultado de la activación del virus. Con base en ello, tenemos que ir dando medicamentos ante lo que nos vamos encontrando, por lo tanto, la medicación de los pacientes será sólo conforme su organismo vaya reaccionando. No hay nada que quite el virus antes de que llegue, no hay nada que lo quite en fases iniciales hasta ver qué está sucediendo, hasta el momento que aparezca la vacuna. La vacuna actualmente, siendo muy optimistas, podría salir para fin de este año; sin embargo, no hay ninguna certeza. La elaboración de vacunas no es tan fácil, y se tienen que realizar múltiples ensayos con ellas para evitar mayores riesgos.

ASMA Y COVID

Entonces, nos enfrentamos a grandes retos y dilemas, hay pacientes asmáticos y no asmáticos que tienen COVID. ¿Cuál es su cuadro clínico? Al principio parecería que es muy fácil: fiebre, dolor de cabeza, tos, disnea, pero gradualmente se van agregando síntomas. Hoy en día se ha validado la presencia de anosmia y disgeusia, síntomas que debemos vigilar más, porque posiblemente

empiezan desde etapas tempranas. También hay que pensar en los factores de riesgo, en nuestra población tenemos un problema muy serio, mucho más serio de lo que se pensaba: las comorbilidades; tales como la obesidad (un grupo de riesgo muy importante), la hipertensión y la diabetes son las que más nos causan problemas. Sabemos que la carga viral que recibimos para contagiarnos tiene mucho que ver en la respuesta clínica, por lo que el personal de salud debe tener especial cuidado; también se han visto algunas asociaciones con factores genéticos, como el grupo sanguíneo y otros marcadores genéticos.

Ahora bien, ¿todos los que tenemos o han tenido contacto con el virus son sospechosos? Podríamos decir que sí, siempre y cuando tengan un cuadro clínico sugestivo. En la actualidad, la única forma de confirmar si se tiene la enfermedad es realizando las pruebas pertinentes, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Las inmunoglobulinas, tanto la IgG como la IgM, nos muestran que ya se tuvo la enfermedad, pero no si se encuentra activa.

¿Cuál es nuestro gran problema cuando hablamos de asmáticos o alérgicos? Los síntomas de COVID son muy similares, no iguales pero sí pueden llegar a confundir: tos, la sensación de cansancio, la falta de aire, rinorrea. Además, cabe señalar que pueden coexistir los dos padecimientos.

¿Cuál podría ser la diferencia? La presencia de sibilancias y la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, si tenemos un paciente que se diagnostica o se sospecha de COVID y le damos un broncodilatador no va a cambiar su situación, no va a mejorar, posiblemente pueda respirar un poco mejor, pero hasta ahí.

PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES ALÉRGICOS SOSPECHOSOS DE COVID

¿Qué nos recomienda la Academia Europea y la Organización Mundial de Alergia? ¿Cómo atender a estos pacientes alérgicos cuando tenemos sospecha o cuando van al consultorio? Lo primero es tener un protocolo de manejo, cada uno de los profesionales de la salud debemos ver la manera de ayudar al personal y a los pacientes. Siempre se debe pensar en todos como un equipo, no dejar

nada descubierto y asegurar una buena comunicación para generar seguridad.

El protocolo es para ayudar a pacientes y al personal, por lo que todo el equipo de salud del consultorio debe reunirse para decidir qué van a hacer, a dónde los van a mandar, qué les van a informar, dónde les van a conseguir los trípticos, los cubrebocas, dónde van a hacer todas las cosas que se necesitan ante un paciente que no saben cómo está hasta el momento en que llega. Asimismo, se debe tener una buena comunicación para que el paciente les tenga confianza; si el equipo de salud desde un principio duda qué va a hacer, el paciente no les hará caso. Además, tienen que protegerse ellos primero para proteger a los pacientes; estos últimos deben tener claro que si no es una visita urgente no deben hacerla, pues para eso están las consultas a distancia, las llamadas telefónicas, la telemedicina, entre muchas opciones más (el teléfono puede ser de gran ayuda, no debe ser descartado). También se debe modificar la sala de espera para evitar aglomeraciones. Todo debe estar listo para que el paciente pueda ser evaluado rápidamente e identificar si tiene o no sospecha de la enfermedad.

¿Cuál va a ser nuestro protocolo inicial? En principio prevalorar al paciente; al pedir la cita debemos preguntarle: «¿Por qué quiere venir?» Si los síntomas que dice tener son consistentes con la enfermedad, lo más probable es que no sea conveniente que vaya al consultorio de un alergólogo, sino donde sean especialistas en atender COVID. Segundo, si tiene un asma leve y está controlado no es necesario que acuda al consultorio, podemos seguir su tratamiento de manera telefónica; si es un asma grave sí necesitamos verlo, pues la exploración es de gran importancia.

Se ha determinado que el virus no sólo se transmite a través de las gotitas de saliva que entran por nuestra nariz y boca, sino que también accede por los ojos. De ahí la necesidad de no tocarse la cara porque podemos llevar el virus a todos lados y de utilizar máscaras, mascarillas, gafas protectoras o lentes cuando estemos frente al paciente.

¿Cómo debemos tener nuestras instalaciones? Deben estar bien ventiladas, procurar no tener aire acondicionado, ya que éste hará que circule todo el aire (a menos que tengamos un flujo de extracción de aire con un flujo continuo); sin embargo,

por lo general, eso no lo tienen los consultorios. Sanitarizar, utilizar la sana distancia y evitar juguetes o muñecos en los consultorios. Entre pacientes debemos limpiar nuestra área, estar preparados como médicos para evitar contagios, pues estamos en mayor riesgo que las personas que no están en estos espacios. Debemos utilizar caretas protectoras o protección ocular; no es necesario utilizar una mascarilla N95 para revisar a un paciente que no tenga ningún dato sospechoso de COVID, pero sí requerimos una mascarilla o cubrebocas quirúrgicos o tricapas; lavarse las manos frecuentemente antes y después de ver al paciente; utilizar guantes cuando tengamos que revisar nariz y boca, después quitarnos los guantes y de nueva cuenta lavarnos las manos.

¿Qué es lo que sí puede hacer en el consultorio el alergólogo? Las pruebas cutáneas, con la debida higiene; estar bien preparados (con los guantes, todo esterilizado y en buen estado); otorgar inmunoterapia, sobre todo la sublingual (cuando hay inmunoterapia subcutánea tiene que ir a la clínica a aplicársele y por lo tanto estamos aumentando el riesgo de contagio cada vez que acuda); hay que evitar el tratamiento nebulizado, sabemos que es una parte muy importante en el tratamiento de pacientes pequeños, al nebulizar se producen aerosoles y eso puede ser un factor muy importante para el contagio. Si es indispensable utilizarlo, el personal de salud debe prepararse con el equipo completo de protección. No se debe realizar espirometría, ni pruebas de reto a menos que sean indispensables y hay que hacerlo con muchísimo cuidado, porque son de gran riesgo de contagio.

La Organización Mundial de Alergia publicó resultados de encuestas sobre lo que le preocupa a las personas en Europa. El primer punto era: «tengo asma y alergia y estoy preocupado»; las respuestas que encontraron fueron que el asmático está en el grupo de mayor riesgo, pues tiene una enfermedad pulmonar crónica, pero al mismo tiempo no se demostró que hubiera más gravedad que en otros grupos aparte de las comorbilidades de obesidad, hipertensión y diabetes; simplemente que el paciente esté controlado y que no pierda su control. ¿Cómo hacemos para que no pierda el control? El paciente debe seguir las indicaciones de su médico. Segundo, no estar con personas enfermas, no asistir a

reuniones masivas, a eventos y tener todos los cuidados necesarios, como lavarse las manos en una forma eficiente y frecuente, no tocarse la cara sin haberse lavado las manos para evitar el contagio de cada mano.

CONCLUSIONES

Por último, la recomendación es que el paciente debe conocer su inhalador y cómo usarlo (éste puede ser su salvavidas), evitar los agentes desencadenantes, tener un plan por escrito bien específico de cómo manejarse, tener suficiente medicamento para no tener que salir de urgencia a buscarlo, hacer sus ejercicios respiratorios que son siempre indispensables en el paciente asmático, y siempre mantenerse en contacto con su médico.

Con esto, podemos decir que siempre hay que sacar una ganancia de todas las pérdidas, tenemos que aprender, y lo más importante: la comunicación dentro y fuera de casa, con los médicos, con el personal de salud, con las autoridades; equilibrar nuestros horarios para ayudarnos, usar medidas higiénicas dentro de nuestra casa, y sobre todo aprender a vivir en familia, cosa que muchas veces se nos ha olvidado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a los alumnos pasantes de servicio social Enf. Belén Pérez y QFB José Eduardo Moreno Sanjuan de las licenciaturas de Enfermería y Química Farmacéutica Biológica por su colaboración en la transcripción del texto.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised.
2. Taussing LM, Wright AL, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, Martínez FD. Tucson children's respiratory study: 1980 to present. *J Allergy Clin Immunol.* 2003; 111 (4): 661-675; quiz 676.
3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. Global Initiative for Asthma 2012.
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. Global Initiative for Asthma 2014.
5. Global Initiative for Asthma. Updated 2010.
6. Lai C. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: Phase III of ISAAC. *Thorax.* 2009; 64: 476-483.

7. Castro-Rodríguez JA, Hollberg CJ, Wright AL, Martínez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 162 (4 Pt 1): 1403-1406.
8. Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, Custovic A, Gern J et al. International consensus on (IÇON) pediatric asthma. *Allergy*. 2012; 67 (8): 976-997.
9. Ortiz-Prado E, López-Cortésk A. Clinical, molecular, and epidemiological characterization of the SARS-CoV-2 virus and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), a comprehensive literature review. *Diagnostic Microbiology & Infectious Disease*. 2020; 98 (1): 115094. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115094>.
10. <https://www.aebm.org/comites-main/comite-de-calidad-gestion-seguridad-y-evidencia/743-covid-19-perspectiva-desde-el-laboratorio-c%C3%ADnico.html>.
11. American Centers for Disease Control and Prevention. Available in: <https://www.cdc.gov/Coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/index.html>.
12. www.worldallergy.org.

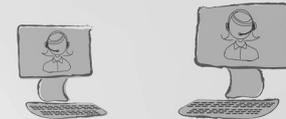
Intervenciones de bajo costo para prevenir COVID-19 en el sitio de trabajo



NO UTILIZAR COMO SALUDO EL APRETÓN DE MANOS; EN CASO QUE LO REQUIERA, SUSTITUIRLO POR CHOQUE DE ANTEBRAZO.



HIGIENE DE MANOS EN LA ENTRADA AL EDIFICIO Y EN LA SALIDA DE LOS ELEVADORES EN CADA PISO, CON ALCOHOL-GEL.



INTENTAR REALIZAR LAS REUNIONES CON PERSONAS O GRUPOS EXTERNOS POR TELE O VIDEOCONFERENCIA.



APLAZAR, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, REUNIONES MUY CONCURRIDAS.



EN CASO DE TOS Y/O ESTORNUDOS, CUBRIR NARIZ Y BOCA CON UN PAÑUELO DESECHABLE O UTILIZAR EL ÁNGULO INTERNO DEL CODO.



PROGRAMAR RECORDATORIOS FRECUENTES DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN A TRAVÉS DEL CORREO INTRANET.



FACILITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL ESCRITORIO EN LUGAR DE UTILIZAR EL COMEDOR, EXCEPTO EL ÁREA DE ORIENTACIÓN.



USO CORRECTO DE CUBREBOCAS



LAS PERSONAS ENFERMAS (SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O FIEBRE) ACUDIR A LA CLÍNICA PARA LA EMISIÓN DE LA INCAPACIDAD, PERMANECER EN SUS CASAS Y AISLAR A LOS TRABAJADORES ENFERMOS.



EL PERSONAL QUE TENGA CONTACTO CON ENFERMOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL HOGAR, DEBE NOTIFICARLO A RECURSOS HUMANOS Y QUEDARSE EN CASA.



EVITAR TOCARSE LAS SUPERFICIES HÚMEDAS DE LA CARA.



CONSIDERAR ABRIR VENTANAS Y AJUSTAR EL AIRE ACONDICIONADO.



LIMITAR EL MANEJO Y LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN EL LUGAR DE TRABAJO.



DESINFECTAR REGULARMENTE LAS SUPERFICIES DE ALTO CONTACTO ENTRE USUARIOS.



EVALUAR LOS RIESGOS DE VIAJES PARA EL PERSONAL QUE SALGA DE COMISIÓN.



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Recomendaciones para prevenir el contagio por COVID-19 en el consultorio del primer nivel de atención

La infección por COVID-19 es un riesgo profesional inherente en médicos, personal de enfermería, laboratoristas, así como el personal administrativo, de limpieza y de vigilancia que laboran en las unidades de salud en el primer nivel de atención. Dadas las condiciones en las que se encuentra nuestro país por la pandemia de COVID-19, con el propósito de mejorar la seguridad ocupacional del profesional de la salud, la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico** ha elaborado una serie de infografías con recomendaciones para



prevenir la propagación de COVID-19 en el consultorio del primer nivel de atención.

Para el caso de los odontólogos, sugerimos revisen el material publicado en:
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/Infografias/infografias.php>

En la recepción, el consultorio, la central de enfermería, la central de equipos y esterilización (CEYE) y laboratorio, se recomienda utilizar:

Equipo de protección personal

Cubre bocas

Uso de cubrebocas N95, KN95 o FFP2 sin válvula de exhalación.

También se pueden utilizar “medias máscaras” con filtro de partículas P2.

El cubrebocas quirúrgico debe cambiarse entre paciente y paciente o cuando esté salpicado y/o muy húmedo.



Guantes

Uso habitual de guantes de látex o de nitrilo.

Se recomienda utilizar doble par de guantes: al finalizar el tratamiento retirar el par externo y conservar el interno para trasladar el instrumental y material contaminado al área de desinfección y esterilización.

Para las tareas de limpieza y desinfección de la clínica se recomienda usar guantes gruesos (más resistentes).

Vestimenta / ropa de trabajo

Evitar el uso de ropa de calle. (cambiarse en el consultorio).

Uso de pijama quirúrgica en áreas clínicas, de enfermería, laboratorio, en la CEYE.

Uso de gorro y bata desechable para la protección contra salpicaduras, sobre la pijama quirúrgica.



Utilizar un par de zapatos sólo para el consultorio, complementados por cubre zapatos desechables.

Antes de salir a la calle, cambiar la ropa de trabajo y el calzado destinado al trabajo en la unidad.



Protección ocular y facial

Uso habitual de lentes protectores que sellen todo el contorno de los ojos del ambiente clínico ante la exposición de aerosoles y salpicaduras.

Se puede lograr con el uso de caretas.

Encuentra este material en: www.gob.mx/conamed

Descarga y comparte



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En el trabajo odontológico es importante que se realicen algunas actividades preventivas con el paciente antes de la atención en el consultorio para prevenir un contagio por COVID-19.

Antes de acudir a consulta



1. Realizar un triaje telefónico* a los pacientes con la finalidad de conocer el motivo de la consulta del paciente y determinar si su tratamiento es urgente o electivo, e identificar casos sospechosos de COVID-19.



2. Informar al paciente que al asistir a la consulta odontológica:

- a. Acuda SOLO. A menos que el paciente sea menor de edad o que necesite ayuda.
- b. Utilice cubrebocas (bien colocado).
- c. No llevar pulseras, collares, anillos y/o aretes, reloj.
- d. Mantener la sana distancia en todas las instalaciones donde se desarrollará la consulta.
- e. El pago con tarjeta es preferible para evitar contaminación por las monedas y/o billetes. Y después del pago aplicarse alcohol en gel 70%.

En el área de recepción del paciente

1. Entrada al consultorio:

- a. Contar con un tapete sanitizante en la entrada del consultorio o proveer al paciente con botas quirúrgicas desechables.
- b. Medir temperatura del paciente con termómetro digital de distancia y registrarla en su historia clínica.
- c. Colocar alcohol en gel 70% para que el paciente se lo frote en manos, durante 20 segundos.

2. Recepción:

- a. Colocar una mampara de acrílico.
- b. La persona responsable de recepción debe utilizar lentes de protección y cubrebocas. Para el cobro de la consulta, utilizar guantes desechables.



En la sala de espera y otras áreas no clínicas

- 1. Programar las citas de manera que en la sala de espera sólo haya, como máximo, otro paciente.
- 2. Dejar el mínimo de sillas posibles.



1.5



- 3. Señalizar la sana distancia en el piso de la recepción (1.5 metros).
- 4. Retirar revistas, juguetes, cuadros y/o diplomas de la sala de espera.
- 5. Retirar muebles y adornos innecesarios (floreros, etc.).

Otras consideraciones



- 1. Mantener buena ventilación. Sin embargo, evitar el aire acondicionado o sistemas de ventilación que reutilicen o reciclen el aire.
- 2. En los baños, reemplazar toallas de tela por toallas de papel desechables y jabón de barra por jabón líquido.
- 3. Retirar cuadros, pósters y diplomas en área clínica.

*Descarga y comparte el formato



Bibliografía: Ather, Amber, et al. "Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care." Journal of endodontics (2020). Center for Disease Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Guidance for Dental Settings. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
La Comisión Nacional de Arbitraje Médico agradece la colaboración del Dr. Enrique Ensaldo Carrasco, adscrito a la Universidad Autónoma Metropolitana, para el desarrollo de este material infográfico.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



Triaje de vigilancia de la infección por COVID-19 en el consultorio dental.

FECHA DD / M / 202

FOLIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

°C

TEMPERATURA: _____

EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SÍ	No
1 ¿Ha presentado fiebre mayor a los 38°C?		
2 ¿Ha presentado síntomas de enfermedad respiratoria?		
3 ¿Ha viajado a países de riesgo de contagio?		
4 ¿Ha estado en contacto con alguna persona con diagnóstico de COVID-19?		
5 ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban síntomas de enfermedad respiratoria?		

En caso de que se registre una temperatura mayor a 38°C, realizar las siguientes acciones:

- Explicarle a la persona que no puede ingresar al consultorio.
- Recomendarle que acuda a su médico y a su domicilio para realizar el distanciamiento social.

Entregarle a todos un folleto sobre las acciones para la prevención del contagio por COVID-19.

Definiciones Operacionales.

CASO SOSPECHOSO:

Persona de cualquier edad que en los últimos siete días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea (en menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea).

Acompañadas de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

1. Disnea (dificultad para respirar);
2. Artralgias;
3. Mialgias;
4. Odinofagia/ ardor faríngeo;
5. Rinorrea;
6. Conjuntivitis;
7. Dolor torácico.

*Descarga
y comparte
el formato



6 ¿Cumple con la definición operacional de caso sospechoso?

SÍ

No

Nota: Se recomienda que este formato sea incluido en el expediente clínico del paciente. El triaje se deberá realizar en cada cita y antes de realizarse el procedimiento clínico.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



COVID-19 y la atención de las y los niños en el consultorio de medicina general

COVID-19 and the attention of children in the general medicine clinic

José Alfonso Maya Barrios*



RESUMEN

La población pediátrica, aunque en menor medida, también se ha visto afectada por el COVID-19, a continuación, se presentan seis puntos principales para los médicos que se encuentran en la primera línea de batalla con esta población. El primer punto se enfoca en la atención del niño y la niña en el consultorio médico y la evaluación del médico pediatra, el segundo de ellos las presentaciones clínicas de la enfermedad más frecuentes en esta población, el tercero, sobre las características presentes en paciente grave y crítico con COVID-19, el cuarto, del síndrome inflamatorio multisistémico asociado al virus SARS-CoV-2, el quinto punto son las consideraciones estacionales junto con la coexistencia entre virus SARS-CoV-2 e influenza y por último la presentación de casos clínicos de pacientes contagiados por el virus. Es importante prestar cuidado a los puntos de enfoque para brindar un manejo adecuado al paciente pediátrico en el primer nivel de atención.

Palabras clave: COVID-19, primer nivel de atención, población pediátrica

ABSTRACT

The pediatric population, although to a lesser extent it has also been affected by COVID-19, below are six main points for doctors who are on the front line of battle with this population. The first point focuses on the care of the child in the doctor's office and the evaluation of the pediatrician, the second of them the most frequent clinical presentations of the disease in this population, the third, on the characteristics present in seriously ill patients and critical with COVID-19, the fourth, of the multisystemic inflammatory syndrome associated with the SARS-CoV-2 virus, the fifth point is the seasonal considerations together with the coexistence between the SARS-CoV-2 virus and influenza and finally the presentation of cases clinics of patients infected with the virus. It is important to pay attention to the focus points to provide adequate management to the pediatric patient at the first level of care.

Keywords: COVID-19, first level of care, pediatric population

* Médico Pediatra.
Hospital General «Dr.
Manuel Gea González»

Correspondencia:

JAMB, jamayab@
hotmail.com

Conflicto de intereses:

Ninguno.

Citar como:

Maya BJA. COVID-19 y la atención de las y los niños en el consultorio de medicina general. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s31-s40. <https://dx.doi.org/10.35366/97346>

Financiamiento:

Ninguno.

Recibido: 04/12/2020.

Aceptado: 04/12/2020.

Para mí es un placer y un gusto poder compartir una presentación que, desde mi punto de vista, debe ser bastante enriquecedora para los médicos del primer nivel de atención, sobre todo porque hay muchas dudas acerca de lo que pasa con COVID-19 en los niños y en las niñas, y esta presentación precisamente va dirigida para esos médicos que están en la primera línea de batalla y que posiblemente vayan a tener que enfrentarse a cuadros de esta índole.

El contenido de la plática está dividido en seis secciones. La primera de ellas se enfoca en la atención del niño y de la niña en el consultorio médico, partiendo de los objetivos e importancia de la evaluación del paciente pediátrico en el primer nivel de atención. La segunda sección habla de la presentación clínica que con mayor frecuencia se ha documentado de COVID-19 en el paciente pediátrico. La tercera sección trata de las características que se han asociado con COVID-19 grave y crítico en el paciente pediátrico, ya que una proporción muy baja de pacientes desarrollan esta complicación y hay algunas características que se han asociado con ello. La cuarta parte es algo muy interesante que se ha publicado en los pacientes pediátricos con COVID-19 y es la presencia del síndrome inflamatorio multisistémico, asociado precisamente al virus SARS-CoV-2. La quinta parte son las consideraciones estacionales que cualquier profesional de la salud debe tomar en cuenta cuando el virus SARS-CoV-2 comience a coexistir con el virus de la influenza. Finalmente, la sexta parte es una integración de dos casos clínicos para reafirmar los conceptos previamente presentados y conclusiones del tema.

I. ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En México, como en muchos países de Latinoamérica y algunos de Europa, en el primer nivel de atención se delega a los médicos generales la atención del paciente pediátrico. Pocos países tienen un médico pediatra que se encargue de hacer esta atención. El médico de primer contacto debe conocer los objetivos que se buscan al atender a un niño en el consultorio. Estos pueden dividirse en los siguientes:

1. La promoción de la salud debe ser el objetivo principal de la atención del niño y la niña en el primer nivel de salud. El fin de la promoción de la salud es limitar y prevenir la presentación de enfermedades. Esta recomendación ha sido documentada en guías de práctica clínica de México y en la Norma Oficial Mexicana. (Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de cinco años. México: Secretaría de Salud; 02 de diciembre de 2015).
2. La detección oportuna de enfermedades crónicas, subagudas o agudas, incluyendo datos de alarma para asegurar una atención integral del paciente de alta calidad.
3. Garantizar una atención integral cuando el límite de la atención en el primer nivel se ha alcanzado, es decir, asegurar que el paciente pueda ser referido a un centro de Segundo o Tercer Nivel en donde reciba los cuidados correspondientes con su patología.

Cuando consideramos objetivos secundarios del médico general se pueden incluir en la promoción de la salud todas las acciones dirigidas a mejorar las conductas de nutrición y de actividad física. Al hacerlo, se busca una mitigación en la presentación de enfermedades crónicas del paciente pediátrico. México es uno de los primeros países en obesidad infantil y tiene que ver con los hábitos de alimentación y la falta de actividad física. Al final del día, el médico como promotor de la salud y educador en salud debe ser el promotor principal de cambios en hábitos y conductas asociadas con estas enfermedades. Estas entidades crónicas lamentablemente han sido determinantes en la mortalidad de los pacientes con COVID-19 en los adultos.

El segundo objetivo es la revisión del crecimiento y desarrollo, así como inmunizaciones. La vacunación tiene un papel importante en el contexto de COVID-19, no por la existencia de una vacuna contra SARS-CoV-2, ya que hasta el día de hoy no contamos con ella, sino por las vacunas que deben aplicarse en todos los niños que previenen muchas enfermedades que pueden competir en el mismo niño, principalmente hablamos del virus de la influenza, uno de los más importantes en la temporada invernal. Se debe estar atento en revisar

la cartilla nacional de vacunación en todo paciente que se atienda en consulta.

Otro objetivo secundario es identificar los factores de riesgo y correlacionarlo con datos de alarma, por ejemplo, si tengo un niño que padece un síndrome congénito o alguna enfermedad crónica, podría hacer que la presentación de COVID-19 sea mucho más grave que en un paciente sin comorbilidades.

Por último, tomemos en cuenta cuándo referir oportunamente. Si un paciente tiene datos de alarma y busca atención en un Primer Nivel, es prioritario referirlo a una institución de Segundo o Tercer Nivel que mejor convenga al paciente.

Por otro lado, se debe particularizar la atención de los distintos grupos de edad, por ejemplo, en un paciente de un mes de vida en donde sabemos que los datos de dificultad respiratoria y respuesta inflamatoria sistémica van a ser mucho más evidentes en la exploración y la sintomatología dependerá completamente de lo que los padres o cuidadores del paciente se hayan dado cuenta. En este sentido, el médico general debe estar familiarizado con los lactantes, preescolares, escolares y adolescentes y enfocarse en tres aspectos de la historia clínica:

1. Los antecedentes personales: todo lo relacionado con el estado de salud previo al motivo de la consulta actual del paciente.
2. El cuadro clínico: interrogar minuciosamente la presentación de los síntomas y en el contexto de COVID-19, con base en la evidencia publicada, conocer los síntomas que pueden integrar esta enfermedad.
3. Los hallazgos que se van a buscar intencionalmente en la exploración física.

Los antecedentes personales que se deben indagar son los factores genéticos, enfermedades congénitas o algunos síndromes que pudieran estar presentes en el niño y que por sí mismos van a hacer que cualquier enfermedad infecciosa pudiera tener una presentación mucho más grave y COVID-19 no es la excepción. Los factores ambientales naturalmente pueden tener influencia, ya que si el niño o la niña viven en un entorno contaminado o el ambiente social es inadecuado por la presencia de hacinamiento o pobreza pueden relacionarse con un desenlace mucho más grave.

Otra característica a revisar son las enfermedades que el paciente pudiera tener, por ejemplo, alergias, asma, cardiopatías, trasplantes previos, neoplasias, presencia de quimio o radioterapia.

No hay evidencia clara de que la lactancia materna proteja contra COVID-19; sin embargo, con base en el conocimiento que tenemos de la prevención de otras enfermedades infecciosas como son neumonía, bronquiolitis o gastroenteritis, podríamos considerar que es muy probable que la lactancia materna juegue un papel protector de las infecciones por SARS-CoV-2.

Como se mencionaba con anterioridad, no tenemos una vacuna aprobada en contra de COVID-19, pero sí tenemos vacunas que nos pueden proteger de otras enfermedades que pudieran coexistir con COVID-19. El contacto con personas enfermas es un dato que se debe indagar intencionadamente, para saber si en los últimos 10 o 14 días ese niño ha estado expuesto no nada más a un enfermo por COVID-19, sino a un entorno que podría haber estado contaminado por una persona con COVID-19.

Al averiguar el cuadro clínico se debe hacer hincapié en describir el tipo de inicio de los síntomas del niño, recordemos que SARS-CoV-2 entra en el organismo del paciente pediátrico y no es una presentación subaguda o atípica, sino que tiene una presentación aguda muy súbita con una claridad de síntomas; aunque el espectro de la enfermedad es muy amplio, muchas veces se presenta con síntomas pivote. La relación causal del contacto con pacientes con COVID-19 o entorno de riesgo hasta 10 a 14 días antes de la presentación de síntomas puede estar asociados con esta enfermedad.

COVID-19 en el niño puede tener un espectro de presentación que puede ir desde una forma asintomática o leve con prueba PCR en tiempo real positivo para SARS-CoV-2, hasta la presencia de un cuadro moderado, grave o incluso crítico. Indagar cuáles de los síntomas están asociados con cada una de las categorías nos dará una mejor estadificación del riesgo de los pacientes.

La exploración física de un niño con sospecha de COVID-19 deberá ir dirigida a determinar si este paciente lo podemos atender en el Primer Nivel de atención o lo debemos referir oportunamente a un Segundo o Tercer Nivel.

La mayoría de las veces un niño que puede llegar a tener datos de gravedad respiratoria es porque

tiene neumonía, eso es lo que con mayor frecuencia define a los pacientes con COVID-19 grave. Se va a manifestar clínicamente en el paciente pediátrico no sólo con síntomas respiratorios, sino también con alteración en la frecuencia respiratoria. Los valores de corte que ha manejado la OMS para considerar a un niño con polipnea son: < 1 mes no debe respirar nunca > 70 respiraciones por minuto; de un mes a 12 meses de edad no debe rebasar 60 respiraciones por minuto; de uno a dos años el límite es de 50 respiraciones por minuto; de dos a cinco años 40 respiraciones por minuto y un niño > 5 años no debe de respirar > 30 veces por minuto; si presentara ese dato clínico, entonces puede ser un parámetro que nos pueda diferenciar al paciente que podemos manejar dentro de la unidad de Primer Nivel o que requiera atención en un hospital de Segundo o Tercer Nivel.

Otros de los datos de dificultad respiratoria son aquellos que traducen un aumento del trabajo respiratorio del paciente y que se caracteriza por quejido respiratorio en el paciente que es muy pequeño, disociación toracoabdominal, tiraje intercostal y retracción xifoidea son datos que se pueden observar desde el momento en que se descubre al paciente.

En la auscultación de los campos pulmonares se puede explorar intencionadamente la presencia de datos clínicos que nos integren una infección de vías respiratorias inferiores; éstos pueden ser estertores crepitantes, estertores roncales y/o sibilancias, y que a su vez no pueden orientar a qué nivel de la vía respiratoria inferior está el daño por este virus.

Cuando tenemos un paciente con una infección respiratoria que entra a nuestro consultorio, contamos con herramientas que podríamos utilizar para saber qué tan grave es el cuadro. Una de las herramientas que mejor utilidad tiene es el oxímetro de pulso.

El oxímetro nos da una evaluación del nivel de saturación de oxígeno a nivel periférico en la sangre del paciente, nos traduce si está teniendo un deterioro a nivel pulmonar. El valor de corte que se ha sugerido para considerar un dato de gravedad es del 92% a oxígeno ambiental (FiO₂ 21%). En ocasiones, existe la posibilidad de que los niños lleguen a tener neumonía y no tiene un aumento del trabajo respiratorio, estos pacientes pueden beneficiarse del uso sistemático del oxímetro de

pulso, ya que pueden tener alteraciones detectadas tempranamente.

El uso de escalas de evaluación de gravedad respiratoria ha sido publicado en trabajos de investigación, incluyendo revisiones sistemáticas. Algunas escalas han sido validadas para pacientes con bronquiolitis o asma. Lo que tienen en común las escalas de valoración de gravedad es que toman todos los datos clínicos de gravedad respiratoria y lo categorizan por medio de una asignación de puntos para darnos una estadificación del paciente en un estado leve, moderado o severo. Ejemplo de estas escalas son: Wood-Downes-Ferrés, *Score Pulmonary Respiratory Distress Index*.

Por otro lado, tenemos herramientas que carecen de utilidad en el Primer Nivel de atención, por ejemplo, los estudios del laboratorio y gabinete. Si tenemos un paciente con sospecha de COVID-19 leve no se deben utilizar recursos en realizar estudios de laboratorio, ya que no van a modificar la conducta con el paciente; la detección de SARS-CoV-2 por medio de la PCR en tiempo real tampoco es un estudio que modifique el tratamiento a seguir en los casos leves; por lo tanto, si se tiene un paciente que ha sido evaluado y categorizado como sospecha de COVID-19 leve, no se justifica la indicación de más estudios paraclínicos, ya que el tratamiento, seguimiento y las medidas de contención tampoco van a cambiar; por ende, es mejor considerar a este paciente como una enfermedad respiratoria viral y no utilizar un recurso que seguramente un paciente moderado, grave o crítico necesitará. La radiografía del tórax o la tomografía de tórax tampoco son de utilidad en el contexto del médico de primer contacto. Hay que recordar que la categorización del estado de gravedad del paciente con COVID-19 debe hacerse esencialmente con el examen clínico y no por los estudios paraclínicos.

II. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE COVID-19 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Con respecto a la presentación de COVID-19 en el paciente pediátrico se han postulado diversas teorías alrededor de la menor gravedad con respecto a los de edad avanzada; esto puede tener diferentes explicaciones, aunque todo lo que se ha mencionado hasta ahora en la literatura son hipótesis. El primero es que posiblemente la exposición

más alta a otros patógenos respiratorios o de vía de entrada respiratoria en el niño podría competir con el virus SARS-CoV-2 y atenuar la entrada de los virus. Usualmente en el ambiente de la población en edad escolar o preescolar, que asiste a la guardería, estancia infantil, el kínder o la primaria y tiene muchos compañeros que presentan enfermedades respiratorias, compiten al mismo tiempo muchos virus y hace que algunos niños ya no se enfermen tanto; entonces esta competencia con otros patógenos podría estar involucrada en la menor presentación de COVID-19 en los niños.

La segunda teoría es que sabemos que el sistema inmunológico de los niños está en un proceso de maduración, por ende, al momento en el que entra el virus SARS-CoV-2 no desencadena una respuesta inmunológica tan severa en donde se encuentra involucrada la cascada de citocinas relacionada con la presentación grave de COVID-19, esto hace que el niño no manifieste con tanta gravedad esta enfermedad.

La tercera teoría es la menor actividad del receptor de Enzima Convertidora Angiotensina II, el niño tiene menos receptores; éstos se han asociado con la vía de entrada del virus SARS-CoV-2 hacia las células, sobre todo las células del pulmón y las de las células involucradas con el sistema circulatorio. Esta menor actividad de los receptores puede romper una vía de entrada eficaz para el virus disminuyendo la respuesta y replicación del virus dentro del huésped.

La última es que a raíz del confinamiento que nosotros tenemos por la pandemia de COVID-19 hay mayor resguardo en casa, y los que están más resguardados en casa son los niños, ellos han tenido una menor exposición a patógenos respiratorios y, por lo tanto, hay menos casos de COVID-19.

Acerca de la presentación de COVID-19 en pacientes pediátricos, hay diversos trabajos, incluyendo revisiones sistemáticas, que suman evidencia importante que nos ayuda a conocer el cuadro clínico que pudiera presentar un paciente pediátrico, en ese sentido, encontramos con que todas coinciden en cuatro datos clínicos que pueden estar presentes en el niño con infección por SARS-CoV-2:

Primero, la fiebre es el dato pivote. Frecuentemente, este dato es el centinela para la sospecha de la enfermedad y puede estar acompañada de datos que aparecen posteriormente. Estos datos pueden

ser tos seca, irritabilidad o fatiga y en los casos que se han considerado graves o críticos: dificultad respiratoria. Uno de los puntos a considerar es la existencia de niños con neumonía sin dificultad respiratoria franca, ahí es donde tenemos que afinar muy bien los sentidos clínicos para poder discernir entre un niño que pudiera deteriorarse y un niño que no.

El espectro de la enfermedad, como se ha mencionado antes, abarca desde el niño sintomático, que se define como un paciente que tiene un estudio PCR positivo para SARS-CoV-2, pero que no tiene ningún síntoma. Estos niños habitualmente se han detectado por el estudio epidemiológico al ser contactos directos de casos, normalmente familiares directos. En el seguimiento de esos mismos niños no presentan sintomatología; sin embargo, si hay confirmación diagnóstica por medio del estudio de RT-PCR.

Se estima que entre 30 y 35% de los niños se comporta de una manera asintomática y otro 35 hasta 40% de forma leve; sin embargo, hay algunos estudios que, sumando las dos presentaciones, señalan que esta proporción podría ser incluso cercana a 90%. Además, la presentación de infecciones respiratorias en el niño por otros virus como el rinovirus, el virus sincicial respiratorio, el virus parainfluenza, responsables todos de un cuadro clínico con tos, fiebre, rinorrea, conjuntivitis, datos prácticamente indistinguibles de COVID-19. En resumen, en una proporción muy alta de niños, las infecciones respiratorias por los virus estacionales son indiferenciables de las infecciones por SARS-CoV-2.

COVID-19 tiene una intensidad moderada que se estima entre 3 y 5% de los niños. Lo que define la presencia de este estadio es la presencia de neumonía, aunque es posible que no existan datos clínicos de gravedad; es decir, la oximetría estará alterada o en la clasificación de gravedad respiratoria va a estar en un estadio moderado, y al realizar un estudio de imagen indicado en estos pacientes encontraremos datos compatibles con neumonía. A partir de la intensidad moderada, los pacientes deben manejarse intrahospitalariamente. En este sentido, son niños que no deberían ser atendidos en el primer nivel de atención más que para valoración inicial para una posterior referencia a un Segundo o Tercer Nivel.

El paciente con COVID-19 grave es aquel que ya con evidencia de neumonía tiene un aumento

del trabajo respiratorio, manifestando datos de dificultad respiratoria muy evidentes. Fisiopatológicamente esto se relaciona con una mayor proporción de tejido pulmonar afectado por el virus SARS-CoV-2. El COVID-19 crítico presenta falla orgánica múltiple que no involucra solamente daño pulmonar, sino falla en la coagulación, repercusión renal y un mayor riesgo de desenlace fatal.

El 24 de agosto de 2020, la Secretaría de Salud, por medio de un comunicado de la Dirección General de Epidemiología, publicó la definición operacional del caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, que incluiría aquellos con sospecha de COVID-19, esto con el objetivo de que en la temporada invernal no todos los casos que tengan tos, fiebre y dificultad respiratoria se cataloguen como COVID-19, ya que el virus SARS-CoV-2 no será el único agente etiológico asociado con estos cuadros infecciosos. En el contexto del niño, sabemos que el virus sincicial respiratorio a partir de los meses de octubre y noviembre es uno de los principales implicados en la presentación de infecciones respiratorias inferiores como son bronquiolitis. Del mismo modo, la influenza es uno de los principales agentes etiológicos responsables de neumonías en pacientes pediátricos en la temporada invernal.

Por lo tanto, la definición operacional incluye criterios mayores como pueden ser tos, fiebre y disnea como dato de gravedad, o cefalea, y ésta en los menores de cinco años puede ser sustituida por irritabilidad, más, al menos, uno de los criterios menores como son mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos, dolor torácico, rinorrea y recientemente se introdujo anosmia, disgeusia y conjuntivitis; si tenemos un paciente que cumple con esta definición operacional, podemos decir que es un caso de sospecha de COVID-19, pero de igual manera podría ser influenza o virus sincicial respiratorio.

Después de recibir y revisar a un paciente pediátrico se deben tomar en cuenta los datos de gravedad que pudieran asociarse con COVID-19 moderado, grave o crítico. Éstos pueden agruparse de la siguiente manera:

1. Datos de dificultad respiratoria: cualquier niño que tenga tiraje intercostal, retracción xifoidea, aumento del trabajo respiratorio, quejido respiratorio, hasta dolor pleural en un niño que ya puede manifestarlo verbalmente es un dato de alarma.
2. Polipnea: se ha mencionado con anterioridad los valores corte de la frecuencia respiratoria, dependiendo en la edad del niño y si es menor de un mes, debemos conocer que > 70 veces por minuto se considera un dato de alerta.
3. La oximetría de pulso < 92%, la cual debe corroborarse dos a tres veces y si esto es consistente hay que considerar referir al paciente para una atención especializada.
4. Incapacidad o dificultad para alimentarse: si un paciente no puede alimentarse o es un lactante que no recibe alimento y está deshidratado o letárgico o que incluso ha llegado a convulsionar, debe ser referido a un hospital.

Las guías de tratamiento para COVID-19 en niños han sido muy enfáticas en señalar que la mayoría de los pacientes pediátricos con COVID-19 son pacientes categorizados como leves, por lo mismo, no van a requerir más allá de un manejo sintomático. El aislamiento social en un paciente que tiene COVID-19 leve es fundamental para que no haya diseminación de este mismo virus y debe considerarse entre 10 y 14 días. El tratamiento debe ser sintomático, y en los casos considerados como moderados, graves o críticos el manejo se va a basar en el soporte ventilatorio, soporte hemodinámico y en la evaluación multisistémica del paciente.

Ningún tratamiento antiviral o coadyuvante ha sido aprobado, incluso no han sido estudiado en niños todos los tratamientos antivirales ni todos los tratamientos que se han postulado para el paciente adulto con COVID-19. No existen hasta la fecha ensayos clínicos controlados en pacientes pediátricos, esto responde sobre todo a la baja frecuencia de la presentación COVID-19 grave y crítico en la población pediátrica. En resumen, a la fecha no hay publicaciones que nos hablen de un tratamiento que se deba recomendar en los niños, ya no digamos para un paciente grave, sino tampoco para un paciente leve y mucho menos para prevenir la infección por el virus SARS-CoV-2.

III. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON COVID-19 GRAVE

Las características de los niños que tienen COVID-19 han sido estudiadas en diferentes series de

casos y revisiones sistemáticas. Se ha concluido que el sexo masculino es uno de los factores de riesgo que se asocia con mayor gravedad, teniendo una proporción de 70 a 76% en los casos más graves y disminuyendo en los casos leves y moderados en donde la relación hombre-mujer tiende más a la igualdad.

Otro de los datos asociados con gravedad es el inicio del cuadro clínico con síntomas respiratorios graves, ya que se ha asociado que estos pacientes con mayor frecuencia requieren atención especializada en un Segundo o en un Tercer Nivel y necesitarán soporte mecánico ventilatorio. Contrario a lo que se ha descrito en adultos, 38 y 40% de los pacientes pediátricos graves necesitan apoyo mecánico ventilatorio, y a pesar de ello, la supervivencia en los niños es significativamente más alta que en los adultos, así la mayoría de los pacientes resuelven el proceso inflamatorio respiratorio y se extuba de manera satisfactoria.

Las comorbilidades médicas complejas que acompañan a pacientes con COVID-19 grave se han encontrado en más de 80% de este grupo de niños, con particular relevancia está la obesidad infantil. El médico de primer contacto debe saber que debe ser promotor de la salud. Cuando esta promoción no es eficiente, se traduce en una mayor proporción de pacientes con obesidad infantil, por lo tanto, los pacientes con obesidad infantil pueden ser vulnerables a presentar COVID-19 grave. Se debe cuidar mucho esa parte y tomar cartas en el asunto para que los pacientes con obesidad infantil se recuperen y cuando tengan un regreso a la nueva normalidad no se incluyan en el grupo más vulnerable. Por otro lado, la diabetes, neoplasias, exposición a quimioterapia, enfermedades congénitas, cardiopatías congénitas, trisomía 21, entre otras, se han relacionado con la presencia de COVID-19 grave.

IV. SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO CON SARS-COV-2

El síndrome inflamatorio multisistémico que se ha asociado con SARS-CoV-2 no es una enfermedad frecuente, pero es una enfermedad que ha despertado mucha inquietud, sobre todo en los que están relacionados con la población pediátrica.

A partir de un trabajo que se publicó en *The Lancet* en el mes de marzo de 2020, las autoridades de salud del Reino Unido se dieron cuenta de que con el incremento de casos de COVID-19 en su país aumentó la demanda de servicios de salud de niños con síndrome inflamatorio multisistémico, el cual es una enfermedad muy parecida a la enfermedad de Kawasaki, que se caracteriza por conjuntivitis bulbar o hiperemia conjuntival, exantema polimorfo, lengua en fresa, descamación o enrojecimiento de las palmas y de las plantas, y lo más grave que presentan estos pacientes son alteraciones cardiológicas que se pueden asociar con aneurismas a nivel de las arterias coronarias o ataques cardíacos en los niños afectados.

La importancia de detectar oportunamente un síndrome inflamatorio multisistémico radica en que el manejo se debe realizar en un hospital de Segundo o Tercer Nivel. El tratamiento de estos pacientes no es ambulatorio, por lo mismo, cualquier caso con sospecha de enfermedad de Kawasaki o que tuviera alguna característica asociada con el síndrome inflamatorio multisistémico debe referirse inmediatamente. Tomando en cuenta la evidencia publicada en revisiones sistemáticas acerca de este tema, se observa que la edad media de presentación es un poco mayor que en la enfermedad de Kawasaki, la cual tiene un promedio de presentación entre los tres y cinco años, en contraste con los 7.3 a 10 años del síndrome inflamatorio multisistémico. Por otro lado, el sexo masculino sigue siendo el más predominante, con 59%. Las manifestaciones gastrointestinales forman parte del 87% de los casos, 73% tienen manifestaciones mucocutáneas y 70% van a tener alteraciones cardiovasculares; por ello, la importancia de la detección oportuna, porque algunos casos pueden tener repercusión hemodinámica que podría requerir manejo en la Unidad de Terapia Intensiva pediátrica.

En conclusión, la definición de este síndrome implica a un paciente que tenga fiebre, alteraciones inflamatorias por laboratorio y además evidencia clínica de enfermedad grave que requiera hospitalización con la afectación multiorgánica, más una reciente o actual infección por SARS-CoV-2 o una exposición a casos de COVID-19 sin un diagnóstico alternativo, siendo muy claro que en el virus SARS-CoV-2 la presentación de COVID-19 no

es igual a un síndrome inflamatorio multisistémico, pero este virus puede llegar a tener la capacidad de desencadenar la cascada de inflamación en el niño y que de una a tres semanas después presente síndrome inflamatorio multisistémico, por eso es la importancia de que si un niño tiene COVID-19 leve, nosotros hagamos énfasis en darle un seguimiento para estar seguros que no presente ninguno de estos datos. Si se atendiera un paciente pediátrico con datos clínicos del síndrome inflamatorio multisistémico, se debe preguntar intencionadamente si ha tenido datos en la definición operacional de enfermedad respiratoria viral.

V. CONSIDERACIONES ESTACIONALES

El virus de la influenza año con año tiene un comportamiento estacional con mayor presentación en el hemisferio norte entre los meses de octubre y febrero. A partir de la semana epidemiológica 48 comienza a haber un incremento de la demanda de consultas en el primer nivel de atención por enfermedad similar a influenza, que en la definición operacional actual llamaremos enfermedad respiratoria viral, por lo tanto, como cada año se espera que la demanda de consulta por enfermedad respiratoria viral aumente hasta cuatro veces más que el resto del año.

A partir de diciembre, existe el riesgo de que haya mayor número de contagios y que al consultorio del médico de primer contacto aumenten los casos de sospecha por COVID-19, pero esto probablemente va a ser responsabilidad de otros agentes. Lo más importante deberá ser catalogar adecuadamente la gravedad del paciente para referir oportunamente los casos que así lo requieran.

Asimismo, en estas últimas temporadas la mortalidad en los niños por neumonía asociada a influenza aumenta en las últimas y en las primeras semanas del año, en este sentido, se estima que pudiera haber un pico de mortalidad secundario a infecciones respiratorias bajas, que incluirá neumonía, bronquiolitis, laringotraqueitis y que no todas serán atribuibles al virus SARS-CoV-2.

No hay estrategia más efectiva para evitar la morbimortalidad del virus de influenza que la vacunación; ahora con mayor fortaleza debemos defender la vacuna de la influenza en los menores

de cinco años, la cual se aplica a partir de los seis meses de edad, para evitar la presentación de neumonías que año con año ocupan las terapias intensivas y los servicios de pediatría de nuestro sector salud.

VI. ESCENARIOS CLÍNICOS Y CONCLUSIONES

Para integrar y concluir, se han puesto dos escenarios clínicos que muy probablemente los médicos generales, médicos de primer contacto, incluso pediatras, estaremos viendo diariamente en nuestro consultorio.

El primer caso es un masculino de siete años, tiene sus abuelos paternos que viven en su domicilio y que han sido hospitalizados por neumonía secundaria a COVID-19. El papá no acude a revisión, pero tuvo un cuadro de fiebre que remitió hace una semana, la mamá es asintomática. El niño no tiene antecedentes personales de importancia, niega comorbilidades y las inmunizaciones están completas de acuerdo con la edad.

El motivo de consulta es por preocupación de la mamá por el contacto familiar con COVID-19. Esto es algo que se está repitiendo día a día en el Primer Nivel de atención: el niño o la niña no tienen ningún síntoma, pero acaban de informarle al abuelo, tío, familiar con el cual tuvieron contacto hace unos días, que tiene COVID-19 o que falleció por COVID-19.

A la exploración física tenemos un escolar con un peso y talla normal, con los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto (es decir, no rebasa el valor corte que nosotros tenemos en los niños mayores de siete años que es de 30 por minuto), temperatura axilar 36.4, y la oximetría de pulso está en 96%, no hay datos patológicos en la exploración.

Tenemos un niño que aparentemente está sano y lo único relevante y por lo cual está ocupando un espacio en la agenda del médico es preocupación familiar. Las preguntas a plantear: ¿está indicado realizar algún estudio en este paciente?, la mamá es muy clara y quiere que le hagan la prueba de detección de COVID-19 porque el niño muy posiblemente lo tenga; la respuesta es no, un paciente que no tiene datos clínicos de enfermedad

respiratoria viral, aunque haya tenido un contacto cercano, no debe utilizar este recurso para realizar una prueba de detección, porque muchos de los niños van a cursar asintomáticos o muchos de los niños van a tener un cuadro leve de COVID-19.

¿Amerita algún tratamiento actualmente disponible? Como se he mencionado antes, no hay ningún tratamiento que sea profiláctico para ayudar al niño a que no presente las manifestaciones clínicas de COVID-19; la vitamina C, la azitromicina y algunos otros fármacos, no tienen evidencia científica en niños como para utilizarse de manera segura y eficaz para evitar la presentación de COVID-19.

Por último, ¿qué recomendaciones le darían a él y a su familia? Ya que no tiene indicada una prueba de detección y no se le indicará un tratamiento específico contra COVID-19, lo más importante sería guardar la sana distancia. El confinamiento en casa de 10 a 14 días en paciente sintomático. En este caso, el niño no tiene ningún síntoma, debe guardar su distancia y guardar el confinamiento para evitar que pudiera contagiarse en caso de que no esté enfermo.

Además, hay que vigilar los síntomas, si este paciente presenta fiebre, dificultad respiratoria, debe tener una consulta médica oportuna para que se valore y catalogue adecuadamente en COVID-19 grave, moderado o leve.

El siguiente caso clínico es un paciente femenino de 18 meses de edad, la paciente ha estado en aislamiento, afirman que no han salido de casa y que han guardado el confinamiento gracias a que pueden trabajar en casa. No recibió seno materno y sus vacunas están completas hasta el año.

El motivo de la consulta inició hace tres días, cuando la paciente empezó con tos seca que ha ido incrementando en intensidad y en frecuencia; además, esta tos ha sido rubicundizante, disneizante y emetizante, se integra al cuadro clínico fiebre desde hace ocho horas llegando hace 38.5 grados y ha tenido dificultad para respirar desde hace tres horas, motivo por el cual la mamá decide llevarla a la consulta médica de primer contacto.

A la exploración encontramos una lactante con peso y talla normal, la frecuencia es de 140 por minuto, la frecuencia respiratoria está en 55 respiraciones por minuto, es una frecuencia respiratoria que ya rebasó los límites por edad, es decir, ya tenemos un dato de alerta, en la temperatura axilar 38.4 grados centígrados y la oximetría de

pulso que hemos medido es de 88%, otro dato de alerta. Tenemos dos datos de alarma hasta este momento. Está irritable, su tórax tiene retracción xifoidea y tiene tiraje intercostal bajo, dos datos de alerta más; aumentó el trabajo respiratorio y a la auscultación de los campos pulmonares encontramos sibilancias respiratorias diseminadas en ambos hemitórax, no se integra un síndrome pleuropulmonar y no hay otros ruidos agregados.

Por lo tanto, la primera pregunta es: ¿qué diagnóstico integraremos en este paciente? La paciente tiene fiebre, datos de dificultad respiratoria; lo primero que tenemos que conocer es que la definición operacional de enfermedad viral respiratoria se cumple en este paciente, cuando hacemos una integración diagnóstica y hacemos un diagnóstico nosológico por los antecedentes familiares, por la edad del niño, por la presentación clínica podríamos hablar que el niño tiene una infección respiratoria de vía inferior y que por la edad y las sibilancias se trata de un cuadro de bronquiolitis. Estos casos en la mayor proporción se deben al virus sincicial respiratorio. El médico que no tenga la experiencia clínica en estos casos podría diagnosticar este caso como COVID-19.

¿Este caso clínico se puede manejar de manera ambulatoria? No, este paciente tiene al menos cuatro criterios de gravedad, por lo tanto, en el momento que ya lo estamos revisando y estamos detectando estos datos de alarma se tiene que hacer la referencia a un Segundo Nivel de atención, y así se beneficie por el tratamiento en una terapia intensiva o en un servicio de pediatría.

En estos casos, ¿cuáles son los datos de alarma que deben vigilar los familiares? Esencialmente, los datos de dificultad respiratoria, la presencia de polipnea, rechazo al alimento, aumento del trabajo respiratorio, letargo o convulsiones. Tener en cuenta que nuestro caso clínico ya tiene varios de estos datos, por lo tanto, el caso no se debe manejar en un Primer Nivel. Se debe orientar al familiar para que el niño llegue a un hospital de Segundo o Tercer Nivel para atenderse oportunamente y evitar al máximo la presentación de complicaciones.

Para concluir, debe mencionarse que el médico de primer contacto debe enfocarse en promover la salud y esta pandemia nos ha ayudado a ver cuáles son nuestras debilidades como población

para presentar con mayor gravedad COVID-19. Debemos detectar oportunamente las enfermedades y garantizar su atención integral y su referencia oportuna, en el contexto de COVID-19, la evaluación clínica es fundamental para que nosotros podamos categorizar un paciente adecuadamente y que se utilicen de una manera ineficiente los recursos que tenemos.

Podemos encontrar un paciente que cumpla con la definición de COVID-19 leve y manejarlo en el Primer Nivel de atención, sin necesidad de agotar los recursos de un Segundo o de un Tercer Nivel, los datos de alarma son los que deben dictaminar la referencia oportuna a un Segundo Nivel de atención y, por último, muchas de las comorbilidades asociadas con COVID-19, sobre todo la población pediátrica tienen su origen en la falta de la promoción de la salud y de los hábitos saludables de la población, por lo tanto, tenemos un compromiso muy importante como médicos de primer contacto para disminuir la presentación de estas comorbilidades en una edad adulta y que a su vez pudieran proteger a nuestros niños de enfermedades con mayor gravedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a la alumna pasante de servicio social Enf. Dellaneyra Gutiérrez Santiago de la licenciatura de Enfermería por su colaboración en la transcripción del texto.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015.
2. Comunicado oficial. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Agosto 24, 2020.
3. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines.

- National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
4. Davies CJ, Waters D. A systematic review of the psychometric properties of bronchiolitis assessment tools. *J Adv Nurs*. 2017; 73 (3): 286-301. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13098>.
 5. De Souza TH, Nadal JA, Nogueira RJ, Pereira RM, Brandao MB. Clinical manifestations of children with COVID-19: a systematic review. *Pediatric Pulmonology*. 2020; 1-8. doi: 10.1002/ppul.24885.
 6. Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julián A, Lanaspá M, Lancellata L, Calò Carducci FI. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 9 (4): 641-708. Available in: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30177-2).
 7. Jiang L, Tang K, Levin M, Irfan O, Morris SK, Wilson K et al. COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *Lancet Infect Dis*. 2020; 20 (11): E276-E288. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30651-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30651-4).
 8. Jones VG, Mills M, Suarez D, Hogan CA, Yeh D, Bradley SJ et al. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *hospital pediatrics*. 2020; 10 (6): 537. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0123>.
 9. Liguoro I, Pilotto C, Bonanni M, Ferrari M, Pusiolo A, Nocerino A et al. SARS-CoV-2 infection in children and newborns: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2020; 1-18. doi: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03684-7>.
 10. Ludvigsson J. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic-A systematic review. *Acta Paediatrica*. 2020; 109: 1525-1530. doi: 10.1111/apa.15371.
 11. Abrams JY, Godfred-Cato SE, Oster ME, Chow EJ, Koumans EH, Bryant B et al. Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) Associated with SARS-CoV-2: a systematic review. *J Pediatr*. 2020; 226: 45-54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.003>.
 12. Mustafa NM, Selim LA. Characterisation of COVID-19 pandemic in paediatric age group: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Virol*. 2020; 128: 1-9. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104395.
 13. Chang T, Wu JL, Chang LY. Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Formos Med Assoc*. 2020; 119: 982-989. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.04.007>.
 14. Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: a systematic review. *Pediatric Pulmonology*. 2020; 1-11. doi: 10.1002/ppul.24991.

COVID-19 y el paciente en el consultorio odontológico

COVID-19 and the patient in the dental clinic

Enrique Ensaldo Carrasco*



RESUMEN

En el área odontológica, además de considerar las vías de contagio viables como la respiración de aerosoles de pacientes contagiados de COVID-19, contacto de objetos y superficies contaminadas con el virus, es importante considerar el contacto con la saliva, que es inevitable en un consultorio dental. La infección por SARS-CoV-2 representa para los odontólogos un riesgo profesional inherente en el consultorio, por los aerosoles y salpicaduras provenientes de la interacción del equipo dental y la saliva del paciente. Existen tres principales medidas preventivas que son aplicables al paciente y al personal que trabaja en una clínica o consultorio dental, además del equipo de protección personal y ocular y ropa de trabajo, la limpieza y la desinfección del consultorio también son barreras de protección.

Palabras clave: COVID-19, consultorio odontológico, equipo de protección, limpieza.

ABSTRACT

In the dental area, in addition to considering viable contagion routes such as the breathing of aerosols from patients infected with COVID-19, contact with objects and surfaces contaminated with the virus, it is important to consider contact with saliva, which is unavoidable in an office dental. The SARS-CoV-2 infection represents an inherent professional risk for dentists in the office, due to aerosols and splashes from the interaction of dental equipment and the patient's saliva. There are three main preventive measures that are applicable to the patient and staff working in a dental clinic or office, in addition to personal and eye protection equipment and work clothes, office cleaning and disinfection are also protective barriers.

Keywords: COVID-19, dental office, protective equipment, cleaning.

* Estomatólogo especialista en Endoperiodontología. Profesor-Investigador adscrito a la Universidad Autónoma Metropolitana.

Correspondencia:
EEC, enriqueensaldo@msn.com

Conflicto de intereses:
Sin conflicto de intereses.
Citar como: Ensaldo CE. COVID-19 y el paciente en el consultorio odontológico. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s41-s47. <https://dx.doi.org/10.35366/97347>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Recibido: 13/11/2020.

Aceptado: 13/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

La COVID-19 es una enfermedad nueva que se originó en Wuhan, China en diciembre de 2019, la mayoría de los casos presentan síntomas menores y en algunos casos puede complicarse con un síndrome respiratorio agudo, que puede poner en peligro la vida de los pacientes. Entre los signos y síntomas más comunes tenemos fiebre, fatiga, dolor muscular, náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza, congestión nasal, pérdida del olfato, pérdida del gusto, dolor de garganta y dificultad para respirar.

VÍAS DE CONTAGIO

Las vías de contagio que hoy en día son consideradas como viables para que se produzca un contagio son:

- El contacto con personas infectadas.
- La respiración de gotículas provenientes de nariz y boca.
- Por aire, ya sea por aerosoles o por aumento de la carga viral en espacios cerrados.
- El contacto con objetos y superficies contaminadas que pueden llevar al virus a las manos, y producir la autoinoculación cuando el individuo se toque la cara (ojos, boca, nariz).

El contacto con objetos contaminados es considerado de bajo riesgo, aunque es importante resaltar que en Odontología realmente no hace mucha diferencia, ya que debemos considerar todas las vías como de alto riesgo. La propagación por aire ha tenido todos los reflectores últimamente, porque al principio de la pandemia sólo se veía como una posibilidad, en la actualidad es considerada como vía de contagio; sin embargo, para que exista tienen que presentarse algunas situaciones, como lo son: una habitación cerrada o con poca ventilación donde estén una o varias personas infectadas, que al exhalar estén llenando el cuarto con SARS-CoV-2, entre más tiempo el aire se quede estancado en el cuarto, será cada vez más factible que exista el riesgo de que personas sanas pudieran contagiarse al respirar el aire de esa habitación sin ventilación o mal ventilada.

PREVENCIÓN

Etiqueta respiratoria (evitar toser y/o estornudar en las palmas o dorso de las manos y utilizar

la parte interna del antebrazo o el ángulo del codo).

Lavado de manos, que para la población en general se recomienda que mínimo dure 20 segundos, para los profesionales de la salud en situaciones de trabajo la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que sea de 40 a 60 segundos. El uso de cubrebocas y mantener una distancia mínima de metro y medio entre personas (sana distancia).

Para dar un poquito más de contexto de cómo se está desarrollando la Odontología en la pandemia es que voy a citar una serie de extractos de artículos:

Carta del editor: *«La combinación de la carencia de una vacuna y ninguna contra medida terapéutica efectiva al 100% nos presenta ante un escenario desconocido pero desafiante con millones de personas infectadas a nivel mundial».*

«Una vez en el cuerpo humano el SARS-CoV-2 estará presente abundantemente en secreciones nasofaríngeas y salivales de los pacientes infectados».

«La saliva puede albergar varios tipos de virus incluidos el SARS-CoV-2, la posibilidad de transmisión a través de la saliva es inevitable en un consultorio dental».

«El SARS-CoV-2 puede permanecer viable hasta nueve días en superficies contaminadas y hasta nueve horas en piel humana», existen varias publicaciones que nos indican cuánto tiempo puede sobrevivir el virus en diferentes superficies, pero decidí no usar esta referencia, porque quería resaltar el hecho de que las superficies pueden quedar contaminadas por un largo periodo de tiempo sin que realmente importe el tipo de material de superficie, porque al final lo único que debemos entender es, que las superficies de los consultorios pueden estar contaminadas por varios días, incluyendo nuestra piel y la del personal del consultorio, lo cual termina reforzando todas las medidas de protección que vamos a revisar más adelante.

«Los tratamientos dentales involucran interacción cara a cara con los pacientes, así como la exposición frecuente de saliva, sangre y otros fluidos».

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL CONTAGIO POR SARS-COV-2 EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es importante recalcar que las recomendaciones que veremos a lo largo de esta presentación están siendo constantemente actualizadas, por lo cual la fecha está resaltada (**20 de octubre del 2020**) porque lo más probable es que si esta presentación la revisamos en seis meses o un año, muchas de las recomendaciones habrán cambiado, no serán tan estrictas, o al contrario y cada vez sean más estrictas. Por lo que debemos estar en constante actualización, y aunque todavía falta mucha información, es importante recalcar que por lo menos en México no contamos con datos del índice de contagio en Odontólogos por COVID-19 o de cuántos han muerto, sería de mucha ayuda si a lo largo de esta plática pudieran compartir en los comentarios su experiencia, si saben de compañeros odontólogos contagiados o inclusive que hayan muerto, o si ustedes mismos se llegaron a enfermar.

La infección por SARS-CoV-2 representa para las y los Odontólogos un riesgo profesional inherente en el consultorio, ya que se producen continuamente aerosoles y salpicaduras provenientes de la interacción de equipo dental y la saliva del paciente. La información con la que contamos en este momento sólo refuerza la idea de que como odontólogos estamos muy expuestos.

Para facilitar la asimilación de la información, las recomendaciones para recibir al paciente en la atención clínica han sido divididas en cuatro:

1. Antes de acudir a la consulta.
2. En área de recepción.
3. En sala de espera.
4. Otras áreas clínicas.

La manera más eficiente de erradicar los contagios en el consultorio es evitando que el virus llegue a consulta, esto es obvio, si no tenemos virus en la consulta el contagio será inexistente, pero eso se traduce en no atender a ningún paciente; sin embargo, hay mecanismos que nos pueden ayudar a evitar que el virus entre a nuestros consultorios, como lo son el uso de triajes, que son los cuestionarios que tenemos que aplicar a los pacientes antes de la consulta, los cuales se pueden realizar

un día antes de la cita o cuando el sujeto llegue al consultorio, en la página oficial de CONAMED, en el apartado de infografías pueden bajar los formatos e imprimirlos para anexarlos a sus expedientes.

Las instrucciones telefónicas para al paciente son:

Asistir a consulta preferentemente solo, en caso de procedimientos como cirugías, etcétera, podrá llevar a un acompañante o en el caso de que sea un menor de edad. No llevar objetos que pudieran contaminarse tan fácilmente como joyas, aretes, pulseras, collares, relojes y anillos. Asistir con cubrebocas bien colocado y de preferencia sin válvula de exhalación, estos cubrebocas no son recomendables, porque al exhalar el aire que sale por la válvula lo hace sin filtración, lo que pone en riesgo a los de alrededor. Quitarse el cubrebocas cuando se le indique. Mantener en la medida de lo posible la sana distancia, lo cual podría parecer absurdo, porque en la consulta dental no puede existir la distancia, pero nos referimos a la sana distancia que debe haber entre los pacientes y demás personal administrativo en las instalaciones del consultorio, como la recepción, sala de espera, área de sanitarios, pasillos o inclusive en elevadores y escaleras.

Para el pago de honorarios de preferencia con el uso de tarjetas bancarias en lugar de efectivo, para evitar contaminación cruzada.

Al entrar al consultorio hay tres medidas que son aplicables tanto para casos como para todo el personal que trabaja en el consultorio o clínica

1. Para la desinfección de calzado se puede utilizar un tapete sanitizante o botas quirúrgicas.
2. Toma de temperatura para el paciente y el personal que labora en la clínica o consultorio, cualquier persona que tenga una temperatura de 37.5 o más no podrá ingresar al consultorio.
3. Desinfección de manos para todos los que ingresen al consultorio, puede ser con un lavado de manos de al menos 20 segundos o con alcohol en gel al 70%.
4. Solicitar que permanezca sentado en la sala de espera hasta ser llamado. (Esta última sólo aplicable a los pacientes).

En el área de recepción, instalar mamparas para proteger a la persona que está a cargo de la recepción, la cual también deberá usar lentes de protección, cubrebocas sin válvula, (mascarilla quirúrgica), señalizar la sana distancia en el piso para que el paciente sepa cuál es la distancia que deberá mantener, si la persona de recepción recibe algún pago (con tarjeta de crédito o efectivo) puede utilizar guantes, los cuales tendrá que desechar cada vez que reciba un pago o maneje alguna superficie posiblemente contaminada, también podría no usar guantes y limpiarse las manos (alcohol 70% o agua con jabón) siempre que termine de cobrar, desinfectarían la terminal y se puede optar por desinfectar el efectivo para reducir aún más el riesgo de infecciones cruzadas.

Las recomendaciones para la sala de espera van encaminadas a reducir el número de personas en el consultorio, además de disminuir la cantidad de superficies que pudieran contaminarse, por lo que se recomienda agendar a los pacientes con suficiente espacio entre citas para evitar aglomeraciones en la sala de espera, y como máximo tener un solo paciente esperando, dejar un mínimo de sillas (si se puede) o al menos marcar las que sí se pueden utilizar, tomando en cuenta la sana distancia (que en México es de un metro y medio), la cual tendremos que señalizar para todos los sitios donde los pacientes pudieran encontrarse, retirar revistas, juguetes, cuadros y diplomas así como muebles y adornos innecesarios e indicar al paciente que no se retire el cubrebocas hasta que se le indique. Tener alertas visuales además de las que ya tenemos (rutas de evacuación, extintor etcétera) que proporcionen al paciente información sobre COVID-19, prevención, uso de cubrebocas, técnica de lavado de manos, sitios donde el paciente pudiera encontrar alcohol en gel, etcétera.

También hay que optar por toallas desechables y dispensadores de jabón líquido. Para la ventilación es un poquito más complicado dar una recomendación ya que existen muchas publicaciones que apoyan el no utilizar ningún tipo de ventilador y/o aire acondicionado, pero se entiende que hay situaciones donde el uso de aire acondicionado es una necesidad, como en otras partes de la república por ejemplo, pero hay que tener mucho cuidado con ventiladores y aires acondicionados, en especial con los que reciclan el aire. Lo que debemos entender

es si se recicla aire con carga viral proveniente de los aerosoles y la misma respiración y no hay recambio de ese aire, puede aumentar la posibilidad de un contagio por vía aérea. Si se van a utilizar ventiladores y/o aire acondicionado utilizar algún tipo de purificador o filtros HEPA, o al menos abrir ventanas para permitir el recambio de aire y evitar su reciclado.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Todo el personal involucrado en el tratamiento del paciente (odontólogos, asistentes, circulantes, instrumentistas etcétera) deben usar EPP.

El cubrebocas o mascarilla quirúrgica (que es la que hemos utilizado desde hace mucho tiempo), funciona para la mayoría de los tratamientos (siempre y cuando no se produzcan aerosoles) como en situaciones de diagnóstico o toma de radiografías, etcétera. Si utilizamos una pieza de alta o algún instrumento que pudiera ocasionar aerosoles, tendremos que utilizar los respiradores N95, los cuales son el estándar de oro para estos procedimientos. Evitar los cubrebocas con válvulas de exhalación, para evitar contagiar a los pacientes y demás personal del consultorio. Si sólo tienen cubrebocas con válvula de exhalación, deberán utilizarse con una mascarilla quirúrgica sobre la válvula. En México, la Asociación Dental Mexicana (ADM) recomendó no reutilizar los cubrebocas, pero si existiera la necesidad de reutilizar cubrebocas existen guías que nos pueden decir cómo podemos reutilizarlos y en qué momento, pero no existe una repuesta exacta sobre cuánto tiempo podemos reutilizar un cubrebocas. Lo que sí queda muy claro es la necesidad de revisar la integridad física del cubrebocas, calidad del sellado alrededor de la boca-nariz y posibles cambios de color. Tenemos que evitar que los cubrebocas se mojen, si esto llegara a pasar tendríamos que cambiarlo inmediatamente ya que disminuye drásticamente la capacidad del filtrado.

Para la utilización de guantes no hay ningún cambio, pero algunas guías recomiendan utilizar doble par, para tener un par limpio por debajo del que usamos en la atención odontología que usaremos para quitar nuestro EPP. Para actividades de limpieza utilizar guantes gruesos, que se pueden conseguir en cualquier supermercado.

PROTECCIÓN OCULAR

La protección de ojos en situaciones donde fácilmente podrían contaminarse y/o dañarse con químicos, virus, bacterias etcétera es indispensable en la consulta odontológica. Se recomienda utilizar lentes de protección o caretas, estas últimas ofreciendo mayor protección ya que evita que los cubrebocas se pudieran humedecer.

RECOMENDACIONES PARA LA ROPA DE TRABAJO

Evitar llegar al consultorio con el uniforme puesto, tampoco atender con ropa de calle.

El uniforme puede ser una «pijama quirúrgica» y bata, para atender pacientes se deberá usar además el EPP (gorro quirúrgico, bota quirúrgica y sobrebata o algún overol) además de contar con calzado únicamente de uso en el consultorio (que sea libre de agujetas y liso). Al terminar nuestra jornada de trabajo no debemos salir con el uniforme y el calzado, aunque se hayan utilizado EPP, por lo que tendremos que cambiarnos nuevamente. El uso de sobreatas y overoles, es importante, por lo que se pueden utilizar cualquiera de las dos, siempre y cuando sepamos cómo ponerlo y cómo quitarlo, además de los extras que podríamos necesitar, como el uso de otra sobreata con el overol para proteger el la zona del cierre, la cual podría servir como retención mecánica para bacterias, virus, etcétera.

En Odontología estamos más familiarizados con las sobreatas porque la hemos utilizado desde hace mucho tiempo, incluso los programas de estudios de varias licenciaturas las usan. Puede ser de tela o desechable, pero ambas impermeables, deben cubrir la zona del cuello y tener puños. Las sobreatas tienen la ventaja de ser lisas por la parte de enfrente y que se pueden quitar de atrás hacia adelante, disminuyendo el riesgo de contaminación cruzada. Los overoles, los cuales son nuevos en odontología, también funcionan, pero hay que tener en cuenta que tienen un cierre en la parte del frente, el cual tiene que cubrirse con un delantal o una sobreata. Sin importar cuál decidan utilizar, deberán estar familiarizados con las técnicas para el uso apropiado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su portal de internet tiene varias guías para el manejo de EPP.

Los Odontólogos que ya tienen tiempo trabajando en situación de pandemia saben lo estresante que puede ser el uso de todo el EPP, por lo que también es recomendable que usen aquél con el que se sientan más cómodos.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) tiene como estándar de oro para EPP el uso de sobreata, careta o lentes de protección y un respirador N95, y como EPP aceptable lo mismo que el anterior pero sin respirador N95, el cual lo cambia por una mascarilla quirúrgica. En Odontología es necesario agregar gorro y botas quirúrgicas. Los EPP tienen tanta importancia que existe literatura que nos da recomendaciones para su uso y disminuir el riesgo de contaminación cruzada, la mayoría termina concluyendo lo que ya habíamos mencionado anteriormente, debemos de conocer las técnicas la utilización de los EPP, para evitar ponernos en una situación de contagio por autoinoculación del SARS-CoV-2, sin importar si utilizan sobreatas u overoles.

LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL CONSULTORIO

Para cualquier actividad de limpieza, desinfección, remoción de barreras de protección de las unidades, traslado de material y/o instrumental el uso del EPP es obligatorio.

Después de atender a cualquier persona (sin importar si sólo se hicieron actividades de diagnóstico) se deberán cambiar las barreras de protección y limpiar la unidad, porque como sabemos el simple hecho de hablar o respirar es suficiente para que exista la contaminación de superficies.

Los productos que normalmente se utilizan para la limpieza y desinfección del consultorio son eficaces frente al coronavirus, existen varias opciones, pero las más simples y con acción probada sobre el SARS-CoV-2 son el uso de alcohol al 70% e hipoclorito de sodio al 0.1%. Pero no debemos olvidar que hay otros microorganismos patógenos que son más difíciles de eliminar.

Tenemos que ventilar el área clínica después de atender un paciente y con más razón si se hicieron actividades que hayan generado aerosoles, con un tiempo de cinco a 10 minutos de ventilación natural es suficiente, si fuera necesario utilizar algún tipo de ventilación artificial (como aire acondicionado

o ventiladores, que sabemos no es lo ideal), se recomienda hacerlo con ventanas abiertas pero sin personal o pacientes hasta que se haya terminado de ventilar el área.

Todo el instrumental (incluyendo pieza alta y baja) será transportado al área de esterilización para su limpieza y esterilización.

Para los productos de limpieza y desinfección, debemos leer cuidadosamente las etiquetas, para tener toda la información del producto, incluyendo instrucciones de uso, composición, etcétera. Antes de desinfectar una superficie tenemos que lavarla, ya sea con agua y jabón o algún detergente, existen productos que ya incluyen un detergente y un desinfectante en su composición, pero aun así, primero tendrían que aplicarlo una vez para limpiar y otra para desinfectar. No olvidemos cronometrar el tiempo que debe mantenerse el desinfectante en contacto con las superficies (leer etiqueta) para que cumpla con su función y se logre la completa eliminación de patógenos. En la agencia de protección ambiental de Estados Unidos en su portal oficial, ustedes pueden entrar para buscar el desinfectante que quieran utilizar, y saber si elimina al virus SARS-CoV-2. La búsqueda se puede hacer por ingrediente activo, sitios de uso, por tiempo de contacto o incluso pueden buscar en toda la base de datos e imprimirla.

Pueden buscar el nombre del producto de su interés, y si está en la base de datos, les dará información como el número de registro, ingrediente activo, nombre de la compañía que lo produce, en qué tipo de microorganismos actúa, tiempo de contacto que se necesita para la desinfección total, si está lista para ser usada o hay que diluir y los sitios donde se puede utilizar (centros de salud, institucionales, en casa habitación, etcétera). Es importante recordar que aunque los amonios cuaternarios (que en México es mejor conocido como cloruro de benzalconio) son útiles para el SARS-CoV-2, no lo son para otros tipos de patógenos más difíciles de destruir. Al revisar la composición de los productos de limpieza y desinfección podremos darnos cuenta de que normalmente en su formulación tienen químicos que aumentan la cantidad de patógenos que puede destruir. Hay que evitar el uso de desinfectantes en envases presurizados ya que no podemos estar completamente seguros de que la sustancia activa es la primera en entrar en

contacto con la superficie que queremos desinfectar, y esto puede levantar el virus de la superficie y ponernos en una situación de contagio. La utilización de paños humedecidos con la sustancia de su preferencia es lo más recomendable, pero en caso de utilizar solución de hipoclorito de sodio al 0.1% recordar que se tiene que preparar todos los días, ya que si la almacenan para usar en otro día, podría no funcionar. Para hacer la solución de hipoclorito de sodio al 0.1% sólo se necesita utilizar 25 mililitros de cloro al 5.25% en un litro de agua destilada.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Existen varias recomendaciones a tomar en cuenta durante la consulta, la primera es que si tenemos varias unidades dentales, deberán estar separadas con mamparas para evitar contaminación cruzada y si se van a generar aerosoles, evitar atender a más pacientes al mismo tiempo durante el procedimiento. Nunca se deberá atender a ningún paciente sin la utilización de EEP. La literatura ha reportado que se pueden utilizar enjuagues bucales, para la eliminación o disminución de SARS-CoV-2 de la saliva del paciente antes de atenderlo. Las soluciones más recomendadas en la literatura son el gluconato de clorhexidina, iodopovidona y el peróxido de hidrógeno al 1%. Existe literatura que advierte que se necesita más información para saber si el uso de enjuagues preconsulta realmente funciona.

Se debe evitar en la medida de lo posible la producción de aerosoles, pero si fuera necesario, se puede utilizar dique de hule, el cual puede bloquear hasta el 70% de las emisiones de aerosoles contaminados. Y aunque existen muchos procedimientos en los que siempre se ha utilizado (en tratamiento de conductos, operatoria, entre otros) la mejor recomendación sería utilizarlo en la mayor cantidad de procedimientos que se pueda. La utilización de eyectores de alta potencia también disminuye notablemente la salida de aerosoles. La manera más eficiente para evitar la formación de aerosoles en la consulta es utilizar instrumentación manual (cúretas, cucharillas, etcétera) y sólo utilizar las piezas de baja y alta en situaciones donde no exista otra opción, manteniendo el área ventilada (sin uso de ventiladores y/aire acondicionado).

Nuestros pacientes también deberán utilizar EPP durante los procedimientos odontológicos. El sujeto deberá quitarse el cubrebocas al inicio del trabajo clínico, pero al término del tratamiento deberá colocárselo inmediatamente. Es normal que nuestros pacientes tengan dudas de los procedimientos que se realizaron, pero éstas deberán ser aclaradas con el cubrebocas puesto, para disminuir aún más la contaminación de superficies por gotículas.

El lavado de manos en odontología es de suma importancia, en el portal de la OMS, se puede acceder a guías para el lavado de manos. Hay que destacar que el lavado de manos debe durar entre 40 a 60 segundos, y se deberá realizar antes de tocar al paciente, antes de manipular instrumental y/o material, después de tener contacto con secreciones, cuando terminemos con el paciente y si tocamos alguna superficie que pudiera estar contaminada.

Al terminar de atender a un paciente todo el material deberá ser transportado al área del lavado y esterilización, recordar que la Norma Oficial Mexicana nos pide que usemos autoclaves para este propósito, porque la pieza de alta sólo puede ser esterilizada por este medio. Se deberán desinfectar caretas y lentes de protección de nuestros pacientes así como los de los operadores y/o asistentes. Todas las barreras de protección de la unidad y personales deberán tratarse como contaminadas y ser desechadas (si es que son desechables) y cambiarlas por unas limpias o nuevas antes de atender a otro paciente. Las piezas de mano deberán contar con válvulas antirretracción, de lo contrario se puede contaminar todas las líneas de agua de la unidad y favorecer la contaminación cruzada. Antes de desinfectar y esterilizar las piezas de mano es necesario purgarlas al menos durante un minuto, para después lubricar y esterilizar a 120 grados centígrados 15 libras de presión por 15 minutos (se recomienda revisar las indicaciones del fabricante).

Para las impresiones de alginato y elastómeros, los cuidados generales incluyen el enjuagar al chorro de agua para quitar la materia orgánica,

se pueden desinfectar con una solución de hipoclorito de sodio al 0.1 o 1% dejándolas sumergidas al menos 10 minutos, también existen productos específicos que pueden tener sales de amonio cuaternario y otros componentes como el etanol. Una vez terminados los 10 minutos, enjuagar con agua para después correr la impresión.

Al terminar la consulta del día, se procederá a limpiar las instalaciones del consultorio, evitando la dispersión del virus, por lo que se recomienda no utilizar escobas o aspiradoras en un inicio, de preferencia antes de utilizarlas limpiar las superficies con algún desinfectante usando una jerga o trapeador con el detergente de su preferencia y después barrer o aspirar. Lavar y desinfectar todas las superficies, manijas, puertas, enchufes, sillas, sillones del área de espera, equipos de cómputo, teléfonos y demás mobiliario de consultorio. Purgar las líneas de agua con hipoclorito de sodio al 0.1%. Quitarse la ropa de trabajo y recordar que aunque se haya utilizado EPP, no se debe salir del consultorio con el uniforme y calzado de trabajo. Mucha de la información aquí presentada se encuentra en el portal oficial de CONAMED, donde puede acceder a varias infografías sobre COVID, EPP entre otras, la cuales pueden imprimir en tamaño carta o cartel.

Todavía existe mucha incertidumbre sobre las implicaciones del SARS-CoV-2 en la práctica odontológica; sin embargo, ante esta incertidumbre lo importante es hacer uso de la información que tenemos a nuestra disposición para protegernos, así como a nuestros pacientes, al personal del consultorio y a nuestras familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Praty C. COVID-19: it impact on dental schools: in Italy, clinical problems in endodontic therapy and general considerations. *Intern Endod Jour.* 2020: 723
2. Ather A. Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care. *J Endod.* 2020; 46 (5): 584-595. doi: 10.1016/j.joen.2020.03.008.
3. Baghizadeh FM. Oral saliva and COVID-19. *Oral Oncol.* 2020: 104821.



COVID-19 y el personal de enfermería en el consultorio de primer nivel

COVID-19 and the nursing staff in the first level clinic

Alma Lidia Almiray Soto*

RESUMEN

La enfermera de la atención primaria tiene un papel clave y múltiples funciones. En la pandemia por COVID-19 estas funciones adquieren una mayor relevancia. Esas actividades abarcan cinco puntos: prevención de la enfermedad, protección ante el virus y educación al paciente y a la familia; detección de signos de alarma y complicaciones en pro de favorecer el cuidado oportuno de la persona que acude a la Unidad Primaria de Atención; adopción de nuevas actividades en salud para hacer frente a la pandemia y las condiciones existentes en la unidad primaria de atención; comunicación del paciente y su familia para adopción de las medidas de aislamiento; y, por último, autocuidado y protección profesional con base en los recursos disponibles. Es importante que los encargados de formular políticas, instructores y líderes busquen desarrollar competencias en su personal para garantizar la retención del personal y la calidad asistencial.

Palabras clave: COVID-19, ética, enfermería, atención primaria.

ABSTRACT

The primary care nurse has a key role and multiple functions. In the COVID-19 pandemic, these functions acquire greater relevance. These activities cover five points: disease prevention, virus protection, and patient and family education; detection of warning signs and complications in order to favor the timely care of the person who comes to the Primary Care Unit; adoption of new health activities to face the pandemic and the existing conditions in the primary care unit; communication of the patient and her family for the adoption of isolation measures; and self-care and professional protection based on available resources. It is important that policymakers, trainers and leaders seek to develop competencies in their staff to ensure staff retention and quality of care.

Keywords: COVID-19, ethics, nursery, primary health care.

* Maestra en Epidemiología Clínica. Jefa de Enfermeras Especialista en la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital Infantil de México «Federico Gómez».

Correspondencia:

ALAS, almirayalma@hotmail.com

Conflicto de intereses:

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Citar como: Almiray SAL.

COVID-19 y el personal de enfermería en el consultorio de primer nivel. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1):

s48-s54. <https://dx.doi.org/10.35366/97348>

Financiamiento: Este trabajo se realizó sin recibir financiamiento alguno.

Recibido: 26/11/2020.

Aceptado: 26/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Con el surgimiento de un nuevo virus de la familia de los Coronavirus, denominado SARS-CoV-2 que causa un síndrome respiratorio agudo grave, la enfermedad se nombró COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como pandemia el 11 de marzo de 2020;¹ se ha observado que tiene una mortalidad elevada. A nivel mundial se han reportado 42,512,186 casos confirmados (438,633 casos nuevos), 1,147,301 defunciones y 5,669 son nuevas. La tasa de letalidad global es de 2.7% (casos nuevos de COVID-19 por SARS-CoV-2).

En México se han confirmado 891,160 casos totales y 88,924 defunciones. Los casos totales confirmados de SARS-CoV-2 por laboratorio son $n = 864,696$ y los casos por asociación o determinación clínica-epidemiológica a COVID-19 son $n = 26,464$. Estos datos corresponden con fecha del 24 de octubre de 2020.²

En este contexto es fundamental que los profesionales en enfermería, al formar parte de la primera línea de atención directa al usuario, deben tener clara la definición operacional de caso sospechoso por COVID-19; esta definición es: «La persona de cualquier edad que en los últimos diez días haya presentado al menos uno de los siguientes signos o síntomas mayores: tos, fiebre, disnea o rinorrea, anosmia, disgeusia y conjuntivitis. Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas menores: cefalea, mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos y dolor torácico» (Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud. 2020).³ En consecuencia, los profesionales podrán realizar acciones de autocuidado y protección a los usuarios dentro de las unidades de atención.

Se han observado datos elevados de contagios en el personal de salud por el virus del SARS-CoV-2; el personal de enfermería es quien tiene el porcentaje más alto de contagios (42%), le siguen otros trabajadores de la salud con 29%, médicos 26%, laboratoristas 2% y dentistas 1%.² Considerando que el personal de enfermería es el profesional que tiene por más tiempo contacto directo con los pacientes en todos los niveles de atención este panorama es esperado. Sin embargo, con relación a las defunciones, el personal médico presenta el 50%, los trabajadores

de la salud 30% y las enfermeras 18%;² lo cual no debe verse minimizado en todos los niveles de atención, incluidas las acciones y actividades de la enfermera en el consultorio del primer nivel.

LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A nivel internacional las funciones del personal de enfermería tienden a variar mucho en el consultorio de primer nivel de atención; en países desarrollados se ha visto que las enfermeras son más autónomas, incluso en algunos consultorios las enfermeras profesionales tienen la capacidad de recetar y diagnosticar. Sin embargo, en países del tercer mundo, estas acciones todavía no se realizan y pueden estar limitadas a seguir las indicaciones de los médicos.⁴

La enfermera de la atención primaria tiene un papel clave y múltiples funciones: garantiza una atención integral en las necesidades de salud a lo largo de la vida, trabaja con pacientes y sus familias para abordar necesidades de atención inmediata y a largo plazo en aspectos interrelacionados que influyen en el estado físico, bienestar mental y social. Además, brinda atención segura y eficaz en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del usuario. También deben coordinar y organizar la atención con el equipo de salud.⁵ Todas estas actividades abarcan cinco puntos fundamentales mencionados a continuación:⁶

Prevención de la enfermedad, protección ante el virus y educación al paciente y a la familia

El profesional de enfermería tiene la capacidad de identificar signos de alarma y complicaciones de los casos sospechosos de COVID-19, en pro de favorecer el cuidado oportuno de la persona que acude a una consulta externa. Las unidades tuvieron que reorganizarse y el personal de enfermería participó en esta organización:^{6,7}

- Creación de estrategias para disminuir el aforo de pacientes en los centros sanitarios y aumentar el espacio físico y temporal entre ellos, adaptándose a la ergonomía y áreas físicas de las unidades de salud; limitar el número de pacientes y proporcionar en lo posible citas telefónicas, considerando los recursos y la reglamentación de la institución.

- Verificar la colocación de información visual con carteles, folletos, entre otros, en lugares estratégicos dentro de los centros.
- Uso de mascarilla obligatorio: la institución debería proporcionar mascarillas cuando los pacientes o familiares no dispongan de una al ingresar al centro de salud.
- Disponer de recursos: dispensadores con preparados de base alcohólica al alcance de la población y del personal, específicamente a la entrada y a la salida del centro, establecer rutas de movilización de traslado tanto de pacientes como de familiares y de personal.
- La prevención y el aislamiento: las unidades de primer nivel de atención tienen que hacer la evaluación clínica de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, además deben apearse a las prácticas para los pacientes con infecciones respiratorias agudas.⁷
- Existencia de unidades triaje: lugar específico donde se valorarán a los pacientes y se derivarán a la zona de sospecha de COVID-19.
- Determinar signos vitales y la oximetría de pulso.
- Enfocarse en diagnosticar y descartar neumonía u otras entidades relacionadas.
- Identificar grupos de riesgo: niños < 5 años, adultos ≥ 65 años, personas con enfermedades pulmonares crónicas, cardiovasculares, hepatopatías, nefropatías, enfermedades hematológicas, metabólicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial), inmunosupresión, VIH, mujeres embarazadas y obesidad.⁷
- Buscar datos de alarma: tos, oximetría de pulso menor a 94% al aire ambiente, secreciones, taquipnea, síndrome pulmonar, hipotensión, trastorno del estado de consciencia, vómito o diarrea persistente.
- Valoración de escala de qSOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assessment*), tratamiento y seguimiento clínico.

El personal tiene que estar altamente capacitado en los temas de ética y bioética, ya que en tiempos de pandemia se presentan ciertas situaciones relacionadas con la discriminación; por ello la comunicación debe predominar en todos los niveles, incluyendo al paciente y al familiar, favoreciendo la comprensión y la adopción de las medidas de aislamiento.⁵

Detección de signos de alarma y complicaciones en pro de favorecer el cuidado oportuno de la persona que acude a la Unidad Primaria de Atención

Existe un flujograma de identificación de caso sospechoso COVID-19 para seguir la ruta de acción: inicia con verificar si un sujeto cumple con la definición de caso sospechoso y termina con la identificación de SARS-CoV-2 por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE):⁷

Una vez identificado el caso sospechoso o confirmado por COVID-19 se procede a la evaluación dentro de las unidades médicas de primer nivel (sean públicas o privadas); la consulta debe centrarse en el paciente en términos de comprensión, adherencia al tratamiento y reducción de las complicaciones.⁷

El tratamiento inicial es sintomatológico y requiere de criterios clínicos para la indicación de antivirales.⁶ El seguimiento clínico en las consultas es necesario y el reconocimiento de pacientes de alto riesgo. La evaluación deberá basarse en la definición operacional de caso sospechoso, indagando la presencia de síntomas de infección respiratoria y otros síntomas compatibles, en esta circunstancia el personal sanitario debe estar provisto del equipo de protección personal (EPP) necesario. Tras esta evaluación si se confirma un posible caso, se indicará la realización de PCR, estableciendo una comunicación fluida para conocer el resultado, a fin de iniciar el aislamiento del paciente y la cuarentena de sus contactos, si el paciente presenta signos de gravedad activar el traslado al área asignada o centro hospitalario de referencia. Si no presenta signos de gravedad, se remitirá a su domicilio indicando recomendaciones oportunas de aislamiento, higiene y prevención (manejo ambulatorio).^{6,8}

Adopción de nuevas actividades en salud para hacer frente a la pandemia y las condiciones existentes en la Unidad Primaria de Atención

Limpieza

Es importante considerar la limpieza del mobiliario y equipo utilizado en los consultorios, así

como el tipo de desinfectantes que se pueden utilizar, además de seguir la normatividad de cada centro de salud. De manera general es recomendable:⁹

- Limpieza de superficies con desinfectantes base de alcohol o solución de hipoclorito sódico a 5,000 ppm de cloro activo (en una concentración de 40-50 g/litro, se hará una dilución 1:10), después del uso.
- La sangre u otros fluidos corporales (vómito, diarrea, etcétera) del paciente se recogerán sin arrastre con material absorbente y desechable que se depositará en el contenedor de residuos biológicos.
- Tras la realización de procedimientos que generan aerosoles es necesario hacer la limpieza de la sala y la ventilación de ésta durante dos horas antes de volver a ser utilizada.
- Establecer un procedimiento especial de limpieza de la sala por el personal de limpieza mediante la preparación de desinfectantes, limpieza mecánica y uso del equipo, precauciones ordinarias y precauciones para evitar la transmisión.

Manejo de residuos

Es recomendable basarse en la normatividad existente y en los reglamentos de cada centro sanitario. En general se ha propuesto lo siguiente:^{9,10}

- El servicio de salud confirmará que proveerá a su personal de los materiales de limpieza precisos.
- Es indispensable contar con contenedores adecuados para residuos sanitarios.
- Los residuos generados que puedan contener secreciones respiratorias o líquidos biológicos deberán ser eliminados como residuos biosanitarios especiales.
- El contenedor de residuos una vez lleno se cerrará y antes de su retirada se desinfectará en su superficie con un paño desechable impregnado en desinfectante.
- La ropa, sábanas o cualquier otro textil desechable deben ser colocados en doble bolsa cerrada.
- Es importante evitar la generación de aerosoles al cierre de las mismas.

Comunicación del paciente y su familia para adopción de las medidas de aislamiento

La atención de pacientes debe enfocarse en la comprensión y el entendimiento de los protocolos sobre las medidas de prevención de la infección y el control del contagio en las salas de recepción y de espera. Para ello se dan las siguientes recomendaciones:¹¹

Higiene respiratoria

- Disponer de carteles informativos sobre higiene respiratoria y manejo de la tos en la entrada y en las zonas de espera.

Duración de las medidas de infección

- Ubicación del paciente: separados en las áreas de admisión y zonas de espera.
- Establecer circuitos diferenciados de pacientes y profesionales en sectores COVID-19 y no COVID-19; instalación de barreras físicas (mamparas).
- Paciente con sospecha de infección por SARS-CoV-2 será conducido a la zona de aislamiento designada.
- La actividad burocrática global (recetas, informes, bajas, etcétera) constituye de 30-40% del tiempo de consulta.
- Promover «durante la crisis de la COVID-19» la desburocratización de las consultas para que sean lo más eficaces y resolutivas posibles.

Autocuidado y protección profesional con base en los recursos disponibles

El personal de salud se enfrenta a nuevos retos durante la atención sanitaria, entre ellos se encuentra la utilización de los equipos de protección personal, para evitar contagios es necesario señalar que, a pesar de la capacitación proporcionada y la disponibilidad de material de protección, las cifras de contagio siguen aumentando en las instituciones de salud. En este panorama se debe hacer énfasis en lo siguiente:¹¹

- Medidas de prevención para los profesionales de atención primaria.
- Conocimiento y aplicación de las precauciones estándar.

- Higiene de manos, medida principal de prevención y control de la infección.
- Conocimiento de las precauciones de transmisión por:
 - Contacto: agentes infecciosos se diseminan por contacto directo (manos u objetos contaminados).
 - Gotas: diseminación de agentes infecciosos en partículas de más de 5 micras de diámetro emitidas desde la vía respiratoria a la superficie de la mucosa o conjuntiva de la otra. Aplicarse distanciamiento de 2 m.
 - Vía aérea: agentes infecciosos se diseminan a través de aerosoles, gotas de menos de 5 micras de diámetro, desde el tracto respiratorio directamente sobre una superficie mucosa o conjuntiva de otro o inhalación de partículas. Uso de protección respiratoria.
- Equipo de protección para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 según el tipo de procedimiento a realizar), guantes y protección ocular.
- Las mascarillas médicas son aquellas que se usan en los quirófanos, existen en diferentes formas, planas o plisadas, algunas tienen forma de capa, se deben usar al entrar a una habitación que aloje a casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Mascarillas con filtro de partículas que confiera una protección N95, es recomendable cuando se van a realizar procedimientos que generen aerosoles.
- Mascarillas higiénicas o domésticas: son fabricadas con materiales como la tela de algodón, se pueden utilizar en el entorno comunitario. No se recomiendan para uso sanitario.

En ocasiones su utilización también depende de los recursos disponibles y del medio de transmisión de los virus, por ello las mascarillas médicas se recomiendan de acuerdo al nivel de riesgo, las mascarillas médicas son para los niveles uno, dos y tres, y las higiénicas para grupos no vulnerables, niveles cuatro y cinco.¹⁴

Primer nivel: todos los profesionales que trabajen en centros sociosanitarios y donde su puesto implique estar a menos de dos metros de los usuarios u otros trabajadores, personas con síntomas respiratorios, sus convivientes y sus cuidadores.

Segundo nivel: personas en cuarentena domiciliaria (contactos estrechos de casos) para contactar con sus convivientes o salir a la calle cuando sea estrictamente necesario para prevenir contagio potencial asintomático.

Tercer nivel: grupos vulnerables (personas mayores, personas con patologías crónicas y embarazadas) cuando salen a la calle o están en contacto con otras personas.

Cuarto nivel: personas que tienen que salir a la calle para disminuir el riesgo ante la imposibilidad de mantener distanciamiento físico.

Quinto nivel: posibilidad de uso en población general que tienen que salir a la calle (farmacias, supermercados, etcétera).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso racional de protección personal frente a COVID-19 en los entornos de cribado y selección de pacientes, en las salas de espera y en las salas de consulta, donde la utilización de mascarilla, bata médica, guantes y protección ocular es para la atención de pacientes con síntomas de COVID-19. Y para los pacientes sin síntomas el equipo de protección personal será utilizado de acuerdo con las precauciones generales y la evaluación del riesgo, incluidas las medidas de higiene de manos.¹²

RECOMENDACIONES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS MASCARILLAS

El uso de mascarillas en el personal de salud y en la comunidad es importante para evitar la transmisión de infecciones y saber cómo utilizarlas y cómo desecharlas influye en la eficacia de éstas. Ahora existen diferentes tipos de mascarillas y las recomendaciones para su uso son las siguientes:¹³

Uso prolongado o reutilización de mascarillas quirúrgicas

Es necesario conocer la evidencia referente a la reutilización y el uso prolongado de mascarillas

quirúrgicas, ya que en diversos centros se recomienda o se presenta el uso prolongado de mascarillas, incluso la reesterilización de éstas y por consiguiente su reutilización.

En un estudio de revisión sistemática realizado por Toomey y colaboradores se analizaron las recomendaciones en varios países sobre el uso prolongado de mascarillas y aspectos relacionados a la reutilización y llegaron a las siguientes conclusiones:¹⁵

- El reprocesamiento de mascarillas quirúrgicas no se recomienda.
- El reprocesamiento de respiradores: condiciones controladas y estandarizadas se recomienda, pero hay inconsistencias en cuanto a cómo y cuándo llevarse a cabo.
- La reutilización de mascarillas durante y después de procedimientos de generación de aerosoles: las comparaciones entre guías, documentos y revisiones sistemáticas la evidencia es limitada, con inconsistencia y diferentes niveles de detalle.
- Mascarillas quirúrgicas: no se recomienda el uso extendido o reutilización con o sin procesamiento.
- El uso prolongado y reutilización: centros e instituciones de salud deben garantizar la existencia de políticas y sistemas para que estas prácticas se realicen de forma segura. Sólo debe considerarse el uso prolongado y la reutilización en situaciones de escasez extremadamente crítica.
- La información existente es limitada y hay mucha inconsistencia entre los datos.

En esta pandemia el profesional de enfermería que se encuentra en la atención del usuario en primer nivel de atención se enfrenta a diversos retos, relacionados con múltiples factores que pueden afectar la calidad de atención proporcionada; entre ellos están el impacto psicológico relacionado a la inseguridad, el incremento del estrés laboral, contar con el equipo de protección personal adecuado y la preocupación por la seguridad personal, familiar y del usuario.⁴

Es interesante hacer énfasis en datos reportados por Halcomb E y su equipo relacionados a las experiencias de las enfermeras de primer nivel de atención ante la pandemia por COVID-19 como:

- Disminución de horas, pérdida real o amenaza de empleo = 43.7%.
- Suficiente conocimiento sobre COVID-19 = 91.5%.

Tener equipo de protección personal adecuado, nunca o sólo a veces:

- Pautas generales del uso del EPP = 42.5%, o guías específicas de COVID-19 = 47.3%.
- Suficientes batas = 26.7% y máscaras P2/N95 = 23.3%.
- Nunca tuvieron batas = 40.1% y máscaras P2/N95 = 45.4%.

Estos datos demuestran que el personal de enfermería se encuentra ante circunstancias que afectan de manera importante su salud física y mental. La falta de equipos de protección personal se presenta en los diversos centros e instituciones de salud, lo cual implica adquirir los recursos por cuenta propia. Sin embargo, se requiere tener una comprensión de las implicaciones de COVID-19 tanto en la fuerza laboral de enfermería de atención primaria como en la atención del usuario.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia desarrollar estrategias basadas en la evidencia que respondan a las nuevas demandas de la salud en el primer nivel de atención. Las enfermeras tienen un papel clave en la atención primaria en la planeación, conectar y coordinar la atención; por lo cual es importante que los encargados de formular políticas, instructores y líderes busquen desarrollar competencias en su personal para garantizar la retención del personal y la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Dirección general de salud Pública C e I. Información científica - técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit España [Internet]. 2020; 29. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicados-tecnicos-diarios-octubre-2020>.
2. Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO. Subsec PreVENCIÓN y promoción la Salud México [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/>

- coronavirus-covid-19-comunicados-tecnicos-diarios-octubre-2020.
3. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Comunicado oficial. "Actualización de la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral." Com Nac para la Vigil Epidemiológica [Internet]. 2020;1. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573732/Comunicado_Oficial_DOC_sospechoso_ERV_240820.pdf.
 4. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R et al. The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia. *J Nurs Scholarsh*. 2020; 52 (5): 553-563.
 5. WHO Regional Office for Europe. Competencies for nurses working in primary health care. 2020. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf.
 6. SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMES, SEMPSPH, CGE. Documento técnico Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Minist Sanid Gob España [Internet]. 2020; 1-18. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf.
 7. Especialidad. S de SCC de IN de S y H de A. Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-2019. 2020; 1-29. Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/wp-content/uploads/2020/02/Linemaineto-clínico-COVID-19-CCINSHAE-14feb2020.pdf.pdf.pdf.pdf>.
 8. COVID-FDEAM. Gobierno de México. Secr Salud Gob México [Internet]. 2020; 19-20. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/docs/flujograma_covid19.pdf.
 9. OMS. Limpieza y desinfección de las superficies del entorno inmediato en el marco de la COVID-19. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020; 1-3. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332168/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1-spa.pdf>.
 10. SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMES, SEMPSPH, CGCOM et al. Documento técnico: Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit [Internet]. 2020; 1-14. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf.
 11. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV). Orientaciones provisionales. Orientaciones Tec OMS [Internet]. 2020; 1-6. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330685/9789240001114-spa.pdf>.
 12. OMS. Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves. Organ Mund La Salud [Internet]. 2020; 1-32. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf.
 13. OMS. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020; 1-5. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/331789>.
 14. Ministerio de Sanidad, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad. Gob España. 2020, 1-11.
 15. Toomey E, Conway Y, Burton C, Smith S, Smalle M, Chan XHS et al. Extended use or re-use of single-use surgical masks and filtering face-piece respirators during COVID-19: a rapid systematic review. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020; 8: 1-9.

COVID-19 y la relación médico-paciente

COVID-19 and the doctor-patient relationship

Jennifer Hincapié Sánchez*



RESUMEN

Una crisis sanitaria trae consigo el desbalance de las posibilidades de brindar la atención médica y la atención clínica por la demanda de la población. La profesión médica es humanista por naturaleza y, en ese contexto, quien recibe el llamado de la vocación médica está en la obligación de prestar sus servicios aun cuando la salud propia esté comprometida. Es importante que la sociedad reconozca que el COVID-19 es una enfermedad multifactorial, no sólo se manifiesta con síntomas respiratorios, aún no existe una identificación plena de toda la sintomatología que puede presentar, por lo que es relevante que el clínico explique al paciente que debe expresar la aparición del más mínimo síntoma para poder brindarle una atención correcta y adecuada.

Palabras clave: COVID-19, ética, conflicto médico, comunicación en salud.

ABSTRACT

A health crisis brings with it an imbalance in the possibilities of providing medical care and clinical care due to the demand of the population. Although the medical profession is humanistic by nature and in this context whoever receives the call of the medical vocation, is obliged to provide their services even when their own health is compromised. It is important that society recognizes that COVID-19 is a multifactorial disease not only manifested with respiratory symptoms, that there is still no full identification of all the symptoms that it may present, so it is relevant that the clinician explain to the patient that he should express the appearance of the slightest symptom in order to provide correct and adequate care.

Keywords: COVID-19, ethics, medical conflict, health communication.

* Profesora Asociada «C» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Coordinadora del Programa Institucional Ética y Bioética FACMED, responsable del Campo de Conocimiento de Bioética del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud UNAM. Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Magíster y Licenciada en Filosofía por la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Miembro del Comité Asesor de la Redbioética UNESCO.

Correspondencia: JHS, jhincapie@unam.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

Citar como: Hincapié SJ. COVID-19 y la relación médico-paciente. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s55-s60. <https://dx.doi.org/10.35366/97349>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 26/11/2020.

Aceptado: 26/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

Declarada pandemia el 11 de marzo del 2020, la contingencia sanitaria ocasionada por la transmisión del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), exigió la promoción y establecimiento de la denominada sana distancia y el resguardo domiciliario a fin de contener los contagios. Frente a un panorama con estas características, resulta fundamental el replanteamiento en la forma en la que los seres humanos interactúan y socializan. Datos publicados por el *John Hopkins Institute*, en octubre del 2020, muestran que, a nivel global, el virus del SARS-CoV-2 ha alcanzado más de 36 millones de casos de contagios y más de un millón de fallecimientos. México ocupa uno de los 10 primeros lugares con más contagios y un alto porcentaje de mortalidad (10%), permitiéndonos inferir que el virus ha logrado proporciones no vistas en la historia reciente de la humanidad.

El panorama de la enfermedad COVID-19 nos exige replantearnos el paradigma con el que conducimos nuestras relaciones interpersonales, las formas de trabajo, educación, atención médica y una incesante exigencia a la ciencia para presentar soluciones concretas a un problema de alcance desproporcionado.

La contingencia sanitaria nos ha cambiado el orden de aquellas cosas que teníamos preestablecidas como importantes, ahora pasan a un segundo plano. Ejemplo de ello es el replanteamiento de las políticas públicas en materia de salud y atención social, la falta de preparación de los estados para contrarrestar una emergencia sanitaria de estas características. Las deficiencias en los protocolos de actuación, la carencia de los sistemas sanitarios traducida en la falta de recursos humanos contratados y con la capacitación suficiente para la atención clínica especializada, la falta de equipo de protección personal, de equipos y medicamentos suficientes son muestras evidentes de que probablemente a nivel internacional los recursos públicos deberían tomar a la salud como eje primordial.

Otro ejemplo relevante es el respeto por derecho humano al libre tránsito que queda relegado, entre otras cosas, porque actualmente realmente es relevante la preservación de la salud de la sociedad, y no del individuo, el acceso a determinados servicios de salud, que de primer momento no tienen prioridad, como las cirugías programadas no urgentes, la atención de padecimientos crónicos, la

caracterización del triaje en las salas de emergencia, la atención médica centrada en el paciente, dispuesto, entre otras cosas, como una de las metas de la medicina.

Una crisis sanitaria trae consigo el desbalance de las posibilidades de brindar la atención médica y la atención clínica por la demanda de la población.

Nuestro contexto actual es: una pandemia ocasionada por un virus del cual se desconoce a ciencia cierta su procedencia, el avance de su historia natural y las formas de afectación a los seres humanos, el *pull* completo de sintomatologías, los efectos adversos y más relevante aún, sin una vacuna que demuestre efectividad suficiente o por lo menos un tratamiento efectivo; la disposición de la tan cuidada relación médico-paciente se pone en peligro.

Si a ello se suma la complejidad de la incertidumbre por parte de los profesionales de la salud que, a pesar de estar brindando todo lo que está a su alcance, no les es posible lograr una atención que ofrezca soluciones a los problemas actuales, más el complejo estado de vulnerabilidad en el que se encuentran los pacientes que acuden a un servicio de salud, porque las soluciones que tienen a la mano no fueron suficientes para atender su padecimiento, nos da como resultado una crisis que de lo sanitario trasciende a lo social. Este tipo de reacciones podrían, de alguna manera, explicar y no justificar las reiteradas agresiones en contra del personal de salud.¹

La profesión médica es humanista por naturaleza y, en ese contexto, quien recibe el llamado de la vocación médica está en la obligación de prestar sus servicios, aun cuando la salud propia esté comprometida. Medicina tiene exigencias deontológicas, es decir, con requerimientos éticos que trascienden en el plano de lo moral: van más allá de la individualidad de la persona ofreciendo un servicio profesional. Lo anterior, aunque radical, está descrito en el primer código de ética de la Asociación Médica Estadounidense, que en 1847 afirmaba que *cuando una plaga prevalece es deber de los médicos hacer frente al peligro y seguir en sus labores para el alivio y sufrimiento incluso a costa de sus propias vidas.*² Según lo anterior, la sociedad está en la disposición de exigirle a las y los profesionales de la salud que, para el ejercicio de su profesión, estén en la disposición de ofrecer su propia vida.

En 1986, el Colegio Americano de Médicos y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de EUA emitieron una declaración conjunta en la que mencionan que el personal sanitario debe brindar atención a los enfermos a pesar del riesgo de contraer una enfermedad de algún paciente, es decir, el profesional de la salud está obligado a desbordarse de su propia protección personal para poder brindar un servicio a la ciudadanía.²

Otro ejemplo de esta postura es el paradigma de las virtudes, propuesto por Pellegrino y Thomasma, dicho por ellos mismos: *Las virtudes son rasgos que hacen a la persona buena y que la capacitan para hacer su trabajo bien.*³

Esta propuesta se concreta en la denominada tabla de virtudes en la filosofía de la medicina, que establece los niveles de excelencia que debe tener un profesional de la salud en el contexto laboral y en el plano personal:

- Fidelidad a la promesa
- Benevolencia
- Abnegación
- Compasión
- Humildad intelectual
- Justicia
- Prudencia⁴

Si bien la propuesta de ética médica de Pellegrino y Thomasma está fundamentada en la fe cristiana, percibiendo a la profesión médica como una especie de «misión apostólica, al servicio de aquellos que tienen un título especial en la tradición cristiana: los vulnerables de todo tipo, los enfermos, discapacitados o deficientes. Responder a las necesidades de los vulnerables es una exigencia esencial de la fe cristiana. No es algo opcional. Sentirse obligado a servirles con amor no es tampoco heroico para un cristiano, aunque algunos cristianos puedan, de hecho, llegar al heroísmo.»⁵ no deja de ser una exigencia que trasciende el contexto de la fe y pasa a ser el común denominador de las exigencias que la sociedad le hace a quienes ejercen la medicina.

En el establecimiento de la relación médico-paciente, es fundamental que los profesionales de la salud sean conscientes de que los individuos que asisten con ellos se encuentran en un estado de fragilidad acrecentada, es decir, los pacientes

acuden a atención sanitaria porque los recursos que tienen al alcance no son suficientes para remediar su padecimiento, o comprender el estado en el que se encuentra. En función de lo anterior deposita toda la confianza en quien ha tenido una preparación para ello y se reconoce a sí mismo como carente de conocimiento y deposita el valor de su vida en manos de otra persona.

Por lo tanto, resulta relevante que los profesionales de la salud tengan claro que la humildad intelectual no necesariamente implica hacer una reducción o trivialización del conocimiento. Una explicación adecuada, suficiente y en concordancia con el contexto psicosocial del paciente, no sólo asegura la comprensión de la situación y el tratamiento que se ofrece como la mejor opción posible, sino el establecimiento del vínculo que se entabla entre el o la profesional clínico y el individuo que padece, es decir, la creación de una alianza estratégica a fin de devolverle al paciente la salud.

En esta relación, el paciente se compromete a seguir las indicaciones médicas para el reestablecimiento de la salud, mientras que el médico se compromete a ofrecer todo el conocimiento científico que tiene para que esté a disposición de su paciente. Sin embargo, muchas veces dicha relación se fractura por la imposibilidad de algunos profesionales de la salud para poder llevarla de manera asertiva. Es así como se reconoce que una gran área de oportunidad, sobre todo en tiempos de pandemia, es el establecimiento de un proceso comunicativo expedito, concreto y efectivo.

La enfermedad COVID-19 ha demostrado altos niveles de contagio, cuyo proceso evolutivo desconocemos, esta situación exige, como medida de protección para todos, el aislamiento de los pacientes, los familiares y aquellas personas con quien potencialmente tuvo contacto. Esto hace que el proceso terapéutico en la unidad hospitalaria exacerbe la incertidumbre de que los pacientes se encuentran frente a la idea de que ni la ciencia ni la tecnología han logrado encontrar una respuesta definitiva a su problema.

Las y los profesionales de la salud deben implementar entonces protocolos sanitarios que les permitan evitar el contagio, como el uso de barreras físicas que dificultan el contacto que humaniza la relación médico-paciente, impidiendo además el reconocimiento de las expresiones faciales, que

brinda compañía en las unidades de cuidados intensivos.

Así, se reconoce que todo profesional de la salud se atiende a pacientes que tienen aunque sea una mínima posibilidad de contagio por COVID-19, tiene la obligación ética de resguardar su propia salud y generar barreras como el uso de guantes, cubrebocas, lentes de seguridad biológica, caretas, así como el lavado constante de manos acompañado de aplicación constante de gel antibacterial. No obstante, el uso de todos estos implementos supone una situación compleja en la que el paciente puede llegar a sentir rechazo.

Desde la ética médica, la recomendación para entablar una adecuada relación médico-paciente es que, a pesar de las medidas sanitarias que se deben implementar, se deben hacer expresivas las manifestaciones de benevolencia tanto en las expresiones de acompañamiento, como con el relato al paciente. Esto quiere decir que, aunque el paciente no puede ver la expresión facial de acompañamiento, el profesional de salud debe expresarse de manera verbal, ofreciéndole todo lo que a su alcance está para reestablecer su salud.

Como sociedad, hemos dibujado a los profesionales de la salud como superhéroes, si bien este reconocimiento es apenas justo para todo lo que se pone en juego con la atención en tiempos de pandemia, hemos perdido de vista que los superhéroes también son seres humanos susceptibles, que parte de su responsabilidad profesional con la sociedad, con sus pacientes e incluso con su familia y allegados, es la responsabilidad del autocuidado. El reconocimiento de grandes capacidades no les hace inmunes a virus, enfermedades, estrés moral de verse enfrentados a tomar decisiones que deben resolverse desde la implementación de políticas públicas planeadas.

Si bien las y los médicos pueden llegar a pasar por momentos de perplejidad, no hay posibilidad de perder de vista la importancia de la calidez humana con ellos mismos, sus colegas y compañeros de equipos sanitarios, sino compartirla con los pacientes. Lo anterior no sólo apela al sentido humano de la medicina, también se dispone como una de las exigencias deontológicas de los profesionales de la salud. el Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos afirma que el imperativo

de los médicos para ofrecer atención supera el riesgo para el médico tratante, incluso durante las epidemias. Además, la Asociación Médica Estadounidense menciona que cada médico tiene la obligación de brindar la atención médica urgente durante desastres y enfatiza que debe ser persistente incluso ante riesgos mayores de los usuales para la seguridad, la salud y la vida.

En México se estipula en el Código Penal Federal, en el artículo 228 y 229, la obligatoriedad que los médicos tienen para brindar atención médica; por su parte, la Carta de los Derechos de los Pacientes, proyecto desarrollado e implementado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),⁶ remarca las pautas de calidad en la atención que los pacientes deben recibir, se incluye el derecho a atención médica adecuada, trato digno, información suficiente, clara y oportuna, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con las facilidades para obtener una segunda opinión, recibir una atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico, ser atendido cuando se inconforme, entre otros.

Si bien es cierto que la medicina es una de las profesiones más observadas por la regulación de los países, las disciplinas humanistas que asumen como tema la vulnerabilidad del ser humano en relación con la salud y por la ética, vale la pena llamar la atención sobre la limitada reflexión sobre los derechos de los médicos.

En la Carta de los Derechos de los Médicos se aborda el derecho a trabajar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, aunque deben ejercer su profesión sobre sus intereses individuales, el Estado está en la obligación de brindarles los elementos suficientes para que puedan ejercer su profesión de manera segura. Además, el tercer punto de la misma carta afirma que el médico debe tener a su disposición los recursos que requieren en su práctica profesional, en este caso, el equipo de protección sanitaria. Gracias a la reflexión de dicha Carta de los Derechos de los Profesionales de la Salud se puede concluir que nadie está obligado a lo imposible, como brindar atención en contexto de pandemia, perteneciendo a los grupos vulnerables, teniendo familiares que se encuentren en ese grupo, o incluso, a hacerlo

sin el equipo de protección personal adecuado y/o suficiente.

Ejemplo de lo anterior son las múltiples noticias donde los médicos y profesionales de la salud han logrado amparos jurídicos que les permiten eximirse de la responsabilidad al no atender personas contagiadas de COVID-19, porque sus familias están en riesgo o porque ellos mismos son pacientes con factores de riesgo.

Otro gran ejemplo es la publicación de la revista Forbes del mes de septiembre, en donde afirma que, según Amnistía Internacional, México es el país con más muertes de personal médico por COVID-19. No podemos perder de vista que más de 1,400 profesionales de la salud fallecidos se traduce en 1,400 profesionales que ya no están disponibles para brindar atención médica cuando la demanda sigue creciendo.

A modo de conclusión, se puede asegurar que la prevalencia del interés público sobre el privado es el eje de reflexión durante una pandemia, es decir, el interés personal como ciudadano va a estar por debajo de los intereses del bienestar general de la sociedad, por lo que el establecimiento de la relación médico-paciente se torna compleja por las barreras necesarias de protección biológica como distanciamiento y el equipamiento, además de la innegable premura que trae la atención de la pandemia. Aunado a lo anterior, los profesionales de la salud hoy están atendiendo a un número de pacientes sumamente alto, comparado con lo que manejaban previo a la pandemia. Por último, se pierde de vista la vulnerabilidad de los profesionales de la salud, sus deberes como miembros de una familia y de una sociedad, y también se exagera la vulnerabilidad de los pacientes, lo cual no se puede perder de vista.

Acerca de la actitud que el profesional de la salud debe tener ante el paciente y sus familiares, lo más importante es establecer un puente de comunicación clara que se promueva el explicarles que se les está ofreciendo todo lo que está a su alcance para salvar la mayor cantidad de vidas, teniendo en cuenta que más allá de las capacidades o aptitudes del equipo médico, no hay desde la ciencia (por lo menos a la fecha), una vacuna o un tratamiento efectivo.

Además, se espera que desde el primer momento se establezca un proceso de comunicación

claro con términos sencillos y concretos para que el paciente perciba que no sólo se busca diagnosticar COVID-19, sino que también se intenta averiguar los elementos desde los cuales pueden reestablecer la salud de los pacientes. Así, si el médico tiene la posibilidad de explicar claramente al paciente lo que está pasando o cuáles son las maniobras necesarias, éste tiene una certeza que genera confianza.

Finalmente, resulta primordial sensibilizar a la sociedad de que los y las profesionales de la salud son seres humanos que ponen al servicio de los pacientes su conocimiento científico para atender un problema que a nivel global no ha podido ser resuelto, por lo que ellos están en la disposición de brindar todos los recursos para atenderlo; sin embargo, los profesionales de la salud deben trabajar con una gran cantidad de pacientes al día, así que se recomienda que el poco tiempo que los profesionales de la salud tengan para comunicarse con los familiares, se tome para reflexionar cuál es el discurso adecuado y explicarles exactamente lo que sucedió, y así en la medida en que se establezca una comunicación de calidad, clara, concreta sin uso de tecnicismos, los familiares y los mismos pacientes se van a sentir mucho mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monroy J. Segob reporta 103 agresiones contra personal médico entre abril y mayo. El Economista. 02 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/politica/Segob-reporta-103-agresiones-contra-personal-medico-entre-abril-y-mayo-20200702-0065.html>
2. Jauhar S. En una pandemia, ¿los médicos todavía tienen la obligación de tratar a los pacientes? Infobae. 5 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2020/04/05/en-una-pandemia-los-medicos-todavia-tienen-la-obligacion-de-tratar-a-los-pacientes/>
3. Foot P. Virtues and vices and other essays in moral philosophy. Berkeley: University of California Press; 1978. [Traducción española: Las virtudes y los vicios. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994]
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington, D.C.: Georgetown University Press; 1996.
5. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003.

6. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Secretaría de Salud. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2002; 16 (5): 170-172.

REFERENCIAS

- Carta de los Derechos Generales de los Médicos. Secretaría de Salud. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2002; 16 (5): 173-177.
- Código Penal Federal, Libro Segundo, Título Decimosegundo - Responsabilidad Profesional. Capítulo I - Disposiciones Generales. Artículo 229.
- CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes Diciembre, 2001.
- DOF: 31/03/2020. ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2.
- Álvarez Díaz JA. La bioética y el derecho de cara al COVID-19 [video en internet]. YouTube. 15 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Fxuu8TxA10&feature=youtu.be>
- HidrocálidoDigital.com. Logran licencia para regresar a su hogar y no arriesgar a su familia. Disponible en: <http://www.hidrocaldodigital.com/logran-licencia-para-regresar-a-su-hogar-y-no-arriesgar-a-su-familia/>
- Pavón L. Trabajadores de salud se amparan para no trabajar por temor al COVID-19. televisa.NEWS. 23 de junio de 2020. Disponible en: <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/trabajadores-de-salud-se-amparan-para-no-trabajar-por-covid/>
- González Díaz M. Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el COVID-19. BBC News Mundo en México. 17 abril 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>
- Forbes Staff. Larry Brilliant: el epidemiólogo que 'predijo' la pandemia de Covid-19 hace 14 años. julio 27, 2020. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/noticias-larry-brillant-el-epidemiologo-que-predijo-la-pandemia-de-covid-19-hace-14-anos/>
- infobae. Ya son 584 los profesionales de la salud que fallecieron por COVID-19. 24 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/24/ya-son-584-los-profesionales-de-la-salud-que-fallecieron-por-covid-19/>
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, con datos recuperados el 10 de octubre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Organización Mundial de la Salud. Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy of the healing professions. Nueva York: Oxford University Press; 1981.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
- Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J. 1995; 5 (3): 253-277.
- Sánchez G. Ordenan protección al personal médico. El Vigía. 2 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.elvigia.net/general/2020/6/2/ordenan-proteccion-al-personal-medico-349072.html>
- The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet. 2020; 395 (10228): 922. Available in: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930644-9>



Vacunación contra la **influenza**

¡Pónle el hombro a la vacuna!

Protege a tu familia de enfermedades respiratorias: vacúnate contra la influenza

Estamos para ayudarte



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO