

Atención Primaria de Salud en tiempos de pandemia.

Dr. Dagoberto Duarte Q.
Médico de Familia. MsSc, PhD.

El mundo entero vive hoy sumergido en una pandemia que se inició hace ya cinco meses y cuyos efectos sanitarios, sociales y económicos aún están por definirse. Para enfrentar esta situación, muchos países, entre ellos Chile, han adoptado distintas estrategias. En el caso chileno, la población desde un comienzo estuvo receptiva para incorporar nuevos hábitos, como el lavado de manos y la mantención de la distancia física. Además, se produjo una auto cuarentena en las grandes ciudades, incluso antes de que esta fuera decretada por la autoridad sanitaria en algunas comunas.

Desde un comienzo, al menos comunicacionalmente, se ha dado una amplia cobertura a la disponibilidad de camas críticas y ventiladores, a pesar de que estas son medidas necesarias al final de la evolución de la enfermedad. Hemos visto que no se ha desplegado con todo su potencial estrategias que apunten a la prevención de nuevos casos y al control de eventuales brotes. Otros países, en cambio, han desarrollado estrategias más agresivas en cuanto a la prevención de nuevos casos, haciendo énfasis en medidas de higiene de manos, uso de mascarillas, incentivando la lejanía física y estableciendo medidas de limitación al desplazamiento de las personas, ya sea a nivel individual o bien a nivel colectivo. Para eso, han contado con una herramienta fundamental, como es la realización de múltiples testeos que permite identificar la aparición de casos en la etapa de contagio, decretar cuarentena y hacer seguimiento a contactos, los que muchas veces resultan positivos y asintomáticos.

En el caso chileno, inicialmente la Atención Primaria de Salud no ha estado considerada con todo su potencial. Después de algunas semanas de iniciado la circulación del virus en Chile, se pidió que algunas personas consideradas como sospechosas de estar contagiadas, se les tomaran exámenes en establecimientos de Atención Primaria, pero sus resultados no siempre son comunicados a los equipos. Tampoco se conoce el resultado de exámenes si estos se realizan fuera del sector público, lo cual limita el conocimiento de la realidad de un territorio en específico. También, las visitas de seguimiento a personas identificadas como positivas y enviadas a cuarentena, son realizadas telefónicamente o presencialmente por equipos de las respectivas SEREMIs, sin conocimiento de los equipos de Atención Primaria, salvo en algunas comunas específicas. También está vigente una instrucción dada al inicio, que pedía la suspensión de actividades que pudieran ser agendadas para otros momentos, lo que se tradujo en una disminución del control de pacientes crónicos.

A continuación hacemos una propuesta de trabajo desde la Atención Primaria de Salud para enfrentar la pandemia, entendiendo que este es uno de los recursos fundamentales de nuestro Sistema de Salud y que hemos podido ver que está siendo sub-utilizado.

Algunos antecedentes.

A nivel internacional se ha ido consolidando la idea de que el COVID-19 acompañará el trabajo sanitario por lo menos durante un año más, hasta que se pueda disponer de una vacuna. Más que esperar un peak de la enfermedad es probable que se den brotes en distintos territorios y cuya extensión dependerá de la capacidad de detectarlos en el momento oportuno.

Simultáneamente, vemos que muchas decisiones se toman considerando el curso de la epidemia especialmente en los países del hemisferio norte, lo cual nos parece correcto. Sin embargo, queremos hacer notar que Chile, así como otros países, es parte del hemisferio sur, lo que significa que en pocas semanas más entraremos en época invernal. Esto se traducirá en un aumento de la carga de enfermedad no sólo por COVID-19, sino que por los habituales virus que comienzan a circular en épocas invernales, como la influenza, el virus sincitial, adenovirus, etc.

En un informe de la OECD¹ se muestra la amplia variación en la cantidad de exámenes realizados en los distintos países, tanto a nivel de número de test absolutos como en su relación a la población testada. Dentro de las experiencias que se han considerado más exitosas, el número de exámenes realizados en función de la población es uno de los factores mencionados.

Uno de los factores que han ayudado en la contención de la epidemia, son las cuarentenas². Estas pueden ser individuales (cada caso confirmado y/o sus contactos) o bien colectivas (un territorio). Lo que no se pone en duda, es que se trata de una herramienta útil y esto significa que es probable que se transforme en una herramienta de salud pública al que en algún momento habrá que recurrir hasta que se cuente con una vacuna. Los casos positivos detectados será una de las indicaciones, pero no se puede descartar una cuarentena colectiva ante la aparición de un brote en un territorio.

La cuarentena tiene efectos complejos que no pueden ser desatendidos. Se ha reportado aumento de violencia intra familiar o aumento en el consumo de alcohol. También, es posible que los equipos de Atención Primaria comiencen a ver otro tipo de cuadros que afecten la salud mental, como depresión, crisis de ansiedad, trastornos del buen dormir o cuadros psicóticos. En parte, esto puede darse por que en condiciones sin cuarentena,

¹ Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions. OECD. 16 April 2020

² Pan, A. et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. JAMA, Published online April 10, 2020.

existe un número importante de personas en tratamiento por cualquiera de las condiciones que hemos mencionado.

Propuesta de trabajo.

Ante este escenario, la propuesta de trabajo que se presenta a continuación aborda solo aquellos aspectos más relevantes, centrados en la pandemia, sin desconocer que existen muchos ámbitos en que la Atención Primaria deberá seguir trabajando. Ámbitos como el cuidado de la mujer, el control de población sana, el desarrollo de las campañas de vacunación, la entrega de fármacos y alimentos, son algunas de las labores que se hacen habitualmente en la Atención Primaria y dado el contexto de la pandemia actual no pueden ser descuidados, aunque la forma en que se realicen puedan ser modificados.

La propuesta de trabajo se organiza en cuatro áreas que nos parecen relevantes en el contexto de la pandemia actual:

1. Detección de casos

En los reportes diarios que hace el Ministerio de Salud, una interrogante que se mantiene hasta hoy es cuál es la capacidad real del sistema de salud chileno (público y privado) para procesar la cantidad de exámenes necesarios y si dicha capacidad asegura una detección oportuna de nuevos brotes en los próximos meses. Según el informe diario entregado el 16 de abril, existen 55 laboratorios que procesan muestras³. En total, la capacidad de análisis es de 8.425 muestras, con una capacidad máxima de análisis de 12.574. Al relacionarlo con la población, significa que la capacidad de análisis es de 0,44 muestras por cada mil habitantes. Si consideramos la capacidad de análisis máximo, se llega a un total de 0,66 muestras por cada mil habitantes. Si bien el Informe Diario publicado por el MINSAL no lo señala, suponemos que se trata de capacidad diaria.

Si se examinan los resultados del 22 de abril, los laboratorios privados informan el 43% de los exámenes, mientras que los públicos (ISP más Hospitales públicos) informan el 57% de los exámenes.

No existe una capacidad mínima considerada como necesaria hoy día. Pero si miramos el ejemplo de Corea, que ha realizado cerca de 10 exámenes por cada mil personas, o el caso de Alemania, que lleva acumulado 17 exámenes por mil pacientes, nos parece que nuestra capacidad para dar una cobertura suficiente está aún lejos de lo necesario⁴. Si consideramos lo señalado anteriormente, es necesario fortalecer la capacidad de efectuar exámenes disminuyendo los tiempos de respuesta.

Para aumentar la capacidad de hacer exámenes, proponemos que se utilice la capacidad instalada hoy en la Atención Primaria Municipal. Según el DEIS, dentro del listado de

³ Nota: en reportes diarios posteriores este dato no es informado.

⁴ Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions. OECD. 16 April 2020

establecimientos sólo aparecen 4 laboratorios clínicos municipales. En la práctica, sabemos que son más. Un análisis del REM del año 2019, nos señala que existen al menos 50 laboratorios clínicos municipales, que podrían ser parte de la red de laboratorios para la pesquisa de COVID-19.

Si se suman estos 50 laboratorios, es posible suponer que la capacidad de efectuar muestras puede alcanzar niveles que permitan incluso hacer pruebas a personas asintomáticas, que según los últimos estudios, representan al menos el 50% de quiénes son contagiados por el COVID-19.

Un punto a discutir, es la técnica para la detección del COVID-19. Al respecto, existen al menos tres alternativas posibles:

- a) Detección de PCR. Esta técnica es considerada el “gold standard”. Ha mostrado una sensibilidad y especificidad suficiente, si bien se considera que aún presenta niveles altos de falsos negativos. Este último hecho puede estar relacionado con un alto nivel de errores pre-analíticos, lo que dice relación con la cantidad y calidad de la muestra, las condiciones de transporte de la misma y eventuales contaminaciones. Pensamos que corrigiendo estos hechos, seguirá siendo la prueba confirmatoria.
- b) Detección de antígenos. Ha surgido como una alternativa interesante, sobre todo por la posibilidad de automatizar el proceso de lectura de las muestras y aumentar la cantidad de muestras procesadas en forma simultánea. Tiene como ventaja la posibilidad de utilizar analizadores que permiten pesquisar no sólo COVID-19, sino que puede dar un diagnóstico diferencial con otros virus circulantes, como influenza, virus sincitial respiratorio u otros.
- c) Medición de anticuerpos. Esta técnica se ha ampliado bastante más que las anteriores. Existen varias marcas en el mercado que han pasado algunos de los requisitos de instituciones tanto en EEUU y Europa. También, el ISP en Chile ha aprobado algunos de estos productos. Es más fácil de usar y entrega un resultado en pocos minutos después de haber tomado una muestra. Tiene la desventaja de que detecta casos algunos días después de haberse iniciado el periodo contaminante, lo que retrasa la detección de casos nuevos al interior de una comunidad. Es útil para medir la cantidad de personas que han desarrollado inmunidad. No está claro aún el tiempo que dura dicha inmunidad.

En base a lo señalado recién, pensamos que la incorporación de los Laboratorios Clínicos Municipales de Atención Primaria deberían enfocarse en la técnica de detección de anticuerpos. Esto permitiría conocer prontamente la detección de nuevos casos de COVID-19 y hacer un diagnóstico diferencial con otros virus circulantes. Como segunda alternativa,

se puede implementar la técnica del PCR, que tiene la ventaja, al igual que la detección de antígenos, de pesquisar de manera temprana el surgimiento de un brote. La elección final de la técnica a implementar debiera ser motivo de una discusión más amplia hasta llegar a un consenso que considere la potencialidad de ampliar la red de laboratorios, considerando la existencia de una variedad de virus, especialmente en épocas invernales.

Es conveniente tener en cuenta que cualquier técnica que se implemente debe considerar que al mismo tiempo existe un monitoreo por técnicas de IF para hacer un diagnóstico etiológico de los otros virus circulantes. Ambos sistemas deberán desarrollarse simultáneamente, pero dada la situación actual resulta necesario informar diariamente los resultados de búsqueda del COVID-19.

Para implementar la técnica en cualquier Laboratorio Clínico Municipal, se requiere que el MINSAL adquiera el analizador y aporte los insumos necesarios. Esta inversión debe considerar que en el escenario actual lo más probable es que dicha inversión sea utilizada por lo menos un año más. Los Laboratorios Clínicos Municipales cuentan con parte de la infraestructura necesaria como para implementar cualquiera de las técnicas señaladas.

La disponibilidad de una de las técnicas señaladas permitirá modificar las indicaciones que tradicionalmente se dan en períodos invernales, en el sentido que la indicación de cuarentena debe ser efectuada ante cualquier persona que haya mostrado la presencia de un virus con capacidad de transmisión. Creemos que no sólo se debe disminuir la carga viral de una comunidad por COVID-19, sino que por cualquier otro virus que impactará negativamente en la red de atención.

Al mismo tiempo, se requiere mantener una vigilancia activa ante el posible surgimiento de nuevos brotes en la comunidad. Junto con esto, será necesario mantener una vigilancia en personas de riesgo de contagio, como es el personal de salud, policías, bomberos, personas que trabajan en el comercio y en general, aquellas personas que por su labor se exponen a múltiples fuentes de contagio.

2. Seguimiento y control de casos detectados

Una vez detectada la presencia de un virus en una persona, esta recibirá la indicación de cuarentena. El equipo de Atención Primaria de Salud comunicará este hecho a la Autoridad Sanitaria, mediante el sistema de vigilancia epidemiológica que existe hoy. Simultáneamente, la Autoridad Sanitaria al tomar conocimiento de un examen positivo realizado en otros laboratorios, deberá comunicar este hecho al equipo de vigilancia epidemiológica del territorio dónde la persona deberá cumplir con la indicación de cuarentena. Una vez identificados los casos dentro de un territorio, los equipos de Atención Primaria de Salud, desplegarán alguna de las alternativas siguientes:

- a) Llamada telefónica
- b) Visita domiciliaria

c) Contacto por redes sociales

La utilización de cualquiera de las alternativas anteriores servirá para controlar el cumplimiento de la cuarentena; pesquisar la aparición de síntomas que hagan necesario concurrir a un centro asistencial; resolver otros problemas de salud o problemas sociales que dificultan a las personas cumplir con la cuarentena; conocer la existencia de personas cercanas que pueden estar siendo afectadas por un cuadro similar.

Finalmente, los equipos de Atención Primaria informarán a la autoridad sanitaria el alta de las personas que hayan debido hacer una cuarentena

3. Salud mental

La cuarentena, ya sea individual o colectiva, supone un riesgo para la salud mental de quienes deban practicarla. En una revisión reciente⁵, los autores señalan que el efecto negativo de la cuarentena es similar a un stress post traumático. Los factores que generan stress tienen que ver con la duración de la cuarentena, la angustia, depresión, temores a ser infectado, aburrimiento, información inadecuada, pérdida económica y el estigma.

Para evitar lo anterior, pensamos que la Atención Primaria debe organizar un apoyo hacia la población usuaria, especialmente en grupos de riesgo, como personas en tratamiento activo por algún problema de salud mental; personas con antecedentes de consumo problemático de drogas; personas con intentos de suicidio; personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso de mujeres que están expuestas a VIF.

Para lo anterior, dada la dificultad para establecer contactos presenciales, los equipos de salud mental de la Atención Primaria deberán organizar estrategias similares a las señaladas para la población en cuarentena con el fin de mantener el contacto y el apoyo a su población usuaria, considerando el acceso a la farmacoterapia.

4. Control de pacientes crónicos

Inicialmente se indicó, desde el Ministerio de Salud, la necesidad de suspender temporalmente el control de pacientes crónicos, para que los equipos de Atención Primaria se enfocaran en la contingencia y disminuir los contactos presenciales. Esto ha significado que incluso la toma de exámenes de control en estos pacientes haya sido diferida.

La evolución de la pandemia obliga a repensar esta estrategia. Dentro de la población vulnerable, distintos estudios han reiterado que las personas afectadas por hipertensión, diabetes, problemas respiratorios crónicos son los que presentan un mayor riesgo de un desenlace complicado. Por lo anterior, se hace necesario revisar las indicaciones iniciales y

⁵ Brooks, S. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. Vol 395, March 14, 2020.

buscar una forma de mantener en control a la población de pacientes crónicos y sobre todo de mantener actualizados los exámenes propios de su situación.

Esto deberá hacerse cuidando al mismo tiempo evitar las aglomeraciones de personas afectadas en recintos asistenciales. El control de personas afectadas por patologías crónicas suele asociarse a visitas reiteradas a los establecimientos asistenciales. Hoy día se pueden pensar nuevas formas de mantener el control evitando la concurrencia de las personas a los CESFAM, haciendo uso de las tecnologías de comunicación, de manera similar a lo propuesto en el caso del control y seguimiento de las personas a quienes se les indicó cuarentena.