

Evitemos el desastre nacional ante la pandemia por COVID-19

Let's avoid the national disaster in the face of the COVID-19 pandemic

Glave-Testino C. Evitemos el desastre nacional ante la pandemia por COVID-19. Rev Soc Peru Med Interna. 2020;33(3):126-127. <https://doi.org/>

Sr. editor:

La pandemia provocada por el SARS-COV-2 encontró a nuestro país con un sistema de salud fraccionado y precario dentro de una economía con un 70 % de informalidad. La respuesta del gobierno central fue aplaudida por la comunidad internacional, por la prontitud en las medidas de contención dictadas. A pesar de ello, la realidad nos enfrenta a un mal resultado sin poder lograr una disminución de la curva de contagios y mortalidad.

Después de 107 días, desde el 16 de marzo al 1 de julio de este año 2020, se levanta el confinamiento social obligatorio y se apuran las medidas de “reactivación económica”. Esto se realiza cuando, supuestamente, se había disminuido la tasa de contagio, manteniendo la mortalidad registrada oficialmente a nivel país.

Después de siete semanas del levantamiento de la cuarentena obligatoria nos encontramos con un incremento sostenido de la letalidad, superando el nivel promedio mundial y con el colapso de los servicios de salud en regiones del país que habían mantenido un relativo control de la tasa de contagio, morbilidad y mortalidad, como es el caso del Sur Andino.

La estrategia sanitaria ha descuidado la atención primaria: centros de Salud mal equipados, médicos desinformados y con recarga del trabajo no COVID, falta de EPP y oxímetros, falta de oxígeno, además de otras carencias. Los municipios no tienen el apoyo para centros de aislamiento. No hay una política de atención con énfasis en el control de los casos para el aislamiento de los enfermos sin factores de riesgo y el monitoreo de las personas vulnerables y con riesgo de enfermedad grave.

La atención hospitalaria adolece de un adecuado apoyo a la eficiente labor de los profesionales de la salud. La mortalidad de los médicos peruanos puede estar entre las más altas de Latinoamérica y el mundo. Personal de salud con equipos incompletos, incumplimiento de los pagos ofrecidos (bono, pago de guardias) y menos su aislamiento para evitar contagio de familiares vulnerables. El personal tiene que comprar parte de su equipamiento de seguridad y alquilar lugares para vivir durante la pandemia.

Los pacientes con enfermedades crónicas se están complicando y no hay seguridad en su manejo hospitalario. Los pacientes que requieren evaluación presencial se someten al riesgo de contraer la enfermedad al no haber una planificación en los subsistemas de salud para organizar hospitales COVID separados de centros de atención no COVID. Eso no es un problema de presupuesto sino de gestión.

Hay desinformación sobre la evolución de la enfermedad, las medidas de contención, los tratamientos aprobados y probados en las diferentes etapas de la enfermedad, los signos de alerta y los avances en las vacunas a nivel internacional y nacional. Una población desinformada no va a poder participar activamente en la lucha contra este flagelo mundial y recurre a “medicamentos milagrosos” que los lleva a complicar su evolución y extender el contagio.

El COVID-19 produce en un alto porcentaje (aproximadamente 80%) de enfermedad leve, en un 15 % de los casos compromete los pulmones, que puede llevar a hipoxemia y necesidad de auxilio ventilatorio. Sólo menos de 5 % llegan a un estado crítico que tiene una alta letalidad. En esta etapa de la enfermedad es en la que se presentan las complicaciones fatales. Esta se da principalmente en personas con comorbilidad como obesidad, diabetes mellitus y mayores de 65 años. Así mismo, los varones tienen una forma de respuesta inmunológico al virus que los hace más propensos a tener un estado de hiperinflamación, que caracteriza a esta etapa crítica del proceso viral.

La característica más resaltante de este nuevo coronavirus es su rápida propagación que lleva a una masiva necesidad de atención hospitalaria a los enfermos graves con la necesidad de soporte con ventilación asistida.

Es bajo el conocimiento del curso de la enfermedad, los medicamentos y medidas terapéuticas que se han estudiado y es reciente la experiencia en el manejo hospitalario que están adquiriendo nuestros profesionales de la salud. Por esto, se debe informar a la población para explicar la necesidad imperiosa de la contención de la pandemia y la medicación que puede ofrecerse en el momento oportuno y al paciente indicado.

La normativa del MINSA sobre el tratamiento farmacológico debe ser revisada, actualizada y basada en la evidencia. Los médicos del sector público deben cumplir con dicha normativa y no indicar medicamentos no incluidos en ella, como antibióticos, corticoides, anticoagulantes y otros. Los médicos particulares deben ser conminados a no dar indicaciones de medicamentos con evidencia de aumentar la mortalidad (corticoides en la fase de replicación viral) y a responsabilizarse de la prescripción de medicación no probada.

En el área hospitalaria, la compra de medicación no probada y de alto costo debe ser detenida teniendo más bien el permanente dialogo con los médicos que están en la atención de los enfermos y potenciando el gasto del poco presupuesto que se destina a la salud, como las cánulas de alto flujo y medicamentos usados en cuidados intensivos.

Saludamos la iniciativa del gobierno central de la búsqueda y el inicio de las negociaciones para la obtención de la vacuna. Es comprensible la necesidad de la confidencialidad al respecto pero es necesaria una información amplia sobre las diferentes opciones y la posibilidad del país para participar en los estudios clínicos que se están realizando en diferentes partes del mundo y en países vecinos.

Planteamos las siguientes medidas urgentes:

1. Reforzar las medidas de contención en base a la evidencia y a la experiencia internacional y nacional reciente, priorizando la salud y no cediendo a la informalidad ni a intereses económicos.
2. Garantizar el aislamiento domiciliario, donde se den las condiciones, o comunitario de los casos detectados por síntomas y/o pruebas moleculares. El diagnóstico requiere principalmente de la identificación de los principales síntomas y la evaluación de la etapa de la enfermedad. Fiebre 98.6%, fatiga 69.6%, tos seca 59.4% son los síntomas que deben llevar a un diagnóstico clínico sin esperar el resultado de una prueba serológica.
3. Monitoreo presencial de los casos, principalmente de los enfermos con factores de riesgo (obesidad, sexo masculino, mayores de 65 años, diabéticos, cardiacos) en el inicio de la segunda semana de síntomas, con medición de la saturación de oxígeno y compra de los mismos para su reparto a la población vulnerable. Garantizar el acceso al soporte ventilatorio temprano de todos los que lo necesiten y no dejando al “sálvese quien pueda” actual.

4. Transformar los hospitales nacionales (de EsSalud y MINSA) en hospitales COVID. Atención de enfermos crónicos en centros de atención periférica y habilitar centros de salud de las fuerzas armadas y policiales para atención no COVID.
5. Revisión permanente de la normativa del MINSA sobre terapia farmacológica en fase leve, basada en la evidencia. Campaña masiva contra la automedicación.
6. Dotación de cánulas nasales de alto flujo en los hospitales. Elaboración de guías de manejo farmacológico intrahospitalario con la opinión de los médicos que están el campo de acción, unificando criterios entre los subsistemas de salud.
7. Alojamiento para equipos de médicos y otros profesionales de la salud en hoteles cercanos, para ciclos de 15 días de atención COVID.
8. Formación de brigadas de médicos recién egresados de las residencias de medicina intensiva, medicina interna, neumología, cardiología y otras especialidades clínicas para la formación de equipos itinerantes en las regiones que los necesiten (Sur Andino y otras).

BIBLIOGRAFÍA

1. Manjili RH, Zarei M, Habibi M and Manjilix MH. COVID-19 as an Acute Inflammatory Disease. May 2020. *The Journal of Immunology* 205(1) doi: 10.4049/jimmunol.2000413
2. Chen J, Kelley WJ and Goldstein DR. Role of Aging and the Immune Response to SARS COV-2. *J Immunol.* July 15, 2020, 205 (2) 313-320. URL: <https://doi.org/10.4049/jimmunol.2000380>
3. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Feb 7]. *JAMA.* 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
4. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, Angus B, Becker S, Belij-Rammerstorfer, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4) www.thelancet.com

Lima, 21 de agosto.

Carlos Glave-Testino
CMP 19258