

EDITORIAL

Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta



Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response

El 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (Provincia de Hubei, República Popular de China), publicó un reporte de 27 pacientes, 7 en condiciones críticas, quienes cursaron con una neumonía viral y compartían una noción de contacto, un mercado mayorista. En respuesta, este foco fue clausurado, se realizaron evaluaciones epidemiológicas y se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitando asesoramiento por parte de su centro de operaciones estratégicas en salud¹⁻³.

Infelizmente, debido a la alta infectividad y al flujo de viajes desde Wuhan a otras ciudades de China, Asia y el mundo, fue imposible contener el virus, de modo que, muchos casos aún asintomáticos comenzaron a propagarse^{1,3}. Por esta razón, la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el virus SARS-CoV-2, fue declarada por la OMS como una urgencia de salud pública de importancia global y catalogada como pandemia, el 30 de enero y 11 de marzo de 2020, respectivamente³.

Al 26 de marzo, el número total de casos registrados en el mundo es de 588.905, de los cuales, EE. UU., China e Italia presentan el mayor número de casos con 86.012 (14,61%), 81.897 (13,91%) y 80.589 (13,68%), respectivamente, y los restantes se distribuyen en otros 176 países. El número de muertos supera los 25.336, encabezados por Italia, España y China con 8.215 (32,66%), 4.934 (19,47%) y 3.296 (13,01%) muertes, respectivamente, con una letalidad global estimada del 4,30%³⁻⁵. COVID-19 llegó a América Latina y el Caribe el día 25 de febrero de 2020⁵, cuando el Ministro de Salud de Brasil confirmó el primer caso, desde entonces, se ha presentado una propagación masiva en la región, teniendo a la fecha 10.858 casos reportados, incluidas mujeres embarazadas y otros grupos de riesgo⁶, con 203 muertes, estableciendo una letalidad del 1,87% para este territorio³⁻⁵.

La **tabla 1** reporta los casos reportados a la fecha en los países de América Latina.

El SARS-CoV-2 presenta una viabilidad de 3-72 h en superficies inertes, un periodo de incubación de 5,1 (IC 95%: 4,5-5,8) días, y se espera que el 97,5% presenten síntomas en los primeros 11,5 (IC 95%: 8,2-5,6) días de infección, por ello, la mayoría de organizaciones respaldan periodos de vigilancia de al menos 14 días a casos expuestos, incluso siendo asintomáticos^{3,7}. Actualmente, no se dispone de vacuna o tratamiento específico, y como si fuera poco, en América Latina se evidencian deficiencias en sus sistemas de salud y de infraestructura, especialmente un déficit de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos requeridos para el soporte de pacientes con infección severa, de modo que, el riesgo de un aumento desbordado de muertes se encuentra latente^{1,3,4}.

Por esta razón, disponer de sofisticados sistemas de vigilancia epidemiológica es indispensable para la detección y la monitorización de los brotes, sin embargo, presidir de sólidos servicios de atención primaria forman la base de cualquier respuesta ante una emergencia¹. Los servicios de atención primaria conforman la puerta de entrada a los sistemas de salud, por ello, deben estar vinculados en la planificación de conductas ante posibles brotes, así como, recibir entrenamiento para fortalecer sus fases de prevención, preparación, respuesta y recuperación^{1,2,8}.

Según numerosas organizaciones internacionales, la estrategia de mayor eficacia continua siendo la implementación de la cuarentena, sin embargo, su activación se ha limitado a casos de pandemias y emergencias en salud pública, donde, el potencial de propagación estimado supera la capacidad de reacción de los sistemas de salud, como históricamente ha sucedido en los casos de síndromes

Tabla 1 Infección por SARS-CoV-2 en América Latina al 26 de marzo de 2020

Países	Casos confirmados acumulados	Muertes	Pacientes recuperados	Casos confirmados activos	Tamaño de la población	Casos confirmados/100.000 habitantes
Antigua y Barbuda	7	0	0	7	96.368	7,26
Argentina	589	13	72	504	45.596.844	1,29
Aruba	28	0	1	27	106.116	26,39
Barbados	24	0	0	24	288.738	8,31
Bolivia	61	0	0	61	11.543.447	0,53
Brasil	2.991	77	6	2.908	217.019.062	1,38
Chile	1.610	5	22	1.583	18.876.094	8,53
Colombia	491	6	8	477	50.528.699	0,97
Costa Rica	231	2	2	227	5.070.826	4,56
Cuba	67	2	1	64	11.470.467	0,58
Curazao	7	1	2	4	161.228	4,34
Dominica	11	0	0	11	73.323	15,00
Ecuador	1.403	34	3	1.366	17.373.460	8,08
El Salvador	13	0	0	13	6.210.622	0,21
Guadalupe	73	1	0	72	479.691	15,22
Guatemala	25	1	4	20	18.015.155	0,14
Guyana	5	1	0	4	780.071	0,64
Guyana Francesa	28	0	6	22	305.859	9,15
Granada	7	0	0	7	108.879	6,43
Haití	8	0	0	8	11.429.471	0,07
Honduras	68	1	0	67	8.653.990	0,79
Islas Caimán	8	1	0	7	67.059	11,93
Islas Vírgenes	17	0	0	17	106.156	16,01
Jamaica	26	1	2	23	2.843.664	0,91
Martinica	81	1	0	80	398.131	20,35
México	585	8	4	573	135.510.787	0,43
Nicaragua	2	1	0	1	6.426.255	0,03
Panamá	674	9	2	663	4.244.211	15,88
Paraguay	52	3	1	48	7.069.659	0,74
Perú	580	9	14	557	33.389.847	1,74
Puerto Rico	79	3	0	76	3.657.368	2,16
República Dominicana	581	20	3	558	11.161.659	5,21
Santa Lucía	3	0	1	2	192.567	1,56
San Vicente y las Granadinas	1	0	0	1	109.568	0,91
Sint Maarten	3	0	0	3	44.876	6,69
Surinam	8	0	0	8	567.646	1,41
Trinidad y Tobago	66	2	0	63	1.391.538	4,74
Uruguay	238	0	0	238	3.486.245	6,83
Venezuela	107	1	31	75	33.243.888	0,32
Total América Latina	10.858	203	185	10.469	668.099.524	5,58

de dificultad respiratoria aguda severa, asociados a los coronavirus^{1,3,9}, debido a los desafíos logísticos y consecuencias sociales y económicas de su puesta en marcha^{2,9}.

Según reportes, cerca del 57% de los países del mundo tienen la capacidad de responder ante eventos infecciosos emergentes, sin embargo, como se ha evidenciado con COVID-19, este porcentaje parece ser mucho menor^{2,6}. A la fecha, pocos países han logrado implementar medidas exitosas como China, Singapur o Hong Kong, mientras que otros fracasaron, como Italia^{2,10}. Por lo anterior, se deben

implementar estrategias que incluyan la prohibición de viajes y cuarentena obligatoria, pero también, respuestas efectivas a los problemas de la población generados por estas situaciones, especialmente en aquellos de mayor vulnerabilidad, como los infectados, personas en edades extremas y trabajadores informales, a quienes se debe ayudar a mitigar el impacto económico y social⁹.

Los países de medianos y bajos recursos, como el caso de América Latina, son particularmente vulnerables, por ello, la no implementación total o parcial de protocolos estrictos

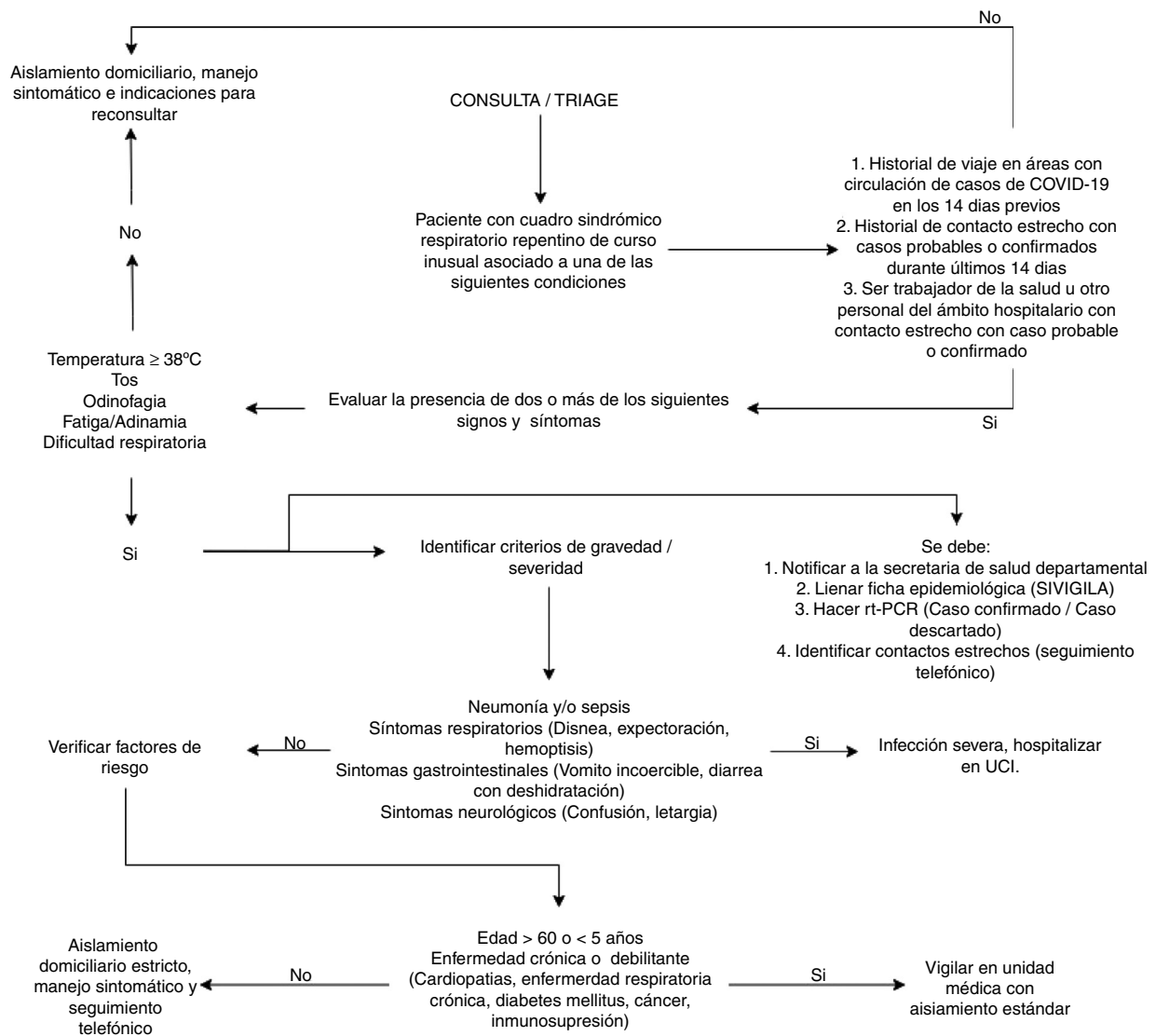


Figura 1 Algoritmo de abordaje del paciente con diagnóstico probable de infección por el virus SARS-CoV-2 en Colombia.

de cuarentena, con restricciones en movilidad, interacción social e incluso actividades laborales, generará aumentos de la demanda de consulta en todos los niveles de atención, especialmente en servicios de urgencias debido al miedo y el desconocimiento de la situación^{1,2}.

Por ello, se debe optimizar el *triage* en las instituciones, e incluso implementar estrategias prehospitalarias como centros especializados que brinden información vía telefónica, los cuales, disminuyen el contacto físico, la propagación del virus y la saturación de los servicios de salud^{1,3}. En el caso colombiano, el Ministerio de Salud desarrolló los lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 en el país¹¹. Basados en estos, diseñamos un diagrama de flujo para orientar las conductas a seguir en atención primaria el cual se puede ver en la [figura 1](#).

La actual pandemia es otro recordatorio de la necesidad imperiosa de un compromiso intensificado y sostenido con el diseño de protocolos de respuesta basados en la evidencia disponible, los cuales, de forma transdisciplinar y multisectorial, pueden lograr la reducción del número

de vidas perdidas y dar respuesta a las dificultades sociales, ambientales, políticas y económicas generadas por estas pandemias⁸. La consecuencia de la no contención de estas epidemias se mide en vidas perdidas, lo cual es mucho más costoso, por lo que, se debe romper el ciclo de pánico y olvido, y comenzar a prepararnos para futuros brotes, especialmente fortaleciendo los servicios de atención primaria^{2,8}.

Financiación

El presente trabajo ha sido autofinanciado por los autores.

Bibliografía

1. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.

2. Dale Fisher AWS. The global community needs to swiftly ramp up the response to contain COVID-19. *Lancet*. 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30679-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30679-6).
3. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández-Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA, et al., Paniz-Mondolfi A, (LANCOVID19) Latin American Network of Coronavirus Disease 2019-COVID-19 Research. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Med Peru*. 2020;37:3-7, <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>.
4. Dong EH, Gardner DL. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time: Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). *The Lancet - Infectious Diseases*. 2020 [consultado 27 Mar 2020] Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
5. Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>.
6. Zambrano LI, Fuentes-Barahona IC, Bejarano-Torres DA, Bustillo C, Gonzales G, Vallecillo-Chinchilla G, et al. A Pregnant Woman with COVID-19 in Central America. *Travel Med Infect Dis*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101639>.
7. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.7326/M20-0504>.
8. Jacobsen KH. Will COVID-19 generate global preparedness? *Lancet*. 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30559-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30559-6).
9. Parmet WE, Sinha MS. Covid-19-The Law and Limits of Quarantine. *N Engl J Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2004211>.
10. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy-Ethics Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005492>.
11. Ministerio de Salud y Protección social. Lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia. 2020 [consultado 21 Mar 2020] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx.

Jorge A. Sánchez-Duque^{a,b,c,*}, Laura R. Arce-Villalobos^d
y Alfonso J. Rodríguez-Morales^{a,c,e}

^a Grupo de Investigación Salud Pública e Infección,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica
de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

^b Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad,
Departamento de Medicina Social y Salud Familiar,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca,
Popayán, Cauca, Colombia

^c Latin American Network of Coronavirus Disease
2019-COVID-19 Research (LANCOVID-19),
<http://www.lancovid.org>, Pereira, Risaralda, Colombia

^d Facultad de Medicina, Universidad San Martín de Porres,
Chiclayo, Perú

^e Grupo de Investigación Biomedicina, Facultad de
Medicina, Fundación Universitaria Autónoma de las
Américas, Pereira, Risaralda, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorandsanchez@utp.edu.co
(J.A. Sánchez-Duque).