



Tratamiento ambulatorio de COVID-19: un aprendizaje pendiente

Outpatient treatment of COVID-19: a pending learning

Cristóbal Guadarrama-Pérez*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

La pandemia del 2020 por SARS-CoV-2 permitió visibilizar los grandes pendientes que aún se encuentran en el Sistema de Salud mexicano; sin dejar de reconocer que la medicina mexicana especializada no ha dejado de crecer debido a los esfuerzos individuales o de grupos reducidos alojados en instituciones aisladas del país como lo son los centros médicos, institutos nacionales de salud y universidades, logrando aportaciones importantes en algunas áreas de manera intermitente.

Hoy en día, encontramos un Sistema de Salud desarticulado, sin directrices claras en políticas sanitarias. Las estrategias preventivas no son un tema central gubernamental a pesar de la costosa y larga pandemia sufrida, seguimos con programas preventivos rezagados sin una clara definición de prioridades. Los centros de primer nivel de atención cuentan con recursos humanos con insuficiente capacitación, con laboratorios clínicos con equipamiento limitado, escasez de medicamentos y en la mayoría de los casos con alta demanda de atención. Durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, las unidades hospitalarias, tanto públicas como privadas, sufrieron la reconversión física de áreas; con personal de salud de apoyo con poco entrenamiento para el diagnóstico; tratamiento y manejo de complicaciones, estas últimas a veces más graves que la propia infección por el tipo de comorbilidades de pacientes afectados (adultos mayores, obesidad, diabetes, neumopatía o cardiopatía crónica, etcétera) que requerían unidades de cuidados

intensivos, mismas que a veces no se tenían disponibles o, en el mejor de los casos, sin lo necesario para su operación.

Cerca de 85 a 90% de los infectados desarrollaron una enfermedad leve a moderada; la gran mayoría fueron atendidos por médicos de consultorios particulares o de farmacias, debido a que en su mayoría no contaban con seguridad social y existía una gran saturación del sistema de salud público y privado, de otra forma, no hubiesen podido ser tratados. Sin embargo, entre 10 y 15% de los infectados desarrollaría una forma grave de la enfermedad, muchos de ellos no detectados a tiempo, con tratamientos inadecuados, con un curso de la enfermedad grave y con complicaciones (no menos graves). Los médicos de primer nivel de atención (consultorios particulares o de farmacias) no contaban con la experiencia en la atención de padecimientos respiratorios agudos graves o de tratamientos con fármacos muy especializados que requerían una vigilancia estrecha durante su uso (como los anticoagulantes, esteroides, antibióticos de gran espectro y manejo de gases medicinales).

En este número se publica el artículo de Soriano-Hernández DC et al., *Tratamiento prehospitalario en COVID-19 atendidos en un hospital de referencia de la Ciudad de México*,¹ el cual describe que las comorbilidades más frecuentes encontradas en los pacientes al ingreso fueron obesidad (50.5%), seguida de hipertensión arterial sistémica (36.6%) y diabetes mellitus (26.7%). La mayoría de los casos recibieron entre cuatro y cinco medicamentos como tratamiento prehospitalario; los medicamentos que se prescribieron con mayor frecuencia fueron los corticosteroides y antibióticos. Reportándose una mortalidad de 39% debido a alguna complicación; mientras que 55% de los pacientes fueron egresados por mejoría. En este contexto, los pacientes que llegaban graves a las unidades de urgencias tenían el antecedente de ser multitratados con largas recetas (antibióticos, antivirales, esteroides, AINE, multivitamínicos) durante varios días. En ocasiones afectaba

Correspondencia:

Dr. Cristóbal Guadarrama-Pérez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Ciudad de México, México.

Correo electrónico: cris.iner@gmail.com

Citar como: Guadarrama-Pérez C. Tratamiento ambulatorio de COVID-19: un aprendizaje pendiente. Neumol Cir Torax. 2022; 81 (2): 78-79. <https://dx.doi.org/10.35366/108492>

el pronóstico de los pacientes por el retraso en la atención hospitalaria, modificando la evolución de la enfermedad y favoreciendo coinfecciones por gérmenes oportunistas (hongos, micobacterias, etcétera) y de infecciones nosocomiales una vez hospitalizados (*Pseudomonas*, *Acinetobacter* y *Stenotrophomonas*), con un incremento en los días de hospitalización, de ventilación mecánica y con impacto en morbilidad y en los costos de la atención.²

Los lineamientos terapéuticos emitidos por la Secretaría de Salud en 2021 para el manejo de la pandemia en México intentaron mostrar directrices de tratamiento más claras en función al peso de los niveles de evidencia científica hasta ese momento. En la literatura científica mundial había demasiada información a favor y en contra para varios grupos de medicamentos, dejando abierta la posibilidad de su uso según la interpretación hasta no contar con una mejor evidencia.³ La pandemia sigue y pueden surgir otras, por lo que es de suma importancia no dejar de observar, analizar y reflexionar cómo podemos ir mejorando todos los puntos cruciales ante una emergencia sanitaria de este tamaño. Es importante seguir fortaleciendo nuestro primer nivel de atención (centros de salud comunitarios, unidades de medicina familiar y consultorios particulares), en cuanto a su estructura básica de operación y con educación médica

continua (difusión del conocimiento científico actualizado). Asimismo, se requiere mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia (acercamiento y coordinación entre los niveles de atención) con la finalidad de no demorar la atención prioritaria de los pacientes que requieren valoración y manejo más especializado. Por último, se requiere revisar la regulación y supervisión del funcionamiento de los consultorios particulares con registros en expedientes de los pacientes atendidos en sus comunidades.

El reto sigue y la realidad nos rebasa, por lo que es necesario el trabajo conjunto y organizado en todos los niveles de atención y con todos quienes atendemos a estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Soriano-Hernández DC, Juárez-Carmona D, González Y, Carreto-Binaghi LE. Tratamiento prehospitalario en COVID-19 atendidos en un hospital de referencia de la Ciudad de México. *Neumol Cir Torax*. 2022;81(2):78-79. <https://dx.doi.org/10.35366/108492>
2. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. Consenso de personas expertas del sector salud. México: SSA; 2022.
3. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México del grupo interinstitucional. México: SSA; 2021