

**WEBINAR
ACTUALIZACIÓN
EN COVID-19
PARA LA
ATENCIÓN
PRIMARIA**



SECTEI

CUIDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**

NUESTRA
CASA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
EL COMIENZO DEL WEBINAR	3
LAS VOCES DE LOS EXPERTOS	4
DUDAS E INQUIETUDES DEL PERSONAL MÉDICO	10
DIRECTORIO	18

INTRODUCCIÓN

Desde la llegada a México del SARS-COV2, el gobierno de la Ciudad de México ha instrumentado una serie de medidas para hacer frente a la emergencia sanitaria que buscan romper la cadena de contagio, evitar la saturación hospitalaria y reducir los efectos negativos en todos los ámbitos de la vida en la capital.

En atención a que en el terreno de la salud es fundamental el primer contacto que el personal médico tiene con la población sospechosa, sintomática o asintomática de Covid 19, así como el hecho de que los consultorios anexos a las farmacias de la ciudad se han convertido en una alternativa médica y una ventana de contacto esencial, se debe trabajar para que ahí los médicos y médicas conozcan los riesgos y las fórmulas para evitar el contagio al entrar en contacto con población susceptible de ser portadora. Se trata de un grupo vulnerable al que debemos atender.

Por lo anterior es que las secretarías de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación; Salud; y Desarrollo Económico, diseñaron un Webinar de Actualización en Covid 19 para Atención Primaria, en el que también participaron integrantes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de la UNAM y de la Asociación Nacional de Farmacias.

El eje de este webinar fue el personal médico que trabaja en los consultorios adyacentes en las farmacias. Habrá varios más que se celebrarán en esta línea y buscarán mejorar la capacidad diagnóstica y el tratamiento oportuno del Covid 19, así como disminuir la sobre medicación a la que están siendo sometidas muchas personas, en una realidad de portadores del virus con una condición asintomática o con signos leves de la enfermedad.

El primero de estos foros se celebró el 19 de junio y tuvo como asistentes a personal académico de las Facultades de Medicina y Odontología, así como de las facultades de Estudios Superiores de Zaragoza, Iztacala y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. También, personal de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

En las cuatro mesas de trabajo se conectaron más de tres mil 240 personas y en el canal de YouTube de la SECTEI, el webinar lleva más de 18 mil visitas.

A continuación, se detallan pasajes del foro. Se escucharon las voces de los expertos y se planteó un cúmulo de preguntas que fueron atendidas por los panelistas.

EL COMIENZO DEL WEBINAR

Doctor David Kershenobich,

director del
Instituto
Nacional
de Ciencias
Médicas y
Nutrición
Salvador
Zubirán.

Creo que va a ser una experiencia muy útil para todos, no solo para los ponentes, sino también para aquellos que van a tener la oportunidad de escucharlos.

Este seminario permitirá un intercambio entre aquellos que están atendiendo a la población. Estamos ante una enfermedad que crea mucha incertidumbre en los médicos de primer nivel, en los médicos familiares, en los generales, en los expertos en infectología, en enfermería, etc.

“ Los invito a que participemos activamente con todas las inquietudes y dudas y que aprendamos a compartir las experiencias. Los ponentes que van a presentar están en la práctica cotidiana de la atención a los enfermos y eso es muy relevante”.

LAS VOCES DE LOS EXPERTOS

Doctora Alejandra González Duarte, del Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Es importante este seminario porque pensamos que los médicos y las enfermeras de primer contacto son parte esencial para atender la pandemia.

Son aquellos que van a ayudar a disminuir la cadena de transmisión. Sabemos que son los que identifican los casos graves o potencialmente no graves y que pueden llegar a canalizar de manera oportuna a aquellos pacientes que requieran una atención inmediata y también que pueden hacerse cargo de aquellos que no requieren de una atención en segundo y tercer nivel.

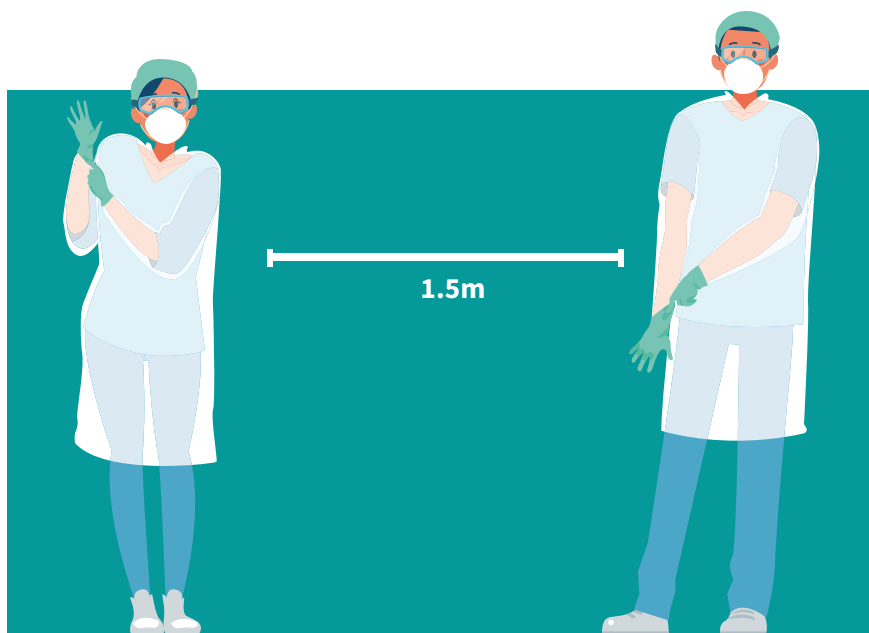
“Por lo tanto, es muy importante reducir la sobrecarga de atención en estos hospitales y, por ende, el colapso hospitalario. Van a ser ustedes los que señalen a los enfermos qué pasos seguir en su cuidado y en el de los contactos y le van a transmitir esta tranquilidad al enfermo de que está haciendo lo debido”.

Son ustedes los que están mucho más cerca del enfermo, tanto geográficamente, porque los pacientes normalmente llegan a la clínica, al consultorio que tienen más cercano a su domicilio, pero también los que están más cercanos de una manera moral o espiritual que pueden ayudarlo.

¿Cuáles son los objetivos de este webinar? Proteger adecuadamente al personal e instalar un consultorio Covid correctamente para evitar que seamos nosotros mismos el foco de contagio e identificar aquellos transmisores que somos nosotros mismos los humanos.

Por primera vez nos estamos viendo como vectores de una pandemia. El reto es identificar y tratar aquellos casos asintomáticos y,





más importante, ver aquellos casos agudos y graves para referirlos a los hospitales Covid.

También es muy importante proporcionar el tratamiento adecuado. Vemos a veces que las recetas se convierten como en receta de cocina y todos los pacientes están con el mismo tratamiento. Cada uno requiere de un poco más de análisis y saber en qué etapa está la enfermedad.

Muchas veces como médicos hemos minimizado la protección adecuada al personal y, entonces, somos los que estamos cayendo enfermos. Porque, aunque estemos desde la primera sesión de medicina intentando saber que nos tenemos que lavar las manos, no lo estamos haciendo adecuadamente y nos estamos infectando. Y lo más importante es que se requiere de una gran concentración cuando uno está viendo pacientes para no tocar todo y para hacerlo apropiadamente con el orden adecuado.

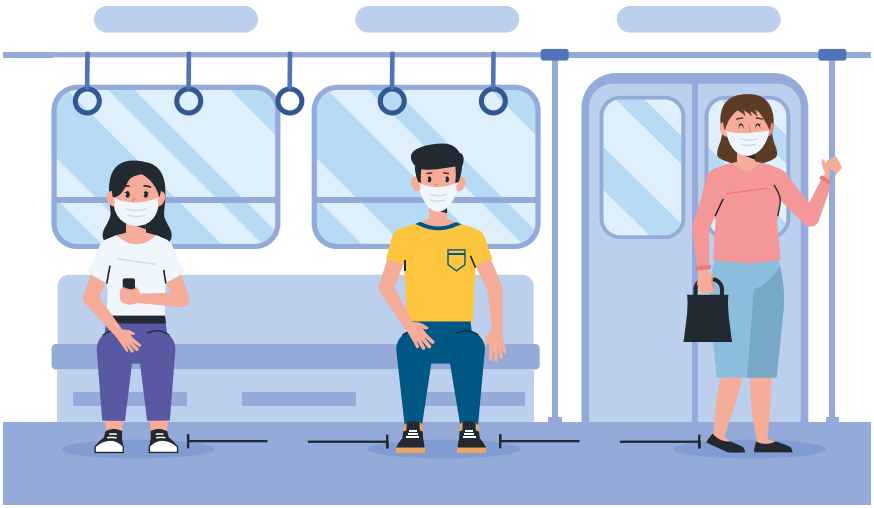
Debemos aprender a tratar a todos los pacientes de manera diferente porque son

altamente contagiosos. Y pues efectivamente tratar a todo paciente como si fuera Covid, hasta que se demuestre lo contrario.

Lic. Patricia Ramírez Arvizu, jefa de Servicio de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Vamos a hablar del equipo de protección como barrera de seguridad, medidas ante los riesgos, de salud mental, también para la protección del personal de salud, que hemos tratado de llevar a cabo a muchas instituciones. Incluso el Gobierno de la Ciudad tiene una página donde podemos consultar este tipo de atención.

La transmisión en el personal de salud se puede producir a partir del contacto directo con pacientes fómites, ¿qué tipo de fómites podemos tener dentro de un consultorio? Pues el paciente nos puede exponer, un papel higiénico, un kleenex, fómites que van alojando el virus en las superficies.



Al personal de salud se nos está olvidando esta parte de la sana distancia. Es importante que nos mantengamos, al menos, a un metro y medio de distancia.

Hay un estudio en el ministerio de Salud Pública de Cuba que refiere que nos estamos contagiando de pacientes que no aparenten tener algún signo o síntoma respiratorio. Tenemos que evitar confiarnos.

No tomamos medidas previas a que ingrese el paciente y así podemos contagiarnos. Hay violación de normas de seguridad o no aplicamos las medidas como el lavado de manos, el uso de cubrebocas y la limpieza extrema del equipo.

También podemos tener las infecciones extra hospitalarias que pueden pasar en el momento en que el personal de salud se dirige hacia los trabajos o del trabajo hacia casa. Podemos contagiarnos en el transporte público.

Como medida precautoria y como barrera tenemos el equipo de protección que es un método de control de riesgos.

Las barreras nos limitan la entrada de microorganismos. Los Equipos de Protección Personal (EPP) se pueden clasificar de acuerdo a la parte del cuerpo que estamos

protegiendo. Goggles para los ojos, guantes en el contacto directo hacia el paciente, bata también para el contacto directo y, si es posible, gorro e incluso cubre zapatos.

Pero la parte fundamental es el lavado de manos cuando vamos a tener contacto con el paciente, con su área o con algún objeto de su uso exclusivo.

En general, medidas encaminadas a minimizar la diseminación de la infección. Evitemos el contacto directo con la sangre, los fluidos corporales, las secreciones, la piel de heridas expuestas. Tenemos que ser muy visuales, y valorar al paciente para no poner en riesgo nuestra protección.

No es necesario usar doble guante porque nos hace olvidar que debemos higienizar nuestras manos con jabón y agua o una solución alcoholada al 70 por ciento. Es muy importante la desinfección de los equipos y dispositivos médicos antes del reuso con otro paciente.

Es fundamental limpiar el estetoscopio, el oxímetro de pulso para atender al siguiente paciente. También reforzar la higiene del brazaletes para la toma de signos vitales que también debemos de tratar de limpiar con una solución con cloro.



Es muy importante llevar otro cambio de ropa para que al salir del consultorio Covid lo utilicemos para llegar a nuestros lugares. Las prendas que se usen en consulta deben guardarse en una bolsa de plástico y lavarse inmediatamente al llegar a casa. La protección de la mucosa facial incluye las gafas y una careta para proteger nuestros ojos y evitar la exposición ante los pacientes.

Además, debemos llevar a cabo la limpieza de las camillas, las sillas de ruedas, las salas de exploración, insisto nuevamente con una solución clorada.

Dentro de la estructura física debemos tener una habitación aireada o con una ventilación suficiente, baño exclusivo para la utilización de nosotros y otro para la utilización de los pacientes, así como un espacio para el equipo de protección antes del ingreso del paciente.

Para evitar la contaminación del equipo y después de la salida del paciente hay que manipularlo de forma y en condiciones óptimas para evitar que se convierta en fómites.

Y otra parte importante serían los alimentos; debemos tratar de consumirlos fuera del consultorio Covid o procurar tener un área higiénica para poder ingerirlos.

Dr. Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Es muy importante que no bajemos la guardia, incluso en el contexto de la atención a pacientes “no COVID”, porque muchos de ellos van a cursar asintomáticos. Casi el 80 por ciento de la población infectada expresa muy pocos o ninguno de los síntomas.

Los métodos barrera son muy importantes; utilizar el cubrebocas y la careta es algo fundamental no sólo ante aquel que tiene tos o estornuda.

Este es el orden correcto que se debe de mantener en el uso del equipo de protección personal, la higiene de las manos, la aplicación de la mascarilla, la protección facial, la bata y los guantes en ese orden, y el retiro es fundamental.

Primero, quitarnos los guantes para que no entren en contacto con las superficies que han estado con el paciente. Después, asear las manos que puede ser con alcohol gel. Luego, la bata que se ha expuesto con el paciente, y otra vez, un lavado adecuado de sus manos. Posteriormente el retiro de las barreras físicas y, después, el cubrebo-

cas si es que ya no se va a seguir atendiendo a ningún paciente y, de nueva cuenta, lavarse las manos.

Existen formas de expresión bizarras de la enfermedad. Hay quién ha llegado con sólo dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, fatiga. En jóvenes puede ser la causa de la atención en la consulta; refrendar el hecho de que ante todo escenario debemos de estar protegidos.

Deben darse al menos entre cinco y 10 minutos entre un paciente y otro, para que, cómo se mencionó, también previamente se limpien las áreas que estuvieron en contacto con el paciente.

Ser sistemáticos es el dogma en medicina, el abordaje de todos los casos en esa forma garantiza que ustedes y sus pacientes estén seguros en todo momento.

Dr. Jaime Galindo Uribe. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Banderas rojas implica todo signo, síntoma o perfil clínico del paciente, así como hallazgos de gabinete y laboratorio que nos van a alentar como profesionales a un desenlace desfavorable. Tan así que puede llevarlo incluso a perder la vida o quedar vivo con una secuela permanente.

Rápidamente comento un caso clínico que tuvimos la semana pasada aquí en el Instituto: 42 años con un índice de masa de 35 kilogramos por metro cuadrado, un paciente obeso, diabético desde hace 15 años. Usaba insulina, la última hemoglobina glucosilada, un mes antes de su ingreso a urgencias del instituto con 10 por ciento. Y lo trajeron sus hermanos con 35° de temperatura, 130 de frecuencia cardíaca, saturando el aire ambiente a 42 por ciento.

Ese día empezó con la disnea. Pasó directo del triage a la sala de RCP con 70/30 de presión, 45 de frecuencia respiratoria,



duró cinco minutos en la camilla del triage, tuvo un paro cardio respiratorio y falleció.

Salimos a dar informes a sus familiares y todos sorprendidos. Dices: ¿qué pasa? ¿este virus es realmente es tan mortal? que se lo llevó en unas horas y cuando hacemos el interrogatorio más a fondo, el paciente llevaba una semana de síntomas respiratorios.

No lo quisieron llevar a evaluación porque tenían miedo los hermanos y él mismo a que se fuera a contagiar por ir al hospital. Tenía un mal control metabólico, no seguía la dieta, no tenía apego al tratamiento, era el tí-



pico que se inyectaba insulina a contentillo.

Y así, de las variables clínicas, ser hombre resulta un factor de riesgo mayor, si se es hipertenso, con enfermedad coronaria, vascular cerebral, diabetes, tabaquismo y con una enfermedad renal crónica.

Aquí en México nuestro factor de riesgo principal con mucho es el sobrepeso, pero si está combinado y además se es sedentario, tiene un altísimo riesgo y sería de las banderas rojas que yo vería en alguien cuando empieza con síntomas respiratorios.

Doctora Alejandra González Duarte, del Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Ustedes profesionales de la salud saben que, si el paciente tiene fiebre, si está taquicárdico, si tiene una velocidad de sedimentación globular aumentada, si tienen datos que les indiquen que está inflamado, de manera indirecta sospechen, que esto

genera complicaciones y aumenta la mortalidad.

Y la parte del médico rutinario es tan importante como la del de terapia intensiva. Si el primario complica el cuadro desde la primera vez que ve al paciente, en terapia intensiva va a tener un peor pronóstico.

Nuestro papel principal como médicos primarios es evitar la transmisión y cortar de golpe la cadena de transmisión y es donde podemos intervenir y cambiar el curso de la epidemia. Sabemos que una persona infectada en cinco días va a infectar a 2.5 personas y en 30 días a 406 personas.

¿Qué podemos hacer con aquellos pacientes que creemos que son portadores del virus o que tienen síntomas, pero que éstos no los catalogamos como severos? Primero dar tratamiento sintomático y el que realmente es más efectivo y tenemos todos a la mano el paracetamol, un gramo cada ocho horas en caso necesario y atender sus comorbilidades.

DUDAS E INQUIETUDES DEL PERSONAL MÉDICO

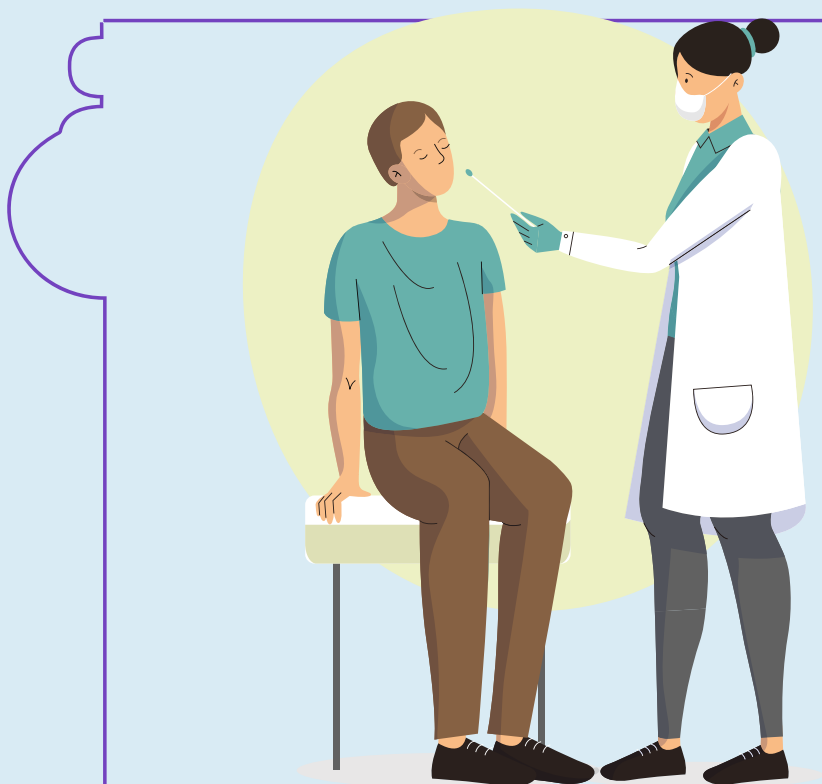


Mtro. Severino Rubio, secretario general de la Universidad de la Salud. (Mesa 1)

Entre las preguntas están: A los médicos les han recomendado no explorar y no auscultar a los pacientes por el riesgo de contagio, aplicando las precauciones universales, ¿cuáles considera de mayor importancia para evitar caer en esas circunstancias de riesgo?, y ¿qué medidas de protección recomiendan para el cuidador primario?

¿Qué importancia deben tener en la capacidad de diagnóstico oportuno, los cuatro datos fundamentales para el diagnóstico temprano de Covid, dentro de los siete, de la sintomatología básica?, y ¿cómo considerar la saturación de oxígeno: 92, 90 o 88, porque hay mucha controversia para identificar a la saturación de oxígeno como dato fundamental?

Otra sería: ¿cuál es el esquema terapéutico entonces, de atención primaria, que hay que recomendar para prevenir las complicaciones, en particular el Síndrome de Coagulación Intravascular, pues no recomienda utilizar anticoagulantes?, y ¿si ya se tienen guías de práctica clínica del Cenetec, o al menos el algoritmo fundamental para la guía en la consulta médica en las farmacias sobre pacientes de Covid?



Dr. Jaime Galindo Uribe. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Primero, el diagnóstico temprano en relación a lo que decía de los cuatro síntomas de siete: todo paciente ahorita es Covid, hasta no demostrar lo contrario.

No es obligatorio, pero si hay fiebre, cefalea, tos y anosmia, tomar ese paciente como de alto riesgo clínico que sí está presentando un cuadro de Covid (cuatro de siete síntomas).

En relación a la atención del paciente, en un servicio de urgencias, pues va a tener que ser revisado con todas las medidas, con EPP y con todas las medidas para reducir al máximo el contagio del personal médico, y en el caso de la revisión, vemos al paciente por la espalda.

El paciente tiene que traer cubrebocas todo el tiempo, cubriéndole nariz y boca y si estornuda o si tose tiene que cubrirse con la fosa ante cubital para evitar contagios; se le auscultan los campos pulmonares y se hace una auscultación cardiaca por atrás.

En lo de la saturación hemos visto gente que no tiene disnea y tiene 40 por ciento de saturación; hemos visto gente que satura arriba de 90 por ciento y tiene 40 de frecuencia respiratoria.



Dr. Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

La realidad es que el tratamiento es sintomático 100 por ciento. Lo que tienen que hacer es una evaluación inicial. Ver los signos vitales y si hay una frecuencia respiratoria elevada que tiene una saturación de pulsoximetría disminuida, que tiene fiebre persistente en un tiempo de evolución que estamos hablando de aquel paciente que tiene entre el sexto, séptimo, octavo, décimo día, con persistencia de la fiebre y empeoramiento de su cuadro clínico, hay que enviarlo inmediatamente a una unidad de segundo o tercer nivel de un centro Covid.

Si no tiene un estado de gravedad suficiente, la exploración física sí puede ayudar a definir si necesitan hacer ustedes una tele tórax o mandarlo a una tomografía, etc.

No es una rutina que deben de utilizar como médicos de primer contacto, el enviar a sus pacientes con oxígeno domiciliario, es sumamente importante que sea bajo la supervisión de medicina más especializada.



Dra. Gabriela Ríos Cázares, directora de la Licenciatura en Medicina y Comunitaria de la Universidad de la Salud. (Mesa 2)

Entre las preguntas están ¿cuándo debo referir a una persona a un segundo nivel? Criterios para un manejo ambulatorio, ¿cuándo puede considerarse que ya es un paciente que puede darse de alta? ¿es correcto el uso de anticoagulante y antibiótico profiláctico para una saturación de 88 a 94?

También sobre ¿qué manejo dar a un paciente que está con hipoxia y angina mientras llega la ambulancia y se está atendiendo en un consultorio? Hay mucho interés sobre el cubrebocas; ¿qué tipo de telas, cuánto tiempo se pueden usar dada la escasez? ¿cómo podrían conseguir cubrebocas N95, cómo debe usarse, cómo deben desecharse? y lo mismo preguntan sobre las batas y las caretas.

Hay inquietud de saber ¿cuáles son las mejores sustancias para desinfectar los instrumentos tanto que utilizamos para el trabajo médico de diagnóstico como los otros elementos de trabajo, el teclado?



Dr. Melchor Sánchez Mendiola, coordinador de la Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia de la UNAM. (Mesa 3).

Una de las preguntas es sobre los aspectos físicos de los consultorios ¿cómo lo pueden ventilar? ¿qué solución clorada o aerosol recomiendan? ¿recomiendan un espacio exclusivo para la atención de pacientes respiratorios?

También hay varias de diagnóstico ¿Si se realiza la prueba de Covid a los médicos de primer contacto con enfermos y en dónde se les haría? ¿cuál es la utilidad real de los termómetros digitales que se usan para ingresar a edificios, hospitales?

Y de las mascarillas: ¿Cuánto tiempo duran? ¿cómo saber si el paciente está generando aerosoles?

Algunas sobre la salud mental, ¿cómo enfrentar estas cuestiones de la salud mental de las enfermeras y los médicos que trabajan en estos lugares?



Dra. Amira Peña-Corona Villanueva, coordinadora Clínica de Formación e Investigación, Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (Sala 4)

¿Existe una guía de cuidados para familiares que acuden con los pacientes a los consultorios privados o anexos de farmacias? ¿si en las personas que son contactos de pacientes confirmadas es necesario realizar la prueba aún si estos se encuentran asintomáticos? y ¿en qué tiempo se debe realizar?

Es bien sabido que en los consultorios anexos a las farmacias en ocasiones se recetan muchos medicamentos, ¿cómo ha impactado esto a la evolución de pacientes Covid que llegan a los hospitales en estado crítico?

Otra es: ¿los pacientes que han sido infectados cuántos días deben esperar para volver a trabajar o ver a sus familiares sin exponerlos al contagio?

Muchas veces se les recomienda hacerse una segunda prueba para confirmar que son negativos, pero la realidad es que los servicios de salud aquí no están realizando segundas pruebas. Entonces, conocer ¿qué alternativas hay? ¿cuál es la fórmula correcta para preparar la solución clorada para la limpieza del equipo, que se ha visto mucha corrosión, debido al mal empleo?

Otra pregunta es que de 20 pacientes aproximadamente 15 los identifican como sospechosos, pero no saben a quién reportarlo porque no tienen un reporte epidemiológico.

Otra es si ¿es recomendable el uso respirómetro y por cuánto tiempo? También mencionaron que hay mucha controversia acerca de ¿cuál es el porcentaje de saturación que debe tener un paciente para considerar que sea enviado al hospital?



Lic. Patricia Ramírez Arvizu, jefa de Servicio de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Debemos tener conciencia que, si debemos tener su tiempo para desinfectar este consultorio, si el paciente está en estado crítico no podemos esperar mucho tiempo, pero lo ideal es esperar el tiempo necesario para esta limpieza.

Tenemos documentado que pueden diluir por cada litro de agua 20 mililitros de cloro o dos cucharadas soperas en este litro de agua para ser menos corrosiva la solución, pero que sea efectiva. Parte importante también es no mezclar el cloro con otro tipo de soluciones como el pino u otra solución con aroma porque inactiva el cloro.

El tema del consultorio pequeño lo podíamos tratar como el doctor que podíamos visualizar espacio entre paciente y paciente. Esto nos permitiría ventilar un poquito el área que nosotros quienes estamos proporcionando la atención podamos salir de ese consultorio, mientras se ventila el consultorio.



Dr. Jaime Galindo Uribe. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Me centraría de los síntomas como bandera muy roja, disnea, pero ya hemos hablado muchas veces de hipoxemia que incluso nos ha llamado mucha la atención. La saturación de oxígeno, por más asintomático que esté el paciente, si maneja una saturación de oxígeno a los que pedían números, debajo del 85 por ciento, estamos hablando a nivel de la altitud de la Ciudad de México, de una hipoxemia severa.

Y en relación a otro predictor, a otro dato clínico que sea significativo sería la frecuencia cardiaca, los pacientes que están taquicárdicos con frecuencia de 120, 130, yo asumiría que ya están presentado alguna complicación relacionada a la infección inflamatoria o hasta trombótica, a lo mejor es una embolia pulmonar.

DIRECTORIO

SECTEI

Dra. Rosaura Ruiz Gutiérrez.

Secretaria de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación

Dra. Jesús Ofelia Angulo Guerrero.

Subsecretaria de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Mtro. Uladimir Valdez Pereznuñez.

Subsecretario de Educación.



SECTEI | SEDESA | SEDECO

