

La nueva pandemia

Julio C. Vignolo*

El brote del virus SARS CoV-2 se inició en la ciudad de Wuhan en China a finales de 2019 y fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020.

En Uruguay, el día 13 de marzo se confirman los primeros casos de la enfermedad y el gobierno declaró la emergencia sanitaria y dispuso como principales medidas la suspensión de todos los niveles educativos, instrumentación del teletrabajo en los casos en que se requiera, exhortación a reducir al máximo la movilidad, la suspensión de vuelos y cierre de fronteras con Argentina, la suspensión de todos los espectáculos públicos, exhortación a seguir medidas de aislamiento social, entre otras medidas que buscan evitar la propagación del contagio. Al 3 de mayo el número de casos confirmados es de 652, personas con infección 195, fallecieron 17 con una tasa de letalidad de 2,6 %. Fueron 97 los casos confirmados en el personal de salud, lo que representa un 14,8%, de estos 79 se recuperaron, 17 infectados y 1 falleció.

La mayor parte de los casos fueron localizados en Montevideo y Canelones. Otros departamentos que han tenido casos confirmados han sido: Flores, Maldonado, Salto, Soriano, San José, Colonia, Durazno, Paysandú, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha, Rivera y Río Negro. En Montevideo, ha comenzado un lento corrimiento hacia las zonas más vulnerables. Las edades en la que se han identificado más casos comprenden los rangos entre los 55 a 64 años y entre los 25 y los 34 años. Los fallecidos, en su mayor parte, fueron por encima de los 65 años. La curva epidemiológica por comienzo de síntomas a partir del 13 de marzo ha demostrado en sus últimos casos un enlentecimiento en el crecimiento del número de casos.

En el mundo se han confirmado 3.400.000 casos con 246.000 fallecidos. Los países con el número de casos más afectados son Estados Unidos, España, Italia, Reino Unido y Alemania entre otros. Los países han tenido estrategias variadas en el combate al virus siendo quizás las más eficaces, entre otros, las de los países del sureste asiático. En Europa las estrategias también han sido variadas, hecho que se demuestra en las respuestas de los sistemas de salud y en las tasas de letalidad, si bien debemos considerar los sesgos en los casos confirmados positivos de acuerdo a los test utilizados.

El primer nivel de atención y con él la Medicina Familiar y Comunitaria han resultado ser de importancia sustancial en la confirmación de los casos y en la aislación de los mismos y en el posterior seguimiento de los contactos. Aquellos países sin un gran desarrollo del primer nivel se han visto saturados en las prestaciones y con la probabilidad de una tasa mayor de infección en las consultas en el segundo y tercer nivel. En el segundo como consecuencia del aumento de las consultas y en el tercero por las propias complicaciones que no pudieron realizarse con un primer nivel de atención continente. En tal sentido el cambio de modelo de atención es sustancial para el País en condiciones normales y mucho más aún en momentos de crisis como la que vivimos.

*Doctor. Profesor Titular Grado 5 en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la República.