

EL CLÍNICO ANTE UNA EPIDEMIA, CONSIDERACIONES, FUNCIONES Y REQUERIMIENTOS

Francisco Zamora Ubieta

Se afirma que *Sydenham* recomendaba la lectura de "El Quijote" a todo aquel que quisiera practicar a cabalidad el ejercicio de la Medicina. A su consejo me atengo "...sin acotaciones en las márgenes y sin anotaciones en el fin..., porque ni tengo qué acotar en el fin, ni menos sé qué autores sigo en él para ponerlos...por las letras del ABC..." Por ello, si exceptuamos a *Cervantes* en el prólogo de la primera parte del "Don Quijote" y a las "Medidas de Salud Pública en Emergencias causadas por Epidemias" guía preparada por *P. Brés* y publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1987, ninguna otra fuente definida ha de servir de apoyo a esta exposición salvo publicaciones o conferencias del redactor de estas páginas, quien prefiere no ser autorreferente, si se hace abstracción del ámbito puramente anecdótico que la intención del texto impide evadir.

Esto no quiere decir que no aparezcan expresiones o contribuciones de diferentes autores y personalidades de la Medicina, sino que después de más de 30 años de bregar médico, se confunden las fuentes y puede cometerse injusticia o error al momento de redactar la cita. Por otra parte, este modesto trabajo intenta transmitirles, dentro de cierta estructura lógica, situaciones vivenciales que las circunstancias concretas,

siempre variables y a menudo inesperadas de una epidemia, deparan al clínico, entendido éste en su acepción más amplia y raigal: todo médico que atiende directamente a enfermos.

Como quiera que las enfermedades provocadas por agentes biológicos constituyen una causa común de epidemias y es la que está más en consonancia con la experiencia del autor, se hará referencia fundamentalmente a éstas sin menoscabo de reconocer que otras causas tales como agentes tóxicos, carencias alimentarias, accidentes o enfermedades crónicas no transmisibles puedan, y de hecho lo hacen, dar lugar a epidemias.

Una última inquietud lo constituye el título mismo de esta conferencia, que pudiera inclinar a pensar en trabajo delimitado, sectorizado o por parcelas. Es cierto que cada especialista ha de desempeñarse en su esfera de acción, pero a la vez en ninguna otra situación como la que genera una epidemia de importante magnitud resulta tan indispensable la integración coherente de las funciones clínicas, epidemiológicas, del laboratorio, de las autoridades de salud, de los gobiernos, de la sociedad en su conjunto y a veces de la colaboración internacional para determinar el éxito.

La Medicina actual se ha desbordado a sí misma y de arte de curar; su origen etimológico no exento de optimismo, ha devenido ciencia y arte de contribuir a fomentar la salud, prevenir la enfermedad, ayudar a la recuperación de los afectados y participar de modo significativo en su rehabilitación.

El médico de hoy conserva, o debiera conservar ante su paciente algo del hechicero que le antecedió, pero la sociedad espera de él un desenvolvimiento acorde con las exigencias que el momento impone. El análisis histórico de la medicina revela que esto es conceptualmente semejante en diferentes épocas y culturas; varía el fenómeno, mas no su esencia,

El clínico contemporáneo debe estar en condiciones de percibir los detalles del árbol y simultáneamente no perder de vista el bosque. El excesivo biologismo limita el ejercicio profesional. Ignorar los elementos inherentes a la sociedad es renunciar al conocimiento mismo del hombre. No se niega que por ese camino pueda hacerse ciencia, pero es muy difícil alcanzar sabiduría.

Una epidemia es un fenómeno médico y un fenómeno social. Puede definirse como la aparición de un número de casos de una enfermedad u otro daño a la salud superior al acostumbrado o previsto para una época y lugar determinados.

Tres requisitos son necesarios para que se produzca: peligro, riesgo y vulnerabilidad. Por peligro se entiende la presencia o posible introducción de elementos determinantes capaces de producir daño a la salud. Riesgo es la probabilidad de obtener un resultado adverso y se encuentra relacionado con diferentes condiciones, factores de riesgo, que hacen posible ese resultado, los factores de riesgo: en este caso la aparición de un número elevado de perso-

nas afectadas. La presencia de una población humana susceptible constituye la vulnerabilidad.

Una vez desencadenada una epidemia es común su rápida propagación, por lo que se requiere reaccionar lo antes posible. Adquiere connotación de emergencia en su acepción de fenómeno infortunado de consecuencias graves que necesita ser atendido o enfrentado de modo apremiante, sin retraso, debido a la severidad de la enfermedad, a su rápida propagación; a la elevada repercusión política, social y económica; a que pueda sobrepasar la capacidad de respuesta, o al peligro de transmisión a otros países.

FUNCIONES DEL CLÍNICO ANTE UNA EPIDEMIA

Una enfermedad que provoque una epidemia puede ser detectada a través de un sistema de vigilancia previamente establecido, por notificación o reporte médico ante el hallazgo de algún caso o por cualquier otra fuente proveniente de la sociedad.

Dentro de las múltiples y variadas actividades en las que la contribución del clínico resulta fundamental, merecen destacarse las referentes a la definición de caso, la identificación del síndrome o la enfermedad, la notificación o reporte de los enfermos, la colaboración para elaborar un programa de atención, el uso racional del laboratorio, el cuidado directo de los pacientes, la función educativa y la investigación.

A. Definición de caso.

Generalmente hay una definición inicial clínica que se perfecciona en la medida en que se obtienen datos epidemiológicos y

de laboratorio, así como el propio enriquecimiento de los conocimientos y la experiencia en la atención de los enfermos que en su conjunto logran precisar una definición final del caso. Por otra parte, debe contemplarse la aparición de distintas formas clínicas con diferente grado de intensidad, compromiso orgánico y gravedad. Durante la epidemia cubana de fiebre hemorrágica por dengue en 1981 se establecieron para la atención de los adultos 3 definiciones de caso, de acuerdo con la información disponible, a la experiencia acumulada y a las circunstancias concretas que se debían enfrentar.

Se ha sugerido clasificar la definición de caso desde el punto de vista del clínico de acuerdo con 2 aspectos fundamentales: el grado de certidumbre y el estado de los pacientes.

Por el grado de certidumbre un caso puede ser sospechoso, probable o presunto y confirmado. Se considera sospechoso si presenta los síntomas y signos clínicos compatibles con la enfermedad, sin prueba alguna de laboratorio que demuestre la infección. Probable o presunto es aquél que además de manifestar los síntomas y signos clínicos muestra pruebas de laboratorio que sin ser concluyentes, indican la presencia de una infección reciente. Confirmado es el caso que presenta datos de laboratorio concluyentes de una infección actual o reciente en presencia o no de síntomas y signos clínicos.

Este tipo de clasificación puede parecer al clínico quizás demasiado exigente para ser completamente útil, sobre todo en epidemias de enfermedades de rápida propagación y de diagnóstico clínico fácil y evidente, como por ejemplo la varicela. De hecho, en estos casos, los clínicos y también los estadísticos trabajan fundamentalmente con casos sospechosos y probables. Los casos confirmados suelen usarse durante la epidemia para el diagnóstico de ésta y para

eventuales estudios e investigaciones que así lo requieran. No ocurre lo mismo con otro tipo de epidemias como se verá más adelante.

Si se toma como punto de partida el estado de los pacientes, cabe clasificarlos en leves y graves. Puede incluirse un grado intermedio o moderado, así como también grados extremos como muy leves o inaparentes y muy graves. La importancia de este enfoque radica en las diferentes conductas terapéuticas que puedan requerir los pacientes, así como facilitar el establecimiento de un sistema de prioridades que permita una distribución racional de los recursos disponibles.

B. Identificación de la enfermedad o el síndrome.

El diagnóstico de la enfermedad causal en ocasiones se establece inmediatamente, como ocurre en la influenza o en la ya citada varicela. Otras veces puede resultar más complejo, especialmente cuando se trata de una afección no conocida o de la que no se tenga experiencia previa por los médicos del lugar. Por otra parte, las epidemias suelen aparecer con más frecuencia y en forma más severa en los países subdesarrollados, con cobertura de salud insuficiente, recursos limitados, carencia alimentaria y presencia de situaciones endémicas u otras epidemias locales concurrentes que dan lugar a un verdadero mosaico. No resulta poco frecuente encontrar un enfermo carencial con paludismo crónico que contrajo una leptospirosis, por sólo citar un ejemplo.

En epidemias de enfermedades más raras y menos conocidas, es útil la identificación del síndrome como paso previo a la formulación de la hipótesis diagnóstica, además de servir de apoyo a la investigación epidemiológica y de microbiología. De acuerdo con *Brés*, los síndromes que suelen

observarse en las epidemias de enfermedades transmisibles son 9: enfermedad sistémica febril sin exantema característico como la brucelosis, exantema febril como el sarampión, fiebre hemorrágica como la del dengue, linfadenopatía febril como la mononucleosis infecciosa, enfermedad neurológica febril como la meningitis meningocócica, enfermedad febril de las vías respiratorias como la influenza, enfermedad febril gastrointestinal como la shigellosis, ictericia febril como la fiebre amarilla y enfermedad afebril como la conjuntivitis hemorrágica.

C. La notificación o reporte de casos.

La magnitud de una epidemia de rápida propagación raramente se expresa a cabalidad en las comunicaciones y registros estadísticos.

Las causas son variables: existen pacientes que no solicitan atención médica por ser leves, por dificultad de acceso o por diversos factores culturales. La notificación médica pocas veces es completa, debido a que los médicos se inclinan a notificar a los pacientes moderados o severamente comprometidos y obvian en muchas ocasiones los más leves o aquellos casos provenientes del ejercicio privado. Aparece un tercer factor: las propias autoridades de salud y de gobierno, quienes por razones sociales, políticas o económicas pretenden no amedrentar a la población, no dar argumentos a la oposición o no perturbar la afluencia de turistas, lo que puede minimizar las cifras.

En la experiencia del autor son más comunes las 2 primeras causas, ya que las autoridades de salud y los gobiernos, al menos en Latinoamérica, tienden a percibir cada vez más rápidamente que la verdadera conveniencia política, social y económica radica en la contención de la epidemia. Por

ello ha de insistirse en la importancia de la notificación o reporte de todos los casos como deber ineludible del médico de asistencia.

D. Elaboración de un programa de atención.

Siempre resulta difícil, les confieso que para quien esto escribe, aún hoy, después de tantos años de experiencia, no le es fácil aceptar desde el punto de vista conceptual un programa de atención médica. Los programas se apoyan en la estadística, la clínica en el individuo. La piedra miliar de la clínica es el modo de manifestarse una enfermedad en las diferentes personas, esto es, las formas clínicas. En muchos programas estas formas se expresan a manera de algoritmos. Ahora bien, desde el punto de vista operacional, tomada la práctica como criterio de la verdad, ha de reconocerse que cuando se aplica un programa de atención médica el diagnóstico se facilita y el tratamiento logra resultados mejores y más rápidos en los pacientes, independientemente del control de los factores que determinan la epidemia.

Múltiples argumentos pueden aducirse; el programa está confeccionado por los médicos de mayor conocimiento y experiencia; el cumplimiento de éste tiende a igualar por encima de la media los resultados entre médicos de diferentes niveles de capacidad y desempeño. Esto no siempre es fácil ni siempre es así.

Con cierta frecuencia ocurre que la epidemia comienza o se localiza en zonas alejadas de los centros de mayor nivel científico y aparecen la contradicción entre los médicos de más conocimiento y reputación, pero sin experiencia de haber tratado casos y aquéllos que aunque sus conocimientos médicos pudieran ser menores, en cambio, se han visto ante la situación objetiva

de tratar a los enfermos. A ninguna otra rama de la actividad humana como a la clínica se puede aplicar tan adecuadamente aquel proverbio de que no puede haber ciencia sin experiencia. En reconocimiento de nuestra profesión y de los colegas con quienes el autor de estas líneas ha tenido el honor y a la vez el placer de compartir sus mutuas experiencias, siempre se ha llegado a la solución más razonable y equilibrada ante esta circunstancia.

Todo programa de atención ante una epidemia que se extiende aceleradamente y presenta formas clínicas graves, requiere que su elaboración no sólo sea efectiva, sino rápida, y somete a verdadera prueba el liderazgo de las autoridades de salud, la capacidad de trabajar en equipo, de apoyarse en el conocimiento más actualizado posible acerca de la enfermedad o el síndrome, así como en la experiencia alcanzada en otros países, en las recomendaciones de los organismos internacionales de salud, de las circunstancias concretas del país en ese momento, de las posibilidades y recursos disponibles y sus potencialidades. Tampoco puede soslayar los elementos provenientes de la cultura, costumbres, tradiciones, sistema social y de salud, entre otros. Esto significa que un programa de atención ha de ser confeccionado por los médicos del país. El asesor internacional trasmite experiencia, aconseja, opina, pero cometería un error si intenta imponer criterios. Error deontológico, ético, conceptual y práctico. Más de una vez se ha visto fracasar en esta labor por no tener en cuenta esa sencilla verdad.

E. El uso racional del laboratorio.

Cierta mañana, en una visita al Laboratorio Central de Microbiología, durante una asesoría por una epidemia de dengue, se quejaba la directora de la canti-

dad de solicitudes de aislamiento viral que habían llegado por indicación de diferentes médicos de asistencia de distintos lugares del país. En efecto, eran cerca de 400. Ningún laboratorio de este tipo dispone de capacidad, medios y recursos suficientes para realizar masivamente este tipo de estudio, y en el hipotético caso que intentara llevarlo a cabo, dejaría de ser confiable.

El laboratorio de microbiología, tanto para el aislamiento como para las pruebas serológicas, no puede usarse en cada caso durante las epidemias que alcanzan rápidamente gran morbilidad, más aún cuando la capacidad es limitada y los recursos resultan complejos y costosos. En este tipo de situación, las pruebas microbiológicas están indicadas en el diagnóstico de la epidemia, cuando por algún motivo se requiera hacer un trabajo de investigación que implique el diagnóstico de certeza, cuando las circunstancias de la epidemia evidencien que el número de casos debiera declinar y se mantenga elevado, cuando se sospeche que existe otra epidemia asociada y durante la vigilancia epidemiológica, siempre mediante el empleo de muestras estadísticas y no del universo.

No ocurre lo mismo en otros tipos de epidemia, tales como la enfermedad meningocócica, en la cual la transmisión es típicamente por portadores, su morbilidad es menor y los métodos de demostración de la *Neisseria meningitidis* menos complicados.

En el momento actual es importante que el clínico esté familiarizado con la toma y preservación de las muestras de laboratorio, ya que cada vez con mayor frecuencia se dispone de técnicas rápidas que permiten obtener resultados en pocas horas, pero que necesitan determinados requisitos para la toma, almacenamiento y traslado.

F. La atención directa a los enfermos.

La atención directa a los enfermos es quizás la más importante y decisiva contribución del clínico durante una epidemia. De ella dependen la recuperación de la salud de los pacientes, así como la minimización de las complicaciones, secuelas y letalidad. A esto se agrega que es fuente de conocimiento e investigación. Los propios programas de atención se perfeccionan a partir de las observaciones y resultados clínicos.

Hace unos años, en un país de la costa del Pacífico de América del Sur, sobrevino una epidemia de dengue clásico. Se presentó una mujer de 45 años, que estaba de visita por unos días en casa de unos familiares con un cuadro clínico de fiebre, petequias y equimosis, trombocitopenia, cifra de hematócrito elevada y presencia de anticuerpos IgM en la prueba serológica. Una anamnesis cuidadosa puso en evidencia que la enfermedad llevaba cerca de 12 días de evolución, que el cuadro purpúrico se observó en el curso de un tratamiento con fenilbutazona y precedió al comienzo de la fiebre y que debido a la altura de su lugar de residencia mantenía una respuesta compensatoria del valor hematócrito. Se trataba de un dengue clásico en una paciente residente en la zona andina con púrpura trombocitopénica probablemente medicamentosa.

Nunca se ha de insistir bastante en que resulta conveniente para el clínico guiarse por el programa y que es un error ajustarse a él mecánicamente, renunciando a pensar y al pleno ejercicio de nuestra profesión. "El sentido clínico ha de saber romper con la rutina" expresaba *Schiüpbach*.

G. La función educativa.

La función educativa la lleva a cabo el clínico mediante 3 formas esenciales: el

consejo médico, la capacitación y la divulgación.

El consejo médico es el procedimiento de comunicación que establece el clínico con los pacientes, familiares y allegados. Es muy importante, pues que a la vez que se brinda información acerca del estado y evolución del enfermo, se aclaran dudas y se recomiendan acciones en cuanto a la prevención y el cuidado. No debe olvidarse que en estos casos se presta mucha atención a la palabra del médico y la disposición a seguir su sugerencia es muy alta.

Por capacitación se entiende la función educativa dentro del personal de salud o a quienes de alguna manera van a colaborar directamente en éste. Se define como la aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje para el desempeño de un cargo, función o tarea. En síntesis: preparar para la acción. Han de identificarse específicamente las necesidades de aprendizaje, para lo que resulta útil el conocimiento claro de las funciones a realizar, el criterio de los expertos, los recursos disponibles, las posibilidades concretas y las necesidades y anhelos sentidos por los que van a recibir el entrenamiento. La forma de llevarla a cabo depende de muchas variables y discurre desde conferencias, talleres, seminarios y uso del video hasta la enseñanza directa junto al enfermo.

La divulgación desde el punto de vista operacional, es la comunicación dirigida a grupos de personas o a la sociedad en su conjunto. Su propósito es el de informar, aclarar dudas y obtener cooperación. Por ello, ha de tomarse como punto de partida las necesidades, inquietudes e intereses de la población; debe ser oportuna y sin rebuscamientos técnicos. Las posiciones autocráticas o burocráticas han de ser evitadas, a la vez que resulta provechoso el sosiego, la comprensión y el lenguaje sugerente y motivacional. Cuando los grupos son peque-