

Despistaje ampliado y personalizado para el diagnóstico precoz de la COVID-19 en Venezuela

Extended and personalized screening for early COVID-19 diagnosis in Venezuela

Reinol Delfín García Moreiro¹ <https://orcid.org/0000-0003-4535-7815>

Pedro Miguel Milián Vázquez^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-0750-1847>

María del Carmen Romero Sánchez³ <https://orcid.org/0000-0002-2533-8767>

Alexei Domínguez Mora¹ <https://orcid.org/0000-0002-4211-559X>

Norlie Mendoza Mendoza⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0994-6022>

Lidia Vázquez Moneteo² <https://orcid.org/0000-0002-4954-2180>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

*Autor para la correspondencia: pedromiguelmilian@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El despistaje activo es una tecnología sanitaria que podría contribuir a identificar casos de COVID-19.

Objetivo: Describir una propuesta metodológica para el despistaje ampliado y personalizado de la COVID-19 en Venezuela y los resultados de su implementación.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal realizado entre marzo y mayo de 2020. El universo incluyó las 27 379 367 personas contactadas a partir de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria sobre SARS-CoV-2 o mediante la técnica de barrido, y los 478 954 participantes en el despistaje. El grupo de discusión se utilizó en el diseño de la propuesta metodológica. Se incluyeron

variables cuantitativas y cualitativas para el análisis de la implementación. La observación participante, la entrevista individual y la triangulación se emplearon para la valoración cualitativa. Se utilizó la estadística descriptiva.

Resultados: La propuesta metodológica se concibió como acciones interrelacionadas organizadas en etapas, según la secuencia de su ejecución. El 99,2 % de las personas se visitaron mediante la técnica del barrido. El 0,2 % de las personas presentaron manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19 y los contactados mediante la Plataforma Patria aportaron el mayor porcentaje (11,3 %). Se realizó prueba rápida a 1 309 (2,6 %) personas, 433 (33,1 %) resultaron positivos y se ingresaron 1 927 (3,9 %). Estos últimos tuvieron un comportamiento variable, con un promedio diario de 37.

Conclusiones: La propuesta metodológica diseñada evidencia su factibilidad para detectar personas con manifestaciones clínicas o epidemiológicas de COVID-19.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; tamizaje masivo; vigilancia de la población; Atención Primaria de Salud; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Active screening is a health technology that could help identify COVID-19 cases.

Objective: To describe a methodological proposal for expanded and personalized screening of COVID-19 in Venezuela, as well as the results of its implementation.

Methods: Descriptive and cross-sectional study carried out between March and May 2020. The universe included the 27 379 367 people contacted through the epidemiological survey of *Plataforma Patria* on SARS-CoV-2 or through the scanning technique, and the 478 954 screening participants. The discussion group technique was used in the design of the methodological proposal. Quantitative and qualitative variables were included for the analysis of the implementation. Participant observation, individual interview and triangulation were used for qualitative assessment. Descriptive statistic was used.

Results: The methodological proposal was conceived as interrelated actions organized in stages, according to the sequence of their execution. 99.2% of the people were visited using the scanning technique. 0.2% of the people presented clinical or epidemiological manifestations of COVID-19, while those contacted through the Patria Platform accounted for the highest percentage (11.3%). A rapid test was performed on 1,309 (2.6%) people; 433 (33.1%) were positive and 1,927 (3.9%) were hospitalized. The latter ones had a variable behavior, with a daily average of 37.

Conclusions: The methodological proposal designed shows its feasibility to detect people with clinical or epidemiological manifestations of COVID-19.

Keywords: coronavirus infections; mass screening; population surveillance; primary healthcare; COVID-19.

Recibido: 08/03/2021

Aceptado: 23/04/2021

Introducción

La COVID 19 constituye un problema de salud pública por la repercusión en la población y en los servicios médicos.⁽¹⁾ Dada la magnitud de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud ha estimulado accionar para su contención y ha dejado explícito que algunas de las medidas básicas que rompen las cadenas de transmisión son la detección, el aislamiento, la realización de pruebas y el tratamiento de todos los casos, así como el rastreo y la cuarentena de los contactos.⁽²⁾

Venezuela no ha estado entre los países más afectados y al cierre de lo que en este territorio se consideró como primera etapa, solo hubo 423 casos y 10 fallecidos para una letalidad de 0,03 %.⁽³⁾ Desde los comienzos de la pandemia, el Ministerio del Poder Popular para la Salud venezolano estableció, entre otras estrategias para prevenir el contagio y la enfermedad, el despistaje ampliado y personalizado en las comunidades.⁽⁴⁾

Se considera en el marco de este estudio el término despistaje como pesquisa activa y se asume la definición propuesta por *Fernández Sacasas y Díaz Novás*, quienes consideran que es el conjunto de acciones diagnósticas tendentes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, con la finalidad de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta. Permite un diagnóstico precoz y la garantía de una atención continuada.⁽⁵⁾

La concepción de ampliado se debe a que se incluye a toda la población, sin limitarse a grupos de riesgo, aunque se enfatiza en ellos y se realiza en todas las comunidades del país. Se considera personalizado porque no solo se efectúa una visita a la familia en busca de manifestaciones relacionadas con la enfermedad o personas con riesgo, sino que se realiza un interrogatorio a cada integrante del

núcleo familiar para efectuar una valoración de su estado de salud y se imparte consejería en torno a la promoción de la salud y la prevención de COVID19.

Algunos países han implementado el despistaje en respuesta a la COVID-19,^(6,7,8) pero existen pocos estudios que caractericen los resultados de dicha tecnología sanitaria ante esta pandemia, por lo que el objetivo del artículo es describir una propuesta metodológica para realizar el despistaje ampliado y personalizado de la COVID 19 en Venezuela y los resultados de su implementación.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en Venezuela, entre el 20 de marzo y el 12 mayo de 2020. La investigación se estructuró en dos momentos, el primero consistió en la elaboración de una propuesta metodológica para realizar el despistaje ampliado y personalizado de la COVID-19 en Venezuela y el segundo se concretó en efectuar su implementación.

En el diseño de la propuesta metodológica para el despistaje ampliado y personalizado, se utilizó la técnica del grupo de discusión, cuyos participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional por conveniencia o factibilidad porque, debido a sus conocimientos y responsabilidades administrativas relacionadas con el despistaje, integran el Puesto de Dirección para el Enfrentamiento a la COVID-19, creado a los efectos de la pandemia y porque participan en la actividad de pesquisa. Este quedó constituido por ocho directivos nacionales de la Misión Barrio Adentro y tuvo como objetivo determinar las etapas de la propuesta metodológica y las acciones que las caracterizan.

Para la implementación de la propuesta metodológica se trabajó con el universo conformado por 27 379 367 personas que respondieron la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria sobre SARS-CoV-2 (encuesta electrónica elaborada por el gobierno venezolano) o contactadas mediante la técnica de barrido, implementada como parte del despistaje ampliado y personalizado (búsqueda de pacientes con epidemiología y clínica de COVID-19 en toda la población del área en la que se realiza el despistaje) y los 478 954 participantes en el despistaje (profesionales y técnicos cubanos y venezolanos, estudiantes, líderes comunitarios y directivos de la Misión Barrio Adentro).

Se efectuaron diversos procedimientos para implementar la propuesta metodológica, los que se describen a continuación.

Los participantes en el despistaje recibieron una preparación inicial, mediante conferencias especializadas sobre temáticas básicas relacionadas con la actividad a desarrollar.

Una vez a la semana se realizó una reunión comunitaria presidida por el Jefe del Área de Salud Integral Comunitaria, en la que participaron líderes formales e informales de la comunidad para planificar el despistaje ampliado y personalizado. Se tuvo en cuenta la situación epidemiológica y el análisis de la situación de salud, de modo que se precisaron las comunidades de mayor riesgo y de estas la cantidad de habitantes a contactar para estimar el número de investigadores a participar. También se identificaron los espacios de la comunidad con las condiciones básicas que permitían realizar las pruebas rápidas.

Se conformaron los equipos para el despistaje, integrados por un médico o licenciado en enfermería, un técnico o profesional de la salud (tecnólogos), un estudiante de la Universidad de las Ciencias de la Salud y un líder comunitario. Antes de iniciar la jornada se comprobó por parte de los directivos del Área de Salud Integral Comunitaria que los participantes tuvieran los medios de protección individuales necesarios, las planillas de recolección de datos y se les informó acerca de las características de la comunidad.

Los pacientes con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19 fueron evaluados por los médicos participantes en el despistaje o remitidos a la consulta de enfermedades respiratorias creadas a los efectos de la pandemia en los Centros de Diagnóstico Integral para valorar la realización de prueba rápida, ingreso o ambas. Las pruebas rápidas se realizaron por personal calificado, entrenado para este proceder y se siguieron las especificaciones establecidas por el fabricante.

Al concluir la jornada, los participantes entregaron las planillas con los datos primarios recolectados al responsable de estadística del Área de Salud Integral Comunitaria, el que realiza el procesamiento, lo envía al grupo de recolección y análisis de datos creado en cada Estado y estos, al que funciona a nivel nacional.

Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel que recogía las variables cuantitativas del despistaje: cantidad de participantes diarios en la pesquisa, cantidad de población pesquisada, personas con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19, cantidad de pruebas rápidas realizadas, cantidad de pruebas rápidas positivas y cantidad de pacientes ingresados.

Diariamente se realizó en la reunión del Puesto de Dirección para el Enfrentamiento a la COVID-19, un análisis de las variables cuantitativas, lo que permitió perfeccionar la propuesta inicial hasta la que se presenta en los resultados de la investigación.

Para la valoración cualitativa de los resultados de la pesquisa se tuvieron en cuenta variables como aceptación comunitaria, percepción de los participantes

acerca de la utilidad del trabajo realizado, utilidad formativa para estudiantes y profesional y empoderamiento comunitario en salud.

Se realizó, por los autores de la investigación, la observación participante de 31 reuniones conclusivas de las jornadas de despistaje (59,6 %), en las que se reflexionó acerca del trabajo realizado y se efectuó entrevista individual a 27 participantes (siete profesionales de la salud, seis estudiantes, ocho líderes comunitarios y seis directivos de la Misión Barrio Adentro). No se continuó realizando entrevistas a más participantes por coincidencia en las respuestas emitidas. Para establecer las regularidades en torno al proceso de valoración de los resultados se utilizó la triangulación de métodos y fuentes.

Se empleó la estadística descriptiva y los resultados se expresan mediante números y por cientos.

Resultados

La propuesta metodológica que se describe se concibe como las acciones interrelacionadas, organizadas en etapas, según la secuencia lógica de su ejecución, con el objetivo de guiar el desarrollo del despistaje ampliado y personalizado para el diagnóstico precoz de la COVID-19 en Venezuela.

Etapas I. Organización técnico-gerencial del despistaje ampliado y personalizado

Se caracteriza por establecer las acciones organizativas y procedimentales para el desarrollo del despistaje ampliado y personalizado:

- Identificar las comunidades de mayor riesgo y, de estas, la cantidad de habitantes a contactar, a partir de la situación epidemiológica, los datos de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria y el análisis de la situación de salud, lo cual será responsabilidad del colectivo de dirección del Área de Salud Integral Comunitaria.
- Encargar a los equipos básicos de salud del consultorio popular y a los Comités de Salud de la preparación del despistaje, lo que incluye sensibilizar a la población con la importancia de la pesquisa, convocarla, fomentar su participación y garantizar la presencia de los líderes comunitarios para acompañar a los profesionales de la salud en la actividad.

- Identificar el talento humano a participar, lo que implica utilizar los recursos humanos propios de cada territorio, como los médicos, enfermeros, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud, entre otros.
- Realizar la capacitación de los participantes, lo que exige su organización por perfiles de desempeño cuando se precise e incluir temas esenciales relacionados con la epidemiología y la clínica de la COVID-19, bioseguridad, educación para la salud y las variables incluidas en el despistaje.
- Garantizar que los equipos para el despistaje lo formen un médico o licenciado en enfermería, junto a otros profesionales o técnicos de las ciencias de la salud, un estudiante y un líder de la comunidad.
- Establecer la ruta para referir los pacientes con epidemiología o manifestaciones clínicas de COVID-19 a la consulta de respiratorio del Centro de Diagnóstico Integral para su evaluación y decidir el ingreso.
- Determinar los indicadores que permitan la valoración del cumplimiento de los objetivos del despistaje y la toma de decisiones: cantidad de participantes diarios, cantidad de población pesquisada, personas con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19, cantidad de pruebas rápidas realizadas, cantidad de pruebas rápidas positivas y cantidad de pacientes ingresados, aceptación comunitaria, percepción de los participantes acerca de la utilidad del trabajo realizado, utilidad formativa para estudiantes y profesionales y empoderamiento comunitario en salud.
- Garantizar los recursos logísticos para el adecuado desarrollo del despistaje ampliado y personalizado, lo que incluye los medios de bioseguridad, modelaje, pruebas rápidas y medios de transporte, cuando se requiera.

Etapa II. Ejecución del despistaje

En ella se implementan las acciones que permiten la concreción de la actividad:

- Distribuir los equipos a partir de la población; cada equipo debe visitar entre 50 y 100 personas.
- Realizar las visitas a las familias en busca de personas con epidemiología o manifestaciones clínicas de COVID-19 y efectuar las acciones educativas correspondientes.
- Controlar el proceso de despistaje por los directivos para contribuir a su calidad.
- Realizar un análisis reflexivo del trabajo realizado mediante una breve reunión conclusiva de la actividad, dirigida por un miembro del consejo de

dirección del Área de Salud Integral Comunitaria, en la que se ofrezcan los resultados cuantitativos generales del despistaje realizado y en la que los participantes emitan sus criterios en función de las variables cualitativas definidas.

Etapa III. Valoración sistemática de los resultados del despistaje

Se incluyen acciones que permiten la retroalimentación y mejora continua de la actividad:

- Analizar diariamente en el Puesto de Dirección para el Enfrentamiento a la COVID-19 el comportamiento de los indicadores definidos.
- Realizar audioconferencias semanales con los directivos de salud de los estados para el análisis de los resultados del trabajo.
- Tomar decisiones en torno a las deficiencias y vulnerabilidades que afectan el desarrollo del despistaje.

La implementación de la propuesta metodológica para desarrollar el despistaje ampliado y personalizado permitió atender durante el período considerado en Venezuela como primera etapa de la pandemia 27 3793 67 personas y participaron 478 954 pesquisidores (Fig.). En los primeros días hubo un aumento paulatino del número de participantes y personas visitadas, pero a partir del décimo día, a pesar de que disminuyó discretamente el número de participantes, el número de personas atendidas se incrementó de forma considerable, situación que se mantuvo estable en la medida que avanzó el proceso. Los ingresos tuvieron un comportamiento variable, con un promedio diario de 37.

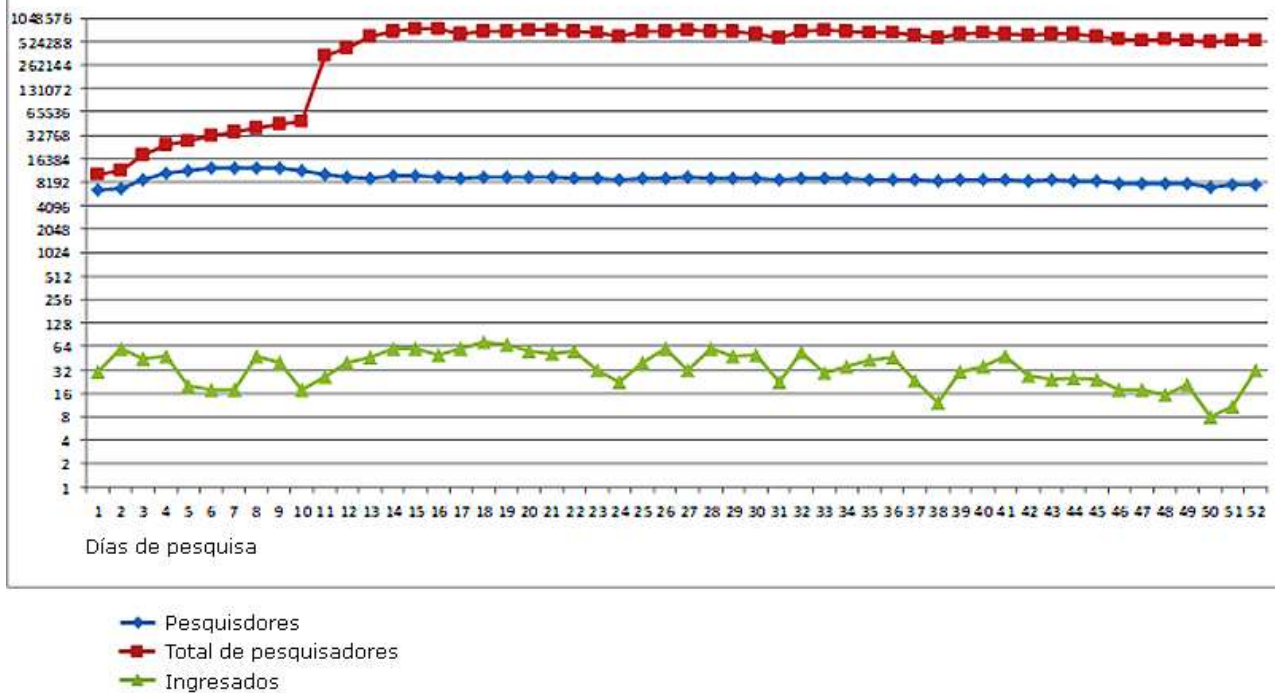


Fig. - Distribución diaria de participantes en el despistaje, personas atendidas e ingresadas.

La mayoría (27 170915 para el 99,2%) de las personas se pesquisaron mediante la técnica de barrido. Del total de visitados, el 99,8 % no tuvo manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19. Este comportamiento fue diferente en cuanto a las técnicas empleadas para el despistaje, porque los atendidos a partir de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria aportaron un mayor porcentaje, 11,3 %, con respecto a la técnica de barrido que fue del 0,1 % (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes atendidos en el despistaje ampliado y personalizado según manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19

Procedencia de los pacientes	Manifestaciones clínicas o epidemiológicas de COVID-19		No manifestaciones clínicas o epidemiológicas de COVID-19		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
BDPP*	23 650	11,3	184 802	88,7	208 452	100
Barrido	26 126	0,1	27 144 789	99,9	27 170 915	100
Total	49 776	0,2	27 329 591	99,8	27 379 367	100

* Base de datos de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria.

De las 49 776 personas identificadas con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19, se les realizó prueba rápida a 1 309 (2,6 %), de los que 433 (33,1 %) resultaron positivos (Tabla 2) y se ingresaron 1 927 (3,9 %) (Tabla 3). En estos últimos se incluyeron todas las personas que resultaron positivas a la prueba rápida (433 para 22,5 %), 876 (45,4 %) que durante la evaluación médica se decidió el ingreso a pesar de la negatividad del examen diagnóstico y 618 pacientes (32,1 %) que aunque no se les pudo realizar la prueba rápida por falta de disponibilidad, tenían manifestaciones clínicas o epidemiología que sugerían su ingreso.

Tabla 2 - Distribución de pacientes con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19 y resultados de la prueba rápida

Prueba rápida positiva		Prueba rápida negativa		Total	
No.	%	No.	%	No.	%
433	33,1	876	66,9	1 309	100

Tabla 3 - Distribución de los pacientes con manifestaciones clínicas o epidemiología de COVID-19 durante el despistaje e ingreso

Procedencia de los pacientes	Ingresados		No ingresados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
BDPP*	1059	4,5	22 591	95,5	23 650	100
Barrido	868	3,3	25 258	96,7	26 126	100
Total	1 927	3,9	47 849	96,1	49 776	100

* Base de datos de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria.

El despistaje realizado tuvo una adecuada aceptación por las comunidades. Los equipos de salud que visitaron las familias fueron recibidos de forma positiva y, de modo general, los integrantes estuvieron atentos a las charlas educativas y explicaciones dadas por los estudiantes y trabajadores de la salud.

Se evidenció el nivel de sensibilización de la población con la importancia del despistaje y el conocimiento que iban adquiriendo acerca de la enfermedad; en muchas ocasiones referían que habían sido visitados en momentos anteriores por otros equipos de salud, pero comprendían la importancia de realizar el despistaje de forma sistemática por las características de la enfermedad y también interactuaban con el equipo durante las actividades educativas.

Los participantes en el despistaje ampliado y personalizado afirmaron el valor social de la actividad, refirieron que les permitió identificar los pacientes con síntomas respiratorios y definir los casos sospechosos, para decidir de forma precoz la conducta a seguir, según el protocolo de actuación definido en el país.

Aseveraron la importancia para detener las cadenas epidemiológicas e intervenir de forma oportuna ante cualquier sintomatología de la COVID-19; además, enfatizaron en la posibilidad de realizar acciones para la promoción de hábitos de higiene personal o charlas educativas acerca de las medidas de bioseguridad.

Los promotores de salud, integrantes de los colectivos de salud y consejos comunales, también refirieron la pertinencia para la población, no solo por la atención masiva a las personas sino porque favorece de forma notable a los discapacitados y ancianos que viven solos.

Los estudiantes refirieron el valor formativo del despistaje porque permite la aplicación de los conocimientos adquiridos en las unidades curriculares, sobre todo las sociomédicas, que cursan mediante la Educación a Distancia como alternativa asumida por la Universidad de las Ciencias de la Salud para la continuidad de estudios ante la pandemia y porque los acerca a las actividades habituales de su futuro desempeño, los compromete con la salud del pueblo y desarrollan valores de responsabilidad profesional y fomenta el componente humanista de su formación.

Los residentes y demás profesionales advirtieron, además, que esta actividad es una tecnología sanitaria poco costosa que permite identificar el estado de salud de la población en torno a la COVID-19 y facilita la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con la estrategia nacional implementada para el control del nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Los participantes aseguran la utilidad que tuvo la capacitación recibida para su desempeño durante el despistaje; refirieron que les permitió asumir de forma responsable las medidas de bioseguridad para el cuidado de su salud, la calidad del trabajo realizado en la identificación activa de sintomáticos respiratorios, con énfasis en los grupos de riesgo y les facilitó el correcto llenado de los documentos utilizados durante el despistaje para la recogida de datos para el análisis de la estadística de salud.

Se evidenció la participación y empoderamiento de las comunidades en la gestión del despistaje ampliado y personalizado. Desde la toma de decisiones iniciales con los equipos de salud para identificar las comunidades y poblaciones vulnerables, hasta la movilización de los representantes comunitarios de la salud, la convocatoria a la población, el acompañamiento de los equipos de salud y la conducción de las personas con epidemiología o clínica sospechosa de COVID-19 identificadas durante el desarrollo del despistaje a la consulta de respiratorio, se observó el papel esencial de la comunidad en función del enfrentamiento a la pandemia y el apoyo a las acciones de salud.

Discusión

La estructura organizativa y funcional del despistaje ampliado y personalizado realizado en Venezuela fue centrada en el Área de Salud Integral Comunitaria, como unidad básica de integración del Sistema Público Nacional de Salud, que se constituye dentro de un territorio social; en el consultorio popular, como unidad fundamental y primordial, a partir de la cual se coordinan las acciones del Modelo de Atención Integral a las personas, las familias y la comunidad, así como en el equipo básico de salud porque es el encargado, a ese nivel de atención, de ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades y trabajar de forma coordinada con los líderes de la comunidad organizada como los Consejos Comunales y los Comités de Salud.^(9,10)

Esta propuesta metodológica es similar a la asumida por Cuba para realizar la pesquisa activa, la cual centra el esquema organizacional en el equipo básico de salud, integrado por el médico y enfermero de familia en el consultorio médico en la comunidad, desde donde se organiza y garantiza el trabajo de pesquisa, se ofrece cobertura a la atención médica de posibles casos positivos, sospechosos y contactos y se realiza seguimiento a los protocolos nacionales para el manejo de la enfermedad.^(7,11)

El despistaje ampliado y personalizado mediante el uso de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria y la técnica del barrido, representa una concepción de identificación de casos con una visión de prevención y contención de la pandemia en Venezuela, aun más cuando la COVID-19 se caracteriza por la alta presencia de casos asintomáticos, con un mayor riesgo para el contagio de la población sana, y al estimarse que alrededor del 75 % de las personas inicialmente asintomáticas enferman.^(12,13)

Los resultados de la investigación evidencian que la implementación de la encuesta epidemiológica de la Plataforma Patria es un instrumento que permite la localización y detección temprana de contagios en el territorio venezolano, así como contribuye a tomar decisiones acerca de las áreas a priorizar para realizar el despistaje y que el método de barrido representa una garantía en la identificación de posibles casos porque, al realizar las visitas a las familias, se disminuye el riesgo de que la población con epidemiología o síntomas de COVID-19 no acudan de forma espontánea a los servicios de salud.

Otros países han utilizado las potencialidades de la tecnología para el enfrentamiento a la pandemia. En China se construyó un sistema inteligente de prevención y control digital de la epidemia que involucró los bloques familiares, comunitarios (pueblos), distritales, municipales y provinciales, capa por capa, de modo que en cualquier momento, a través del análisis inteligente de los datos, se podía alertar con exactitud sobre la situación epidémica nacional y Cuba ha publicado artículos en los que demuestra los resultados positivos del uso de la

pesquisa activa mediante tecnologías digitales, específicamente el desarrollo de una aplicación con este fin para dispositivos móviles y para realizar encuestas epidemiológicas poblacionales.^(14,15)

La disminución discreta del número de participantes a partir del décimo día se explica por el reordenamiento de los servicios asistenciales, dada la necesidad de continuar garantizando la salud de la población y porque se abrieron nuevas salas para la atención a los pacientes COVID-19, lo que implicó la incorporación de talento humano a esta actividad en el ciclo de 14 días laborando y luego 14 días de cuarentena.

Aunque los efectos de la capacitación desarrollada solo se determinan a partir de lo referido por los participantes, el incremento paulatino del número de personas identificadas durante el despistaje podría estar relacionado con la preparación que fueron recibiendo los participantes, lo que permitió optimizar esta actividad. Lo anterior se sustenta en que, aunque la capacitación tuvo un carácter sistemático, el programa inicial concebido concluyó el día 10 de iniciado el despistaje, momento que coincide con el inicio del incremento de personas pesquisadas.

El despistaje ampliado y personalizado para la COVID-19 en Venezuela, a pesar de utilizarse por primera vez ante una pandemia, se favorece en su consecución debido a la experiencia en el abordaje comunitario que se realiza de forma sistemática en las poblaciones vulnerables en el orden social y en condiciones de pobreza extrema desde hace más de tres quinquenios por la Misión Barrio Adentro; la constitución del Área de Salud Integral Comunitaria, como parte del proceso organizativo de Barrio Adentro; el logro de la cobertura asistencial en la Atención Primaria de Salud en el país desde el año 2017 y por la participación de los consejos comunales en el acompañamiento de las acciones de salud que se desarrollan en las comunidades.

En el despistaje realizado en Venezuela se utilizaron pruebas de diagnóstico rápido basadas en la detección de anticuerpos del huésped, específicamente inmunoglobulinas M y G porque se ajustan a las características de los exámenes que deben emplearse en los despistajes: se realizan en el lugar de atención, próximos al paciente, con material y equipamiento fácilmente transportable, no necesitan personal especialmente entrenado para su realización ni para su lectura e interpretación y los resultados se encuentran disponibles en minutos o en menos de una hora.^(16,17)

Se ha descrito que durante la infección por SARS-CoV-2, el anticuerpo IgM puede detectarse en la sangre del paciente después de tres-seis días y la IgG después de ocho. Debido a que el virus pertenece a la misma familia que los que causan las infecciones MERS y SARS, se asume que los procesos de generación de anticuerpos son similares y la detección de anticuerpos IgM e IgG contra el SARS-CoV-2 indica

infección. La detección de IgM orienta hacia la presencia de exposición reciente al virus y la de IgG lo hace en una forma tardía.⁽¹⁸⁾

El uso de pruebas rápidas orientó a los médicos encargados de la valoración de los pacientes en la identificación de un posible caso que se confirmaría mediante PCR-TR; examen que cuando la muestra contiene virus o fragmentos virales, incluso en cantidades ínfimas, debería brindar una sensibilidad cercana al 100 %.⁽¹⁹⁾

Las diferencias entre el número de ingresos y pruebas rápidas realizadas positivas se deben a que varios pacientes presentaban epidemiología, clínica o ambas que los convertían en casos que requieren vigilancia, a pesar de la negatividad de las pruebas. Esto se sustenta en las limitaciones que tienen este tipo de examen debido a que en la actualidad no está aun completamente establecida la dinámica de la respuesta y producción de anticuerpos durante las diferentes fases de la infección.^(16,18)

La Organización Mundial de la Salud advierte que durante los primeros siete días desde el inicio de los síntomas, menos del 40 % de pacientes presentan anticuerpos detectables, por lo que estos ensayos no deben ser usados para descartar un caso durante los primeros días de enfermedad. Asimismo, la detección de anticuerpos después del día siete solo indica contacto previo con el virus, pero no advierte acerca de la presencia y excreción del virus.⁽¹⁶⁾

Independiente al resultado de la prueba rápida, el ingreso de los pacientes con clínica, epidemiología o ambas, positiva a SARS-CoV-2, facilita la atención médica y el seguimiento en búsqueda de la aparición de síntomas de la enfermedad, así como evita, mediante el aislamiento de los pacientes, la propagación de la enfermedad porque se ha demostrado que en los casos leves de COVID-19, la transmisión de la infección ocurre fundamentalmente en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después.⁽²⁰⁾

Se concluye que la propuesta metodológica concebida para la ejecución del despistaje ampliado y personalizado en Venezuela evidencia la factibilidad de esta tecnología sanitaria para detectar personas con manifestaciones clínicas o epidemiológicas de COVID-9, lo que facilita —de forma consustancial— la toma de decisiones oportunas para su atención.

Referencias bibliográficas

1. Falvey JR, Ferrante LE. Health Care During the Covid-19 Pandemic. Flattening the disability curve: Rehabilitation and recovery after COVID-19 infection. Heart & Lung [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];49:440-1. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S014795632030162X?token=2CBE12825AA2EE27FD6E69063AA810933A7C671FBA0082FA20F00327DA301E9145D84AFA8FA14FB9B2FD1E8AC2C901E8>

2. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de COVID-19: orientaciones provisionales. [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [acceso: 02/11/2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333968/WHO-2019-nCoV-IHR_Quarantine-2020.3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Comisión Presidencial para la Prevención, Atención y Control del Coronavirus. Boletín Venezuela Reporte COVID-19. [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para Relaciones Internacionales; 2020 [acceso: 02/11/2020]. Disponible en: <http://mppre.gob.ve/wp-content/uploads/2020/05/12-05-2020-Bolet%C3%ADn-informativo.pdf>
4. Comisión Presidencial para la Prevención, Atención y Control del Coronavirus. Venezuela: cuatro lineamientos exitosos contra el COVID-19. Boletín Venezuela Reporte COVID-19. [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para Relaciones Internacionales; 2020 [acceso: 02/11/2020]. Disponible en: http://mppre.gob.ve/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-26_Bolet%C3%ADn-Covid-19.pdf
5. Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa. Rev Cub Med Gen Integr [revista en Internet]. 2009 [acceso: 28/10/2020];25(4):107-16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n4/mgi11409.pdf>
6. Kim E. Drawing on Israel's Experience Organizing Volunteers to Operationalize Drive-Through Coronavirus Testing Centers. Disaster Med Public Health Prep [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];16:1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7180327/>
7. Navarro Machado VR, Moracén Rubio B, Santana Rodríguez D, Rodríguez González O, Oliva Santana M, Blanco González G. Pesquisa activa comunitaria ante la COVID-19. Experiencias en el municipio de Cumanayagua, 2020. Medisur [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];18(3):388-95. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4654/3133>
8. Choi S, Han C, Lee J, Kim SI, Kim IB. Innovative screening tests for COVID-19 in South Korea. Clin Exp Emerg Med [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];7(2):73-7. Disponible en: <https://www.ceemjournal.org/upload/pdf/ceem-20-032.pdf>
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de Salud en el Área de Salud Integral Comunitaria. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud-Universidad de las Ciencias de la Salud; 2017.
10. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Manual de trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud-Universidad de las Ciencias de la Salud; 2017.

11. Suarez LM, Rodríguez Ramos SL, Martínez Brito I, Muñoz Prado IT. La pesquisa activa: una tecnología sanitaria eficaz en el enfrentamiento de la COVID-19 en Cuba. INFODIR [Internet]. 2020 [acceso: 09/11/2020];0(34):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/938>
12. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. N Engl J Med [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];382(22):2158-60. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe2009758?articleTools=true>
13. Rodríguez Labrada R, Vazquez-Mojena Y, Velázquez-Pérez L. Transmisión asintomática y presintomática del SARS-CoV-2: la cara oculta de la COVID-19. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2020 [acceso: 02/11/2020];10(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/770/807>
14. Jianzhong S. Prácticas y experiencias eficaces en la lucha de China contra la neumonía por el nuevo coronavirus. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];10(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/812/835>
15. Díaz-Canel Bermúdez M, Núñez Jover J. Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];10(2) especial COVID-19:881-7. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/881/887>
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Información clave sobre ensayos de laboratorio para COVID 19. [Internet]. Washington DC: OPS/OMS; 2020 [acceso: 02/11/2020]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2286-informacion-laboratorio&category_slug=Covid-19&Itemid=688
17. García-Bermejo I, de Ory F. Diagnóstico rápido en serología. Enferm Infecc Microbiol Clin. [revista en Internet]. 2017 [acceso: 28/10/2020];35(4):246-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X17300095>
18. López E, Aponte C, Alfonso M. Un recorrido por la pandemia del coronavirus. Rev divulgativa del INHRR "Los Ojos de la Ciencia" [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];1(4):18-82. Disponible en: http://www.inhrr.gob.ve/portal_2020/doc/revista_vol1_n4.pdf
19. Woloshin S, Patel N, Kesselheim AS. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection-Challenges and Implications. N Engl J Med [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];383(6):e38(1)-e38(3). Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2015897?articleTools=true>
20. Lipsitch, M, Swerdlow DL, Finelli L Defining the Epidemiology of Covid-19 – Studies Needed. N Engl J Med [revista en Internet]. 2020 [acceso: 28/10/2020];382(13):1194-6. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2002125?articleTools=true>

Conflicto de intereses

No se declara conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Reinol Delfín García Moreiro: Conceptualización, investigación y revisión crítica.

Pedro Miguel Milián Vázquez: Conceptualización, investigación, análisis formal, visualización, redacción del borrador original, revisión crítica y edición.

María del Carmen Romero Sánchez: Investigación, redacción del borrador original y revisión crítica.

Alexei Domínguez Mora: Investigación, análisis formal y redacción del borrador original.

Norlie Mendoza Mendoza: Investigación, análisis formal, visualización y redacción del borrador original.

Lidia Vázquez Montero: Investigación, análisis formal, visualización y redacción del borrador original.

Financiación

No existen fuentes de financiación.