

COVID-19: Un reto más allá de lo imaginable

COVID-19: A challenge beyond imaginable

Aland Bisso-Andrade¹

Cuando los primeros días de enero de 2020, China dio a conocer la notificación de los primeros casos de neumonía atípica por un nuevo coronavirus (poco después denominado SARS-CoV-2), la comunidad médica tuvo la impresión de estar nuevamente frente a una amenaza similar a los predecesores SARS-CoV del año 2002 y el MERS-CoV del año 2012 y que, probablemente, con la experiencia epidemiológica adquirida, se manifestaría sólo en focos epidémicos pasibles de un adecuado control sanitario.

El 5 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el primer parte de brote de infección por un nuevo coronavirus en Wuhan, China y, tomando como base la experiencia con el SARS y el MERS, así como las vías de transmisión conocidas de los virus respiratorios, desde el 10 de enero empezó a difundir medidas sobre la prevención y control de infecciones respiratorias destinadas a proteger a los profesionales de la salud.

Para el 30 de enero ya la China registraba 1 741 casos confirmados y también llegaban noticias de los primeros casos en los Estados Unidos, Tailandia y en algunos países de Europa. De modo que ese 30 de enero, la OMS declaró una emergencia sanitaria global debido al brote de una infección por un nuevo coronavirus, entonces denominado como 2019-nCoV. Los casos fuera de la China se dieron en forma aislada, eran de origen foráneo (viajeros procedentes de China) y que, por lo general, permitían identificar al paciente “cero” así como identificar a sus contactos.

De otro lado, a diferencia del MERS que había registrado una letalidad alrededor del 30%, la infección por el SARS-CoV-2 registraba una letalidad de 2,5%; de manera que todo hacía prever que su comportamiento sería similar al primer SARS-CoV detectado en 2002, en Guandong, China. Aquella vez la epidemia se diseminó a más de 30 países, ocasionó poco más de 8 000 casos y 774 muertes (tasa de letalidad de 10%). Las medidas sanitarias de prevención fueron suficiente, el virus perdió fuerza y ya no se comunicaron más casos desde 2004.

Bisso-Andrade, A. COVID-19: Un reto más allá de lo imaginable. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;33(3):93-95.

<https://doi.org/10.36393/spmi.v33i3.543>

Sin embargo, con el transcurrir de los días, las notificaciones de infecciones y muertes por COVID-19 (denominado así por la OMS desde el 11 de febrero 2020) se incrementaron dramáticamente. Para fines de febrero, China ya registraba una cifra cercana a los 80 000 casos y 2 800 muertes, y también se incrementaba la notificación de casos en Europa, Estados Unidos, Oriente y Medio Oriente. Brasil fue el primer país sudamericano en notificar el 25 de febrero y Nigeria el 28 de febrero. Las cifras de casos y muertes, hasta entonces, ya había superado a las ocasionadas por los predecesores SARS y MERS; también ya se tenía conocimiento que el SARS-CoV-2 poseía un número de reproducción (Ro) promedio de 2,5 que era superior a la ofrecida por otras infecciones respiratorias como la influenza H1N1, SARS, MERS y la gripe estacional, y que ese Ro podía ser incluso mayor de 3 en poblaciones susceptibles. Además, la mala noticia (tal vez la peor) fue que los pacientes infectados por el SARS-CoV-2 que se comportaban como asintomáticos eran capaces de transmitir el virus, característica que incrementaba notablemente su virulencia y que convertía a cualquiera en vector del virus, con el consiguiente peligro de contagio impredecible en las poblaciones vulnerables.

Ya las series clínicas publicadas por los médicos chinos, con la experiencia de más de 70 000 casos, indicaban que los casos graves presentaban insuficiencia respiratoria por neumonía y síndrome de distrés respiratorio con necesidad de ventilación mecánica, y que las poblaciones con mayor riesgo de complicaciones y muerte eran los mayores de 60 años, diabéticos, hipertensos y pacientes con alguna enfermedad pulmonar crónica. Pese a todo este conocimiento y con la publicación de la creciente notificación de casos en todos los medios de comunicación, excepto en China, las medidas de control sanitario adoptadas por el resto de países fue de escasa trascendencia. Durante el mes de febrero y gran parte de marzo, los vuelos internacionales continuaron sin interrupciones, los espectáculos públicos y reuniones sociales de todo tipo se desarrollaron en forma rutinaria y la mascarilla era apenas utilizada por los trabajadores de salud de algunas áreas asistenciales y por los pacientes con síntomas respiratorios. La peculiar dinámica de transmisión del SARS-CoV-2, y su carácter de

¹ Médico internista. Past presidente de la SPMI. Ex jefe de la División de Áreas Críticas del Hospital Nacional PNP, Lima, Perú.



fácil transmisibilidad por los asintomáticos, hicieron que la OMS, y otras instituciones sanitarias, dieran una serie de marchas y contramarchas en cuanto al uso apropiado de las mascarillas. Con todo este escenario, la OMS declaró pandemia por Covid-19 el 11 de marzo. En mi opinión, muy tarde. Vista las cosas en forma retrospectiva, y con todos los recursos informáticos que la OMS posee, debió ser por lo menos dos semanas antes.

Hacia el 15 de marzo, las cifras de muchos países iniciaron una curva ascendente nunca antes vista. Italia fue el mejor ejemplo: el 15 de febrero notificó sus tres primeros casos; un mes después, el 15 de marzo, ya registraba 28 000 casos; y, el día 30, 15 días después, había superado los 100 000 casos con más de 12 000 muertes acumuladas.

En el Perú, el 15 de marzo el presidente Martín Vizcarra anunció emergencia sanitaria nacional, decretó la cuarentena, prohibió los vuelos internacionales y nacionales, y el transporte interprovincial. La medida tuvo frutos iniciales. Se logró contener el embate frontal de la pandemia y muchos países siguieron el ejemplo; pero, ya no había forma de evitarla aunque países como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Brasil y México, entre otros, se negaron a adoptar medidas tan radicales. Aun había escepticismo por parte de sus autoridades; tildaron al COVID-19 como una “simple gripe”, aducían exageración y “psicosis colectiva”. Ya para entonces China había aplanado su curva de ascenso y después de superar los 80 000 casos empezó a notificar solo algunas decenas por día. En el resto del mundo ocurría todo lo contrario.

Luego de Italia, otros países europeos (especialmente España), mostraron a diario dramáticas escenas de pacientes colmando sus hospitales. En los Estados Unidos y Brasil, a partir de los primeros días de marzo hasta los primeros días de agosto, el ascenso de sus curvas permanece incontenible. Somos testigos del colapso de los servicios de salud, de la alta mortalidad que a diario se notifica y de la caída de la economía en todos los niveles.

El lento ascenso de la curva que se observó inicialmente en el Perú, nos hizo vislumbrar una esperanza alentadora. Fue efímero. Nuestra condición de país tercermundista, caracterizado por su comercio mayoritariamente informal, pésimo servicio de transporte público, personal de salud deficitario, ausencia de un adecuado servicio de salud de primer nivel, centros hospitalarios que viven en crisis perpetua desde muchos años atrás y un estado socioeconómico estratificado y absolutamente heterogéneo, determinaron el fracaso de las medidas de prevención, habida cuenta de que la cuarentena y las medidas de aislamiento social debieron romperse en aras de reactivar la economía, a fin de paliar de alguna forma el creciente desempleo, el progresivo quiebre de las empresas y la caída en picada de nuestro producto bruto interno (PBI). Es en este panorama que en la fecha de redacción de esta editorial, el Perú lleva casi dos meses con un promedio de 200 muertes diarias, 440 000 casos acumulados y más de 20 000 fallecidos. La gente hace cola en las calles para comprar balones de oxígeno, todos los servicios de salud

-públicos y privados- están colapsados y ya se registran 125 médicos fallecidos por el COVID-19. Los Estados Unidos, pese a todo su poder económico y recursos sanitarios, registró en esa misma fecha 4 800 000 casos y 158 000 muertes, ocupando el primer lugar en el mundo.

Ese es el reto que nos ofrece esta pandemia. Después de siete meses de notificados los primeros casos, el COVID-19 ha cobrado más de 700 000 vidas. Estamos frente a una patología que no sólo ocasiona una infección respiratoria de severidad diversa. Es una enfermedad sistémica que puede afectar uno o más órganos a la vez. El SARS-CoV-2, para atacar a la célula, se fusiona en un receptor ECA-2 que se expresa prácticamente en todo el cuerpo humano. De ahí que, además de los sistemas respiratorios y cardiovascular, puede afectar el sistema nervioso central, los riñones, el aparato gastrointestinal (incluido el hígado), órganos reproductores y hasta la piel. Una enfermedad que luego de una fase viral puede llevar a una etapa inflamatoria donde se desencadenan fenómenos trombóticos diversos, daño del miocardio y de los pulmones, producto de una incontrolable “tormenta de citoquinas”, todo lo cual lleva a falla multiorgánica y muerte del paciente. Aun cuando su tasa de letalidad va del 2 % al 5%, en promedio, la misma puede elevarse al 10% en pacientes de muy alto riesgo y ser mayor del 50% en pacientes sometidos a ventilación mecánica en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Así es, en resumen, la caracterización de una nueva infección que incluso puede ser transmitida por los contagiados asintomáticos y que, a la fecha, solo se tiene como arma fundamental la prevención en base al uso adecuado de mascarillas, distanciamiento social y la higiene de las manos. No hay más. Aún no contamos con antivirales 100% efectivos. Drogas como, hidroxiquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir e ivermectina fueron autorizadas debido a que demostraron actividad antiviral *in vitro*. Las desventajas de prescribir fármacos de forma compasiva radican en que no hay beneficio garantizado y los riesgos de su utilización pueden ser desconocidos. En ese contexto, la ivermectina -respaldada solo por su gran seguridad- se utilizó masivamente en dosis que nunca fueron bien establecidas, debido a que difícilmente se podía extrapolar para adultos, y en forma correcta, la microdosis antiviral utilizada *in vitro*. Después de varios meses de utilizadas y a la luz de las conclusiones de varios estudios clínicos, ninguno de los medicamentos antes mencionado ha demostrado beneficios significativos contra el COVID-19. De otro lado, dichos antivirales fueron utilizados en forma indiscriminada (solos o asociados) y en cualquier etapa de la enfermedad, y no en la fase viral de la enfermedad como correspondía. Los antivirales remdesivir y favipiravir han venido mostrando beneficios promisorios, pero aún falta que concluyan estudios clínicos de mayor envergadura. El uso oportuno y apropiado de la corticoterapia durante la fase inflamatoria de la enfermedad, puede ser beneficioso para el paciente, tal como lo demostró la dexametasona en el estudio RECOVERY. Aún está en discusión el beneficio de los inhibidores de interleuquinas. El 29 de julio,

Laboratorios Roche anunció que su producto Actemra® (tocilizumab), utilizado en un estudio de fase III, no había alcanzado su objetivo primario de mejorar el estado clínico de pacientes adultos hospitalizados graves con neumonía asociada a la COVID-19. De otro lado, la oxigenoterapia y la terapia de anticoagulación han mostrado beneficios y constituyen elementos fundamentales en el manejo del paciente.

Enfrentamos, probablemente, el más grande reto sanitario de la era moderna. Esperemos que las vacunas en estudio tengan resultados exitosos y que, finalmente, ganemos la guerra al COVID-19 tal como ocurrió contra la polio, el sarampión, la influenza y otras infecciones transmisibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Cronología de la pandemia por Covid-19. URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline-covid-19>
2. Vermund Sten. Asymptomatic transmission and the infection fatality risk for COVID-19: Implications for school reopening. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 25: ciaa855
3. Johns Hopkins. University & Medicine. Coronavirus Resource Center. URL disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Shailendra K. Saxena. Editors. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics. Springer, 2020. URL disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-981-15-4814-7>
5. Chan W, He B, Wang X, He ML, Pandemic COVID-19: current status and challenges of antiviral therapies. *Genes & Diseases*. URL disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2020.07.001>.

CORRESPONDENCIA:

Aland Bisso-Andrade
albian44@yahoo.es

Fecha de recepción: 05-08-2020.

Fecha de aceptación: 17-08-2020.