

Pandemia de COVID-19: pelea o huye

COVID-19 pandemic: fight or flight

Miguel Villegas-Chiroque ^{1,a}

En diciembre del 2019, en Wuhan (Hubei, China) se alertó sobre la presencia de un brote epidémico de una nueva enfermedad respiratoria grave (SARS, del inglés *severe acute respiratory syndrome*), rápidamente se identificó el agente: un nuevo coronavirus, inicialmente llamado nCoV-19. En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la alerta sanitaria internacional y la República Popular China redobló esfuerzos para contener la epidemia con estrictas medidas sanitarias, incluidas la cuarentena de la ciudad, tal como afrontó la epidemia del SARS iniciada en Guandong durante el año 2003 ^(1,2).

Esta reciente dolencia se ha denominado por consenso como la enfermedad producida por Coronavirus 2019 (COVID-19, siglas en inglés), y al nuevo beta-coronavirus como virus del SARS tipo 2 (SARS-CoV-2), debido a su semejanza clínica, epidemiológica y microbiológica con el anterior agente del SARS (SARS-CoV-1). La evidencia de transmisión de persona a persona, principalmente vía respiratoria por gotitas de secreción, algunas veces por aerosoles, y otras por contacto directo; y ante la posible contagiosidad antes del inicio de síntomas, presagiaron su difícil contención y rápida diseminación a gran escala, a pesar de su índice de reproducción relativamente bajo ($R_0=2,6$) ^(3,4).

Desde entonces hasta la fecha se han reportado aproximadamente 90 mil casos de casos de COVID-19, en más de 60 países de los cinco continentes, siendo inminente una pandemia sin precedentes en los últimos 100 años. De los casos notificados, la mayoría (90%) ocurrió en China continental. Han fallecido cerca de tres mil afectados, con una tasa global de letalidad de 3,4% ^(5,6). En América, se registra más un centenar de sujetos infectados en seis países, la mayoría en Estados Unidos y Canadá, mientras que, en América Latina hay casos confirmados en Ecuador (seis casos), México (cinco casos), Brasil (Dos casos) y República Dominicana (un caso) ⁽⁶⁾. El caso índice del Ecuador, una paciente adulta mayor que ingresa al país, procedente de España, dos semanas antes de su diagnóstico y de la cual se han identificado cerca de 177 contactos, en cinco se ha confirmado COVID-19 ⁽⁷⁾.

La presentación clínica incluye fiebre, malestar general, tos seca, dificultad respiratoria y síntomas gastrointestinales, luego de un periodo de incubación de cinco días en promedio. Según gravedad y necesidad de manejo, se clasifica como enfermedad leve-moderada (80%, neumonía no grave), severa (15%, neumonía grave) y crítica (5%, SARS, sepsis y shock). Los hallazgos radiológicos revelan infiltrados reticulares periféricos bilaterales y más tardíamente retículo-alveolares multilobares. El dato analítico inicial más destacado es la leucopenia. La evolución varía según la edad y presencia comorbilidad: los niños, adolescentes y jóvenes menores de 24 años cursan con enfermedad leve, los adultos entre 25 y 65 años, evolucionan bien si no presentan factores de riesgo, pero los mayores de 65 años con comorbilidad resultan los más vulnerables. Los factores de riesgo identificados son: enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial (HTA), diabetes y enfermedad pulmonar, hepática o renal crónica ⁽¹⁻⁴⁾.

El tratamiento general es de soporte. En casos graves oxigenoterapia con ventilación mecánica, manejo de la sepsis (antibioticoterapia) y del shock (inotrópicos, corticoides). El tratamiento antiviral específico está en investigación: Remdesivir, un nuevo antiviral análogo nucleótido, con eficacia demostrada contra el coronavirus del SARS del medio oriente (MERS), es el que mejor se perfila. En China, se está usando Lopinavir/ritonavir con interferón alfa. Otras moléculas en estudio incluyen antivirales (fabiravir,

¹ Servicio de Infectología, Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

^a Médico infectólogo, Doctor en Medicina.

ribavirina, oseltamivir, tenofovir, abidol) y antiparasitarios (nitazoxanida, quinina) ⁽⁸⁾. La vacuna potencial no estará disponible en lo inmediato. En suma, el tratamiento específico no es auspicioso y solo deja lugar a la prevención.

La prevención está orientada a reducir la transmisibilidad del agente y por tanto el daño potencial que genera la enfermedad. Las medidas más importantes son la higiene de manos (lavado de manos o uso de alcohol-gel) y la higiene respiratoria (cubrirse la boca al toser o estornudar con el brazo o usando un papel). El uso de la mascarilla quirúrgica es para pacientes infectados y personas no infectadas sin síntomas, mientras que el uso de la mascarilla N-95 es para uso del personal de salud que atiende a los pacientes, personas que cuidan a un paciente afectado o están en contacto cercano con ellas. La bioseguridad del personal de salud, incluido el personal de apoyo (limpieza, alimentación), es irrestricta. El uso del equipo de protección personal (EPP): guantes estériles, protectores oculares y faciales, mandilones descartables, etc., es mandatorio en el personal que atiende los pacientes. Las medidas administrativas son también fundamentales: restricción de visitas, ambientes aislados, etc. ⁽¹⁻⁴⁾.

Desde antaño hasta la actualidad, la primera reacción humana a las terribles epidemias es el pánico, el temor al sufrimiento y la muerte. Este miedo súbito, extraordinario, que oscurece la razón, acompaña al hombre durante la aparición de todas las epidemias: lepra, peste, VIH/sida, tuberculosis, cólera, SARS, ébola, entre otras. Al pánico le sigue inevitablemente la huida y el sentimiento de culpa: la enfermedad como castigo ⁽⁹⁾. En la actualidad, el miedo vende y se intensifica con las noticias, redes sociales y el cine: se genera zozobra social (no hay tratamientos, falta de equipamiento médico y hospitales, etc.) y también económica (caída bursátil, aumento de la moneda extranjera, etc.), lo que dificulta la implementación de medidas de contingencia fáciles y razonables, y se favorece el caos, la enfermedad y la muerte sobre los más vulnerables: pacientes en pobreza extrema.

En Perú, al momento no reporta casos, pero hay alarma en Lima y otras ciudades por casos sospechosos y personas en investigación por COVID-19, todos descartados a la fecha. El Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector ha presentado su norma técnica, actualiza sus boletines epidemiológicos en forma periódica e implementó la prueba diagnóstica por PCR (siglas en inglés de: *Polimerase Chain Reaction*), en el Instituto Nacional de Salud ⁽¹⁰⁾. La contención de la epidemia de COVID-19 en el país será una prueba de fuego para el precario sistema de salud peruano, pero debemos estar preparados con la mejor actitud, conocimiento y herramientas contra la enfermedad.

Finalmente, señalar que, según los datos, la mayoría de los pacientes, sobre todo jóvenes curan sin contratiempos y recordar que la prevención es la mejor arma de combate: lavarse las manos, higiene respiratoria, evitar conglomerados y

espacios cerrados, guardar reposo si se enferma y acudir por atención solo si hay síntomas respiratorios. Por tanto, no hay mucho que temer, y al considerar el principio fisiológico (pelea o huye) propuesto por Cannon, la huida no es opción válida, solo queda dar pelea: la historia demuestra que el hombre ha sorteado todas sus epidemias.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Deng SQ, Peng HJ. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *J Clin Med*. 2020; 9 (2): E575. doi:10.3390/jcm9020575
2. Ralph R, Lew J, Zeng T, Francis M, Xue B, Roux M, et al. 2019-nCoV (Wuhan virus), a novel Coronavirus: human-to-human transmission, travel-related cases, and vaccine readiness. *J Infect Dev Ctries*. 2020; 14(1): 3–17. doi:10.3855/jidc.12425
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223):497–506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
4. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33. doi:10.1056/NEJMoa2001017
5. Organización Mundial de la Salud. Situation report-41. Coronavirus disease 2019. 01 March 2020. [internet]. Ginebra: OMS; 2020. [Citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200301-sitrep-41-covid-19.pdf?sfvrsn=6768306d_2
6. The Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. Coronavirus COVID-2019 Global cases by Johns Hopkins CSSE [internet]. Baltimore: CCSE JHU; 2020. [Citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
7. BBC News. Coronavirus: Ecuador confirma 6 casos de COVID-19 [internet]. London: BBC; 2020. [citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51691127>
8. Lu H. Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV) [published online ahead of print, 2020 Jan 28]. *Biosci Trends*. 2020;10.5582/bst.2020.01020. doi:10.5582/bst.2020.01020
9. Ledermann W. El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Rev Chile Infectol*. 2003; 20 (Supp 2): 13-17.
10. Ministerio de Salud de Perú. Coronavirus. [internet]. Lima: MINSA, 2020 [citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.gob.pe/busquedas?institucion\[\]=minsa&reason=sheet&sheet=1&term=coronavirus](https://www.gob.pe/busquedas?institucion[]=minsa&reason=sheet&sheet=1&term=coronavirus)