

LA PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19

*THE NOVEL CORONAVIRUS COVID-19 PANDEMIC
A NOVA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS COVID-19*

Eduardo Cuestas¹

¹ Editor Jefe. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

EDITORIAL

Miramos hoy, con inquietud y miedo, la evolución de la epidemia iniciada en China donde a finales del año 2019 se registró un aumento de pacientes infectados por un nuevo coronavirus, identificado ahora con las siglas nCoV-2019, localizadas en la ciudad de Wuhan. El pasado miércoles 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la situación de pandemia cuando la enfermedad hizo epicentro en Europa, alcanzando 118.000 casos en 114 países de los cinco continentes con una letalidad estimada de 3,6%.

La aparición de una nueva enfermedad infecciosa supone siempre una situación compleja, especialmente si es una epidemia. Los casos aumentaron rápidamente en Wuhan y en la provincia de Hubei, extendiéndose en menor número y con cadenas de transmisión limitadas por toda China. Al día de hoy hay casos importados y casos secundarios en más de 123 países con 136.000 casos. El 30 de enero de 2020 la OMS declaró esta epidemia como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional.

El virus nCoV-2019 causante de la enfermedad COVID-19 ha sido identificado y secuenciado genéticamente. Está relacionado con otros coronavirus que circulan entre los murciélagos (incluyendo el SARS coronavirus), por lo que se considera que su reservorio natural más probable son los quirópteros. El huésped intermediario, probablemente otro mamífero, no ha sido identificado todavía. El punto de contacto con los seres humanos pudo ser un mercado de animales vivos de Wuhan. Posiblemente durante varias semanas este virus pasó desapercibido, en una ciudad de 11 millones de habitantes y al inicio de la temporada estacional de gripe, hasta que se dio la alerta por el aumento de casos graves de neumonía, y se logró aislar e identificar el nCoV-2019 en varios pacientes.

El salto de un virus de un animal al hombre es habitual entre los coronavirus. Así sucedió con el SARS en 2002-2003 y con el MERS desde 2012. Está demostrado que el nCoV-2019 se transmite de forma eficiente de persona a persona, habiéndose identificado agrupaciones de casos intrafamiliares y de transmisión a miembros del equipo de salud. Hace pocos días se ha reportado el primer caso confirmado de transmisión desde un paciente asintomático que había viajado desde China a Alemania.

La capacidad de transmisión de una infección, se estima habitualmente a partir del denominado número reproductor básico o R_0 . Un valor de R_0 inferior a 1 indica una escasa capacidad de extensión de una enfermedad infecciosa, mientras que valores de R_0 superiores a 1 indican la necesidad de emplear medidas de control para limitarla. Estimaciones fiables sitúan el valor R_0 del COVID-19 en 1,4-2,5, similar al R_0 del SARS coronavirus al inicio de la epidemia, valor que se redujo a un R_0 de 0,67-1,23 al final de la misma. Por contraposición, el MERS coronavirus se ha mantenido siempre en valores de R_0 más bajos (0,29-0,80). Parece entonces que el nCoV-2019 podría ser más fácilmente transmisible que el del SARS. En el reporte de los primeros 425 pacientes de Wuhan se informó que la epidemia duplicó el número de casos cada 7,4 días. Con un intervalo serial promedio de 7,5 días (IC 95% 5,3- 19,0), el número reproductivo básico se estimó en 2,2 (IC 95% 1,4-3,9). La diseminación de la enfermedad parece tener una velocidad alta, aunque aún no contamos con estudios sobre la percolación del virus sobre las mallas geográficas. Estos valores expresan estimaciones medias por lo que hay personas que aunque estén infectadas no transmitirán la enfermedad a nadie, mientras que otras pueden llegar a transmitirla a muchas más. Estos individuos, denominados súper-diseminadores, fueron protagonistas de dos eventos extraordinarios durante la epidemia de SARS en Toronto y de MERS en Seúl, en los que a partir de un paciente «súper-diseminador» se infectaron decenas de pacientes, visitantes y miembros del equipo de salud de dos hospitales. Las medidas de control, como las empleadas en China, pueden reducir notablemente el R_0 de una enfermedad. En la fase inicial de la epidemia de COVID-19 se estimó su valor R_0 a partir de múltiples asunciones y empleando modelos matemáticos. Estas afirmaciones deben tomarse con cautela y valen también para otro parámetro controvertido de cualquier epidemia: el número

de casos reales. Las estadísticas actuales probablemente reflejan un sesgo hacia los casos más graves, que son los que con mayor probabilidad han contactado con el sistema de salud. Los casos leves y los casos asintomáticos probablemente están subestimados. Aunque ha aumentado la capacidad de detección (prueba RT-PCR) de los pacientes infectados, hecho que podría explicar en parte el aumento de cifras de casos, y todavía muchos pacientes pueden estar sin diagnosticar. Esta posibilidad lleva a la discusión sobre la estimación de la tasa de letalidad de esta enfermedad, que en el momento actual se sitúa alrededor del 3,7% IC95% 3,6-3,8, con 136.895 casos y 5077 fallecidos. La mortalidad del SARS se situó alrededor del 10%, por lo que la enfermedad COVID-19 parece, menos grave.

La vía de transmisión más probable del nCoV-2019 es por contacto y gotas respiratorias, en distancias cortas (1,5 m) y también por fómites contaminados por secreciones respiratorias. El contacto prolongado es el de mayor riesgo, siendo menos probable el contagio a partir de contactos casuales. La mayoría de los contagios se producen a partir de pacientes sintomáticos. Pueden existir contagios a partir de pacientes asintomáticos e incluso a partir de personas en periodo de incubación de la enfermedad.

Las medidas de aislamiento son las habitualmente recomendadas para este tipo de transmisión: distanciamiento entre pacientes, uso de habitación individual, uso de batas impermeables, guantes, anteojos protectores y barbijos quirúrgicos para los miembros del equipo de salud, salvo en situaciones de especial riesgo. Para la población general se recomienda obviar las aglomeraciones, distanciamiento entre personas, evitar contacto físico, lavado frecuente de manos, cubrirse con el pliegue del codo al toser y estornudar y contactar al personal de salud en caso de presentar signos y síntomas de infección respiratoria aguda.

Clínicamente la enfermedad afecta algo más a varones (50-60%), de edad media, con enfermedades de base. El periodo de incubación se sitúa alrededor de 5 días (intervalo: 4 -7 días) con un máximo de 12-13 días. Los síntomas más habituales son fiebre, odinofagia, tos, disnea, artralgias y mialgias o fatiga. Alrededor de un 20% de los pacientes presentan complicaciones, siendo las más frecuentes la neumonía y el síndrome de *distress* respiratorio del adulto. El 80% de los casos complicados son mayores de 60 años. Aún no hay datos suficientes sobre la tasa de ataque de la enfermedad en los niños. Aparentemente ésta es mucho menor que en los adultos y la enfermedad es menos grave. El único reporte disponible hasta el momento informa que sobre 366 niños internados con cuadros de infección respiratoria aguda baja, sólo 6 (1,6%) presentaron diagnóstico confirmado con nCoV-2019. No hubo fallecimientos. Sólo uno de estos niños requirió internación en cuidados intensivos. Se ha reportado también un neonato con síndrome de *distress* respiratorio en que se detectó nCoV-2019, aparentemente con transmisión vertical.

No existe tratamiento específico, aunque se están empleando distintos tratamientos experimentales con fármacos antivirales (lopinavir/ritonavir; remdisivir) e interferón. También se ha utilizado suero hiperinmune de donadores sanos, además de las medidas sintomáticas de sostén. Posiblemente la eficacia de las medidas de sostén esté asociada a los recursos y a la calidad asistencial. Los países sin sistemas públicos universales y bien organizados muestran una mayor letalidad. No disponemos de ninguna vacuna experimental, aunque se está trabajando intensamente para conseguir una, aunque deberá esperarse al menos 6 meses.

La situación actual es sin duda muy difícil y puede empeorar. Primero China, la segunda potencia económica mundial, y ahora Europa occidental especialmente Italia y España enfrentan desafíos muy importantes para contener la enfermedad, donde actualmente los sistemas de salud están en máxima tensión, luego de verse sobrepasadas las expectativas que calculaban un riesgo relativamente bajo de importación de casos y se encuentran hoy en emergencia sanitaria.

Las medidas de prevención y control extraordinarias decretadas por las autoridades chinas se basaron en la epidemiología clásica: identificar y aislar a los casos, seguir a los contactos, establecer restricciones en la movilidad (incluyendo la cuarentena) y evitando eventos en los que se produzcan aglomeraciones de personas. El alcance de estas medidas no tiene precedentes, por el volumen de personas afectadas (decenas de millones) y dada la disciplina y solidaridad de la población china, se ha logrado una efectividad notable. Actualmente China ha superado el pico de la epidemia y el número de casos se encuentra en franco descenso (5 casos hoy en Wuhan).

Al día de hoy se han detectado en nuestro país 34 casos con 2 fallecimientos (letalidad de 5,9% IC95% 0,01-13,8). En Argentina ya se ha declarado con prontitud la emergencia sanitaria y los sistemas

de prevención, vigilancia y control de esta nueva enfermedad se adaptan a las directrices y protocolos de la OMS. El Ministerio de Salud de la Nación lidera la respuesta de forma eficaz, trabajando con los Ministerios de Salud de los 24 distritos federales y de éstos con cada municipio y comunidad.

El escenario más probable hoy en Argentina es que tengamos que hacer frente a un número limitado de casos importados dada la cuarentena obligatoria de los viajeros procedentes de áreas de alto riesgo y posiblemente a muy numerosos casos secundarios que triplicarán a quintuplicarán en el mejor de los escenarios los casos esperados de infecciones respiratorias agudas bajas durante la contingencia.

Las actuaciones preventivas derivan de la epidemiología clásica: detectar, aislar y tratar los casos y hacer un seguimiento de los posibles contactos. Los criterios epidemiológicos y clínicos actuales serán cambiantes de acuerdo al curso de la epidemia, pero es fundamental ceñirse siempre a los mismos para optimizar la detección de posibles casos y el empleo de recursos para hacer frente a esta amenaza, especialmente en plena temporada de gripe estacional.

La Salud Pública ha sido y es la guardiana y el heraldo de la salud colectiva y, afortunadamente contamos con un sistema público, universal y gratuito que brinda protección permanente a todos los habitantes. Y aunque nos hemos acostumbrado a ello, no debemos descuidarlo jamás. A propósito de esto Emmanuel Macron, presidente de Francia, ha manifestado ayer “Lo que ha revelado esta pandemia es que la salud gratuita, nuestro estado de bienestar, no son costos o cargas, sino bienes preciosos (...) y que este tipo de bienes y servicios tiene que estar fuera de las leyes del mercado”.

Ahora más que nunca debemos todos trabajar en conjunto, mancomunadamente para dar una respuesta adecuada y proporcionada frente a esta nueva enfermedad. Hay que trabajar con calma, rigor, prudencia y evaluando siempre una situación cambiante, llena de incertidumbre al respecto de cuál puede ser su evolución a corto, medio y largo plazo. Como indicó el director general de la OMS “...este es el momento de los hechos, no del miedo; de la ciencia, no de los rumores; y de la solidaridad, no de la estigmatización”.

Eduardo Cuestas
Editor Jefe
RFCM-UNC

Recibido: 2020-03-16

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n1.27935>



© Universidad Nacional de Córdoba