

Covid-19: la dificultad de enfrentar a un enemigo cambiante

Covid-19: The difficulty of facing a changing enemy

Aldo Vivar-Mendoza ¹

Vivar-Mendoza, A. Covid-19: la dificultad de enfrentar a un enemigo cambiante. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;33(2): 58-60.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v33i2.521>

Las imágenes del mundo actual parecen salir de una película de ciencia ficción. Las calles vacías, las fronteras cerradas, ninguna circulación por los espacios aéreos o marítimos, salvo los viajes esenciales. La supuesta superioridad tecnológica humana ha sido vapuleada por un simple agente natural y prácticamente ha puesto al mundo en cuarentena, el SARS-CoV-2.

El SARS-CoV-2, conocido también como coronavirus o por la enfermedad que produce (COVID-19), es un virus de aparición reciente, emparentado con otros miembros notables de la familia *Corona*, llamada así por las espículas que sobresalen de su cubierta proteica. Son virus que circulan en animales e incidentalmente “saltan” a humanos, en un efecto llamado de “derramamiento”.

Al momento se conocen siete coronavirus capaces de infectar al ser humano, cuatro de ellos provocan el resfrío común y los últimos tres están ligados a epidemias muy virulentas, el SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), aparecido en 2002 y desaparecido en 2004, el MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*), aparecido en 2014 y aun circulando en camélidos, y, el SARS CoV-2, del que se estima que entre finales de noviembre e inicios de diciembre en un mercado de la comunidad de Wuhan en China dio un salto cualitativo (derramamiento) a partir de especies animales a humanos. Se especula que fue por el comercio ilegal de animales, en este caso el pangolín malayo -un animal cuyo contrabando es motivado por supuestas propiedades medicinales- y la interacción con especies de murciélagos.

La historia del SARS-CoV-2 es la misma vivida con otros virus que lograron el salto entre especies, el VIH a partir de monos, el ébola a partir de murciélagos, el Nipah proveniente de cerdos y el virus de la influenza a partir

de las aves. La naturaleza entonces se convierte en un gran laboratorio que alberga mutaciones virales y provee de hospederos potenciales. La expansión de las fronteras urbanas a espacios silvestres expone a los humanos a nuevos agentes infecciosos.

Desde su aparición el SARS-CoV-2 se ha diseminado rápidamente por la región sur de China, desde allí al resto del país, al resto de Asia y aprovechando de un mundo conectado, en cuestión de horas, por los viajes internacionales el virus ha alcanzado los cinco continentes utilizando a seres humanos como medio de transporte; y, en semanas la epidemia se transformó en pandemia.

Utilizando el hospedero humano y la facilidad del contagio respiratorio, el virus ha atravesado miles de kilómetros para convertirse en una amenaza, la llegada a cada país aprovechó la manera de cómo se ha diseñado la vida actual: un comercio y transporte globalizado, grandes ciudades, transporte urbano masivo y un progresivo desmantelamiento del sistema de soporte social a favor de un individualismo a ultranza. De modo invisible pero no menos efectivo, el sistema ha despojado a cierta parte de la humanidad de valores éticos como la solidaridad y la equidad así como el sentido de colectividad. La llegada de esta epidemia ha puesto en cuestionamiento sistemas y valores con unas consecuencias que son imposibles de valorar hasta que no pase el peligro.

La tecnología y la ciencia al día de hoy han logrado descifrar la identidad molecular de este nuevo virus, su modo de transmisión, sus posibles puntos débiles, la patogénesis, el curso clínico, las potenciales armas terapéuticas y prospectos de vacunas, estas últimas dos opciones aun elusivas y pendientes de adecuadas pruebas en campo para mostrar su eficacia. Los estudios clínicos que se han esparcido por todo el mundo están probando decenas de productos, desde antivirales hasta toda una gama de antiinflamatorios. En algunos casos, como el de remdesivir, los beneficios están ligeramente por encima

¹ Médico internista.

de lo significativo y por otro lado, la hidroxiclороquina (HCQ), que tanto entusiasmo causó al inicio, está dando resultados decepcionantes en diversos estudios, mostrando sus dos lados débiles: su casi nula superioridad en desenlaces clínicos y su desproporcionada tasa de eventos adversos, incluyendo muertes. Hace muy poco la OMS, suspendió el enrolamiento de pacientes COVID 19 en el brazo terapéutico de HCQ en espera de una evaluación de seguridad que será conocida a mediados de junio. Existe mucha esperanza en el descubrimiento de una vacuna pero, como se sabe, los plazos que mandan los ensayos clínicos, la producción a escala y la distribución global, amén de los precios, nos dicen que si todas las condiciones se cumplen tendremos una vacuna recién dentro de un año calendario. Por otro lado, ante los pocos buenos resultados de los fármacos, algunos de los esfuerzos se encaminan a la infusión de plasma convaleciente obtenido de personas que se recuperaron de la infección. Los resultados están por verse y en el Perú tres instituciones están desarrollando los protocolos para trabajar en esta terapia. Al momento actual, la única terapia que salva vidas es el suplemento de oxígeno y la ventilación mecánica que da el soporte vital mientras el organismo termina de recuperarse.

Sin embargo, tanto como atenuar el impacto de la enfermedad, ampliando el número de camas y la disponibilidad de ventiladores mecánicos, la tarea más importante es detener la velocidad de contagios, cuya principal estrategia descansa en la modificación del comportamiento humano: el distanciamiento social, la adecuada higiene -sobre todo cuando se presenta una infección respiratoria-, el compromiso de las personas para aislarse si tienen síntomas y el sentido de protección mutua entre seres humanos.

Algo que parece tan simple y sin costo se convierte en el reto más difícil. China, acaso aprovechando su estructura política -prácticamente confinó a una comunidad entera, Wuhan, con 11 millones de personas-, construyó en menos de dos semanas un hospital *ad hoc* y puso en cuarentena otras ciudades de su vasto territorio. Después de semanas de intenso trabajo lograron su cometido, desde el primer caso detectado el 31 de diciembre de 2019 las autoridades chinas declararon el 19 de marzo que no habían ocurrido nuevas infecciones.

El 20 de enero del 2020 se reportaron los primeros casos fuera de China continental en Japón, Corea del Sur y Tailandia. El 30 de ese mes, ante la magnitud de la epidemia la OMS declaró la existencia de una emergencia sanitaria global. Al día siguiente, la administración Trump prohibió el ingreso a territorio estadounidense de extranjeros provenientes de China.

El 11 de febrero, la OMS le confirió a la enfermedad su actual nombre, COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*). Para entonces, China tenía 44 653 infectados y 1 113 fallecidos, la enfermedad ya se había esparcido a 24 países en diversos continentes.

La migración humana hacia lo suyo. Millones de peregrinos y trabajadores migrantes del mundo islámico atravesaron

Irán, dejando una estela de infecciones y muertes, para convertirse, luego de China, en el segundo país con más infecciones.

El primer caso en América Latina se reportó en Brasil, el 26 de febrero, y en Perú se hizo lo propio el 6 de marzo. Al momento de iniciar los reportes de infecciones, todos los casos de COVID-19 eran importados del nuevo epicentro de la pandemia: Europa, donde tres países resultaron ser los más golpeados; así, al 1 de junio ya sobrepasaban a China (83 022 casos), con 276 000 casos en el Reino Unido, 233 200 casos en Italia y 240 000 en España. Por otro lado, Rusia, que emplazó a Europa y Asia reportó 432 863 casos. Sin embargo, el epicentro ya cambió, ahora es el continente americano, los Estados Unidos reportan 1'866 070 casos y Brasil con 531 000 casos.

El número de casos y el de muertes guarda cierta relación con las características biológicas del virus y la susceptibilidad del hospedero pero, al parecer, lo más importante es la respuesta sanitaria del país, medida no solo por la fortaleza del sistema de salud, en términos de capacidad hospitalaria, recursos humanos o materiales. Al ser el COVID-19 una enfermedad de transmisión respiratoria, sin tratamiento efectivo demostrado y desconociendo la relación entre enfermos y portadores asintomáticos, los pilares del control de la epidemia descansan en la aplicación de estrategias que conducen a detener sus determinantes sociales, el contacto humano, la aglomeración de personas en espacios relativamente estrechos y el desplazamiento de grupos humanos en grandes distancias. Entonces la respuesta no solo procede de las acciones del gobierno sino del comportamiento de cada uno de sus ciudadanos.

Las respuestas vinieron de la experiencia con la influenza: cuarentenas, distanciamiento social, higiene. No es fácil detener un país, la experiencia reciente lo ha demostrado, y poner primero la salud de las personas sobre el crecimiento económico. La idea es detener la transmisión del virus, matarlo por inanición al no tener a quien infectar y con ello "aplanar la curva" de crecimiento exponencial de una epidemia. Un aumento descontrolado de casos no haría más que colapsar cualquier sistema sanitario sabiendo que el COVID-19 puede terminar en falla respiratoria y que requiere el uso de ventilación asistida, los hospitales y, sobre todo, las unidades de cuidados intensivos se convierten en los verdaderos cuellos de botella. Se sabía todo esto y ocurrió lo que menos deseábamos.

El Perú ha respondido temprana y eficazmente tratando de controlar los determinantes sociales de esta epidemia, las medidas de confinamiento y la llamada inmovilidad social -simplemente un toque de queda-. Sin embargo, a la población le ha costado y le cuesta acatar el orden. Cada semana se vio un endurecimiento progresivo de las normas de confinamiento como una nueva vuelta de tuerca que ajuste el desorden.

Pero, el desorden apareció por el lado menos esperado, al parecer la población entendió que las primeras dos semanas eran suficientes para "aplanar la curva", no fue así y la cuarentena se fue alargando. Cansados de esperar

y sin trabajo muchos ciudadanos del interior del país decidieron volver a su terruño a pie. La comunicación fue efectiva en el lapso de días, centenares de pobladores emprendieron la caminata y durmiendo en la calle. Por otro lado, los mercados se convirtieron en centros de aglomeración y muchas personas incumplieron las normas de distanciamiento social. La consecuencia: los casos se han elevado a 170 039 y las muertes a 4 634, comparado con los 40 459 casos y 1 124 muertes reportados el 1 de mayo se puede apreciar la magnitud del crecimiento de la epidemia, que se concentra mayoritariamente en Lima. Los mercados, donde casi la mitad de los comerciantes ha sido infectada, y los medios de transporte parecen ser ahora los focos de contagio.

La única gran experiencia previa en epidemias la tienen los peruanos con el cólera, donde el país tuvo el triste privilegio de ser el epicentro de una epidemia que se expandió por toda América Latina. Eran otras épocas, casi no había un sistema sanitario formal, la pobreza y la anomia social eran casi hegemónicas en un medio ambiente insalubre, el vibrión se expandió en el agua y alimentos. Sorprendentemente, la letalidad fue baja, de algo sirvió la experiencia de la diarrea infantil que metió en el inconsciente de los médicos peruanos el valor de la rehidratación.

Hoy, el COVID-19 encuentra al país en una mejor condición, tanto económica como sanitaria. Sin embargo, parece que las medidas sobre los determinantes sociales no fueron tan sólidas como se pensó inicialmente. En esta epidemia el conocimiento y la experiencia se construyen día a día, sobre todo en una sociedad tan compleja e impredecible como la nuestra. Han ocurrido titubeos casi inaceptables y eso provocó la salida de la ministra de salud y el ministro actual tuvo una confrontación pública con el Colegio Médico. Los hospitales públicos ante el aumento de la demanda, donde ya no se diferencia entre establecimientos COVID-19 o no, han demostrado sus carencias, hay un desorden que pone en riesgo lo avanzado y, especialmente, un riesgo innecesario al personal de salud, que se nota más en los establecimientos de provincias. Al momento han fallecido 42 médicos en todo el país. Otra historia es el tema de las pruebas diagnósticas que, por su naturaleza, aun son imperfectas y de las que no se conoce bien su precisión, valores predictivos y reproducibilidad; sin embargo, a periodos de escasez de pruebas han seguido otros de disponibilidad pero el panorama es incierto.

Hay vacíos aun en la vigilancia epidemiológica, se ha perdido demasiado tiempo en diseñar curvas sin dar la importancia debida a la geolocalización de casos

para contener los focos de contagio. Por otro lado, se ha sembrado una nublada esperanza en terapias que no funcionan, los medios han hecho lo suyo y como corolario ha emergido un mercado negro de medicamentos que dan una falsa sensación de seguridad. No se ha sido firme en esto y no se ha querido enfrentar un vacío terapéutico que no es propio del Perú sino del mundo entero.

Ante una epidemia agresiva que se va develando a medida que pasan los días y con el esfuerzo de la comunidad científica global que a diario entrega información, los médicos peruanos, sus instituciones y las organizaciones académicas, tienen un rol trascendental, el de utilizar la ciencia en todas sus dimensiones tecnológicas y valores morales, analizar los hechos concretos en su contexto, sin juicios de valor, sin intereses personales o grupales con el objetivo de tomar las mejores decisiones con los recursos disponibles. La evidencia la ponen los científicos, las decisiones las autoridades, no hay que dejarse confundir.

Combatir una epidemia es aceptar las discrepancias y la discusión, que se entienda que no son fisuras ni traiciones sino la voluntad de encontrar la mejor estrategia. La inteligencia es nuestra mejor arma; y, la firmeza, una vez tomadas las decisiones, es nuestro norte. En estas situaciones las experiencias ajenas que se publican a diario son valiosísimas pues funcionan como lecciones aprendidas pero es bueno recordar que no deben ser copiadas literalmente pues no existen dos sociedades y sistemas políticos iguales, la evidencia científica debe ser evaluada desde diversos puntos de vista hasta encontrar el modelo apropiado a nosotros, de no ser así corremos el riesgo de que las normas decretadas sean un espejo deformado de nuestra realidad y, peor aún, que la realidad la termine sobrepasando, haciéndola obsoleta e ineficaz en solo unos días.

Por otro lado, el retiro de grupos humanos de ciertos espacios ha permitido observar la armonía, superioridad e inmutabilidad de las leyes de la naturaleza, de un ecosistema que se sana y renueva, por lo que es hora de demostrar que estamos a su altura.

REFERENCIAS

1. La literatura sobre COVID-19 es copiosa y de acceso libre. El autor ha revisado los sitios web de *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine*, *National Institutes of Health*, *Centers for Disease Control*, *World Health Organization*, *Ministerio de Salud del Perú*, *Imperial College London* así como múltiples portales web de los principales diarios del Perú y el mundo así como de periodismo independiente.

Lima, 1 de junio del 2020.