



## **COVID-19 Task Force SV**

### **Boletín informativo Número 1, 29 abril 2020.**

#### **Contenidos.**

- Manifiesto.
- Breve definición de COVID-19.
- Partes de prensa médica: Baja mortalidad por COVID-19 en Alemania y la experiencia de Japón en la isla de Hokkaido: Lecciones aprendidas.
- ¿Qué podemos dar por cierto sobre la pandemia COVID-19? Comentarios de la doctora María Fabiana Olivato, infectóloga de Catamarca, Argentina.
- Imagen de la semana: Niveles de bioseguridad: Códigos de vestimenta.
- Comorbilidades en pacientes con COVID-19.

#### **Manifiesto.**

1. Los profesionales miembros del grupo de trabajo conjunto COVID-19 en El Salvador (COVID-19 *Task Force* ES) nos definimos como un “tanque de pensamiento” que trabaja con el objetivo de crear una base de datos científicos de la mejor calidad posible durante la pandemia causada por el virus SARS-Cov-2.
2. Nuestra misión no tiene fines de lucro ni está vinculada a corriente política o religiosa de ningún tipo, porque estamos comprometidos con la educación libre de sesgos, disponible para todos, que pueda difundirse en todas las plataformas posibles.
3. Estamos constituidos por profesionales de ambos sexos, formados en medicina, enfermería, psicología y nutrición y otras disciplinas aliadas a las Ciencias de la Salud.
4. Nuestra organización es horizontal e igualitaria, con espacios para amplia participación.
5. Estos esfuerzos cristalizarán en boletines periódicos, que resuman de modo práctico las evidencias que vayan emergiendo respecto a la pandemia COVID-19, basándose en fuentes de reconocido prestigio, tanto de periodismo médico como de publicaciones especializadas en Ciencias de la Salud. La difusión de estos boletines será libre y gratuita.

## **DEFINICIÓN DE COVID-19.**

El 11 de febrero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que COVID-19 sería el nombre oficial de la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus: “CO” significa “corona”, “VI” corresponde a “virus” y “D” hace referencia a enfermedad (“*disease*” en inglés). El nombre del virus que causa la enfermedad es síndrome respiratorio agudo severo -coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Hay amplia cantidad de publicaciones sobre la biología del virus, de su potencial para diseminarse de humano a humano, la epidemiología, etiopatogenia y fisiopatología de la COVID-19; hay, por desgracia menos certeza respecto a modalidades terapéuticas que puedan resultar efectivas. Todos estos temas serán abordados en sucesivos boletines, a medida que se vaya acumulando información de calidad en las próximas semanas.

## **PARTES DE PRENSA MÉDICA.**

### **1. Baja mortalidad por COVID-19 en Alemania.**

Sin ir en detrimento de la importancia del distanciamiento social, no se puede dejar de ver el éxito en la disminución de mortalidad de parte de Alemania (tasa de alrededor de 0.4%); producto de una política sanitaria de búsqueda masiva de casos, para poder detectarlos tempranamente; aunado con medidas de confinamiento domiciliar a los positivos asintomáticos (para no recargar el sistema hospitalario y no caer en los riesgos de los centros de contención). Esto requiere inversión importante en la ejecución de pruebas gratuitas a la mayor cantidad de personas.

Colaboración por Dr. Eduardo Wollants, médico internista, nutriólogo, abogado.

Fuente: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52111586>

### **2. La experiencia de Japón en la isla de Hokkaido: Lecciones aprendidas.**

Coronavirus en Japón: las 3 lecciones que deja la segunda ola de contagios de COVID-19 en la isla de Hokkaido. El gobierno local persiguió el virus con determinación, rastreando agresivamente y aislando a cualquiera que hubiera tenido contacto con los contagiados. La política funcionó y a mediados de marzo, el número de casos nuevos se había reducido a uno o dos por día. El 19 de marzo se levantó el estado de emergencia y, a principios de abril, se reabrieron las escuelas. Sin embargo, apenas 26 días después del levantamiento paulatino de las restricciones, se volvió a decretar la cuarentena en Hokkaido.

Hay al menos tres lecciones.

Primero: **Puedes tener bajo control el brote si lo detectas temprano.** "Es relativamente sencillo delimitar grupos de contagiados, hacer seguimiento y aislar", explica el profesor

Kenji Shibuya, del King's College de Londres. El experto sostiene que las autoridades japonesas tuvieron bastante éxito en su enfoque de control de aglomeraciones.

Segundo: "La principal lección que se puede extraer es que, incluso si se tuvo éxito en la contención la primera vez, **es difícil aislar y mantener el bloqueo durante un largo período**. A menos que se amplíe la cobertura de pruebas, es difícil identificar la transmisión comunitaria y la transmisión hospitalaria".

Tercero: "incluso si se tiene éxito en la contención local, pero hay transmisión en otras partes del país, mientras la gente se mueva, es difícil mantener a una zona libre del virus".

Colaboración por Dra. María Eugenia de Ramos, internista y cardióloga.

Fuente: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52333560>

### **3. ¿Qué podemos dar por cierto sobre la pandemia COVID-19? Comentarios de la doctora María Fabiana Olivato, infectóloga de Catamarca, Argentina.**

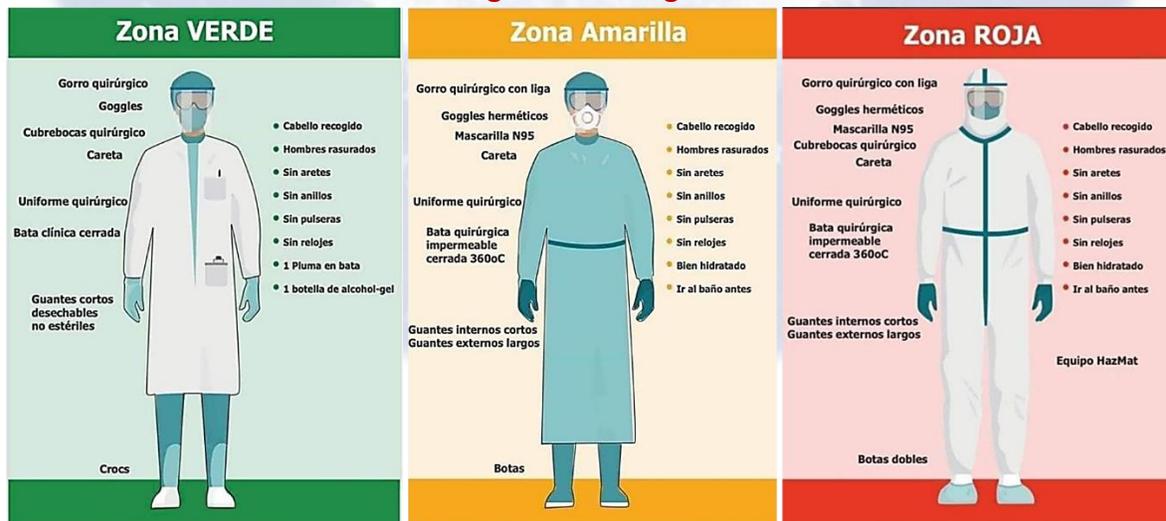
- Alto número de asintomáticos en personas jóvenes, lo que perpetúa la epidemia.
- Necesidad de detectar y aislar asintomáticos.
- En algunas comunidades de ciudades medianas, los testeos por cohortes dieron más de un 30% de asintomáticos.
- Los presintomáticos que son aislados evolucionan mejor que los expuestos a recirculación del virus.
- Recirculación de virus alrededor de una persona (múltiples exposiciones, ambientes cerrados, ascensores repetidamente) serían factor de gravedad.
- los leves que son internados en lugares comunes están en riesgo de agravarse por la recirculación del virus. Esto se agrava cuando hay muchos pacientes por personal de salud.
- Mascarilla disminuye la carga viral recibida o emitida.
- Todos los países que lograron buena curva epidemiológica utilizaron, entre otras medidas, mascarillas en forma masivas.
- Fundamental testeos repetidos en personal de geriátricos.
- Zonas Rojas peligrosas de alta recirculación viral: Primero, consultorios médicos, guardias y hospitales. Luego, supermercados, farmacias y en concentraciones fuerzas de seguridad. Necesidad de realizar en estos grupos de cohortes de trabajo (ej. 7 días de trabajo y 7 días no) y testeos recurrentes.
- Hospitales con uno o sin casos de COVID, 5% de positividad en profesionales.
- Necesidad de detección de anticuerpos protectores en estos grupos de alta transmisibilidad.
- Error no testear personal de salud y no dividir hospitales en zonas Rojas y no Rojas.

- Lo ideal en leves: no internar en lugares no aislados o no internarlos y seguir su movimiento y contacto por otros medios (GPS).
- Éxito en Corea del Sur: combinación de alto testeo en grupos de riesgo y asintomáticos, seguimiento por GPS y utilización de mascarillas.
- Alta infección y mayor gravedad en médicos y enfermeros, 100 médicos muertos en Italia. Probablemente combinación de alta exposición viral y exposiciones anteriores a coronavirus. Se recalca necesidad de "descanso de exposición" a profesionales porque el alto número de contagios hace que haya falta de profesionales para atención adecuada.
- Se advierte del riesgo de no querer parar la actividad. En regiones del Norte de Italia se quiso seguir trabajando y, finalmente, se terminó en un *lockout* de toda Italia, con mayor costo final además del desastre sanitario.
- Probable necesidad de unas 6 a 8 semanas de cuarentena, pero que la salida durará todo el año con necesidad de distancia social (no aislamiento), sin eventos masivos, suspensión prolongada de clases presenciales, mascarillas y paradas transitorias por sectores de riesgo cada determinada unidad de tiempo, o cuando aparece un caso.
- Respuesta temprana y agresiva de países mejora curva de contagios y probablemente víctimas fatales.

Colaboración del doctor Wilfredo Osorio Menocal, médico internista, especialista en Medicina del Trabajo.

Adaptación: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.

**IMAGEN DE LA SEMANA:**  
**Niveles de bioseguridad: Códigos de vestimenta.**



Fuente: Código de vestimenta hospitalaria ante COVID, versión 1.1, 6 abril 2020. Hospital Para el Niño Poblano, México.

**Pregunta para los lectores: ¿Tienen todo lo que se necesita para sus labores cotidianas?**

## COMORBILIDADES EN PACIENTES CON COVID-19.

El 22 de abril de este año Richardson S. et al han publicado en JAMA un estudio observacional que describe las comorbilidades detectadas en 5700 pacientes hospitalizados en New York, una población muy diversa y racialmente variada. Transcribo el *abstract*, traducido al español y resumido, para después acotar algunos datos de interés.

### ***Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area***

Safiya Richardson, MD, MPH; Jamie S. Hirsch, MD, MA, MSB; Mangala Narasimhan, DO; James M. Crawford, MD, PhD; Thomas McGinn, MD, MPH; Karina W. Davidson, PhD, MASc; and the Northwell COVID-19 Research Consortium.

**RELEVANCIA:** Hay información limitada que describe las características de presentación y resultados de pacientes estadounidenses que requieren hospitalización por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas y los resultados de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en un sistema de salud estadounidense.

**DISEÑO:** Serie de casos de pacientes con COVID-19 ingresados en 12 hospitales en la ciudad de Nueva York, Long Island y el condado de Westchester, Nueva York, dentro del Sistema de salud de Northwell. El estudio incluyó a todos los pacientes hospitalizados secuencialmente entre 1 de marzo de 2020 y 4 de abril de 2020, incluidas estas fechas.

**EXPOSICIONES:** Casos con infección por Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), confirmados por resultado positivo en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa de una muestra nasofaríngea entre pacientes que requieren ingreso.

**PRINCIPALES EVENTOS Y MEDIDAS:** Resultados clínicos durante la hospitalización, como ventilación mecánica invasiva, terapia de reemplazo renal y muerte. Demografía, línea de base las comorbilidades, signos vitales y los resultados de las pruebas también se recopilaron.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 5700 pacientes (edad media, 63 años; rango, 0-107 años; 39,7% mujeres). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión (3026; 56.6%), obesidad (1737; 41.7%) y diabetes (1808; 33.8%). En el triage el 30,7% de los pacientes eran febriles, el 17.3% tenía una frecuencia respiratoria superior a 24/minuto, y el 27.8% recibió oxígeno suplementario. La tasa de coinfección por virus respiratorios fue del 2.1%. Se evaluaron los resultados para 2634 pacientes que fueron dados de alta o que habían muerto en el estudio, durante la hospitalización. Un total de 373 pacientes (14,2%) (mediana de edad, 68 años, 33.5% mujeres) fueron tratadas en la unidad de cuidados intensivos, 320 (12.2%) recibieron ventilación mecánica invasiva, 81 (3.2%) fueron tratados con terapia de reemplazo renal y 553 (21%) murió. La mortalidad para aquellos que requirieron ventilación mecánica fue del 88.1%. La mediana de tiempo de seguimiento posterior al alta fue de 4.4 días (IQR, 2.2-9.3). Un total de 45 pacientes (2.2%) fueron readmitidos durante el período del estudio. El tiempo medio para reingreso fue de 3 días (IQR, 1.0-4.5). Entre los 3066 pacientes que permanecieron hospitalizados al final del estudio (mediana de edad, 65 años), la mediana de seguimiento al momento del censo fue de 4.5 días (IQR, 2.4-8.1).

**CONCLUSIONES Y PERTINENCIA:** Esta serie de casos proporciona características y resultados tempranos de pacientes hospitalizados secuencialmente con COVID-19 confirmado en el área de la ciudad de Nueva York.

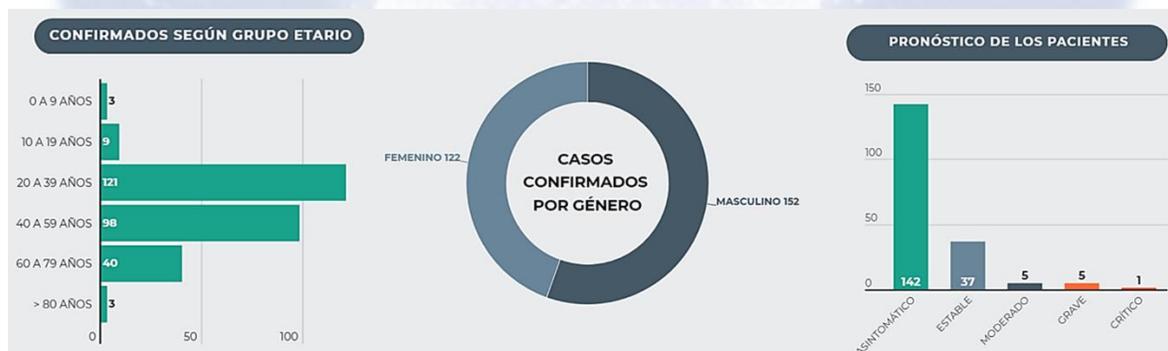
Referencia: JAMA. doi:10.1001/jama.2020.6775. Publicado online Abril 22, 2020.

**Análisis extractado de los editores de JAMA:**

- Todos los datos hacen referencia a situaciones clínicas de corto plazo.
- La tasa de uso de ventilación mecánica invasiva y de necesidad de diálisis es útil para predecir los requerimientos de equipos y personal para afrontar los retos.
- Asusta el 88% de mortalidad en pacientes con ventilación mecánica, pero hay gente que seguía ventilada al momento del cierre de recolección de datos y ese porcentaje podría variar.
- No se ha reportado una estratificación de eventos por raza/etnicidad, factores socioeconómicos y muchas variables clínicas.

**Comentario del redactor:**

En la mayoría de países de América Latina hay mucha reserva gubernamental sobre los datos clínicos de los casos confirmados. A la fecha de la redacción de este boletín, al menos para El Salvador, solo se sabe del número de casos confirmados, su edad y género, y el porcentaje de pacientes asintomáticos, así como de las muertes en pacientes positivos a COVID. Los criterios para definir a los pacientes como “estables” “moderados”, “graves” o críticos” no están clarificados en el boletín diario del gobierno salvadoreño. La mortalidad al momento es relativamente baja, comparada con otros países de América Latina, considerando el testeado por millón de habitantes.



COVID-19 en El Salvador, datos al 25 de abril 2020. Fuente: <https://covid19.gob.sv/>

Los datos neoyorquinos dan luz sobre el perfil del paciente que terminará hospitalizado y de su evolución, al menos a corto plazo. Esta data podría sernos de utilidad en un futuro cercano.

Colaboración: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.