



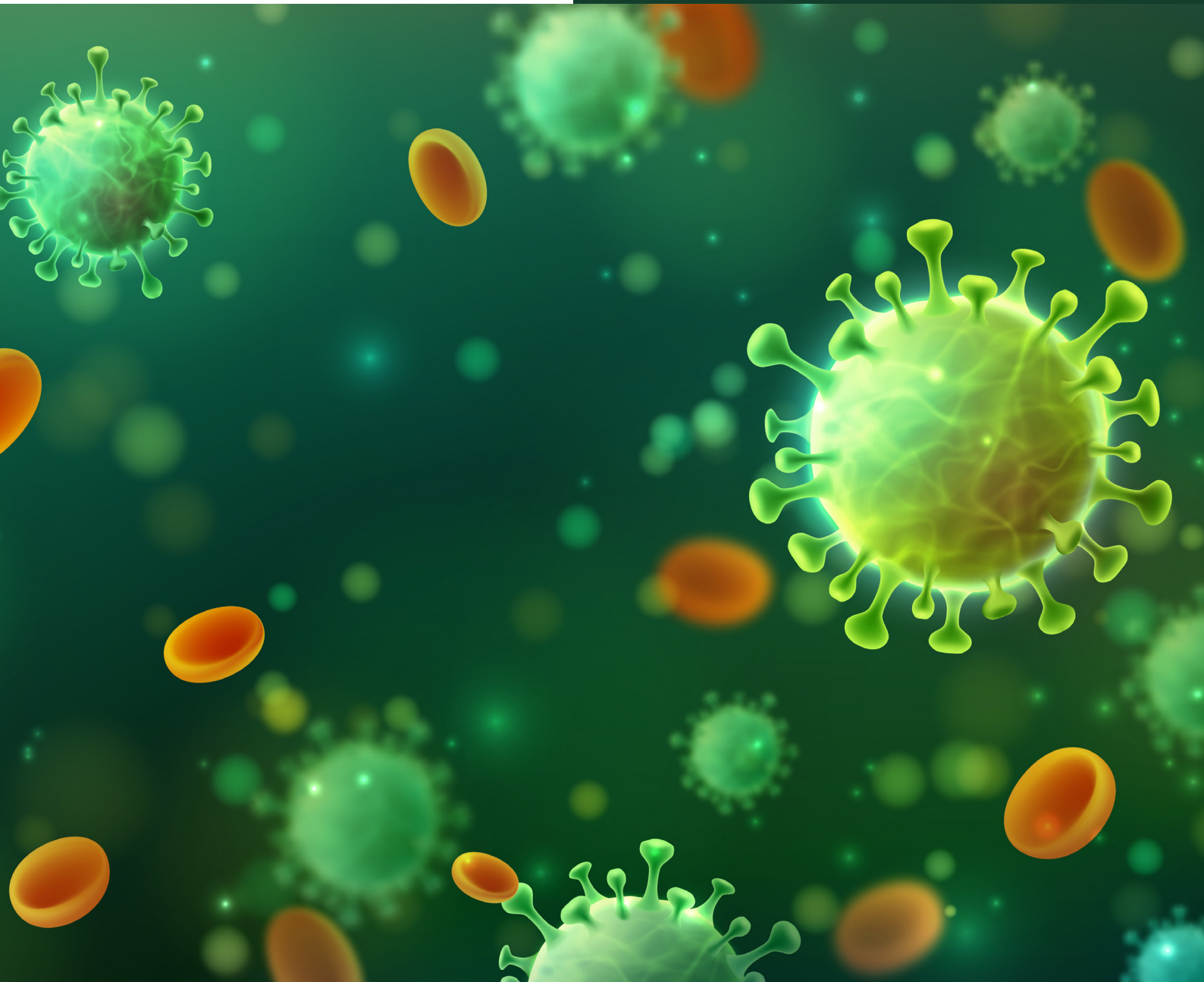
Visión de ALAT acerca de la pandemia de SARS CoV-2

Prof. Carlos M. Luna

Departamento Infecciones Respiratorias

Asociación Latinoamericana de Tórax

19 de marzo 2020



Introducción

La infección respiratoria por el coronavirus SARS CoV-2, bautizada como COVID-19, lleva tres meses desde su llegada y reconocimiento en diciembre de 2019 en China y que resultó en una pandemia que al 19 de marzo 160 países del mundo han reportado casos sumando 230.000 enfermos y 9.358 muertes. Esta enfermedad conmueve no solo por su letalidad, menor al 4% de los enfermos, sino por su alta contagiosidad que obliga a adoptar medidas preventivas extraordinarias y por la falta de medidas terapéuticas. Ante nuestros asombrados ojos avanza triplicando su incidencia en pocos días, sin poder visualizar en qué momento y cómo terminará.

El objetivo de este editorial es repasar lo ocurrido en estos tres meses y trazar un análisis de su impacto en América Latina.

Desde sus comienzos

La enfermedad comenzó en la ciudad de Wuhan, una enorme ciudad en la provincia de Hubei en China, y de entrada mostró su fuerte transmisibilidad. Rápidamente tuvo impacto en otras provincias de China, en países vecinos y progresivamente en países asiáticos más occidentales, para rápidamente presentarse en Europa, América del Norte y al resto del mundo con una dinámica nunca antes vista. En ese proceso América Latina ha mostrado un impacto relativamente uniforme, más allá de algunas excepciones que no es posible determinar si son debidas a algún tipo de diferencia epidemiológica o es solo reflejo de una diferente estrategia de selección de los sujetos para realizar la prueba diagnóstica molecular.

¿Cuál es la situación de la pandemia en el mundo y en América Latina?

El comportamiento de la pandemia tiene aspectos generales y particulares que es oportuno analizar. Este virus, proveniente de un animal aún no plenamente clarificado, es absolutamente desconocido para el sistema inmune del hombre y que explicaría en parte su gran contagiosidad. Un enfermo se estima capaz de contagiar a tres personas y por lo tanto el número de enfermos se amplifica muy rápidamente y en pocas semanas pasa de ser una amenaza potencial a superar la capacidad de respuesta del sistema de salud de muchos países.

En Wuhan, ciudad donde se inició en China, la incidencia mostró un explosivo avance de llegando a unos 5.000 casos diarios a las 4-5 semanas y a partir de allí comenzó a exponer una caída configurando un perfil de curva muy empinada y luego decrecien-

te similar al que dibuja un brote de influenza anual (FIGURA 1). En este momento es difícil de precisar qué influencia tuvo la dedicada tarea de las autoridades y personal de salud en China para lograr este resultado. En Corea del Sur inicialmente mostró algunas variantes, pero al final dibujó una curva parecida a la de China. Toda la región de Asia, y particularmente el este del continente, es que hasta el momento responsable de casi la mitad de casos de SARS CoV-2 (110.000). De todas maneras, China, así como inauguró la pandemia también ha sido el primer estado que en hoy declara haber terminado con los casos locales, si bien es un tanto temprano como para cantar victoria, es una señal que deben mirar los demás países.

La Europa "turística", con Italia, Francia, Alemania, España, pero también Noruega, Suecia, Suiza, Austria, Holanda, Dinamarca, muestran a esta altura del mes de marzo, un creciente aumento de casos con un epi-

FIGURA 1.

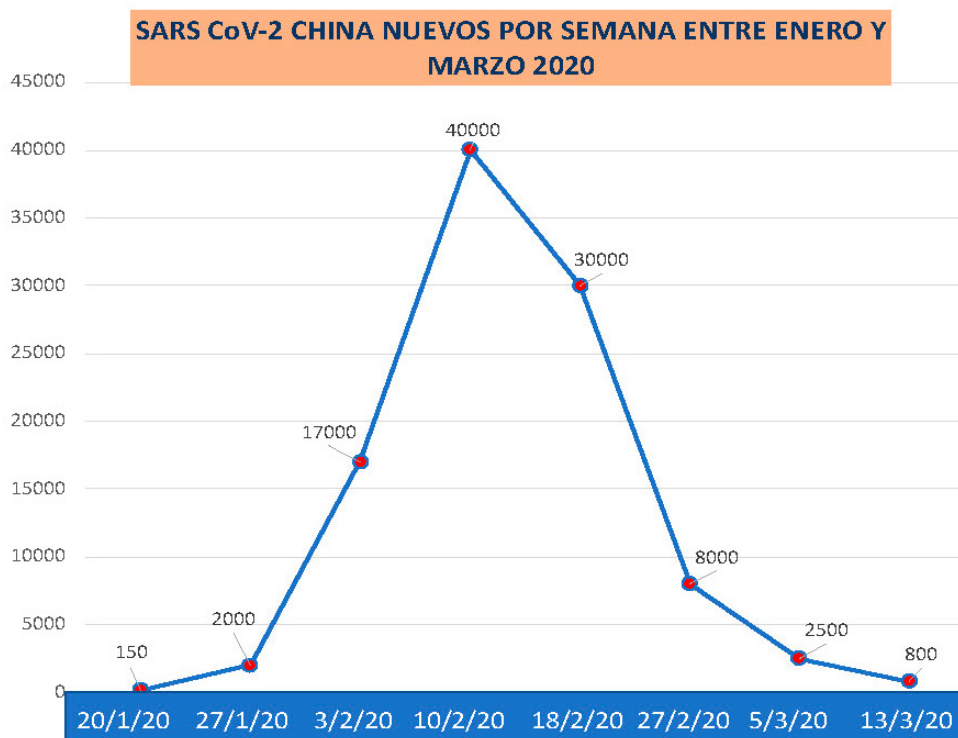
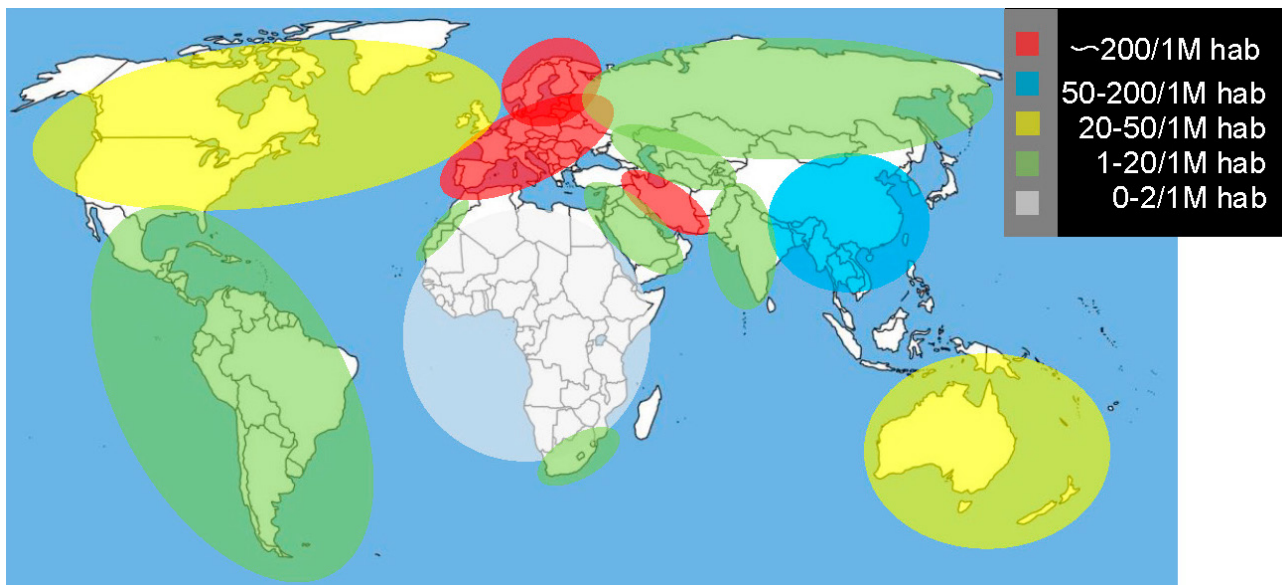


FIGURA 2.

Mapamundi mostrando la tendencia aproximada de lincidencia de la infección por Covid-19 en el mundo a mediados de marzo. Europa tiene las cifras más altas, le siguen China y Corea del sur, América del norte y Oceanía, Latinoamérica, Rusia, India y Arabia y África son cifras por millón de habitantes (/M hab) aproximadas, anotadas en la referencia de colores.



centro distintivo en Italia (con tasas de 600 a 1200 enfermos cada millón de habitantes) y un promedio de 200 casos por millón de habitantes. En la fecha, y reconociendo la dinámica de la enfermedad, Estados Unidos y Reino Unido están reportando un impacto bastante menor (40 y 30 casos por millón de habitantes). En el otro extremo, países africanos, con pocas excepciones, y algunos otros estados pobres esparcidos en distintos lugares del planeta presentan una incidencia muy baja (menor al 1%) de esta enfermedad. (FIGURA 2).

¿Cuál es la situación de esta enfermedad en América Latina?

A fines de la tercera semana de marzo de 2020 América Latina ostenta cifras muy menores de incidencia de esta enfermedad, alrededor de 7/M hab, con extremos distantes (Panamá 25/1.000.000 de habitantes y México 1/1.000.000 de habitantes). La mortalidad descrita es muy semejante a la encontrada en Corea (0,7%). Estas últimas cifras parecen mostrar que nos encontramos en una situación ventajosa en comparación con otras áreas del mundo, debido muy probablemente al tiempo transcurrido desde la detección de los primeros casos (alrededor de 20 días atrás), y otros imponderables con los datos disponibles que podrían incluir el funcionamiento de los procesos de diagnóstico molecular por distinto número de tests disponibles, número y ubicación de los la-

laboratorios capaces de procesar la muestra, estrategias elegidas para seleccionar el candidato a ser testeado, etc. Podrían también tener influencias alguna predisposición especial con raíces genéticas, condiciones climáticas y geográficas especiales y otra serie de elementos difíciles de mensurar con los elementos que podemos tener a mano en este momento.

La mortalidad descrita hasta el momento en América Latina sugeriría que la gravedad de los cuadros es menor y, con la prudencia que merece el manejo de estos números y podría explicarse por la ausencia de co-infecciones con otros patógenos más comunes en épocas invernales, ejemplo: superposición del brote de influenza al brote de COVID-19, etc.

Pero más allá de la causa de esta situación “favorecida” deberíamos sacar algunas conclusiones que nos permitieran encarar este desafío con una filosofía común con el objetivo único que nos permitan salir de la coyuntura con el menor impacto sanitario y humano posible. Debemos partir teniendo en cuenta que, aún descontando insondables diferencias sociales, económicas, de infraestructura hospitalaria, de recurso humano en el personal de salud y de la oportunidad y eficiencia de las políticas de prevención y tratamiento de distintas enfermedades, estamos en una situación similar. En América Latina, adolecemos de un hándicap negativo en infraestructura hospitalaria, calidad de los sistemas de salud y parámetros basales de salud pública comparando con muchas realidades del primer mundo y nos obliga a **maximizar la prevención**.

Por lo anterior parece claro que si lleváramos adelante estrategias que nos permitan reducir lo más posible el alto contagio en un corto período, como en los últimos 10 días se planteó en muchas fuentes, podríamos aspirar a tener al sistema de salud en mejores condiciones para atender una demanda no tan aguda, y al mismo tiempo, ilusionarnos que un menor índice de transmisibilidad pueda describir una curva de incidencia de la enfermedad habiendo contagiado a un número menor de personas.

CONCLUSIÓN

La impresión es que en América Latina, más allá de buscar urgentes vacunas o expectativas en tratamientos usando anti-retrovirales, antipalúdicos, anticuerpos monoclonales, etc., pongamos el foco en conductas tendientes a **disminuir la transmisión de esta enfermedad adoptando conductas sociales de higiene y distanciamiento estricto** evitando la exposición de nuestro aparato respiratorio y nuestras manos de manera de conseguir el beneficio de al menos aplazar lo más posible el contagio. Esta es la prioridad que debemos entender y aplicar.

