

Enfermedad por Coronavirus: Una Guía para Médicos de Emergencias

Los pacientes con diagnóstico presuntivo de enfermedad por coronavirus deben ser aislados; todos los profesionales de la salud deben utilizar equipos adecuados de protección. Las autoridades de la institución y de salud pública deben ser alertadas y se deben seguir las pautas recomendadas para la confirmación diagnóstica.



Fuente: American Journal of Emergency Medicine 1-41

Título original: Coronavirus Disease (COVID-19): A Primer for Emergency Physicians

Autores: Long B y colaboradores

Institución: Brooke Army Medical Center, Houston, EE.UU.

Introducción

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró a la epidemia por un nuevo coronavirus como una “*public health emergency of international concern*” (PHEIC); el 11 de marzo de 2020 se declaró la pandemia.

El coronavirus 2 asociado con síndrome respiratorio agudo grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2 [SARS-CoV-2]*) es el responsable de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La epidemia se inició con la descripción de 27 enfermos que presentaron neumonía de causa desconocida, a finales de diciembre de 2019, en Wuhan, Provincia de Hubei, China. Desde sus comienzos, la epidemia se consideró ocasionada por un virus; la mayoría de los enfermos presentaba fiebre o disnea. La enfermedad COVID-19 se expandió rápidamente al resto del mundo. En la presente revisión se aporta una guía práctica para los médicos salas de guardia, en relación con la evaluación y el abordaje de los pacientes con diagnóstico presuntivo de COVID-19.

Virología

SARS-CoV-2 es un miembro de la familia de coronavirus; otros miembros de la misma familia son el SARS-CoV, el *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)* y diversos coronavirus responsables de resfríos comunes. Al igual que otros miembros de la familia, SARS-CoV-2 es un betacoronavirus, probablemente asociado con un reservorio animal.

Epidemiología

La mayoría de los primeros casos de COVID-19 se relacionaron con viajes a la Provincia de Hubei; sin embargo, tanto en China como en otros países se ha referido un número creciente de casos de transmisión entre personas. Hasta el 94% de los casos de COVID-19 se originaron en la provincia de Hubei en diciembre de 2019, pero en marzo de 2020, el número más elevado de nuevos casos se comunicó en Italia, España, Alemania y los Estados Unidos.

Se considera que el agente de COVID-19 se disemina principalmente entre las personas, por contacto estrecho (aproximadamente 1.8 m), por gotas de secreciones respiratorias; también puede ocurrir la transmisión a partir de superficies contaminadas con posterior contacto de nariz, ojos o boca. Se considera que la mayor capacidad de contagio ocurre cuando los pacientes están más sintomáticos; sin embargo, evidencia limitada sugiere diseminación del virus en pacientes asintomáticos. La diseminación viral es mayor en los enfermos en estado crítico. El virus es sumamente contagioso, con R_0 o número básico de reproducción superior a 2.2, es decir que por cada caso de COVID-19 identificado en la población general, se esperan más de 2 casos adicionales. En los primeros análisis epidemiológicos de 425 casos de COVID-19 en Wuhan, China, la mediana de edad de los enfermos fue de 59 años y el 56% fue de sexo femenino. En el estudio más amplio realizado hasta la fecha, con 72 000 casos registrados hasta 11 de febrero de 2020, el 86.6% de los enfermos tenía entre 30 y 79 años. El índice de mortalidad ha sido de 2.3%. Se han referido algunos casos pediátricos (0 a 19 años; 2.1% de la totalidad de los casos). Alrededor del 3.8% de los casos con confirmación de la infección por estudio de laboratorio ocurrió en personal de la salud; el 14.6% de estos pacientes tuvieron enfermedad grave, es decir $PaO_2/FiO_2 < 300$, saturación de oxígeno de 93% o más baja, presencia de infiltrados pulmonares (> 50%) en el transcurso de 24 a 48 horas, y frecuencia respiratoria de 30 o más por minuto o disnea. Los pacientes en estado crítico son aquellos que presentan shock séptico, disfunción de múltiples órganos o insuficiencia respiratoria (5% de los casos, con índice de mortalidad de 49%). Los índices más altos de mortalidad se registran en los enfermos de más de 80 años (14.8%). Los índices de mortalidad en los sujetos sin enfermedades intercurrentes o con ellas son del 0.9% y del 10.5%, respectivamente. En comparación con la epidemia previa de SARS, el índice de mortalidad asociado con COVID-19 es mucho más bajo. Asimismo, la pandemia por virus de influenza H1N1 de 2009 y por influenza estacional en 2017 se asociaron con alrededor de 220 veces más riesgo de mortalidad.

Poblaciones especiales

Los factores de riesgo para COVID-19 incluyen la edad avanzada, las enfermedades crónicas, la inmunosupresión y el cáncer. Se dispone de poca información para la enfermedad en embarazadas, pero se considera que estas pacientes y los fetos son más vulnerables a COVID-19, en comparación con la población general. La exposición ocupacional es un riesgo inherente en el ámbito de la atención de la salud.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de COVID-19 son similares a los de otras enfermedades del tracto respiratorio: fiebre, tos, fatiga y disnea. La infección por virus influenza y virus respiratorio sincicial, la neumonía bacteriana y otras enfermedades pulmonares, como

el embolismo pulmonar, deben incluirse en el diagnóstico diferencial. Los antecedentes personales y familiares son fundamentales. Los pacientes con COVID-19 pueden presentar, también, diarrea, letargo, mialgias y náuseas y, menos frecuentemente, cefaleas, confusión, vómitos, pleuresía, odinofagia, estornudos, rinorrea y congestión nasal. En una serie de 41 pacientes con COVID-19 de Wuhan, los síntomas más comunes fueron la tos (76%), la fiebre (98%), o la disnea (55%). Alrededor de la mitad de los enfermos presentan síntomas gastrointestinales, como anorexia, diarrea, vómitos y dolor abdominal; en una serie de 204 pacientes, 7 de ellos presentaron síntomas digestivos, pero no respiratorios. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en los sujetos de edad avanzada y en los pacientes con compromiso del sistema inmunológico. Los enfermos de más de 60 años y con comorbilidades suelen tener enfermedad más grave. Se han descrito tres patrones característicos de COVID-19; enfermedad leve con síntomas del tracto respiratorio superior, neumonía no grave y neumonía grave complicada con síndrome de distrés respiratorio agudo (ARDS por su sigla en inglés), que motiva medidas agresivas de resucitación. La frecuencia de ARDS es de 17% a 29%. La infección bacteriana secundaria, la insuficiencia renal aguda, el shock séptico, la neumonía asociada con el respirador y el daño cardíaco son otras complicaciones posibles de COVID-19.

Abordaje inicial del paciente con diagnóstico presuntivo de COVID-19 en sala de guardia

Los pacientes deben ser aislados; las autoridades del hospital y de salud pública deben ser comunicadas. Los sujetos en investigación deben utilizar barbijos para reducir el riesgo de transmisión de la infección a otras personas. Los profesionales deben utilizar los equipos apropiados de protección; de manera ideal, el transporte utilizado para el traslado de los enfermos debería disponer de sistemas de filtros de aire de alta eficiencia (*high efficiency particulate air* [HEPA]). Los ambientes deben ser desinfectados, preferentemente con alguno de los agentes aprobados por la U.S. *Environment Protection Agency* (EPA). La intubación se asocia con formación importante de aerosoles y diseminación de virus.

Confirmación diagnóstica

El diagnóstico de COVID-19 se efectúa por medio de la detección de virus en muestras del tracto respiratorio superior e inferior, por medio de reacción en cadena de polimerasa por transcripción inversa (RT-PCR por su sigla en inglés) en tiempo real, cuya sensibilidad es del 66% al 80%. El resultado negativo, sin embargo, no excluye el diagnóstico, especialmente en los pacientes con enfermedad en estadio temprano. La tomografía computarizada de tórax no es necesaria para el abordaje inicial del enfermo, en sala de guardia. Por el momento no se dispone de tratamientos específicos.