



Reflexiones a propósito de la pandemia de COVID-19: del 18 de marzo al 2 de abril de 2020

Reflections on COVID-19 pandemic: from March 18 to April 2, 2020

Dr. C. Alfredo Espinosa Brito, <https://orcid.org/0000-0003-0746-9349>

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos

Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular, Consultante y de Mérito de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Investigador Titular. Académico de Mérito de la Academia de Ciencias de Cuba

Dirección para la correspondencia:

Calle 37 No. 5404 e/ Ave 52 y Ave 54, Cienfuegos, Cuba. CP: 55 100.

Correo electrónico: alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El pasado domingo 15 de marzo recibí un pequeño correo, muy significativo para mí, de la directora de mi hospital, donde me decía:

“...estamos aquí en combate, desde la posición que a cada cual nos toca; la gente respondiendo bien ante cada tarea, aprendiendo todo, pues es algo que esta generación no ha vivido en otros momentos, pero por suerte tenemos a los profesores de experiencia a nuestro lado. Nuestro servicio de medicina interna presente, dispuesto y dando todo lo que tiene. Ha sido una excelente respuesta de cómo no desatender nada”.

Para finales de marzo, el presidente Miguel Díaz-Canel afirmaba:

“Cuba está enfrentando la pandemia de la COVID-19, uno de los retos más grandes que ha tenido la humanidad en las últimas décadas, en medio de un asedio, de un bloqueo, de una persecución financiera y de una

campaña de descrédito que no han cesado por parte del imperialismo yanqui.

(...) los problemas financieros del país se agravan, los problemas de disponibilidad de divisas se agravan y nosotros estamos enfrentando esta situación con las enormes limitaciones que nos impone el bloqueo.

Estos son tiempos donde hay que exaltar los valores humanos, son tiempos de solidaridad, de generosidad, de entrega, apoyo, responsabilidad y de mucha disciplina y exigencia”.

Por razones de mi profesión he estado involucrado de lleno en la prevención y en la atención de pacientes en diversas epidemias de enfermedades infecciosas que han “azotado” al país y al territorio en los últimos 50 años, pero la nueva pandemia de COVID-19 me ha encontrado no como otras veces en la vanguardia del “combate”, sino en la retaguardia. Me he mantenido buscando información digital relacionada con esta pandemia que tiene al mundo “en vilo” –y también a nuestro país– e intercambiando con mis colegas de aquí y de otros lares, tratando de ayudar lo más posible.

Pero la velocidad es tal, que tengo la sensación de que siempre estoy por detrás de lo que se publica o informa. Como muchos, me mantengo al tanto, sobre todo, de las informaciones y recomendaciones oficiales que sobre este tema se publican en diversos medios de difusión masiva. En estos párrafos resumo algunas ideas desde mi puesto de “aislamiento”, o mejor, de distanciamiento físico imprescindible, al decir de Teresa Oroza.

Esta es la primera epidemia (pandemia) seguida en tiempo real en todo el mundo, gracias al desarrollo actual de las TIC, con las redes sociales como protagonistas. **Y ESTO HAY QUE TENERLO MUY EN CUENTA**

En estos días he recordado los múltiples brotes de infecciones respiratorias agudas a los que he asistido que, por razón del largo tiempo dedicado a la atención de enfermos, han sido muchos. Desde mis días de estudiante, conocí que la “gripe” (influenza estacional A y más raramente B), es ocasionada por virus que tienen la capacidad de mutar cada cierto tiempo y eludir la inmunidad adquirida por haber padecido la enfermedad previamente o por medio de la vacunación. Cuando se produce la entrada de un nuevo virus de influenza muchos se contagian de manera rápida y el virus afecta sin distinción a miembros de las familias, de colectivos laborales, estudiantes, instituciones de diverso tipo, etc. Es cuando enferman entonces todos o casi todos en una casa: el popularmente conocido “catarro malo”. Típicamente, entre los afectados están los ancianos que tenían anticuerpos contra los “virus viejos”, pero no para el nuevo que ha mutado.

Estos brotes son más frecuentes en los meses de “nuestro invierno”, aunque también los hemos tenido, con menor frecuencia, en el verano. Entre los síntomas más frecuentes están fiebre, tos, expectoración, anorexia, astenia, toma del estado general, con una convalecencia variable. Por haber tenido acceso a las series cronológicas del hospital donde he trabajado durante largos años, siempre me llamó la atención la observación empírica de una elevada mortalidad en el mes de enero, coincidente con el alza de pacientes ingresados con IRA (infecciones respiratorias agudas), cuando la elevada presión asistencial ponía en tensión el número de camas disponibles para su admisión.

En Cuba, con el tradicional choteo criollo, se le han dado diversos nombres a estos episodios, muchas veces el del personaje “más malo” de la novela o la película de moda. Cuando estos brotes epidémicos de las “tradicionales” influenza A y B han afectado a los inmunodeprimidos (ej., los ancianos inmunosenescentes, los que padecen otras comorbilidades: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, insuficiencia cardíaca, desnutrición, insuficiencia renal, cáncer, tra-

tamientos con quimioterapias, etc.), se produce en ellos una alta letalidad –comparada con personas más jóvenes y sin otras afecciones–; de ahí la recomendación de la vacunación periódica contra la influenza en estos grupos, aunque la eficacia de la vacunación es muy variable, por la mutagenicidad rápida de estos virus.

Cuando se producen estas “oleadas” de casos, provocan no solo un incremento de atenciones médicas, un aumento súbito del número de ingresos y de casos graves, sino también un incremento del número de muertes por esta causa, la llamada *sobremortalidad* (o exceso de mortalidad) por influenza y neumonía, es decir, mayor número de fallecidos que los esperados como promedio por esta causa, situación que se conoce en salud pública desde hace mucho tiempo.

Es bueno señalar que en todos estos casos, el diagnóstico etiológico de los brotes llegaba a los médicos que asistían a los enfermos a través de los epidemiólogos del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, que informaban –a veces tardíamente– que están circulando los virus tales y tales en el muestreo de vigilancia de casos con infecciones respiratorias agudas, por pruebas que se enviaban y se realizaban en el Instituto de Medicina Tropical (IPK), cuyos resultados recibían. Sin embargo, solo en la epidemia de influenza A (H1N1) conocimos más cercanamente de la realización y luego informe del resultado de las pruebas efectuadas a los pacientes graves. Por ello, a este último brote, se decidió denominarlo mejor como *enfermedad tipo influenza* (ETI), ante la imposibilidad de realizar pruebas de laboratorio específicas por PCR para identificar el virus en todos los pacientes.

Cuando supe de la existencia de la epidemia de neumonía por un nuevo coronavirus en China, enseguida pensé en una emergencia similar que conocía: la de la Influenza A (H1N1) que nos afectó en 2009, evento en el que estuve muy vinculado a la organización de los servicios de salud, a la atención directa de los pacientes más graves ingresados entonces, así como a la mayoría de los fallecidos que ocurrieron en nuestro hospital. En el país, los primeros casos se reportaron a partir de viajeros extranjeros, entre los meses de mayo y agosto de 2009. Y, casi de manera súbita, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de vigilancia –que objetivamente fueron mucho menores que los realizados ahora–, se incrementó el número de casos confirmados a partir del mes de septiembre, cuando se informó que el virus ya circulaba en la comunidad, o sea, que rápidamente ya había transmisión autóctona, comunitaria, no solo casos importados.

En aquella ocasión los servicios de atención médica asumieron el mayor peso del enfrentamiento a la pandemia, cuando ya teníamos los casos diseminados en el país. Los profesionales de la salud, junto con el gobierno, se unieron a

todos los sectores y la propia comunidad para educar, prevenir, tratar y rehabilitar con las mejores prácticas disponibles ante una epidemia con características novedosas y peligrosas para los médicos y el personal de la salud, especialmente en cuanto a la presentación de pacientes con formas clínicas graves “inesperadas”, sobre todo en los primeros momentos. Se privilegió la vigilancia y la atención de algunos grupos reportados como de alto riesgo de complicaciones graves, y entre ellos se priorizó a las embarazadas, entre las que no tuvimos ningún fallecimiento en Cienfuegos, aun cuando varias estuvieron en estado crítico.

En total, durante el período abril a diciembre 2009, en el hospital ingresaron 1556 pacientes con el diagnóstico de enfermedad tipo influenza (ETI) –denominación que se le dio a la enfermedad, que no incluía la confirmación virológica en su “criterio operativo de caso” –, y de ese total 767 eran embarazadas y puérperas. En las unidades de cuidados intensivos fueron admitidos 157 enfermos con formas graves. Durante esa etapa, fallecieron en el hospital 33 pacientes con ese diagnóstico, y de ellos solo 6 tuvieron confirmación virológica de influenza A (H1N1) por reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa reversa (RCP-TR) en muestras enviadas al laboratorio de referencia del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. Debido a esta observación empírica de PCR negativos en casos clínicamente floridos, se manejó que dicho resultado pudiera haberse debido a errores en la toma, el traslado y el procesamiento de la muestra, o por el momento de la enfermedad en que fueron tomadas las muestras, por lo que no fue un parámetro al que se le dio mucho valor en la atención médica de los casos de entonces.

En estos días he vuelto a recordar, además, los tiempos iniciales del Proyecto Global de Cienfuegos (PGC), a finales de los años 80 e inicios de los 90 del pasado siglo. ¿Por qué? Porque entonces fueron planteados con claridad y con fuerza cuatro factores imprescindibles para enfrentar adecuadamente un “problema de salud” y para aspirar a su solución. Ellos son 1) la voluntad política consciente, expresa, continua y con la participación con conocimiento de causa de las máximas autoridades del gobierno, 2) un trabajo intersectorial intenso y creativo, así como 3) la concientización y participación de la comunidad, todos unidos en pos de un fin común, y finalmente y no menos importante, 4) contar con un sector de la salud fuerte como protagonista técnico imprescindible, pero con modestia, avalado por un trabajo muy profesional –adjetivo que quiere decirlo todo– y abnegado de nuestra gente, a lo largo del sistema nacional de salud (con proyección internacional).

Se ha dicho que “La salud es algo muy importante para dejarla solo en las manos de los médicos”. Así que he pensa-

do que el actual proyecto de país se pudiera denominar como **“Proyecto Global de Cuba a la estrategia nacional actual para enfrentar la COVID-19”**, en el caso actual para prevenir y controlar la epidemia por el SARS-CoV2 en todo el territorio nacional, en lugar de la epidemia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles que identificamos hace más de 30 años en nuestra ciudad de Cienfuegos, origen del PGC. Es decir, voluntad política, intersectorialidad, participación comunitaria y servicios de salud. ¡Siempre debería ser así! ¿Y dónde está de nuevo el punto más débil entre nosotros y en que hay que insistir más? Lamentablemente, en la participación activa, educada y consciente de TODA la comunidad y de TODAS las personas individualmente.

Sin embargo, la prevención y el control de las enfermedades agudas, más cuando son infecciosas y especialmente de transmisión aérea, son “otra historia”. La presión del tiempo es mucha y las expectativas son grandes, por eso no hay que levantar falsas expectativas. Esto se complica todavía más cuando se trata de una enfermedad emergente, inédita, con una muy rápida velocidad y facilidad de contagio como la COVID-19, que cuenta con el aval de haber hecho colapsar servicios de salud en países desarrollados y de provocar un número significativo de muertes, en un mundo interconectado física y virtualmente, con una lluvia de informaciones de todo tipo como nunca, pues esta pandemia es la primera que “se está transmitiendo en vivo, en directo y en tiempo real” para todo el mundo, con más usuarios que un juego entre el Real Madrid y el Barcelona. Por cierto, ambas ciudades están “en candela”.

Hasta ahora siempre había “escuchado” a los maestros de la epidemiología decir que es “muy muy muy” difícil evitar la diseminación de las epidemias de enfermedades respiratorias infecciosas, a pesar de “todas las vigilancias”. Lo que se debía pretender siempre sería **aplanar la curva de la incidencia de los casos**, donde la identificación de los infectados, el diagnóstico y el aislamiento de los enfermos, para “romper la cadena” de contagios son de importancia capital, así como el ahora denominado “aislamiento social de todas las personas” presuntamente sanas, reorientar todos los servicios (con prioridad en el caso de los servicios de salud) y, simultáneamente, optimizar las conductas médicas hasta donde sea posible, sobre todo en los casos más graves, a partir de las mejores evidencias disponibles y de la valiosas experiencias previas de nuestros profesionales de la salud, en cada momento y lugar. Hay que tener cuidado, porque nos podemos chotear internacionalmente con la introducción de prácticas pseudocientíficas que se “cuelen” en los protocolos de actuación aprovechando el “río revuelto” y el “vale todo”.

El caso de cómo nuestro país está enfrentando la pande-

mia actual es inédito e impensable en otros países, debido a la gran prioridad que se le ha dado por las autoridades máximas de la nación a lo que hemos llamado **Proyecto Global de Cuba**. El despliegue de multitud de acciones a todo lo largo y ancho del país, en pro de la salud de TODOS los cubanos, sin escatimar en los costos de los recursos dispuestos, en medio de una crisis económica previa acrecentada por un cruel bloqueo de los Estados Unidos, con medidas impensables para muchos, como la de impedir la llegada de barcos con combustible a la isla y tantas otras.

El envío de brigadas médicas de ayuda a diversos países, para enfrentar la pandemia, es un gesto de solidaridad inédito e inimaginable para no pocos, algunos de los cuales incluso intentan denigrar estos esfuerzos en actitud vil. En fin, el ejemplo de Cuba va a quedar para la historia. Confiemos en la capacidad y la dedicación de todos para –como estamos acostumbrados– lograr la victoria ante esta dramática situación.

POLITIZACIÓN, ECONOMÍA, COMERCIALIZACIÓN, INTERESES SOCIALES

Algo que se hace evidente, cada vez más, es la interferencia de la politización y la influencia de los más variados intereses económicos y sociales que se han introducido en toda la información que se encuentra disponible hoy sobre el SARS-CoV-2 y la COVID-19 en un mundo globalizado e interconectado, lo que, en no pocas ocasiones, hacen dudar de la veracidad y consistencia de las informaciones. Como ejemplos se pueden citar la polémica sobre el origen natural o artificial del virus entre Estados Unidos y China; el “ocultamiento” o no de la epidemia inicial por los chinos; las declaraciones y críticas de diferentes presidentes, primeros ministros, parlamentarios, personalidades públicas y científicas; posiciones en extremo nacionalistas y con escasa visión de unidad planetaria; comunicados y solicitudes de instituciones de diverso tipo; recomendaciones de los más diversas terapéuticas, proyectos y actividades de consorcios farmacéuticos, etc. Todos estos comportamientos no son de extrañar en eventos de la naturaleza de esta pandemia que, no se olvide, transcurre en el siglo XXI en un mundo desigual e injusto, en crisis moral.

Trump (*et al.*) siempre va a seguir siendo autosuficiente, prepotente, “pesao”, etc.; va a priorizar la economía ante la salud; su odio hacia Cuba lo hace incitar una campaña de todo tipo, como la que patrocina en contra de las misiones médicas cubanas aun en estas circunstancias y, además, en su país “cogió tarde el tren”. Bolsonaro niega de manera irresponsable las evidencias científicas recogidas durante la pandemia y adopta conductas “perversas”. Ángela Merkel va

a defender a Alemania hasta la saciedad. A los chinos lo que les cayó fue un “meteorito” que por poco los aniquila, algo que después le ha pasado igual a Irán, a Italia y a España. Sin embargo, los chinos se han recuperado del tremendo golpe, a su manera, y hoy ayudan a otros.

Pero, de todas esas y otras experiencias siempre se puede aprender algo. ¿Por qué Alemania tiene tan pocos fallecidos? ¿Cómo y por qué ha mejorado el panorama de los chinos? ¿Qué “errores” cometieron los italianos y los españoles, si es que fue así? Las respuestas a estas interrogantes se deben buscar con los pies en la tierra criolla y, como se dice, cubanizándolas. “Pensar mundialmente y actuar localmente”, así decía un lema de la OMS hace años.

NEBLINA INFORMATIVA

Muy relacionado con el epígrafe anterior, está el hecho de que se ha pasado de una etapa de contar con muy poca “información científica” sobre esta nueva infección respiratoria, hace solo pocas semanas, a una avalancha de noticias, opiniones, declaraciones, investigaciones, documentos técnicos, protocolos de actuación, publicaciones, manuales, libros, comunicaciones de todo tipo, capaces de provocar una verdadera “neblina informativa” que puede aturdir y que hay que desenredar, clasificar, contrastar, estratificar, etc. Por tanto, se debe insistir, en medio del fragor del combate, en la necesidad de comprometerse, estudiar, evaluar y pensar mucho y rápido cada día, así como de reforzar la inteligencia colectiva, el trabajo en equipo y el desarrollo de la capacidad de ser dinámicos y flexibles en la toma de decisiones y en las acciones.

Contar con estas competencias en corto tiempo puede resultar más dificultoso para algunos no expuestos previamente a estas contingencias, por lo que no sería ocioso volver a recomendar la ya clásica unidad de “juventud y experiencia” para lograr la ansiada continuidad, sin descuidar la capacitación rápida simultánea de todos. Un ejemplo típico son las indicaciones de cualquier protocolo de actuación emitido por alguna organización internacional –incluso bien confiable–, que debe interpretarse de la forma más adecuada posible e individualizarse para cada paciente. Que en las conductas siempre prevalezca el juicio clínico en un determinado momento, pues las recomendaciones pueden variar según evolucione nuestro conocimiento acerca de la epidemia, de la enfermedad y de la situación concreta a la que se asista.

VIRUS NUEVO, INÉDITO

Características generales:

- Provoca una proporción “significativa” de casos graves y muertes.

- Múltiples interrogantes e incógnitas de entrada, algunas de las cuales se van respondiendo sobre la marcha, pero lamentablemente un grupo no despreciable de ellas solo tendrán respuestas (o no) en el tiempo, más o menos corto o largo, lo que no es fácil de entender por muchos –dentro y fuera del sector de la salud– en la época de la “*rapidación*” del siglo XXI avanzado. Surgen interpretaciones de todo tipo, además de las conocidas y tan de moda *fake news*.
- Alarma que puede llegar al pánico, con riesgo de aparición de episodios de histeria colectiva, enfermedad psicógena masiva (o de masas) en determinados grupos y lugares, desencadenados por rumores o suposición de amenazas vitales. El ser humano no tolera la incertidumbre; es el mayor estresor conocido.
- Evidentes intentos de politización de la epidemia

En cuanto a la polémica del origen del coronavirus, recordé el debate que hubo tras la aparición del VIH, que finalmente quedó interrumpido por aquello de que no importaba tanto de dónde había salido, sino que el reto era hacia donde se dirigía.

Hay más de un reporte donde se señalan varios (dos o incluso tres) *clusters* (o mutaciones) de este coronavirus, unos con peor pronóstico que otros, lo que explicaría en parte las diferencias de letalidad en distintas regiones. ¿Será esto válido? Hay unos cuantos científicos que ponen en duda este aserto.

El coronavirus tiene un dominio de unión para receptores definidos que dirigen la adherencia del virus a su receptor celular, la enzima conversora (o convertidora) de angiotensina 2 (ACE-2 o ECA 2). La replicación del coronavirus comienza con su entrada en la célula. Una vez dentro de la célula, la partícula, descubierta, deposita el ARN en el citoplasma. El ARN genómico del coronavirus tiene un extremo 5' metilado y un extremo 3' poliadenilado. Esto permite que el ARN se adhiera a los ribosomas para su traducción.

Las células pulmonares parecieran no ser las únicas que encajan con el coronavirus. Hay otros órganos que tienen “cerraduras” similares, y estos son el corazón, los riñones, el intestino y el endotelio. Algunos científicos piensan que “el intestino en particular” también es un sitio de entrada importante para el coronavirus. Estos datos corroborarían la hipótesis de que la pandemia comenzó con la ingestión de ciertos alimentos en el mercado de Wuhan (China). Si esto llega a comprobarse, tendría gran importancia, pues evidenciaría otra vía de contagio y sería muy relevante para la contención del problema.

EPIDEMIOLOGÍA

La vía principal de transmisión del virus es aérea, a través de pequeñas gotas que se producen cuando una persona infectada exhala, tose o estornuda. También se transmite al tocarse ojos, la nariz o la boca, tras tocar superficies contaminadas. Las epidemias de enfermedades infecciosas de transmisión respiratoria son muy muy difíciles de contener –recuérdese epidemia de influenza A (H1N1) de 2009– en un mundo tan interconectado por diferentes vías y con tanto tráfico de viajeros entre países, a pesar de todas las vigilancias posibles, humanas y de las más avanzadas tecnologías, pues muchas personas ya infectadas con el virus pueden evolucionar de manera asintomática u oligosintomática y se escapan a los más rígidos controles. Esto hay que tenerlo presente.

Recuerdo que mis profesores de Pediatría me enseñaron la “lápida” que únicamente todos los que adquirían el virus del sarampión desarrollaban de manera inexorable la enfermedad con manifestaciones clínicas, de mayor o menor intensidad, y esto era una excepción, porque en el resto de las infecciones, un grupo de personas pueden estar infectadas y mantenerse asintomáticas; luego, incluso un número variable de personas clasifican entre los que conocemos como “portadores”. De eso hace mucho tiempo, pero no recuerdo que haya leído o conocido algo en contra de esta afirmación (*until my knowledge*, como dicen los anglosajones). En una edición reciente del Harrison se ratifica que no se conocen infecciones latentes o persistentes por el virus del sarampión.

La OMS estima que la tasa de contagio (R_0) del virus es de 1,4 a 2,5, aunque otras estimaciones hablan de un rango entre 2 y 3. Esto quiere decir que cada persona infectada puede a su vez infectar entre 2 y 3 personas, aunque se ha visto que puede haber “supercontagiadores” capaces de contagiar hasta 16 personas. Para controlar una epidemia, se necesita disminuir la R_0 por debajo de 1.

Como se expresó antes, a diferencia de otros virus de infecciones respiratorias agudas (IRA) que se transmiten solo cuando la persona presenta síntomas, este nuevo coronavirus **se puede transmitir incluso antes de la aparición de síntomas**. Esto dificulta considerablemente las medidas de contención de la epidemia: ¿a quién aislar o poner en cuarentena? El ejemplo de Wuhan es excepcional: los chinos no dejaron salir de allí a nadie. China es un país poderoso, movilizaron a 1000 médicos de todo el país hacia ese lugar, hicieron hospitales en 10 días... Otra cultura (milenaria y con características propias), otros recursos. Y así todo...

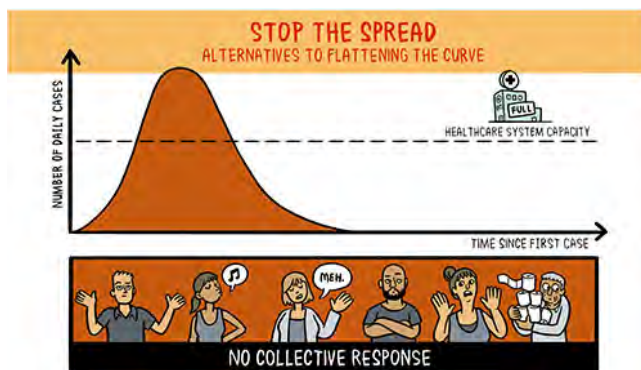
Se siguen empleando internacionalmente medidas extraordinarias para prevenir la entrada de las infecciones respiratorias a los países y a los territorios, incluyendo el viejo recurso de la “cuarentena”, unido al uso de nuevas tecnologías.

Se llega por algunas naciones –especialmente de “tierra firme” –al cierre de fronteras. No es mi propósito ahora debatir sobre esos asuntos, ni estoy en contra de ellos. Sin embargo, desde el inicio, insisto que debieran expresarse claramente esas grandes dificultades para prevenir totalmente la entrada y así no levantar falsas expectativas en la población, que pueden conllevar conductas negativas de incomprensiones de todo tipo, sobre todo entre los no entendidos en este asunto, cuando no se logra el éxito absoluto de impedir la entrada de este tipo de epidemia. Lo que sí es importante enfatizar es que todas las medidas que se adopten estarán enfocadas a retrasar lo más posible y a reducir al mínimo los efectos de la potencial entrada del coronavirus. Este lapso es además valioso para que dé tiempo a prepararse para una probable segunda etapa, elaborar y poner en práctica medidas integrales, perfeccionar bien los criterios de caso y trabajar en la reducción al mínimo posible del número de enfermos–sobre todo los graves–, así como preparar cada vez mejores condiciones para el cuidado de los pacientes, sus contactos y medidas de aislamiento.

Dos aspectos son fundamentales desde el inicio, así como mantenerlos y llevarlos a cabo de manera simultánea: la educación y la capacitación de todos (profesionales de la salud, directivos, sectores, comunidad) y la organización adecuada, dinámica e integral de los servicios para el cuidado y la atención médica de todo tipo a los enfermos, así como la información transparente y continua. Modestamente considero que solo así se podrá alcanzar el mejor escenario posible: reducir el número de casos, de los fallecidos y mantener el control de la epidemia por largo tiempo.

Las figuras que se intercalan a continuación, tomadas de Wikipedia¹, ejemplifican **tres** posibles escenarios de la curva de afectados:-

- Cuando no hay una respuesta colectiva coherente la curva de casos dibuja una “campana”, que desciende después de un pico y termina por el “agotamiento de los susceptibles”.



- Cuando hay una respuesta colectiva mantenida (el mejor escenario, el que hay que tratar de alcanzar): se

reduce mucho el número de casos y se logra controlar la epidemia en el tiempo. Pero hay que insistir en la respuesta colectiva de todos, de sectores y, sobre todo, de la comunidad educada y disciplinada: **este es el camino.**



- Cuando hay una respuesta colectiva por corto tiempo (se reduce el número de casos inicialmente, pero luego reaparecen en proporción epidémica; cuidado, nos pasa a menudo: mucho “entusiasmo” inicial y luego falta de “fijador”).



Nuestro presidente, Miguel Díaz-Canel, en una alocución que transmitieron por el Noticiero Nacional de Televisión, hace algunos días, habló de que había que evitar el desarrollo exponencial de la curva de nuevos casos en fase epidémica –como ingeniero que es, sí entiende mucho de esas curvas–. Y luego nuestro Ministro de Salud Pública, cuando decía hace un par de días que hasta ese momento todos los casos diagnosticados por PCR han sido importados o introducidos y que no se habían detectado casos por transmisión autóctona del virus en el país, dejó entrever que, a pesar de todos los esfuerzos realizados en la vigilancia en la entrada de viajeros, pudo haber quedado alguna persona asintomática no detectada o que luego haya presentado síntomas y no haya acudido a recibir atención médica al sistema de salud. Se ha reportado que los infectados asintomáticos que no fueron detectados, parece que fueron los mayores responsables de la rápida propagación del brote del coronavirus en China.

¹<https://en.wikipedia.org/wiki/File:COVID-19-curves-graphic2-stopthespread-v3.gif>

Otra característica particular, ya mencionada, de esta pandemia es la facilidad y la rapidísima velocidad de propagación, con una alta tasa de contagio (R_0) del virus, lo que no se debe perder de vista. A ello se une la reciente información de que algunos pacientes pueden contagiar el virus durante varios días después del alta clínica. El día 27 de marzo ya se reportaron 80 casos confirmados en el país, todavía en la clasificación de “importados o introducidos”, pero, en el resumen de los “nuevos casos”, llamó la atención que varios de ellos tuvieron contacto con los servicios de salud después de 7, 8 y hasta 14 días del arribo al país. Ya el 29 de marzo había 139 casos confirmados y se reportaba transmisión, todavía local.

Entre los casos positivos comento brevemente dos: la de 14 días fue una extranjera alojada en un hostel de Cienfuegos, y otro, la cubana que vino a ver su familia en Guisa, que dio una fiesta tremenda, con un “molote” de personas antes del aislamiento; decenas de contactos aislados, según le comenté a mi esposa una prima que vive por allá. Si se sabe que la OMS estima que la tasa de contagio (R_0) del virus es de 1,4 a 2,5, uno se pregunta hace días: ¿podremos ser capaces de evitar este tipo de transmisión local? Desde el 28 de marzo por la noche se ha aceptado la transmisión local en Matanzas. Ahora es cuando es, pues la transmisión comunitaria, que es el próximo paso, requiere que las medidas necesarias arrecien.

Penosamente, se puede afirmar que la tendencia del número de casos va a crecer, no hay de otra. La curva epidémica no se corta de un día a otro: o crece exponencialmente como en Italia, o crece poco a poco como en Japón. Es muy importante **decretar medidas estrictas que prohíban el “contacto social”** para detener el avance del virus.

Anthony Fauci, principal infectólogo de EE.UU. aconsejó durante una entrevista con la CNN de abstenerse en proyecciones acerca de posibles víctimas en ese país, ya que se trata de un fenómeno cambiante y existe un gran riesgo de equivocarse... predijo este domingo 29 que millones de personas pueden infectarse con el coronavirus en EE.UU., mientras que el número de muertes puede llegar a «entre 100 000 y 200 000».

Pronósticos estimados en Cuba estarán listos entre el lunes 30 y martes 31 de la semana entrante, según se ha informado por autoridades del MINSAP. “Los estamos analizando, porque nos estamos preparando para un peor momento y poder estimar cuál sería el pico más alto. Para este análisis se tiene en cuenta la población cubana, y las características y transmisibilidad de la enfermedad”. Esperemos.

LOS CASOS

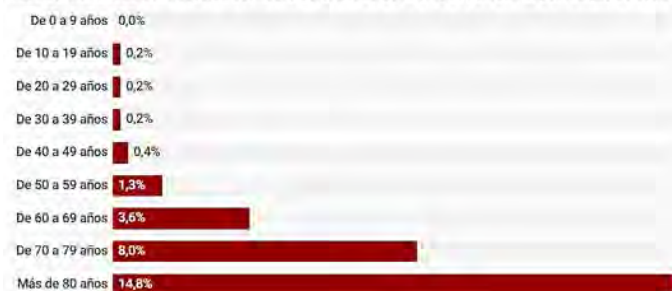
A pesar de que se divulga la noticia de más de 8000 fallecidos ya, no he encontrado estudios de autopsias de los fallecidos. Se sabe que en estas situaciones se evitan las autopsias por el gran temor al contagio ante epidemias desconocidas que pueden matar, y a otras razones, entre ellas el descenso tremendo de su práctica en el mundo, cuando se supone conocer bien las causas de muerte. Como se sabe, en muchas ocasiones resulta difícil atribuir el fallecimiento de un paciente –sobre todo anciano– a una sola causa de muerte, especialmente cuando enferman de diversos padecimientos que tienen repercusión anatómica en varios órganos, algo que únicamente se comprueba cuando se realiza una autopsia completa. Osler consideraba a la neumonía como “la amiga del hombre viejo”, dada la cantidad de veces que acompaña al anciano como proceso intercurrente, además de que se presenta como complicación de otras entidades.

Los patólogos son capaces de identificar los hallazgos típicos de las neumonías virales por la presencia “membranas hialinas”, infiltrado inflamatorio de células redondas, etc. Así sucedió con unos cuantos fallecidos por la influenza A (H1N1) en el 2009. Solo he encontrado un estudio histopatológico que publican unos patólogos chinos del Hospital Universitario de Wuhan, que “de carambola” encontraron, en las piezas extirpadas al intervenir a dos pacientes con cáncer de pulmón además de los tumores correspondientes, hallazgos histológicos que interpretaron como ocasionados por una fase temprana de neumonía por COVID-19, que padecían esos enfermos, de manera simultánea en esos días. En resumen no sé si los enfermos fallecen por neumonía viral o con neumonía por otras causas secundarias (ej., neumonía asociada al ventilador mecánico).

El nuevo coronavirus, por la información que va llegando, parece que sigue el patrón inmunológico de la influenza “tradicional” –a diferencia de la epidemia de influenza A (H1N1) de 2009–, pues los enfermos más graves y el mayor número de fallecidos se reportan en los grupos más vulnerables inmunológicamente: los ancianos inmunosenescentes, los que padecen de otras comorbilidades como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, insuficiencia cardíaca, desnutrición, insuficiencia renal, cáncer, tratamientos con quimioterapias, etc. Por otra parte, a los bien nutridos, jóvenes, mujeres en edad fértil, es decir, a los “inmunocompetentes”, generalmente padecen un catarro “más o menos malo”, pero en su gran mayoría se recuperan, no presentan complicaciones graves y muy pocos mueren (véase el gráfico con tasas de mortalidad según grupos de edad en datos de China).

La tasa de mortalidad es inferior al 1% hasta los 50 años

Tasa de mortalidad por infección del nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) en China, por franjas de edad



Fuente: Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCDC)

https://www.eldiario.es/sociedad/estudio-coronavirus-publicado-China-momento_0_997050966.htm

Un asunto que considero bastante polémico, hasta donde conozco, es la definición de **caso clínico**, muy confusa actualmente por presentar los enfermos síntomas comunes a otras IRA y porque al parecer la definición de caso que propone por OMS está basada en la prueba específica de PCR, a partir de que los chinos facilitaron la secuencia del virus a los diferentes países, prueba que ya está también en manos de consorcios comerciales. Esta PCR tiene una "sensibilidad" todavía no bien precisada según el estadio de la enfermedad –encontré un trabajo donde le dan un 71 % de sensibilidad comparada con el 98 % de la TAC en casos graves–. Se dice que es de alta especificidad, pero estimo que aún faltan estudios más grandes.

El PCR es una prueba útil desde el punto de vista epidemiológico para identificar la epidemia, pero es muy costosa y no es práctica, ni de modo habitual está disponible abiertamente para el diagnóstico de los casos en la atención médica cotidiana. Un PCR negativo pudiera deberse a errores en la toma, traslado y procesamiento de la muestra, o por el momento de la enfermedad en que se toma la muestra (ej., la explicación que se dio a uno de los primeros casos confirmados de Santa Clara, donde el contacto dio positivo y el presunto caso inicial dio negativo).

Por otra parte –y esta es una observación personal empírica– en la asistencia a pacientes graves con IRA durante la epidemia de influenza A (H1N1), observamos en no pocas ocasiones que no había coincidencia entre la positividad o la negatividad informada del PCR y el diagnóstico clínico de los casos que atendimos, lo que atribuimos entonces a las mismas razones antes mencionadas.

CUADRO CLÍNICO

Como se ha dicho, el cuadro clínico que se describe del nuevo coronavirus, sobre todo al inicio, es prácticamente indistinguible del de todas las IRA virales, por lo que nuestros

médicos y enfermeros por el momento solo podrán identificar como casos sospechosos a los que presenten además el antecedente de contacto reciente con personas procedentes de países donde circula el virus, o con otros enfermos conocidos. Pero esto solo será en los primeros momentos –¿luego ya no? –, bien porque la cantidad de países es enorme (aunque todavía se podría insistir en viajeros del exterior como los de mayor riesgo), bien por la posibilidad de cubanos infectados ya con este o con otros virus respiratorios y "no controlados" antes como sospechosos, ni aislados, por no haber acudido a ningún servicio de salud por diferentes razones: desinformación, temor al aislamiento institucional, indisciplina social, en general.

Se reitera que los síntomas referidos en la enfermedad COVID-19 son inespecíficos y su presentación, según la OMS, puede incluso carecer de síntomas (asintomático). En base a una muestra estadística de 55 924 casos confirmados por laboratorio, la frecuencia de presentación de los síntomas en la población china era la siguiente (Wikipedia)

Síntoma presente	Frecuencia (%)
Fiebre	87,9 %
Tos seca	67,7 %
Fatiga	38,1 %
Producción de esputo	33,4 %
Falta de aliento	18,6 %
Dolor muscular o dolor en las articulaciones	14,8 %
Dolor de garganta	13,9 %
Dolor de cabeza	13,6 %
Escalofríos	11,4 %
Náuseas o vómitos	5,0 %
Congestión nasal	4,8 %
Diarrea	3,7 %
Hemoptisis	0,9 %
Congestión conjuntival	0,8 %

https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2019-2020

En un correo que recibí me decían que al inicio de la epidemia en Italia enviaron a un médico a China, al hospital de Shenzhen, para estudiar la neumonía de Wuhan o coronavirus. El primer escrito a sus colegas italianos se resume así: "Cuando tienes un resfriado con secreción nasal y esputo, no puede ser el nuevo tipo de neumonía por coronavirus, porque la neumonía por coronavirus, da una tos seca sin secreción nasal. Esta es la forma más fácil de identificarlo". ¿Será esta información sencilla confiable? No sé.

También encontré un cuadro que pretende diferenciar los síntomas de la alergia respiratoria, de la gripe y del coronavirus (lamentablemente tiene letreros en blanco, poco legibles), que resumo aquí. En una primera fase los síntomas son los mismos:

Resfriado o alergias:

- Picazón en los ojos
- Congestión nasal
- Estornudo

Gripe o coronavirus:

- Fiebre
- Fatiga
- Estornudo
- Tos
- Dolor muscular
- Empeoramiento de los síntomas

Coronavirus:

- Dificultad para respirar
- Haber viajado
- Exposición al virus

Debajo hay un cuadro que rescaté de una presentación de la época de la epidemia de influenza A (H1N1) de 2009; claro, aquí no había coronavirus:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNTOMAS	CATARRO COMÚN	INFLUENZA
PIEBRE	POCO FRECUENTE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS, EN NIÑOS PUEDE LLEGAR A 39°C	MAYOR A 39°C PUEDE ELEVARSE HASTA LOS 40°C DURA DE 3-4 DÍAS
DOLOR DE CABEZA	RARO	INICIO BRUSCO, MUY INTENSA
DOLORES MUSCULARES	LEVES A MODERADOS	INTENSOS
CANSANCIO Y DEBILIDAD	LEVES A MODERADOS	AMENUDO INTENSOS PUEDEN DURAR 2-3 SEMANAS
POSTRACIÓN	NUNCA	BRUSCA E INTENSA
CONGESTIÓN NASAL	ES FRECUENTE	ALGUNAS VECES
ESTORNUDOS	FRECUENTES	ALGUNAS VECES
ARDOR Y DOLOR DE GARGANTA	AMENUDO	ALGUNAS VECES
TOS	LEVE A MODERADA	CASI SIEMPRE E INTENSA
COMPLICACIONES	CONGESTIÓN NASAL DOLOR DE OÍDO	NEUMONÍA

Reitero que una gran limitación que tengo para estos comentarios clínicos es la no participación en la asistencia directa a pacientes con COVID-19, como siempre tuve antes en otras epidemias.

Un recurso diagnóstico y evolutivo que se ha promovido sistemáticamente en todas las comunicaciones que llegan sobre esta nueva pandemia –sobre todo desde China– ha sido la utilización de la TAC. La radiografía simple de tórax prácticamente se ha obviado. Las consecuencias derivadas de esta “sustitución” son tremendas para el sistema de salud de un país como el nuestro, sin descuidar la indicación de la TAC cuando sea necesaria.

“Tenemos un mensaje simple para todos los países: hagan pruebas, hagan pruebas, hagan pruebas”, exhortó el lunes 16 el director general de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Tedros Adhanom Gebreyesus, quien añadió que la organización ya envió 1,5 millones de test a 120 países. Pero, surgen mientras interrogantes sobre la mejor estrategia de utilización. China está enviando grandes cantidades de prue-

bas rápidas a diversos países, entre ellos Cuba, aunque no se ha dicho cómo se van a utilizar.

En relación con la notificación de casos confirmados, la aparición de nuevas variedades de pruebas (kits de test de diagnóstico rápido) influye mucho en las cifras reportadas en los diferentes países. Así, se informa que hay países (Corea del Sur, Singapur, Alemania, Estados Unidos) donde se ha realizado gran cantidad de pruebas en la población. Esta medida aislada no detiene la epidemia, pero apoya mucho al conocimiento de la situación para la toma de conductas oportunas.

En el mundo se han desarrollado varios tipos de pruebas rápidas, en diversos países, incluyendo China. Hace pocos días, la Federal Drugs Administration aprobó una prueba diagnóstica rápida con un tiempo de detección de solo 45 min, patentada por la compañía Cepheid. En los Estados Unidos se informó el 27 de marzo la realización de más de 500 000 pruebas hasta esta fecha. Sin embargo, aún no encuentro reportes consistentes de la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo de estas determinaciones. Encontré solo un trabajo donde se decía que tenían una sensibilidad de alrededor del 85 %, ¡pero otros dicen que no llega al 30 %! Depende de si son para investigar antígeno o anticuerpo, de la empresa que los produce, del momento de la infección en que se practica la determinación, etc.

En Cuba hasta el momento solo se reportan casos confirmados cuando la PCR es positiva, que es el test que se realiza a los sospechosos sometidos a vigilancia cuando presentan síntomas. Con el informe de una donación china de pruebas rápidas a nuestro país tenemos ahora más disponibilidad incluso de kits diagnósticos y podemos incrementar notablemente la cantidad de pruebas que se realicen, lo cual pudiera permitir entonces tener más casos y contactos detectados (atención: y también más falsos positivos y más falsos negativos), y de inmediato realizar con ellos las acciones correspondientes. De todas formas, recuérdense los comentarios que hice a propósito de la epidemia de influenza A (H1N1), donde sí participé directamente en la atención de pacientes graves, incluso con PCR negativos, y las explicaciones que se ofrecían entonces.

En resumen, la polémica continúa sobre la pertinencia de realizar las pruebas, a quiénes realizarlas, cuál prueba, en qué momento de la sospecha de enfermedad, la competencia del personal involucrado, la sensibilidad y la especificidad de las determinaciones, etc., Aquí se entremezclan opiniones técnicas con demandas de personas con las más variadas formaciones e intereses, incluyendo las que tienen beneficios comerciales, económicos y políticos, todo lo cual desborda el sentido de estos comentarios, pero no es ocioso seguir el debate y formarse una idea clara sobre ello.

¿Hasta qué punto influye el número de pruebas realizadas –y con qué grado de confiabilidad– en el número de casos positivos reportados en cada país? ¿Se aplica la misma metodología? ¿Se estarán notificando todos los casos positivos? ¿Habrá países que están “escondiendo” información? ¿La definición de caso se circunscribe a la positividad de las pruebas? ¿Y qué hay de los falsos negativos?

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Parece que todos coinciden en que la gran mayoría de los enfermos solo padecen de un cuadro catarral indistinguible de otras infecciones agudas respiratorias de origen viral, que cursa con buena evolución y recuperación en pocos días. Esto ocurre en edades jóvenes y de la adultez media, sobre todo cuando no hay asociación a otros padecimientos crónicos.

Sin embargo, lo más preocupante es un grupo de alrededor del 15 % de los infectados con coronavirus que puede presentar formas clínicas más graves e incluso, entre el 2, el 4 y el 8 % fallecer, según las series consultadas. Se ha señalado que la mayoría de estos pacientes tienen edades por encima de los 60 años y que presentan, además, diferentes comorbilidades como diabetes, hipertensión, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, entre las más reportadas. ¿Solo por una inmunidad deprimida o hay otros factores?

De los enfermos que se agravan, se señala que un grupo de ellos va a una insuficiencia respiratoria aguda progresiva que se expresa tanto clínica como hemogasométricamente y a través de imágenes de infiltrados y opacidades cada vez mayores en radiografías simples de tórax y TAC. Estos son los que requieren ventilación mecánica y terapia intensiva, con una evolución fatal en un grupo de casos, a pesar de todos los cuidados. Se ha estigmatizado la ventilación no invasiva por el riesgo de la contaminación del personal de asistencia, pero los intensivistas bien conocen los grandes riesgos de intubar a personas muy ancianas.

Se han reportado en algunos trabajos el agravamiento súbito y la muerte inesperada en la evolución clínica de algunos enfermos, lo que me recuerda de casos similares atendidos en la pasada epidemia de influenza A (H1N1). A propósito han aparecido también comunicaciones de complicaciones cardiovasculares como infarto miocárdico agudo, arritmias y miocarditis en algunos casos, especialmente en los de evolución fatal, con cifras elevadas de troponina y otros marcadores.

Diversas disquisiciones –hasta ahora no compartidas por todos– pretenden explicar la mayor frecuencia del riesgo elevado de gravedad y muerte en la COVID-19 por padecer de enfermedades cardiovasculares previas. Solo por la elevada

prevalencia en la población –sobre todo anciana– nos referimos a una polémica que ha surgido en los últimos días sobre la posible influencia de los medicamentos IECA y ARA II en la mala evolución de los hipertensos, a partir de la observación en modelos *in vitro* y en estudios en animales, de que el nuevo coronavirus se une a la enzima ECA2 para infectar a las células y que dicha enzima parece estar “sobreexpresada” en sujetos tratados con IECA o con ARA II. Sin embargo, varias sociedades internacionales no aconsejan la suspensión de estos medicamentos en los hipertensos, dada la ausencia de evidencia clínica contrastada para realizar recomendaciones o promover cambios en los tratamientos con IECA o ARA II y las consecuencias negativas que supondría dicha suspensión. Imaginemos las consecuencias que tendrían la suspensión de los “priles” y los ARA II a nuestros miles de hipertensos, y pretender cambiar a otros antihipertensivos en “pleno montuno” de la pandemia. Pero hay que seguir la pista de este tema.

Otra forma clínica grave que he visto comentada, aunque no muy documentada, es la rápida evolución a un síndrome de disfunción orgánica múltiple. Algunos defienden que se produce la llamada tormenta de citoquinas con un síndrome de disfunción multiorgánica, sobre todo en los casos que fallecen después de un empeoramiento casi súbito, pero los colegas amigos con que he podido conversar me dicen que el cuadro con que mueren los casos que han tenido hasta ahora es el de un Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto típico (ARD, en inglés), que no responde al tratamiento.

Cuando la epidemia de influenza A (H1N1), se constató la pobre utilidad del APACHE como índice pronóstico de los casos críticos, pues prácticamente los únicos órganos afectados fueron los pulmones en la gran mayoría de los casos. No he visto reportes serios sobre este aspecto y qué valor tendría este índice en la COVID-19, grave o crítica.

Sin embargo, en publicaciones importantes han ido apareciendo varios estudios de series de casos no muy grandes, sobre todo de autores chinos, dirigidas a describir las características clínicas y de complementarios en los pacientes hospitalizados y a identificar las diferencias encontradas entre los enfermos graves que fallecieron y los que sobrevivieron:

- Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585 (February 7, 2020)
- Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. BMJ 2020;368:m1091 doi: 10.1136/bmj.m1091 (Published 26 March 2020)

A pesar de que a finales de marzo ya se divulga la noticia de cerca de 30 000 fallecidos, tampoco he encontrado publicaciones serias con estudios de autopsias de los fallecidos.

De contra, tengo los criterios de dos amigos excelentes patólogos, con opiniones divergentes: uno alerta sobre los peligros de la realización de la necropsia para los patólogos y los técnicos de tanatología, por lo que considera que no debería realizarse nunca este procedimiento en los fallecidos, y otro que sugiere que lo que posiblemente se encuentran sean las huellas de un daño multiorgánico compatible con una disfunción múltiple de órganos. Extraño *the old times*. Cuando la epidemia de influenza A (H1N1) se realizaron autopsias, con todas las precauciones y sin consecuencias negativas, a un grupo de nuestros fallecidos con PCR positivas, lo que fue motivo de una publicación en el número de *Medisur* que señalo debajo:

- MEDISUR 2010; 8(1)1, número especial, disponible en <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/42>
- MEDISUR 2009; 7(5):297-301, disponible en <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/37>

PREVENCIÓN

Estamos en los umbrales de una etapa epidémica, lo cual nos obliga a ser más estrictos en el cumplimiento de las medidas de prevención como mantener la distancia entre las personas y evitar salir del hogar ("quédate en casa").

"Está claro que la progresión se modifica en la medida en que se adoptan medidas y que la población es consciente y cumple con lo indicado", pero existen dificultades en el cumplimiento adecuado de las medidas de aislamiento social y de distanciamiento social en las condiciones concretas de Cuba hoy, a pesar de las indicaciones recomendadas con insistencia. El distanciamiento **físico imprescindible** y el aislamiento de los enfermos son medidas vitales para la prevención en las personas vulnerables. Dada la dificultad que las personas mayores tienen para controlar esta infección viral, la mejor opción es, de entrada, que eviten ser infectadas. Por eso la idea del distanciamiento social adquiere en ellos máxima importancia.

Sin embargo, si bien es cierto que es muy importante el distanciamiento físico para evitar el contagio, también es importante comprender que no se trata de un aislamiento emocional con quienes o de quienes nos rodean. Hoy más que nunca el llamado es a la familia para mantenernos unidos y sanos desde todo punto de vista. Unidos no solo para las medidas higiénicas del hogar, sino también para compartir las actividades de la casa y mantener procesos de comunicación

continua. Mantener el llamado aislamiento social, pero no el psicológico ni el espiritual.

Se han reiterado opiniones críticas por las máximas autoridades del país y por diferentes medios, a personas, sobre todo jóvenes, que parecen no tener "percepción de riesgo" y que participan en diversas actividades, incluso festivas, "en tiempos de la COVID-19". Son las conductas eufemísticamente conocidas como de "indisciplina social". Se incluyen entre estas personas algunos grupos de nuestros *millennials* –aunque hay muchas excepciones con actitudes positivas–, que tienen características particulares: son nativos digitales, se informan por las redes sociales, no ven televisión ni escuchan radio ni leen periódicos, no muestran mucho interés por el pasado, se creen invulnerables, se aburren fácilmente, su disciplina social no es la mejor, su piedad filial es baja, peligrosamente entre algunos han aparecido rasgos de "viejismo" (discriminación a los ancianos) y, sobre todo, no se parecen en nada a las generaciones de sus mayores, que resistieron estoicamente otras crisis sociales previas, como el período especial. Además, saben que los casos más graves y las muertes de la pandemia actual de COVID-19 ocurren sobre todo en las personas mayores, por lo que pueden convertirse en los Herodes modernos de los viejos, al no cumplir con las indicaciones dadas de aislamiento y distanciamiento social, aunque reitero, no son los únicos responsables de esas actitudes.

A esto se unen otras situaciones objetivas de la vida cotidiana, con diversos problemas de desabastecimiento en los últimos meses, las colas para adquirir productos indispensables de alimentación y aseo sobre todo, hacer trámites imprescindibles... Díaz-Canel ha dicho claramente: "*Van a existir colas porque no tenemos el aseguramiento para resolver los problemas de desabastecimiento, pero en ellas se tienen que conservar la distancia y el orden*". Todos estos factores son favorecedores de la transmisión local, y a esta situación también se está sumando la ansiedad que hay por el propio pánico que a nivel mundial existe con la pandemia, las noticias diarias, lo cual también es aprovechado por personas que quieren acaparar, que quieren después revender y aprovecharse de la situación.

Las vacunas para prevenir la enfermedad no existen hasta el momento actual. Diversos grupos de científicos y de empresas de laboratorios en todo el mundo –entre ellos los nuestros– trabajan a toda marcha en proyectos en ejecución; es como una competencia a ver quién llega primero y mejor. Los pronósticos de tiempo entre su obtención y el momento en que puedan ser introducidas a la práctica sanitaria varían desde pocos meses hasta un año y medio. Así que, esta solución, de ser exitosa, no es para ahora.

TRATAMIENTO

Se ratifica que hasta el momento no hay tratamiento eficaz conocido, aunque como en todo gran desastre inédito se han empleado los más disímiles procedimientos, también con los más diversos fundamentos, que van desde los inmunomoduladores de todo tipo, antivirales, antipalúdicos, plasma de convalecientes, hasta medicina herbaria china y todo tipo de remedios, lo que ha llevado a que algunos expresen que si esta no será la muerte de la medicina basada en la evidencia. Pero –insisto de nuevo–, hay que tener cuidado con sembrar expectativas que pueden resultar falsas.

Múltiples ensayos clínicos han sido aprobados y están ejecución en diferentes países, pero resulta muy interesante que la OMS patrocina actualmente un megaensayo clínico global (“Solidarity”), con la inclusión de miles de pacientes de decenas de países, para ayudar a encontrar tratamientos eficaces para la COVID-19. En lugar de crear compuestos desde cero que pueden requerir años para desarrollar y probar, los investigadores y las agencias de salud pública están buscando reutilizar medicamentos ya aprobados para otras enfermedades y que se sabe que son en gran medida seguros. También están analizando medicamentos no aprobados que han funcionado bien en estudios con animales con los otros dos coronavirus mortales, que causan el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS). El diseño no es doble ciego, el estándar de oro en la investigación médica, por lo que podría haber efectos placebo en pacientes que saben que recibieron un fármaco candidato. Este megaensayo clínico se está centrando en las que se consideran las cuatro terapias más prometedoras hasta el momento por la OMS: un compuesto antiviral experimental llamado remdesivir; los medicamentos contra la malaria cloroquina e hidroxiclороquina; una combinación de dos medicamentos contra el VIH, lopinavir y ritonavir (Kaletra®); y esa misma combinación más interferón beta.

En el caso de los pacientes críticos se han diseñado diversos protocolos de actuación a nivel internacional, nacional e institucional, que están disponibles en Internet, incluyendo los nuestros, por lo que no profundizaré en este aspecto. Por supuesto, la competencia profesional de todo el personal, incluyendo su ética en las intervenciones, influirá mucho en el desempeño que se alcance.

COMENTARIOS FINALES

Como se ve, la situación actual no es el caso de la epidemia de influenza A (H1N1) de 2009, donde la vigilancia es-

ta prioritizada, sobre todo, en las embarazadas con catarro, porque se conocía de la mayor frecuencia de casos graves entre ellas y en otros casos, sobre todo los que denominamos “hiperinmunes”. Se hospitalizó entonces a los que tenían una evaluación clínica integral sospechosa de neumonía, apoyada en la mayoría de las ocasiones por evidencias radiológicas de los más diversos infiltrados pulmonares de aspecto inflamatorio. A pesar de que ya había Internet, las TIC y las redes sociales no tenían el desarrollo actual. A ningún país se le ocurría cerrar fronteras y cuando hubo un rumor de que Cuba iba a cerrar fronteras con México, por poco hay un conflicto diplomático. No hubo seguimiento de la epidemia en tiempo real.

En casos de las situaciones de desastres, guerras, epidemias, grandes amenazas desconocidas, nunca antes vistas, somos seres humanos y como tratamientos se prueban todos los que la mínima lógica indica, pero de nuevo hay que tener cuidado con sembrar expectativas (ej., uso siempre eficaz del interferón, como he escuchado en varias ocasiones). Se debe respetar la voluntariedad de los pacientes y la ética de la investigación.

Estamos en tiempos que pocos quieren debatir y todo el mundo dice que no tiene tiempo. Además, con la subespecialización progresiva, la gente generalmente solo lee publicaciones de su perfil estrecho. En este caso yo soy un “fresco” y, fiel a mis maestros de siempre, me meto en muchas cosas, partiendo de que fui formado en un terreno “sin cercas” y lo aprendido de tantos maestros y colegas de tantos años. Eso tiene riesgos y grandes: “el que mucho abarca poco aprieta”, por lo que siempre he considerado que hay que tratar de prepararse lo mejor posible para opinar en temas escabrosos, recordando que la visión del todo, es mucho más que la visión de las partes todas por separado y que la visión colectiva es mucho más valde ra que la de una sola persona.

Dos consejos casi al final: no olvidar el componente de la investigación, que puede ser trascendente para ahora y para el futuro. Estas son de las investigaciones que estimo necesita nuestro sistema de salud y el país. Y tampoco dejar fuera a los estudiantes ni a los residentes, no solo con tareas mecánicas concretas, sino formándolos integralmente “en la batalla”.

Se ha insistido, pero quizás todavía no lo suficiente, en que todas las medidas adoptadas deben ser flexibles y dinámicas en el tiempo y lugar. Depositamos nuestra confianza una vez más en la capacidad de resiliencia de los cubanos para vencer las dificultades.

Ahora sí al final, recuerdo las palabras recientes del Presidente Miguel Díaz-Canel: “Se necesitan cuadros –y ahora

todos somos cuadros- *capaces de pensar, dirigir, analizar, proponer, crear, implementar, valorar, controlar, retroalimentar, que busquen soluciones, no cuadros que solo sigan indicaciones*".

O cuando ha dicho: *"...estamos trabajando para Cuba, para el bienestar de nuestra gente y estamos trabajando también para el mundo"*. El gobierno de Cuba está "echando el resto" por proteger la salud de sus ciudadanos, a pesar de ser un país pobre, con una situación económica dramática, sin apenas producción, bloqueado "hasta el moño", pero con una indisciplina social nunca vista antes. El reto en el plano económico es enfrentar la COVID-19 con el menor costo posible y para ello la disciplina en el cumplimiento de las medidas

aprobadas es esencial. La cooperación internacional de Cuba, con el envío de brigadas médicas a diversos países, ha sido quizás un elemento distintivo de la solidaridad de nuestro país como nunca antes.

"Si hacemos todo bien, podemos tener un comportamiento de la enfermedad distinto al que se ha manifestado en la mayoría de los países del mundo y que este sea una curva más plana, más manejable y con menos afectaciones para Cuba". Ya hay quien ha dicho: "el problema no es salir de la crisis, sino hacerlo cuanto antes".

