

La lucha de los profesionales de la salud en el enfrentamiento de la COVID-19

Brasil está pasando por la más grave pandemia de una enfermedad infecciosa causada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). La enfermedad llamada COVID-19 es potencialmente fatal y representa el problema mundial de salud pública más importante de los últimos 100 años, comparado solo con la gripe española que mató cerca de 25 millones de personas entre 1918 y 1920. La pandemia por el SARS-CoV-2 comenzó en la ciudad de Wuhan, en la región central de China, relacionada con la transmisión en un mercado de frutos de mar y de animales vivos.⁽¹⁾ Rápidamente se propagó a toda China, Asia y, en dos meses, llegó a todos los continentes.

El SARS-CoV-2 es altamente transmisible por pequeñas gotas y contacto, principalmente en lugares cerrados y ambientes hospitalarios. Un individuo infectado por el nuevo coronavirus lo transmite a otras dos o tres personas, dependiendo de las condiciones ambientales. Lugares cerrados con poca ventilación y luminosidad baja facilitan la transmisión del virus. Este índice de transmisión es llamado número reproductivo, que en la COVID-19 varía entre 2,0 y 3,5. El control de la epidemia sucede cuando el número reproductivo de la COVID-19 se reduce a menos de uno, lo que causa que la cantidad de casos disminuya lentamente. Se cree que podríamos suprimir la circulación del virus a un nivel considerable cuando lleguemos a un número reproductivo inferior a 0,2. El virus puede permanecer en el ambiente por horas o días dependiendo de la superficie y de las condiciones ambientales. El nuevo coronavirus se desactiva con facilidad con germicidas utilizados en ambientes hospitalarios, que incluyen alcohol al 70% e hipoclorito de sodio. La higiene ambiental es fundamental, especialmente en el ambiente hospitalario.

Un factor importante para la transmisión de la COVID-19 es la alta carga viral en el tracto respiratorio superior, inclusive entre pacientes presintomáticos, lo que la distingue de otras enfermedades respiratorias. En muchos individuos, particularmente ancianos, el diagnóstico de la infección basada en síntomas es más difícil: muchos no presentan fiebre, tienen tos crónica por otras patologías o presentan disnea de esfuerzo por insuficiencia cardíaca previa. En un brote en una residencia de ancianos en Estados Unidos de América, un triaje basado solamente en síntomas clínicos no logró diagnosticar muchos ancianos infectados y no fue suficiente para controlar la transmisión de la COVID-19.⁽²⁾

Los profesionales de la salud son particularmente susceptibles a la infección. En Brasil, así como en otros países, miles de profesionales de la salud fueron separados de sus actividades profesionales por haber adquirido la infección y muchos murieron como consecuencia de la COVID-19.^(3,4) En Italia, el 20% de los profesionales de la salud que estaba trabajando en la línea de frente de la atención a la COVID-19 tuvo la infección y muchos murieron.⁽³⁾

Los datos de los equipos de profesionales de la salud en la línea de frente de la atención de casos de COVID-19 muestran agotamiento físico y mental, dificultades en la toma de decisiones y ansiedad por el dolor de perder pacientes y colegas, además del riesgo de infección y la posibilidad de transmisión a familiares.⁽³⁾ De este modo, garantizar asistencia médica y apoyo psicológico a los profesionales de la salud es fundamental. De la misma forma, realizar tests diagnósticos en los sintomáticos con rapidez.

La reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (RT-PCR) es recomendada para los profesionales de la salud sintomáticos, y el mejor momento de toma de muestra de la secreción oro o nasofaríngea es entre el tercer y el séptimo día del inicio de los síntomas. En algunos individuos, el RT-PCR puede permanecer detectable por largos períodos, de hasta 2 a 6 semanas, pero la mayoría de las veces, representan material genético inactivo, sin importancia en la transmisión. Los tests serológicos son capaces de detectar los niveles de anticuerpos IgM, IgA e IgG, mediante diferentes técnicas como inmunoensayo automatizado por metodología de quimioluminiscencia, inmunoenzimático, además del test de inmunocromatografía (test rápido, con menor sensibilidad). En general, presentan una sensibilidad entre 60 y 70% cerca del 7° día y alrededor de 90% después del 10° día. La presencia de IgM o IgA indica infección aguda e IgG positivo indica contacto previo con el SARS-CoV-2 y puede estar relacionado con la inmunidad contra el virus. No sabemos si la infección proporciona inmunidad neutralizante y duradera. De esta forma, inclusive los profesionales de la salud con IgG positivo deben utilizar los EPI al estar en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

Los profesionales de la salud que cuidan a sus padres ancianos o hijos pequeños se ven directamente afectados por el cierre de las escuelas y las políticas de distanciamiento social. Sin embargo, sin vacuna o tratamiento específico contra el SARS-CoV-2, el aislamiento residencial, el distanciamiento social y el uso de mascarillas de forma universal asociado a medidas de higiene pueden retrasar la transmisión del virus y reducir el número de personas que acuden a los hospitales al mismo tiempo, y así adaptar el sistema único de salud a la demanda de los casos graves y evitar un colapso de todo el sistema público de asistencia hospitalaria.

A medida que la epidemia avanza en Brasil, el acceso a los equipos de protección individual (EPI) para profesionales de la salud es una preocupación constante. La escasez de EPI se está observando en varias instituciones brasileñas, como en muchos países.⁽⁵⁾ El mantenimiento de los EPI en las instituciones de salud debe ser una política de Estado, los gobiernos deben

movilizarse para que la industria nacional responda a este desafío. Lamentablemente, no es esto lo que estamos viendo, los precios de los EPI, especialmente mascarillas y batas descartables, sufrieron importantes aumentos, relacionados con el desabastecimiento del mercado. Tenemos una enorme dependencia de la industria de China, que produce gran parte de los EPI utilizados en Brasil.

La mayor dificultad de la readaptación de los hospitales para el enfrentamiento de la epidemia de COVID-19 es la contratación de profesionales calificados. No es fácil encontrar rápidamente profesionales capaces de atender con calidad y seguridad a pacientes con COVID-19, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. La enfermedad por el SARS-CoV-2 va mucho más allá de la insuficiencia respiratoria que lleva al paciente al hospital. En una infección grave, existe una importante liberación de citoquinas, principalmente IL-6, con una intensa respuesta inflamatoria, lo que determina shock séptico y fenómenos tromboembólicos relacionados con la coagulación intravascular diseminada.⁽¹⁾ Algunos pacientes necesitan hemodiálisis y desarrollan complicaciones cardiológicas que requieren profesionales con experiencia para identificar, tomar decisiones y tratar las complicaciones.

La COVID-19 también muestra la cara de la desigualdad social en Brasil. La epidemia que comenzó en barrios de alto nivel socioeconómico se está propagando rápidamente hacia los suburbios de los grandes centros urbanos, por ejemplo de la capital paulista, con elevado número de óbitos.⁽⁴⁾ No podemos olvidar que la mayoría de la fuerza de trabajo de los hospitales vive en los suburbios de las ciudades y sin dudas tendremos una nueva ola de infección, con enorme impacto en la ausencia de profesionales en los hospitales.

Ningún país está preparado para afrontar una epidemia de COVID-19, que determina importantes impactos negativos en la economía, en la atención médica y en la salud mental de la sociedad como un todo. Los grandes desafíos para los hospitales son reorganizar la atención, ampliar camas de unidad de cuidados intensivos, proveer equipos de protección individual y tener profesionales capacitados. El fomento a la investigación es fundamental para que entendamos mejor la enfermedad, consigamos medicamentos eficientes, así como una vacuna. Hasta llegar a eso, es importante para nosotros como profesionales de la salud que sigamos las recomendaciones y protocolos institucionales, que fortalezcamos la comunicación, la empatía, que nos mantengamos actualizados y saludables para afrontar este importante desafío histórico.

Agradecimientos

Al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Processo nº 307784/2018-5).

Prof. Dr. Eduardo Alexandrino Servolo Medeiros

(<https://orcid.org/0000-0002-6205-259X>)

Prof. Asociado de la materia Infectología y presidente de la Comisión de Control de Infección Hospitalaria y Programa de Antimicrobial Stewardship del Hospital São Paulo, Escola Paulista de Medicina – Unifesp. Investigador del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Como citar:

Medeiros EA. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-EDT20200003

DOI:<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>



Referencias

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020;109:102433.
2. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. N Engl J Med, April 24, 2020. [cited 2020 Apr 27]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2008457>.
3. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet. 2020;395(10228):922.
4. Boletim Diário Covid-19 no município de São Paulo de 23 de abril de 2020 [Internet]. [citado 2020 Abrn27]. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/index.php?p=295572. Acessado em 26/04/2020.
5. Ferioli M, Cisternino C, Leo V, Pisani L, Palange P, Nava S. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. Eur Respir Rev. 2020;29(155):200068.