RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Pérdida de olfato y sabor pueden ser aceptados como parte del cortejo sintomático de la COVID-19

Por **Dania Piñeiro Pérez, Julio Hernández Perera.**

La pérdida del olfato y el gusto se ha relacionado anecdóticamente con las infecciones por COVID-19. En un estudio publicado el 12 de abril de 2020 en la revista International Forum of Allergy & Rhinology, los investigadores de la Universidad de San Diego informan hallazgos que asocian fuertemente la pérdida sensorial con la COVID-19.

En el estudio se encuestaron a 1 480 pacientes con síntomas sospechosos de tener la COVID-19. De estos, 59 fueron diagnosticados con la enfermedad causada por el SARS-CoV-2.

La pérdida del olfato y el sabor fueron reportados en el 68 y 71 %, respectivamente, en los pacientes con la COVID-19. En los pacientes que no poseían la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, la presencia de estas alteraciones fue del 16 y 17 %, respectivamente.

Con estos datos se llegó a la conclusión de que la pérdida de olfato y sabor, se asoció 10 veces más a la probabilidad de tener infección por el SARS-CoV-2, comparada con otras causas de infección. El primer signo reportado con más frecuencia de una infección por la COVID-19 sigue siendo la fiebre —se presentó en el 54 % de los enfermos.

Por otra parte, fueron comunes como síntomas iniciales, la fatiga (81 %), la pérdida del gusto (71 %), la fiebre (70 %), la pérdida del olfato (68 %), las mialgias o artralgias (63 %), la diarrea (48 %) y las náuseas (27 %).

De los enfermos que informaron pérdida del olfato y el gusto, esta alteración fue típicamente marcada. Pero, alentadoramente, la tasa de recuperación del olfato y el sabor fue alta y ocurrió generalmente dentro de las dos o cuatro semanas posteriores a la infección.

El retorno sensorial generalmente coincide con el momento de la recuperación de la enfermedad.

Curiosamente, los investigadores encontraron que las personas que informaron haber experimentado dolor de garganta con más frecuencia dieron negativo para COVID-19: este síntoma se presentó en los pacientes con y sin la COVID-19 en el 60 y 32 %, respectivamente.

Este estudio respalda la necesidad de ser conscientes de que la pérdida de olores y sabores son parte del cortejo sintomático temprano de la COVID-19. Un dato que es trascendental en el esfuerzo por disminuir el riesgo de transmisión del virus

Bibliografía

Yan CH, Faraji F, Prajapati DP, Boone CE, DeConde AS. Association of chemosensory dysfunction and Covid-19 in patients presenting with influenza-like symptoms. Int Forum Allergy Rhinol. 2020; DOI: 10.1002/alr.22579

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

¿Es necesaria la doble toma de temperatura dentro de un hospital en tiempos de la COVID-19?

Por **Judith Mederos Sánchez, Laidy Treasures Pereira, Dania Piñeiro Pérez.**

La COVID-19 se ha convertido en un gran reto para los servicios médicos en todo el mundo. Las medidas para prevenir la propagación del SARS-CoV-2 incluyen, entre otros, el uso de medidas de protección personal, medidas generales higiénicas y epidemiológicas, la pesquisa activa de contactos y casos sospechosos, y la toma de temperatura.

En los centros asistenciales de salud las medidas pueden incluir, además, la restricción de acceso a los centros y la limitación de la movilidad libre de personal dentro de la instalación.

Sin embargo, la toma de la temperatura, que antes de esta situación no era un procedimiento habitual, ha sido valorada como la más importante y adoptada casi universalmente en todos los centros laborales y hospitalarios de muchas partes del mundo: Junto con los antecedentes de contactos y la presencia de síntomas, la fiebre es un signo de alarma trascendental de la infección por el SARS-CoV-2.

Por eso se practica el monitoreo en la entrada de los centros usando técnicas a las que no muchas veces no estábamos habituados como los detectores infrarrojos de temperatura y los termómetros de frente.

Al detectar un paciente febril se le debe impedir la entrada y se remite al servicio de urgencias donde se atienden los casos respiratorios.

No obstante, se deben tener una serie de cuidados, que puede pasarse por alto.

Estos dispositivos pueden mostrar valores normales o hipotermia en pacientes febriles, como consecuencia de factores ambientales. Entre los factores ambientales que pueden alterar los valores reales de temperatura están los condicionados por ambientes exteriores como las temperaturas bajas (se incluye el uso de ambientes climatizados), el viento y la lluvia.

Se ha reportado que ante la presencia de un ambiente frío se requiere al menos 10 minutos en lugares no climatizados para que la toma de temperatura sea lo más real posible.

Otro problema que puede encontrase con frecuencia puede ser el consumo de antipiréticos. Por esta razón se recomienda indagar en el consumo de estos fármacos y

se recomienda, además, que todos los pacientes y personal que entran a un hospital se le deben chequear la temperatura, al menos, una vez más, cuando se encuentran dentro del centro.

Si no se tiene hasta el presente el verdadero valor de esta medida se puede poner como ejemplo la experiencia mostrada en marzo del 2020 en un hospital de China Taipei (Kaohsiung Municipal Ta-Tung Hospital). En ese centro se determinó en los pacientes la temperatura a la entrada y dentro del hospital.

Con estas estrategias se valoraron 40 887 pacientes que requerían de los servicios médicos ambulatorios. Solo 5 pacientes tuvieron fiebre (>38ºC) en las entradas del centro. Pero sorprendentemente se detectaron otros 37 enfermos febriles con la segunda toma de la temperatura, realizada dentro del centro asistencial: Cualquiera de ellos pudo ser portador del SARS-CoV-2 y causar la propagación del coronavirus.

Este experimento nos lleva a pensar que en las instituciones médicas con servicios de consulta externa una segunda toma de temperatura dentro del hospital puede ser recomendable. Esta simple intervención puede jugar un papel transcendental en la prevención y control de la COVID-19 dentro de los hospitales y alcanzar el anhelada meta de cero infección ocupacional.

Bibliografía

Hsiao SH, Chen TC, Chien HC, Yang CJ, Chen YH. Measurement of body temperature to prevent pandemic COVID-19 in hospitals in Taiwan: repeated measurement is necessary. Journal Hosp Inf. 2020; 105:360-1. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.004

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

COVID-19 y ulterior inmunidad

Por **Marlen Mesa González, Julio César Hernández Perera, Dania Piñeiro Pérez, Dania Delgado Rivero, Glenis Madrigal Batista.**

En ausencia de un tratamiento efectivo o prevención biomédica y los esfuerzos para controlar la pandemia causada por el SARS-CoV-2 se han basado en intervenciones no farmacológicas como el lavado frecuente de las manos, las cubiertas faciales, la limpieza e higiene ambiental y el distanciamiento físico, evitar aglomeraciones de personas, entre otras.

Además de estas intervenciones de salud pública, el desarrollo de la inmunidad colectiva se pensó en algunos lugares como una opción para proporcionar una defensa contra la COVID-19. Sin embargo, es muy cuestionable esta estrategia desde el punto de vista ético si se tiene en cuenta que esta afección se acompaña de una letalidad importante.

Por otro lado, la idea de una inmunidad útil contra la COVID-19 después de que un enfermo se haya recuperado es algo aún incierto en esta nueva infección. Se debe tener en cuenta que muchas infecciones humanas causadas por virus —como el virus de la influenza— no producen una respuesta inmune duradera.

Advertir la posible inmunidad posinfección también tiene implicaciones importantes para las evaluaciones epidemiológicas (susceptibilidad de la población y modelos de transmisión), terapias serológicas (uso de plasma convaleciente) y vacunas.

A esta incertidumbre se suma la relación poco clara entre la respuesta de anticuerpos y la mejoría clínica. Los resultados de un pequeño estudio de 9 pacientes con la COVID-19 encontraron que una mayor gravedad clínica producía títulos de anticuerpos más altos. Sin embargo, la detección de anticuerpos y títulos más altos no siempre se correlacionan con la mejoría clínica de la afección viral.

Los síntomas de la COVID-19 pueden resolverse, además, antes de la seroconversión (como se refleja por la detección de IgM e IgG serológicas). Aunque los anticuerpos IgM e IgG detectables han precedido las disminuciones en las cargas virales de SARS-CoV-2.

Lo que parece más seguro es que la carga viral generalmente alcanza su punto máximo temprano en la enfermedad para luego disminuir a medida que se desarrollan anticuerpos: Los títulos de anticuerpos aumentan a las 2 a 3 semanas de desarrollarse la enfermedad.

El éxito en el cultivo de virus a partir de muestras nasofaríngeas disminuye rápidamente durante la primera semana de aparición leve de la enfermedad, pero se desconoce la duración absoluta de que un paciente pueda eliminar el virus infeccioso.

La detección persistente de ARN viral muchos días o semanas después de la recuperación de la COVID-19 a concentraciones cercanas al límite de detección de los ensayos disponibles probablemente no represente un caso clínico o riesgo para la salud pública significativo, especialmente en ausencia de síntomas; sin embargo, la evidencia definitiva aún no existe.

La durabilidad de los anticuerpos neutralizantes (principalmente IgG) contra el SARS-CoV-2 aún no se ha definido; se ha descrito una persistencia de hasta 40 días desde el inicio de los síntomas.

La duración de las respuestas de anticuerpos contra otros coronavirus humanos puede ser relevante en este contexto. Por ejemplo, después de la infección con SARS-CoV-1 (el virus que causó el SARS), las concentraciones de IgG se mantuvieron altas durante aproximadamente 4 a 5 meses para luego disminuir lentamente durante los próximos 2 a 3 años.

De manera similar, los anticuerpos neutralizantes después de la infección con MERS-CoV (el virus que causó el síndrome respiratorio del Medio Oriente) ha persistido hasta 34 meses en pacientes recuperados.

La evidencia de reinfección generalmente requiere documentación basada en el cultivo de una nueva infección después de la eliminación de la infección anterior o evidencia de reinfección con una forma molecularmente distinta del mismo virus. En un informe, entre dos individuos sanos que se habían recuperado de la COVID-19 y tenían dos o más muestras de reacción en cadena de la polimerasa (RCP) secuencialmente negativas con al menos 24 horas de diferencia, se detectó nuevamente el ARN del SARS-CoV-2 en la esporádicos hisopados de garganta por hasta 10 días.

También se ha detectado ARN de SARS-CoV-2 en hisopos de garganta o