



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*Nombre del Alumno: Rene Alexander Ramos Gómez*

*Nombre del tema: Covid-19*

*Parcial: III Unidad.*

*Nombre de la Materia: Clínica medicas complementarias.*

*Nombre del profesor: Miguel Basilio Robledo*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.*

*Semestre: 7mo.*

# Introducción

La población mundial afronta una crisis sociosanitaria y educativa ocasionada por la pandemia COVID-19; que además generó un panorama lamentable evidenciado por altas tasas de morbimortalidad, especialmente en población vulnerable (Organización Mundial de la Salud. [OMS], 2020).

La mayoría de los primeros casos correspondían a personas que trabajaban o frecuentaban el Huanan Seafood Wholesale Market, un mercado de comidas de mar, el cual también distribuía otros tipos de carne, incluyendo la de animales silvestres, tradicionalmente consumidos por la población local. Los estudios etiológicos iniciales dirigidos a los agentes comunes de la infección respiratoria aguda, incluyendo los agentes de la influenza aviar, del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, del inglés, Severe Acute Respiratory Syndrome) y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS, del inglés, Middle East Respiratory Syndrome), arrojaron resultados negativos. El uso de métodos de secuenciación profunda, que no requieren información previa sobre el agente que se busca, así como el aislamiento en cultivo de células, seguido de microscopía electrónica y de secuenciación profunda, demostró que se trataba de un agente viral nuevo, perteneciente al grupo de los coronavirus, y fue inicialmente llamado 2019-nCoV (coronavirus de 2019), genéticamente relacionado, pero distinto al agente del SARS. El brote se extendió rápidamente en número de casos y en diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. La enfermedad, ahora conocida como COVID-19 (del inglés, Coronavirus disease-2019), continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a otros continentes. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la ocurrencia de la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos.

El incremento vertiginoso de los casos de COVID-19 tuvo un gran impacto en el sistema de salud, visibilizó la precariedad de los servicios sanitarios, escasez de equipos e insumos médicos y condiciones laborales poco dignas para los profesionales. Aunado al incremento de la demanda de atención y preexistencia de brechas en el acceso a los servicios de salud, se ha presentado situaciones que podrían originar una crisis de valores en los profesionales de la salud; más aún, en las enfermeras que se encargan del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados. Por otro lado, en el ámbito educativo, el cambio de la enseñanza presencial a la modalidad remota suscitó una transición inesperada que fue impuesta por el gobierno frente al panorama epidemiológico (D. S. N° 008-2020-SA, 2020). También evidenció conductas inapropiadas en el plano de la ética, como la copia en las pruebas y trabajos; problemas que las universidades y docentes necesitan enfrentar y revertir con una sólida formación en valores como: honestidad, confianza, respeto y responsabilidad; orientada a la integridad académica y ciudadana, en la transición del proceso enseñanza-aprendizaje en línea virtual.

## **Desarrollo**

La pandemia ha afectado a los diversos sectores del país, especialmente al área de salud, donde ya existía un sistema deficiente, produciendo un impacto negativo en la satisfacción del usuario externo e interno de las instituciones prestadoras de servicios sanitarios. La magnitud de esta situación a nivel laboral ha generado múltiples dilemas éticos para los responsables de la atención; entre ellos, los profesionales de Enfermería, quienes se vieron en la necesidad de priorizar los cuidados inmediatos, según las expectativas de vida de las personas, el afrontar una serie de crisis situacionales puede cuestionar sus valores durante la práctica profesional. Este nuevo siglo avizora la integración de la tecnología en todos los ámbitos laborales, particularmente en los servicios de salud, donde la enfermera ofrece sus cuidados y, a la vez, enfrenta problemas éticos como la desigualdad, la exclusión y la importancia de un trabajo digno.

En el campo educativo, el proceso de enseñanza aprendizaje no puede paralizarse y se ha optado por la modalidad remota, pero la realidad requiere atender la necesidad social a través de planes de formación continua para los profesionales de salud con miradas al futuro, particularmente de los enfermeros, quienes se ven afectados en todos los aspectos como consecuencia de la pandemia. De igual manera, los docentes se encuentran en la primera línea de la educación, enfrentando problemas estructurales como la conectividad y la desigualdad, incluso con esas deficiencias, continúan siendo guías en el proceso de educación de los enfermeros para que avancen en su desarrollo profesional.

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae SARS-CoV-2/COVID-19 virus. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Muchos coronavirus de los cuatro géneros mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario. Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados. Desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos. Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. Se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común. Por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave. El origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico. En particular, los betacoronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el SARSCoV fue la civeta, un animal silvestre del grupo de los vivérridos, y para el MERS-CoV fue el dromedario. Aún no es claro

cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano.

El curso de la COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal. La forma asintomática y las presentaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras. Los síntomas más comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongada, lo que se asocia a desenlace desfavorable. La tos puede ser seca o productiva con igual frecuencia, y a veces se acompaña de hemoptisis. La fatiga es común, y las mialgias y la cefalea ocurren entre el 10% y 20% de los casos. La disnea se ha reportado con frecuencias muy variables, desde 8% hasta más del 60%, dependiendo de los criterios de inclusión de cada estudio; la disnea puede aparecer desde el segundo día, pero puede tardar hasta 17 días, y dicha aparición tardía parece asociarse a desenlaces más graves. Otros síntomas de afectación del tracto respiratorio alto, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, se presentan en menos del 15% de los casos. Las manifestaciones gastrointestinales, como náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea, se presentan tempranamente entre el 10% y 20% de los pacientes. La anorexia se manifiesta en uno de cada cuatro casos, y es más frecuente a partir de la segunda semana de la enfermedad. Estos síntomas digestivos se correlacionan con mayor frecuencia de detección y mayor carga viral en materia fecal. Las alteraciones de los sentidos del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia) también son frecuentes. Entre las complicaciones más comunes de la COVID-19 se menciona la neumonía, presente virtualmente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en la forma de choque séptico. Los trastornos de la coagulación, expresados por la prolongación del tiempo

de protrombina, el aumento del dímero D y la disminución en el recuento de plaquetas, han llevado a pensar que la coagulación intravascular diseminada es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, por lo que algunos recomiendan anticoagulación temprana. El compromiso de múltiples órganos se expresa por la alteración de las pruebas bioquímicas, como la elevación de las aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, creatinina, troponinas, proteína C reactiva y procalcitonina.

## Conclusión

El diagnóstico de COVID-19 muestra limitaciones. Al inicio del brote epidémico se utilizó la secuenciación del genoma viral como método diagnóstico, pero esta técnica es costosa y poca práctica para el procesamiento de grandes cantidades de muestras. Inicialmente también se desarrolló una prueba de ELISA para detectar IgM e IgG contra la proteína de la nucleocápside viral del SARSCoV-2, pero tiene el inconveniente de que puede arrojar resultados falsos positivos al detectar anticuerpos contra otros coronavirus que causan resfriado común. También se han desarrollado pruebas serológicas rápidas con sensibilidades y especificidades variables. Las pruebas de ELISA basadas en la nucleoproteína (N) y en la proteína S de unión al receptor, parecen ser más prometedoras. En general, los estudios realizados hasta ahora, con los estuches comerciales disponibles y las pruebas de ELISA caseras, muestran que la seroconversión (IgM e IgG) ocurre en los primeros 7 días de iniciados los síntomas en el 40% a 50% de los pacientes, y para el día 15 en casi el 100% de ellos, aunque los resultados arrojan gran variabilidad en cuanto al momento de aparición de los anticuerpos, sensibilidad y especificidad.

## Bibliografía

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.

Pal M, Berhanu G, Desalegn C, Kv R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An update. Cureus 2020;12:e7423. <https://doi.org/10.7759/cureus.7423>

Van Cuong L, Giang HTN, Linh LK, Shah J, Van Sy L, Hung TH, et al. The first Vietnamese case of COVID-19 acquired from China. Lancet Infect Dis 2020;20:408-409. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30111-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30111-0).

Ministerio de Sanidad. Informe técnico. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Valladolid, España: Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad; 2020. p. 26. Acceso 20 de marzo de 2020. Disponible en [https://fundacionio.com/wp-content/uploads/2020/03/Informe\\_Tecnico\\_COVID19-6-marzo-2020.pdf](https://fundacionio.com/wp-content/uploads/2020/03/Informe_Tecnico_COVID19-6-marzo-2020.pdf).