

Primer fallecido por COVID-19 en el Perú

First deceased by covid-19 in Peru

Ursula Cáceres-Bernaola^{1,a}, Claudia Becerra-Núñez^{1,b}, Sabina Mendivil-Tuchía de Tai^{1,c}, Jorge Ravelo-Hernández^{1,d}

¹ Sección de Medicina Interna, Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

^a Médico internista y nefróloga, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5057-1651>

^b Médico internista, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6799-6100>

^c Médico infectóloga, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7796-9376>

^d Médico internista y reumatólogo, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9179-3541>

An Fac med. 2020;81(2):201-4. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17858>

Correspondencia:

Ursula Cáceres Bernaola
ucaceresb@yahoo.es

Recibido: 20 de mayo 2020

Aceptado: 19 de junio 2020

Publicación en línea: 22 de junio 2020

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento:
Autofinanciado

Citar como: Cáceres-Bernaola U, Becerra-Núñez C, Mendivil-Tuchía S, Ravelo-Hernández J. Primer fallecido por COVID-19 en el Perú. An Fac med. 2020;81(2):201-4. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17858>

Resumen

Se presenta el caso del primer fallecido en el Perú. Varón de 78 años de edad, con antecedentes de hipertensión, el cual presentó un cuadro clínico característico de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus (COVID-19), contacto epidemiológico, prueba confirmatoria positiva junto con algunos parámetros de laboratorio e imagen radiológica también característicos; que siguió una evolución fatal, pese a recibir la terapia recomendada en ese momento. Este caso puso en evidencia la necesidad de identificar rápidamente aquellos pacientes que podrían tener una evolución desfavorable, para poder brindar el tratamiento más temprano y adecuado.

Palabras clave: SARS-CoV; COVID-19; Mortalidad; Perú (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The case of the first deceased in Peru is presented. 78-year-old man, with a history of hypertension, who presented a characteristic clinical picture of the disease caused by the new coronavirus (COVID-19), which had fundamental epidemiological data, the positive confirmatory test together with some laboratory parameters and radiological image also characteristic; that followed a fatal evolution, despite receiving the recommended therapy at that time. This case highlighted the need to quickly identify those patients who could have an unfavorable evolution, in order to provide the earliest and most adequate treatment.

Keywords: SARS-CoV; COVID-19; Mortality; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de COVID-19 fueron reportados el 12 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, como una neumonía viral parecida al SARS (del inglés *severe acute respiratory syndrome*). La OMS declaró el estado de pandemia el 11 de marzo de 2020 ⁽¹⁾. El primer caso del Perú se reportó en Lima el 6 de marzo del mismo año; trece días después, con 234 casos reportados en todo el país según el Ministerio de Salud, ocurrió el primer fallecimiento ⁽²⁾.

Los factores de riesgo de esta enfermedad son considerados predictores de severidad y mortalidad, se describe principalmente a la edad mayor de 60 años, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, entre otras. Tiene un periodo de incubación promedio de 5 días y entre los síntomas más frecuentes se describen: fiebre, tos seca, disnea, astenia, odinofagia, cefalea, diarrea, anosmia y ageusia. El diagnóstico se confirma mediante pruebas moleculares o serológicas, además de alteraciones en los exámenes de laboratorio e imágenes ⁽³⁾.

Los esquemas terapéuticos han variado según se encontraba mejor evidencia científica. En un inicio se probaron antivirales contra el virus A H1N1 como el oseltamivir, otros contra el VIH como lopinavir/ritonavir, o contra el Ébola como el remdesivir; este último aún en ensayos clínicos. De igual manera ha variado el tratamiento: antiinflamatorio con corticoides, anti-interleucinas como tocilizumab, anticoagulante como heparinas de bajo peso molecular, antimaláricos, antibióticos y antiparasitarios ⁽⁴⁾.

Se presenta el caso del primer paciente fallecido en el Perú por COVID-19, describiendo sus características clínicas y de ayuda diagnóstica para infección por SARS-CoV-2 (SARS producido por el coronavirus 2).

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 78 años, militar en retiro, con antecedentes de hipertensión arterial, tratado con irbesartán 150mg/d; estenosis carotídea y dislipidemia. Fue

contacto de familiar del caso 0 en el Perú, importado de España. Por dicho antecedente epidemiológico, encontrándose asintomático, se le realizó prueba molecular (RT-PCR) que resultó positiva para COVID-19, y se indicó aislamiento domiciliario.

Tres días después de haberse realizado la prueba, inició cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria y tos seca, sin fiebre ni odinofagia. Recibió 3 días de azitromicina, sin mejoría. Al quinto día de inicio de los síntomas, la dificultad respiratoria fue más intensa

por lo que acudió a Emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

En la admisión de emergencia presentó una presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 88x', frecuencia respiratoria 30x', con una saturación de oxígeno (Sat O₂) 87%, facies disneica, con estertores finos diseminados en ambos campos pulmonares. Los exámenes de laboratorio de ingreso mostraron leucocitosis con linfopenia, dímero-D, proteína C reactiva y transaminasa glutámica oxalacética elevadas (Tabla 1) y la radiografía de tórax mostró infiltrado intersticial bilateral (Figura 1).

Tabla 1. Exámenes de laboratorio de los 3 días de hospitalización de paciente primer fallecido por COVID-19 en el Perú.

Laboratorio	Hospitalización		
	día 1	día 2	día 3
Leucocitos, x 10 ³ /uL	12,23	9,89	10,65
Neutrófilos, x 10 ³ /uL	11,44	8,65	8,81
Linfocitos, x 10 ³ /uL	1,36	0,78	1,17
Plaquetas, x 10 ³ /uL	217	263	287
Hemoglobina, g/dL	11,2	12,1	10,4
AGA: pH	7,42	7,37	7,22
PO ₂ , mm Hg	88,4	66,8	62,5
PCO ₂ , mm Hg	34,2	39,6	54,8
HCO ₃ , mmol/L	22,3	22,8	22,3
Sat O ₂ , %	97%	93%	87,5%
Dímero D, ug/mL FEU	0,94		
CPK MB, U/L		1,62	
Troponina, ng/mL			0,025
Glucosa, mg/dL	101	88	148
Creatinina, mg/dL	1,1	1,1	1,15
Urea, mg/dL	48	32	26
Sodio, mmol/L	129	131	137
Potasio, mmol/L	3,8	5,9	3,87
TGO, mg/dL	51		5 739
TGP, mg/dL	35		39
BT, mg/dL	0,35		0,22
BD, mg/dL	0,2		0,12
TP, seg	16		17,8
Prot C reactiva, mg/dL	291	351	127
RT-PCR COVID-19	Positivo		
Hemocultivo	Negativo		



Figura 1. Radiografía de tórax de paciente primer fallecido por COVID-19 en el Perú, muestra infiltrado intersticial difuso bilateral izquierdo, tenue opacidad focal en campo superior derecho y en campo medio e inferior izquierdo.

Inicialmente se administró oxígeno por máscara de reservorio a 10L/min, con mejoría clínica y de saturación de oxígeno. Sin embargo, después de 3 horas aproximadamente, disminuyó su saturación por lo que tuvo que brindarse apoyo ventilatorio no invasivo y se inició moxifloxacino 400mg/d.

El primer día de hospitalización no presentó mejoría clínica por lo que se inició oseltamivir 75mg c/12h, lopinavir 200mg / ritonavir 100mg (2 comprimidos c/12h) e hidroxicloraquina 200mg c/12h, como terapia compasiva, tras realizarse junta médica. El moxifloxacino fue cambiando a ampicilina-sulbactam 1,5g c/8h, por el alto riesgo de reacciones adversas.

El segundo día de hospitalización, presentó mala evolución, recibió ventilación mecánica. Se rotaron antibióticos a meropenem 1g c/8h y linezolid 600mg c/12h. En el tercer día de hospitalización, 19 de marzo de 2020, hubo compromiso multisistémico y no hubo mejoría de la parte ventilatoria, mayor hipoxemia, acidosis respiratoria, leucocitosis sin desviación izquierda, elevación de transaminasas más de 100 veces su valor normal (Tabla1). El paciente falleció a las 14:55 horas de ese mismo día, consignando en el certificado de defunción: falla multiorgánica e insuficiencia respiratoria aguda por neumonía debido a nuevo coronavirus. No se realizó necropsia, el cadáver fue incinerado.

DISCUSIÓN

Señalamos que este paciente fue uno de los primeros del país con evolución rá-

pidamente desfavorable. Tenía dos factores de riesgo importantes como la edad mayor de 60 años e hipertensión arterial, en concordancia con un reporte nacional⁽⁵⁾ y otros a nivel mundial^(3,6,7), que consideran como factores de riesgo más importantes la edad avanzada junto con comorbilidades tales como enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar crónica y cáncer, como fue el caso de nuestro paciente⁽⁸⁾.

La impresión de encontrarse haciendo enfermedad por COVID-19, se sustentaba en el dato epidemiológico de contacto con el entorno familiar del caso 0, como la evolución de la enfermedad; en el contexto de fase 2 de la pandemia en nuestro país⁽²⁾.

La infección se comportó tal y como reportaron los primeros estudios de China en donde el periodo de incubación promedio fue de 5,2 días (7,5 ± 3,4). Se sabe ahora que la mayoría de pacientes que requerirán hospitalización, lo hará tras cinco días desde el inicio del cuadro⁽⁹⁾; sin embargo, personas con múltiples riesgos podrían tener una evolución más rápida.

Existe evidencia que señala que la tomografía de tórax sin contraste es superior incluso a las pruebas serológicas para realizar un diagnóstico temprano⁽¹⁰⁾ y valorar la severidad de la enfermedad. En el caso de nuestro paciente, por problemas logísticos no se realizó tomografía. La radiografía de tórax mostró evidente compromiso pulmonar. Cabe mencionar que actualmente la radiografía suele infravalorar la severidad de la enfermedad⁽¹⁰⁾, lo que nos ha servido para establecer a la tomografía como herramienta fundamental en nuestro servicio.

Alrededor de 81% de pacientes desarrollará un cuadro leve, con neumonía leve o incluso sin ella. Un 14% desarrollará enfermedad severa, con hipoxia o más del 50% del parénquima pulmonar comprometido. Finalmente, un 5% desarrollará enfermedad crítica; es decir, falla respiratoria, shock o disfunción multiorgánica^(3,4,11). En el caso del paciente evolucionó rápidamente a falla respiratoria, con un desenlace fatal.

Aún existe mucha incertidumbre en el tratamiento que debemos seguir. Y hacia

fin de la segunda semana de marzo, cuando nos enfrentamos a este caso, el tratamiento era incluso menos claro que hoy. Había resultados prometedores con algunos antivirales como el remdesivir, lopinavir/ritonavir, y oseltamivir^(12,13). De todos ellos, se tuvieron a disposición los dos últimos y por ello fueron empleados como terapia compasiva en el paciente, tras una junta médica.

Este caso nos ha enseñado desde cómo implementar la logística para el traslado de los pacientes COVID-19 positivos de su casa al centro hospitalario, hasta actualizar los protocolos de manejo de diagnóstico y tratamiento de esta devastadora enfermedad, según las evidencias disponibles.

Actualmente, el tratamiento no está definido y se siguen descubriendo avances en la fisiopatología que nos permitirán una mejor aproximación de manejo en el futuro. Sin embargo, un paciente adulto mayor con comorbilidades, que llega con un compromiso pulmonar extenso, aún con mejor abordaje terapéutico es probable que su evolución continúe siendo desfavorable. Es muy importante tener en cuenta esta realidad y brindar información clara y precisa a pacientes y familiares.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Fernando Ruíz de la Sección de Neumología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú por la asesoría para la presentación del presente caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [Internet]. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Fecha de acceso: 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
2. Plataforma Digital Única del Estado Peruano [Internet]. MINSA lamenta el sensible fallecimiento del primer paciente a causa de infección COVID-19 (Comunicado N°20) [Fecha de acceso: 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/109580>
3. Chen T, Wu D, Yan W, Yang D, Chen G, Ma K et al. Clinical Characteristics of 113 Deceased Patients With Coronavirus Disease 2019: Retrospective Study. *BMJ*. 2020 Mar 26; 368: m1091. DOI: 10.1136/bmj.m1091

4. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. April 2020. UpToDate
5. Escobar G, Matta J, Taype W, Ayala R, Amado J. Características clínico - epidemiológicas de pacientes fallecidos por covid-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2020; 20(2):14-19. DOI: 10.25176/RFMH.v20i2.2940
6. Li X, Xu S, Yu M, Wang K, Tao Y, Zhou M, et al. Risk Factors for Severity and Mortality in Adult COVID-19 Inpatients in Wuhan. *J Allergy Clin Immunol.* 2020 Apr 12; S0091-6749(20)30495-4. DOI: 10.1016/j.jaci.2020.04.006
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients With COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. *Lancet.* 2020 Mar 28; 395(10229): 1054-1062. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
8. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020 Feb 24. DOI: 10.1001/jama.2020.2648
9. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26; 382(13): 1199-1207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316
10. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology.* 2020 Feb 26; 200642. DOI: 10.1148/radiol.2020200642
11. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020 Feb 7; 323(11): 1061-1069. DOI: 10.1001/jama.2020.1585
12. Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res.* 2020;30:269. DOI: 10.1038/s41422-020-0282-0
13. Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. *J Korean Med Sci.* 2020; 35:e79. DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e79