## **CARTAS AL EDITOR**

## Reflexiones sobre la pandemia COVID-19 en el estudio VentilaMadrid

The VentilaMadrid study and the COVID-19 pandemic: reflections

## Sr. Editor:

En relación al artículo Gómez-Morán et al.1 es importante comentar varios aspectos. La pandemia COVID-19 obligó mundialmente a modificar los protocolos de ventilación del paciente crítico, que habían sido validados científicamente hasta la fecha. En concreto, los protocolos para tratar a los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) fueron modificándose en cuestión de días y conforme avanzaba la emergencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios<sup>2</sup>. A finales de febrero de 2020 se paralizó el estudio VentilaMadrid, que se encontraba en su segundo año de reclutamiento, hecho que confirma el cambio de tendencia en la ventilación de los pacientes críticos con IRA en los servicios de urgencias desde el inicio de la pandemia COVID-19<sup>2,3</sup>. Sin embargo, a pesar de verse obligado a concluir la fase de campo antes de tiempo, se consiguió reclutar su tamaño

de muestra que pudo arrojar resultados estadísticamente significativos<sup>1</sup>.

Por otro lado, el primer paciente COVID-19 declarado en Madrid fue el 13/02/2020. Sin embargo, en el estudio VentilaMadrid se reclutaron previamente a esta fecha. 3 pacientes que cumplían criterios clínicos<sup>2,4</sup> (disnea, trabajo respiratorio e hipoxemia, pudiendo presentar además fiebre, tos, cefalea, debilidad general, mialgias, odinofagia, rinitis, anosmia, diarrea o alteración de conciencia), analíticos<sup>2</sup> (anemia, linfopenia, disminución de la albúmina sérica con aumento de proteína C reactiva. D-dímero y LDH) y radiológicos<sup>2</sup> (consolidaciones u opacidades en vidrio deslustrado, con distribución típicamente bilateral, periférica y de predominio en los campos inferiores) de presentar infección por la SARS-CoV-2. No se les pudo realizar PCR (reacción en cadena de la polimerasa) o test de antígenos para SARS-CoV-2 debido a la falta de disponibilidad de dichos test en esa fecha. La descripción y características de estos 3 pacientes se muestran en la Tabla 1.

Esta comunicación intenta dar luz a cuándo se iniciaron los primeros casos COVID-19 en la Comunidad de Madrid, región donde se realiza el estudio VentilaMadrid, identificando el primero de los casos un mes antes al declarado por la Comunidad de Madrid v antes de que se establecieran los criterios epidemiológicos. Esto apoyaría las sospechas de la comunidad científica<sup>2,5</sup> de que el virus SARS-CoV-2 se presentó en la Comunidad de Madrid meses antes del primer caso oficial confirmado. El documento canadiense de Erviti López<sup>5</sup> reflexiona sobre la actuación probablemente tardía que existió en España ante la pandemia, comentando que el día 13 de febrero de 2020 se rebajó el riesgo global para la salud pública en España de moderado a bajo, cuando en nuestra muestra ya había casos con los criterios compatibles para COVID-19 en la Comunidad de Madrid. Con estos hallazgos se pretende aportar evidencia científica que permita establecer con mayor certeza la presencia del SARS-CoV-2 en la Comunidad de Madrid, invitando a la reflexión para mejorar en un futuro el diseño de estrategias de atención anticipada.

> Cristina Horrillo García<sup>1</sup>, Marina Gómez-Morán Quintana<sup>1</sup>, Alicia Gutiérrez Misis<sup>2</sup>, Víctor Quesada-Cubo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid. SUMMA112, España. <sup>2</sup>Departamento de Medicina. Unidad Clínica departamental de Medicina de Familia y AP.

Tabla 1. Descripción de los casos compatibles con COVID-19 identificados en la muestra del estudio VentilaMadrid

Diagnóstico COVID-19												
Fecha	Edad (años)	Seyn	Origen: SVA u Hospital	Diag- nóstico inicial	Clínica	Laboratorio	Rx Tórax	Tipo VNI	Hospital destino	Servicio donde ingresó	Estancia hospitalaria	Evolución
13/01/20	74	Varón	SVA Leganés	Patrón mixto (AEPOC + EAP)	<ul><li>Disnea</li><li>Trabajo</li><li>respiratorio</li><li>Hipoxemia</li><li>Fiebre</li><li>Mialgias</li></ul>	<ul><li>Anemia</li><li>Linfopenia</li><li>↓ Albúmina</li><li>↑ LDH</li><li>↑ PCR</li></ul>	Consolidaciones bilaterales en campos inferiores	BiPAP	Hospital Getafe	Urgencias	4 días	Buena evolución al alta
11/02/20	65	Varón	SVA Las Rozas	AEPOC	<ul> <li>Disnea</li> <li>Trabajo respiratorio</li> <li>Hipoxemia</li> <li>Febrícula</li> <li>Disminución conciencia</li> </ul>	– Anemia – Linfopenia – ↓ Albúmina – ↑ LDH – ↑ PCR – ↑ D-dímero	deslustrado en LID	BiPAP	Hospital Puerta de Hierro	Neumología	a 10 días	Encefalopatía hipercápnica Buena evolución al alta
25/02/20	90		Hospital -uenlabrada	EAP	<ul> <li>Disnea</li> <li>Trabajo</li> <li>respiratorio</li> <li>Hipoxemia</li> <li>Fiebre</li> <li>Disminución</li> <li>conciencia</li> </ul>	– Anemia – Linfopenia – ↓ Albúmina – ↑ LDH – ↑ PCR i – ↑ D-dímero	deslustrado	CPAP	Hospital Fuenlabrada	Medicina Interna	8 días	Fallecimiento a los 2 meses tras el alta

SVA: soporte vital avanzado del Servicio de Urgencias Médicas Extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid SUMMA 112; Rx: radiografía; VNI: ventilación no invasiva; EAP: edema agudo de pulmón; BiPAP: presión positiva en la vía aérea en dos niveles; AEPOC: agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; CPAP: presión positiva continua en las vías respiratorias; PCR: proteína C reactiva; LID: lóbulo inferior de pulmón derecho.

Facultad de Medicina de la UAM, Madrid, España.

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de
Calidad, Hospital General Universitario Gregorio
Marañón, Madrid, España.
cristinahorrillo@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable: Oscar Miró.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

## Bibliografía

- 1 Gómez-Morán Quintana M, Horrillo García C, Gutiérrez Misis A, Quesada-Cubo V, Torres Poza A, Cintora Sanz A, et al. Factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria y reingreso en una cohorte tratada con ventilación no invasiva en urgencias extrahospitalarias y hospitalarias; estudio VentilaMadrid. Emergencias. 2021. (En prensa).
- Emergencias. 2021. (En prensa).

  2 Cinesi C, Peñuelas Ó, Luján M, Egea C, Masa JF, García J, et al. Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. Med Intensiva. 2020;44:429-38.
- 3 López López C, Ávila Rodríguez F, Ayuso Baptista F. La ventilación mecánica no invasiva durante la atención urgente prehospitalaria. Emergencias. 2021. (En prensa).
- 4 Definiciones de casos para la vigilancia COVID-19. Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. (Consultado 23 Agosto 2021). Disponible en: https://www.paho. org/es/temas/coronavirus/brote-enfermed a d - p o r - c o r o n a v i r u s - c o v i d - 19/ definiciones-casos-para-vigilancia
- 5 Erviti Lopez J. Reflexiones sobre la pandemia por COVID-19 en España. nogracias.org. 2020. (Consultado 31 Julio de 2021). Disponible en: http://www.nogracias. org/2020/11/13/reflexiones-sobre-la-pandemiapor-covid-19-en-espana-por-juan-erviti/