



COVID-19 Task Force SV

Boletín informativo Número 8, 31 Mayo 2020.

CONTENIDOS.

- Cuidados domiciliarios de pacientes COVID-19.
- Ivermectina: Actualización.
- Síndrome coronario agudo en tiempos de COVID-19.
- Enfermedades neuromusculares en la pandemia de COVID-19.
- Imagen de la semana: *Asclepius lament... Give them a break.*

CUIDADOS DOMICILIARIOS DE PACIENTES COVID-19.

Colaboración: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.

Resumen. El manejo de pacientes COVID-19 asintomáticos o con síntomas leves debería ser domiciliario, después de un cuidadoso, objetivo y reproducible procedimiento de tamizaje. Esto impone un reto al paciente y su familia, a menudo en condiciones precarias. La educación higiénica, el distanciamiento físico y el uso de mascarillas son fundamentales, pero evitar el contagio puede ser muy complejo. La supervisión médica a distancia, el uso de fármacos correctos para aliviar síntomas y evitar la automedicación son cruciales para una buena evolución del paciente y su(s) cuidador(es).

En El Salvador se ha pasado, oficialmente, a la Fase III de la pandemia COVID-19. En muchos países se ha implementado la estrategia de tratar a los pacientes asintomáticos o con síntomas leves en su hogar, bajo cuarentena. Esta medida tiene dos implicaciones de alta relevancia:

- La responsabilidad del cuidado y administración del tratamiento (si se requiere) de los pacientes pasa a ellos mismos y sus familiares, bajo supervisión a distancia, por teléfono u otras estrategias de telemedicina.
- Se corre el riesgo de que, en condiciones de vivienda mínima o precaria, como es usual en los estratos más pobres y vulnerables, los contagios se propaguen en la familia como consecuencia del hacinamiento y falta de recursos básicos, agua corriente e implementos para desinfección; la situación es grave si hay adultos mayores en casa, en especial si sufren de comorbilidades.

Hay requisitos para el manejo domiciliario de asintomáticos y leves. En El Salvador, el MINSAL (Ministerio de Salud) ha elaborado un sistema de puntaje para decidir entre manejo domiciliario u hospitalario, el llamado **Score de Alerta Temprana**, o **SAT**, detallado en la **Tabla 1**; considera variables como edad, presencia de comorbilidades, síntomas sugestivos de neumonía y alteraciones de los signos vitales.

Tabla 1.

Score de Alerta Temprana (SAT) para pacientes COVID-19							
	3	2	1	0	1	2	3
Edad (años)				<70			>70
Frecuencia respiratoria	<9		9-11	12-20		21-24	>25
Frecuencia cardíaca	<41	41-50		51-90	91-120	121-129	>130
Disnea/falta de aire	SI			NO			SI
Factores de riesgo (FR)*				NO	1 FR		>2 FR
Temperatura (°C)	<35.1		35.1-36.0	36.0-37.9		38.0-38.9	
Saturación <94%	SI			NO			SI
Sensorio	Confusión			Alerta			Confusión
Si el Score es igual o mayor a 2 el paciente pasa a hospitalización							
*Factores de riesgo: Diabetes mellitus, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad renal.							

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatenciondepersonasencentrosdecontencionyhospitalesantelapandemiaporCOVID19-Acuerdo860v2.pdf>

Una vez confirmada la pertinencia de un tratamiento domiciliario se requiere disponer, en condiciones ideales, para el seguimiento, de al menos los siguientes insumos:

- Termómetro.
- Oxímetro de pulso.
- Mascarillas, jabón, gel hidroalcohólico.
- Un teléfono para uso exclusivo del paciente o de su cuidador.

El médico a cargo del seguimiento del caso debería hacer llamadas a diario para confirmar el estatus del paciente. Si no se dispone de los insumos habrá dificultades para valorar riesgo de complicaciones. Es pertinente y quizás óptimo que, si hay un médico de cabecera particular, esté involucrado también en el caso, sin visitas presenciales.

Medidas generales (propuestas basadas en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad Español):

- El paciente deberá estar confinado en su habitación por 14 días; ideal acceso a una ventana al aire libre, pero puerta cerrada; espaciar al máximo visitas. Esto podría ser imposible en muchas viviendas y podrá en tal caso pensarse en buscar atención en un refugio o albergue apropiado.
- Si no se dispone de un servicio sanitario/ducha exclusivo para el paciente deberán establecerse turnos de uso: Los sujetos sanos harán uso primero, el enfermo de último, para desinfectar cuidadosamente el lugar y sus accesorios; si se rompe esta rutina por algún motivo desinfectar una vez más, apenas el enfermo desocupe el baño.
- Se recomiendan reposo, líquidos orales abundantes y alimentación al gusto, según su condición. Debe evitarse a toda costa el consumo de tabaco o alcohol; el manejo de pacientes con adicciones y confinados por cuarentena podría demandar atención especializada.
- La ansiedad, depresión e insomnio deben detectarse y manejarse tempranamente.
- Cuando se entre en contacto con el paciente, él y el cuidador deberán usar mascarilla y evitar acercarse a menos de dos metros entre sí; antes de cualquier intercambio de objetos ambos deberán lavarse las manos y/o usar solución hidroalcohólica; después de cualquier contacto con el paciente el cuidador debe desinfectar sus manos otra vez.
- Disponer de utensilios para comer y beber exclusivos para el paciente, serán lavados con agua caliente y jabón; cepillo dental, toalla y ropa de cama no podrán compartirse y la ropa sucia deberá ser lavada aparte con abundante agua caliente y jabón, sin ser sacudida.

- Las superficies que el paciente pueda tocar deberán ser constantemente desinfectadas. Si hay tos y estornudos deberán usarse pañuelos desechables y evitar la emisión de gotículas y aerosoles, el paciente debe ser capacitado al respecto y deberá lavarse las manos cuidadosamente si entran en contacto con secreciones propias.
- Los desechos deberán ir a una bolsa de plástico que el paciente deberá cerrar herméticamente y desinfectar por el exterior; esta bolsa deberá ser colocada en el interior de otra, que quedará sellada. Nada es reciclable si ha estado en contacto con el paciente.
- Reportar cualquier deterioro clínico del paciente, sin pérdida de tiempo. Lo mismo aplica si un cuidador presenta síntomas sugestivos de COVID-19.

Medidas farmacológicas.

Hay, a la fecha, controversia sobre los fármacos que puedan o deban utilizarse para el tratamiento de COVID-19. No existiendo tratamientos curativos se deberá enfocar el manejo domiciliario en el control de síntomas, si están presentes. Los tratamientos crónicos deben mantenerse a toda costa. Los diabéticos podrían requerir algunos ajustes de dosificación (ver nuestro Boletín #2 del 30.04.2020). No se ha demostrado que algunos suplementos nutricionales y/o vitaminas tengan un papel, pero no están necesariamente contraindicados. Un elemento crucial es que no debe fomentarse la automedicación. Los fármacos del botiquín básico se detallan:

- **Antipiréticos/analgésicos:** Acetaminofén de elección. Casos selectos (alergia) permitirían el uso de derivados de pirazolona. No consideramos adecuados a los AINE's por el riesgo de gastrotoxicidad y/o daño renal, pero no hay contraindicación absoluta, en dosis analgésicas. No hay recomendación para iniciar el uso de aspirina y no hay razón para uso de opioides.
- **Antihistamínicos:** Todos pueden usarse en dosis única diaria o cada 12 horas; si se combinan con azitromicina puede haber prolongación de intervalo QT del electrocardiograma con astemizole, difenhidramina, hidroxicina y terfenadina; por ello se recomiendan clorfeniramina o loratadina; como ya no se usan hidroxicloroquina o cloroquina el riesgo global se reduce. "Antigripales" con dextrometorfano o amantadina también tienen potencial de prolongar QTc.
- **Bloqueadores H2** se han empleado, entre ellos famotidina, que está siendo estudiada porque se ha censado de manera anecdótica un probable descenso de mortalidad en pacientes chinos que la tomaban antes de enfermar de COVID-19.
- **Antieméticos:** La opción más segura podría ser dimenhidrinato, otros prolongan QTc. La metoclopramida tiene muchos efectos adversos.
- **Antivirales:** Para uso hospitalario, por el momento. No se sabe si la ivermectina podría llegar a jugar un papel en etapas tempranas de la enfermedad. Su uso está autorizado pero es *off-label*.

Cualquier otro fármaco deberá ser consultado. No hay información respecto a fármacos profilácticos para los cuidadores (hidroxicloroquina). No hay datos sobre la eficacia del uso *off-label* de zinc, vitamina C (excepto su uso intravenoso en Cuidados Intensivos), vitamina D, alcalinizantes y productos de herbolaria como jengibre, manzanilla, cítricos; tampoco hay pruebas que su uso sistemático en COVID-19 ponga en riesgo a los pacientes, salvo casos muy especiales. **NO ES ÉTICO PROMOVER CURAS MÁGICAS O REMEDIOS MILAGROSOS PARA CURAR COVID-19:** 80% de pacientes evolucionará sin síntomas o molestias mínimas, aún sin usar ningún fármaco. Terapias respiratorias, corticosteroides y antibióticos no son alternativas usuales para el manejo domiciliario.

Conclusión. El autocuidado domiciliario es indispensable en esta etapa de pandemia, de libre transmisión comunitaria de COVID-19, para evitar el colapso del Sistema de Salud; esto no implica abandono del paciente sino una cuidadosa y detallada labor de educación y vigilancia, todo un reto en países como el Salvador, con condiciones precarias de recursos económicos, higiene y vivienda.

IVERMECTINA: ACTUALIZACIÓN.

Colaboración: Dra. Leana Quintanilla de Sánchez, médica, dermatóloga, especialista en cirugía dermatológica.

Resumen. En todo el mundo, la ivermectina se generalizó off label, en respuesta a la noticia del éxito en vivo contra el virus. Patel et al demuestran que el uso de ivermectina se asocia con mayor probabilidad de supervivencia en COVID-19, los datos no se deben considerar concluyentes porque no hay sustitutos para los ensayos clínicos aleatorizados; los autores son enfáticos en recomendar su implementación a brevedad.

La ivermectina es un medicamento antiparasitario de bajo costo, esencial para la Organización Mundial de la Salud (OMS), de poca toxicidad y alta eficacia, masivamente empleado en medicina humana y veterinaria desde hace muchos años, empleado en pediculosis, escabiosis y oncocercosis. Se le ha propuesto para tratar COVID-19 por su acción antiviral: inestabiliza la importina (IMP) $\alpha/\beta 130$, heterodímero que se une a una proteína “carga” viral, trasladándolo al núcleo y reduciendo la respuesta del huésped. La ivermectina evita, por tanto, la unión al virus, reduciendo la replicación de SARS-CoV-2 in vitro (ver estudio de Caly L et al, <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104787>); esto ha desencadenado el uso “fuera de etiqueta” en muchos países y ya hay un estudio importante publicados y otros en curso. Revisaremos la evidencia de más peso y haremos recomendaciones.

Patel et al publicaron recientemente un estudio de casos y controles en 169 centros de América del Norte, Europa y Asia, para evaluar la utilidad clínica de ivermectina en pacientes hospitalizados por COVID-19 confirmados por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), recolectados entre enero y marzo 2020, cumpliendo con la guía de la *Food and Drug Administration* sobre la evidencia de los “datos del mundo real (RWD)”, procedimiento automatizado que reduce el sesgo en la selección de pacientes. El objetivo era evaluar la proporción de pacientes que murieran en un grupo tratamiento con ivermectina, en comparación con un grupo control sin ese tratamiento. A cada caso tratado con ivermectina se le asignó un control sin dicho tratamiento controlando la coincidencia de edad, sexo, raza, comorbilidad subyacente, índice de severidad de la enfermedad (qSOFA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad de arterias coronarias y otras enfermedades cardíacas, uso de hidroxiclороquina, azitromicina y corticoesteroides. Un total de 704 pacientes recibió ivermectina a dosis promedio de 150 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso; otros 704 pacientes no recibieron el tratamiento. En la **Figura 1** se aprecian las reducciones de mortalidad en el grupo tratado, tanto en la totalidad de hospitalizados como en pacientes que requirieron ventilación mecánica: 7.3% versus 21.3% y 1.4% versus 8.5%, respectivamente (HR 0.20, CI 95% 0.11-0.37, $p < 0.0001$).

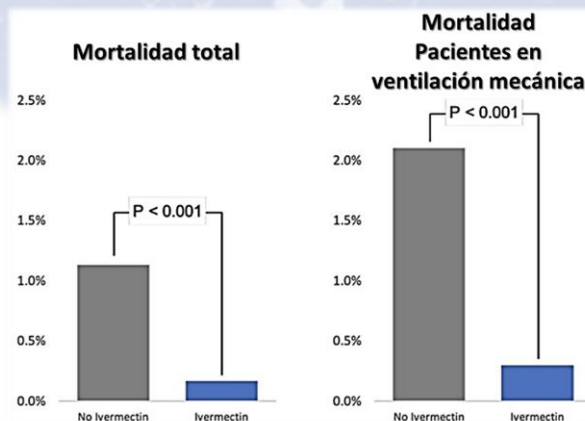


Figura 1. Impacto del uso de ivermectina en pacientes hospitalizados con COVID.

La ivermectina tiene actividad contra virus RNA de fiebre amarilla, dengue, encefalitis japonesa y encefalitis por garrapatas. En dosis única, el medicamento generalmente es seguro. Se une un 93% a proteínas en humanos, llega a los pulmones en forma libre, pero la concentración tisular no ha sido medida; en ganado, una dosis única, produce niveles pulmonares, casi 3 veces más altos que los plasmáticos. Tiene una margen terapéutico amplio, hay ensayos en que se ha llegado a dar hasta 60 mg tres veces por semana, sin efectos tóxicos. Se ignora por el momento si las dosis usadas al momento son las adecuadas para tratar COVID-19, o si se podría lograr beneficios con una administración inhalada (ver la versión revisada por pares del mismo artículo <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/cpt.1889>).

Finalmente, Sebastián Ugarte, jefe de la Unidad de Pacientes Críticos de la Clínica Indisa en Santiago de Chile, ha dado avances respecto a un estudio clínico en más de 55 pacientes. Reporta que 85% de los pacientes a las 48 horas posteriores a la administración del fármaco, a dosis similares para el tratamiento de pediculosis, ya no da reporte positivo al repetir el test de polimerasa, supuestamente porque se acortaría la etapa virémica “y solo queda lidiar con la etapa inflamatoria”.

Conclusión. Los estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo están pendientes respecto a ivermectina. Hay entusiasmo con los resultados preliminares, pero este optimismo podría ser prematuro. Una ventaja sobre otras terapias en fase experimental serían su bajo costo y casi inexistente toxicidad.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TIEMPOS DE COVID-19.

Colaboración: Dr. Nelson Ulises Bonilla Velásquez, cardiólogo intervencionista-endovascular periférico.

Resumen. A pesar de los riesgos debe mantenerse un estándar alto en la calidad de la atención de los síndromes coronarios agudos, incluyendo intervencionismo. Conocer si hay infección por SARS-CoV-2 es importante, se impone la necesidad de prevenir contagios sin descuidar los pacientes más graves, en especial los que sufren un infarto miocárdico tipo 1, con elevación de segmento ST, más propensos a complicaciones graves y muerte; otros pacientes pueden valorarse clínicamente para establecer una jerarquía de prioridades, dejando casos crónicos como electivos; la tomografía de tórax es una herramienta útil en muchos casos. Hay interacciones a considerar entre fármacos cardiovasculares y algunos medicamentos para COVID-19 y cada caso debería ser individualizado.

El síndrome coronario agudo (SCA) puede ocurrir en pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. Al seleccionar la estrategia de manejo deben considerarse estado clínico y probabilidad de contagio por SARS-CoV-2. Propuestas, después de revisar la evidencia disponible:

1. Ideal hacer test de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), con o sin determinación de anticuerpos, antes de un procedimiento invasivo.
2. Reducir riesgo de propagación viral desde el primer contacto con el paciente, en la unidad de emergencias, o en el entorno fuera del hospital.
3. Diferenciar pacientes con clásico infarto miocárdico (IM) tipo 1 (por ruptura o erosión de placa ateromatosa) de pacientes COVID-19 con elevación de troponina y/o cambios de segmento ST del electrocardiograma, con síntomas respiratorios y dolor torácico, sin obstrucción vascular.
4. No retrasar tratamiento adecuado de los pacientes con SCA de tipo IM con elevación del ST(STEMI), incluso si se confirma COVID-19. Pueden estar en inicio hemodinámicamente estables pero tienen riesgo de choque cardiogénico y complicación mecánica. La intervención percutánea

coronaria sigue siendo tratamiento de elección siempre y cuando se disponga de sala de cateterismo cardiaco 7/24, de instalaciones adecuadas para recibir y dar seguimiento, de todas las medidas de seguridad para el personal de salud y demás pacientes hospitalizados. Si el tiempo objetivo no se puede cumplir y la fibrinolisis no está contraindicada, debería convertirse en terapia de primera línea solo si el IM tipo 1 es altamente probable.

5. Retrasos en el tiempo de reperusión (que no debe ser mayor de 120 minutos) pueden deberse a la negativa o temor de los pacientes a llamar a los números de emergencia, a llegada tardía de las ambulancias y/o retraso en tiempo de llegada al hospital por el estado de emergencia nacional, con sistemas de comunicación y traslado congestionados; la protección especial (PPE) de trabajadores sanitarios causa demoras adicionales. A medida que la pandemia se propaga, hay un período caracterizado por bajo número de SCA's, seguido de una fase de incremento de infartos evolucionados, con complicaciones mecánicas.
6. En pacientes con NSTEMI (IM sin elevación de ST) detectar COVID-19 como prioridad, la mayoría no cursa con isquemia continua y responden bien al tratamiento médico. Los pacientes con NSTEMI de muy alto riesgo se deben manejar de acuerdo con guías para STEMI.
7. Hacer evaluación pronóstica en pacientes con paro cardíaco fuera del hospital: es crucial evitar una intubación inútil (muy riesgosa) y considerar la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante esta crisis, con recursos limitados. El umbral para llevar a UCI o sala de cateterismo depende de la capacidad del hospital y el estado clínico del paciente a su llegada.
8. Usar con frecuencia tomografía (TAC) de tórax para confirmar neumonía porque permite la adquisición de imágenes cardíacas con valor diagnóstico en SCA; recordar que COVID-19 frecuentemente eleva troponinas, generando más confusión.
9. La medicación en SCA NSTEMI debe seguir la práctica habitual. Hay interacciones entre los antivirales lopinavir/ritonavir y drogas cardiovasculares, inhiben la acción del citocromo CYP3A4, con necesidad de cambios de dosis (o evitar) el uso de clopidogrel, ticagrelor y anticoagulantes orales directos como apixabán y rivaroxabán; el combo antiviral influye en el metabolismo de las estatinas y atorvastatina y rosuvastatina deben administrarse a la dosis más bajas posibles.
10. Precaución extrema con procedimientos invasivos que generan aerosoles: reanimación, intubación, ecocardiografía transesofágica (tener en cuenta alternativas como la ecocardiografía transtorácica en serie, la TAC o la resonancia magnética cardíaca) y cualquier procedimiento durante el cual puedan inducirse vómitos.
11. En síndromes coronarios crónicos (SCC), la priorización puede basarse en la estratificación del riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta las implicaciones pronósticas de los síntomas y la presencia de una enfermedad coronaria crítica ya conocida, por estudios previos de coronariografía o angiotomografía, que incluya enfermedad del tronco de la arteria coronaria izquierda o lesión proximal de la arteria coronaria descendente anterior.
12. En caso de shock cardiogénico y paciente menor de 65 años no deberá diferirse el uso de soporte circulatorio (balón de contrapulsación y/u oxigenación por membrana extracorpórea, ECMO). Los trasplantes cardíacos urgentes deberían programarse en cuestión de días y se dejarán los sistemas de asistencia ventricular como procedimientos de baja prioridad.

Una guía rápida para procedimientos se resume en la **Tabla 1**. Los procedimientos para STEMI y NSTEMI se presentan en la **Figura 1**.

Referencias:

- ESC/EACTS *Guidelines on myocardial revascularization*. *Eur Heart J*. 2019;40:87-165.
- EAPCI *Position Statement on Invasive Management of Acute Coronary Syndromes during the COVID-19 pandemic*, *Euro Intervention* 2020;16-online publish-ahead-of-print May 2020.

Tabla 1. Programación de procedimientos en cardiopatía isquémica.

Condición Clínica	EMERGENCIA (no diferir)	URGENTE (días)	BAJA PRIORIDAD (<3 meses)	ELECTIVA (>3 meses)
Cardiopatía isquémica	<ul style="list-style-type: none"> – SCA STEMI – SCA NSTEMI (alto riesgo) – Choque (cardiogénico) 	<ul style="list-style-type: none"> – SCA no STEMI (riesgo intermedio) – Angina inestable – Angioplastia tronco – Vaso restante de tratar – Falla isquémica (descompensada) – Angina Clase IV – CRVC en SCA NSTEMI (no candidato a PCI) 	<ul style="list-style-type: none"> – EAC avanzada + angina clase III-NYHA III – PCI vaso no responsable, IM hemodinámicamente estable + estenosis >90% – PCI de la arteria descendente anterior proximal 	<ul style="list-style-type: none"> – Intervención de OTC – Angina estable + clase I-II NYHA

SCA: Síndrome coronario agudo, PCI: intervencionismo coronario percutáneo, EAC: Enfermedad arterial coronaria; CRVC: Cirugía de revascularización coronaria OTC: oclusión total crónica.

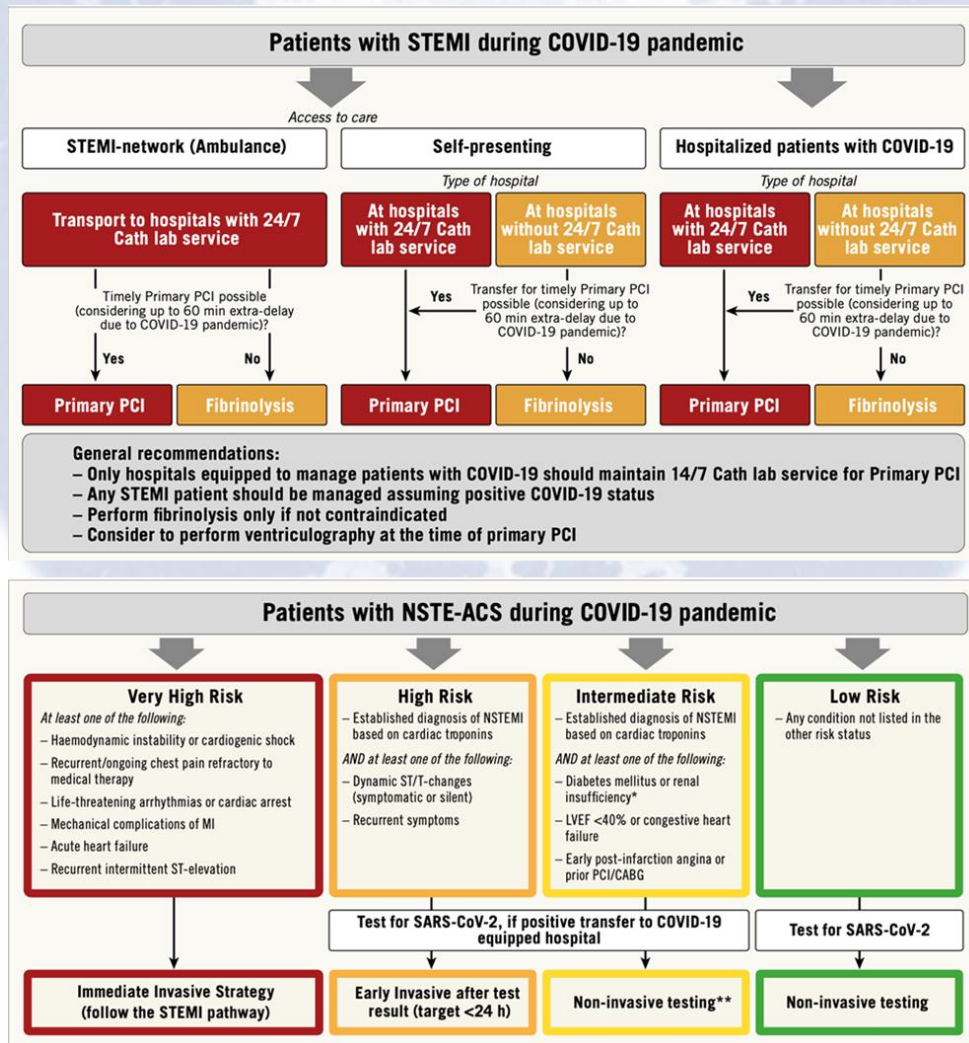


FIGURA 1. Manejo de STEMI (panel superior) y NSTEMI (panel inferior) durante pandemia COVID-19.

ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN LA PANDEMIA DE COVID-19.

Colaboración: Dr. Luis Ernesto González Sánchez, internista y neurólogo.

Resumen. Se ha descrito neutropismo del SARS-CoV-2 pero hay poca documentación de la evolución de COVID-19 en pacientes con enfermedades neuromusculares. Algunos reportes no permiten evaluación etiopatogénica; pueden desencadenarse nuevos síndromes o exacerbarse los ya presentes, la necesidad de inmunosupresores contribuye a complicar los escenarios. El estilo de atención y la educación para estos pacientes deben reevaluarse, en especial para los de más alto riesgo: trastornos respiratorios o deglutorios, inmunosuprimidos. La telemedicina ofrece alternativas para el control y seguimiento de los casos.

Introducción. Los coronavirus humanos hCoV-229E, OC43, NL63 y HKU1 están asociados a problemas respiratorios leves. Hace dos décadas aparecieron infecciones más graves por coronavirus: síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) y enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19); éstas tienen matices neurológicos: cefaleas, convulsiones, ictus, endotelitis vascular central, encefalopatía necrotizante, hemorragia aguda, compromiso del olfato/gusto y posible compromiso en centros respiratorios; este aparente neutropismo contrasta con escasa evidencia, en la literatura, de ataque al nervio periférico, unión neuromuscular o músculo. Se han reportado picos epidemiológicos de enfermedad neuromuscular (ENM) durante la pandemia, pero la etiopatogenia no es clara, posiblemente se ven eclipsados por las manifestaciones sistémicas. La **Tabla 1** resume estas complicaciones neuromusculares.

TABLA 1.

Posibles complicaciones neuromusculares de COVID-19
1. Riesgo de nueva enfermedad neuromuscular
<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré Miositis Miopatía/polineuropatía del paciente crítico
2. Riesgo de exacerbación ENM conocida o desenmascaramiento de dolencia no reconocida
<ul style="list-style-type: none"> Atrofia muscular espinal (AME) Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) Neuropatía sensorial y motora desmielinizante adquirida multifocal (MADSAM) Neuropatía motora multifocal (MMN) Miastenia gravis Síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS) Esclerosis lateral amiotrófica Neuropatías hereditarias Distrofias musculares, miopatías congénitas, metabólicas o mitocondriales
3. Riesgos asociados con las terapias COVID-19 en pacientes con ENM autoinmune.
<ul style="list-style-type: none"> Mayor susceptibilidad de infección y riesgo de evolución más grave con inmunomoduladores/inmunosupresores Reducción de eficacia de vacunas por drogas que interfieren con la inmunidad Posible neuropatía inflamatoria: Síndrome de Guillain-Barre, plexitis, mononeuritis Neuropatía y miopatía tóxicas por antimaláricos Efectos adversos de lopinavir/ritonavir y remdesivir

Deben ajustarse las prácticas clínicas para atender a pacientes con ENM y sus complicaciones, sin olvidar prevenir la propagación de COVID-19; la educación continua debe hacerse a través de este tipo de publicaciones, promocionadas por colegas especialistas, en formato multidisciplinario. Respecto a los pacientes, se les educa en cómo reducir el riesgo de infección y se les individualiza dependiendo de la ENM específica, edad, comorbilidades y el tipo de terapia inmune prescrita. En la **Tabla 2** se evalúa el perfil de riesgo asociado a COVID-19 para algunas dolencias específicas.

Tabla 2.

Riesgo de COVID-19 por enfermedad neuromuscular		
Trastorno	Riesgo curso severo COVID-19	Comentarios
Enfermedad motoneurona	Moderado/elevado	Alto riesgo en casos severos con ventilación no invasiva o invasiva, con comorbilidades
Neuropatías		
Heredadas	Gravedad variable	Alto riesgo con afectación autonómica o afectación cardíaca (amiloidosis), escoliosis con afectación respiratoria
Inmunomediadas	Gravedad variable	Relacionado con el grado de efecto inmunosupresor y compromiso bulbar y respiratorio
Idiopática Nutricional Tóxica	Bajo	No evidencia aparente
Patologías de la unión neuromuscular		
Síndrome miasténico Eaton-Lambert	Gravedad variable	Debe de considerarse malignidad subyacente y quimioterapia
Miastenia gravis generalizada		Relacionado con grado de debilidad bulbar y respiratoria y terapia inmunosupresora
Síndromes miasténicos congénitos		Inicio en adultos, estable >10 años sin compromiso bulbar y/o respiratorio es probable que el riesgo sea bajo. Actual activa, o posible con mutación genética con afección bulbar y/o respiratoria: riesgo elevado.
Muscular		
Hereditaria	Gravedad variable	Riesgo relacionado con grado de afección bulbar/respiratoria y comorbilidades
Inflamatoria Inmunomediado		Depende de la terapia inmunosupresora

Resulta intuitivo esperar que puede haber mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes con ENM e inmunosupresión con compromiso de la deglución y la respiración. El consejo principal para todos los pacientes y sus cuidadores es reducir el riesgo de contraer el virus a través del distanciamiento social y lavado de manos, pero el aislamiento más estricto enfatizarse en pacientes más comprometidos.

Conclusión. La pandemia de coronavirus 2019 (COVID-19) ha demostrado ser de rápida propagación, de importante letalidad, sobrecarga los sistemas de salud y puede poner en riesgo severo a pacientes con trastornos neuromusculares (ENM: enfermedad neuro-muscular). Ha obligado a la reorganización de las clínicas neurológicas y comprometido la vigilancia y educación de muchos enfermos con enfermedades neuromusculares. Se requiere discutir las estrategias de evaluación y mitigación del riesgo para pacientes con preexistencia de ENM, orientación para el manejo de inmunosupresores/inmunomoduladoras y orientación práctica sobre telemedicina.

Referencias.

Roman GC et al. *J Neurol Sci* 2020;414:116884.
 Varga Z et al. *The Lancet* 2020; 395:1401-1460, e75-e82.
 Poyiadji N et al. *Radiology* 2020 Mar 31;201187. doi: 10.1148/radiol.2020201187. *Online ahead of print.*
 Yan-Chao Li et al. *J Med Virol.* 2020;10:1002.
 Huang C et al. *Lancet.* 2020;395:497-506.

IMAGEN DE LA SEMANA.

Asclepius lament... Give them a break.

Collage original, por Lic. Eduardo Alonso Villarroel Martínez.



Compartir libremente pero citando al autor.