

Comentarios a la Mesa Redonda: “Tratamiento ambulatorio de casos de la COVID-19”

AN Dr. Eduardo Ticona Chávez ¹

Es un honor acompañar en la mesa al Dr. Eduardo Gotuzzo y al Dr. Alejandro Llanos. Muy interesantes sus presentaciones en verdad. Tras cuatro meses de pandemia el conocimiento del que disponemos de esta enfermedad es asombroso, conocemos el virus y disponemos de pruebas que nos permiten hacer diagnóstico. Esto no se ha dado en la historia jamás, y tenemos a expertos, como los doctores Gotuzzo y Llanos, que no sólo analizan la enfermedad en base a la información actual disponible, sino también en base a la experiencia de diversas otras enfermedades. Como lo han hecho ver, traslapan el conocimiento para la mejor utilidad en esta instancia, no sólo en el manejo de casos, sino en el manejo de epidemias o pandemias. Han revisado aspectos epidemiológicos, clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos y algunos ensayos clínicos o estudios observacionales relacionados al manejo de COVID y nos los han presentado. En verdad hemos aprendido también que hay dos fases importantes fisiopatológicas: la primera, la fase virémica y la segunda, inmunológica así como los tratamientos que se han empleado fundamentalmente por no haber tenido antecedentes de estudios previos. En el mundo se ha buscado utilizarlos en los estadios avanzados de la enfermedad como una medida heroica, y es precisamente después que el conocimiento nos muestra que no es el mejor momento para tratar, ya es muy tarde, que se han hecho varios estudios y los resultados han sido inciertos

y posiblemente tóxicos, como ha señalado el Dr. Llanos, en el sentido de que, si empleamos dosis elevadas con la finalidad de lograr un mejor efecto, es una dosis excesiva en un paciente con una condición crítica, donde sus mecanismos reguladores están ya resquebrajados, la fisiopatología de los medicamentos no es la misma y la capacidad de absorción de estos -la mayor parte por vía oral- tampoco funciona.

Eso es lo que hemos podido apreciar, y adicionalmente a esto quisiera hacer algún comentario desde el punto de vista de salud pública. Nos podríamos hacer la pregunta ¿Por qué es importante el manejo ambulatorio del COVID y en especial en este momento de pandemia en el Perú? Es importante porque sus manifestaciones se inician en casa, con uno u otro síntoma, los cuales puede ser discretos o muy molestos, pero en ningún caso sabremos si este caso va a quedar como un caso leve o como un caso moderado o va a progresar a un caso severo. Entonces todos los casos desde un inicio requieren un acompañamiento ambulatorio estrecho sin excepción, porque no sabemos a dónde van a evolucionar. Un manejo ambulatorio nos permitirá evitar complicaciones más allá de las que ocasiona la propia evolución de la enfermedad. Asimismo, nos permitirá determinar el momento en que necesitamos acudir al hospital, así como reforzar el aislamiento de los casos a

¹Profesor principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ex jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, especialista en Medicina Tropical por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, Brasil; máster en Ciencias Tropicales Biomédicas del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica; responsable nacional del Programa del Control de Tuberculosis.

fin de disminuir la transmisión en la comunidad. ¿Qué tan importante es este manejo ambulatorio? ¿Qué esperamos de él? Para ello podría resumir en 3 pasos lo que estamos haciendo varios colegas en el manejo ambulatorio desde hace muchas semanas. El primer paso es responder a las preguntas que nos hacen nuestros pacientes, las cuales básicamente son dos. Segundo paso es la monitorización del paciente en casa y el tercero es disponer de la prueba para hacer el diagnóstico. En relación a las dos preguntas que nos hacen los pacientes, primero es ¿doctor, qué debo de hacer? y en esto hay 4 respuestas. La primera es el aislamiento, y lo sabemos puesto que vamos a evitar la transmisión a su familia y a la comunidad. Hemos hablado mucho de esto todo este tiempo y habrá otro momento para ser más específicos. La segunda es el reposo. Todas las enfermedades infecciosas, sean virales o bacterianas, requieren de reposo para una buena evolución, especialmente las virales, y esto se ve especialmente en fiebre amarilla, en dengue, en las hepatitis virales. Una persona que no hace reposo progresa mal y durante esta pandemia hemos tenido la oportunidad de ver gente joven que probablemente no debería evolucionar a mal, pero por tener necesidad de seguir trabajando o por tener que cuidar a sus padres o abuelos, porque se enfermaron y en el trájín de la desesperación, ir al hospital y regresar, evolucionaron de una manera peor que la de sus padres o sus abuelos. Como tercera respuesta está la hidratación. La marca sería ver una orina clara durante el día. Ha habido pacientes que han llegado al hospital profundamente enfermos, adoloridos, febriles, incluyendo cierto nivel de insuficiencia respiratoria. Se les ha hidratado y los síntomas han progresado de manera favorable en corto tiempo, lo que significa que esas personas se deshidrataron durante su enfermedad; si hubieran ingerido líquidos en casa de manera temprana, habrían podido evitar ir al hospital con todas las consecuencias de ello. Y como cuarta respuesta está una comida de fácil digestión.

Otra pregunta es ¿Debo tomar algún medicamento, doctor? Y lógico que debe tomar. Usualmente recomendamos el paracetamol para la fiebre, para el dolor, para su malestar general, condicional a estos síntomas; pero, a su vez nos preguntan “doctor, ¿debo tomar alguna medicina antiviral?” Y por cierto hemos escuchado en la disertación de nuestros profesores que sí tendría su espacio, pero especialmente en las personas de grupo de riesgo; y en este espacio, el principio es que sea un tratamiento precoz. Ya se ha mencionado la primera fase de esta enfermedad que es una fase virémica. Si es que debe funcionar la medicina debe ser en ese momento,

temprano, en la primera semana. El tratamiento debe ser individualizado: cada persona, de acuerdo a su contextura, comorbilidad deberá recibir el medicamento adecuado; tercero, debe ser concordado entre el médico y el paciente para poder ir explicándole los beneficios y no beneficios de los medicamentos y que acepte o no acepte tomar la medicina. Luego de responder estas preguntas viene la monitorización del paciente, y esta monitorización se inicia con la evaluación basal. Todo paciente debería tener una evaluación basal que ha de ser hecha en el centro de salud más cercano a su casa o a través de una visita domiciliaria. Y es ahí donde se le prescribirá el tratamiento y harán todas las recomendaciones, luego seguirá la monitorización. Pero esta monitorización en todas partes del mundo se hace a través de telemedicina. No saben cuánta seguridad y tranquilidad genera esta monitorización al paciente, se siente acompañado, se siente seguro. Y probablemente ayude al bienestar futuro si se pudiera disponer de un oxímetro de pulso. Esto no sólo genera tranquilidad al paciente sino también al personal de Salud. En esta monitorización determinar el mejor momento para poder decidir si se acude al hospital.

Asimismo, ya vendría la prueba diagnóstica pero, como veremos, la estamos dejando para el final, ¿Por qué? Porque en principio la prueba que deberíamos tomar tempranamente sería la prueba molecular y sabemos lo difícil que es. La disponibilidad de estas pruebas y el tratamiento ha de ser precoz si queremos dar un tratamiento y el paciente se angustia y quiere salir, ir al hospital. Debe calmarse el paciente y seguir las recomendaciones mencionadas anteriormente y llamar por teléfono al Ministerio de Salud o a EsSALUD para tomar sus pruebas. Si llegan, en buena hora; si no, no va a variar el tratamiento. Se trata de un paciente con sospecha de COVID y debe seguir las recomendación y durante la segunda semana se podría hacer su prueba serológica, o tal vez en las semanas que siguen. Tenemos un antecedente muy valioso en el Perú, como es la epidemia de cólera en los 90. En esos años el 70% de los casos de cólera se atendieron en el primer nivel de atención y en la comunidad, es decir, de manera ambulatoria, dejando a los hospitales con la tarea de atender a los casos de moderados a severos, y permitiéndose de esta manera una adecuada atención hospitalaria para aquel que lo necesita. Este enfoque no había tenido antecedentes previos. Al final logramos disminuir la letalidad de más del 10% a menos del 1% en nuestro país y quedó como un estándar de referencia de manejo del cólera en el mundo. Para el COVID tenemos otro ejemplo en la región de Lombardía y Véneto en Italia. En Lombardía,

tanto la velocidad de crecimiento de la epidemia como el número total de casos y la letalidad fueron mayores, así como mayor cantidad del personal de Salud resultó afectado. La diferencia entre ambas regiones es que Véneto desarrolló una atención basada en la comunidad, en relación a la que desarrolló Lombardía basada en los hospitales, lo cual sugiere que el impacto puede reducirse mediante esfuerzos en el manejo de casos y contactos de manera oportuna, como también así reducir el contacto con el personal de Salud para estrictamente lo necesario. Pero la pregunta es ¿quién debe hacer este manejo ambulatorio? Lo deben realizar todos los centros de salud del nivel primario de todas las instituciones prestadoras de salud, MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y privados, y en este momento todos de manera coordinada y de manera que todo paciente pueda acudir a cualquiera de ellas, a la más cercana para lograr una atención precoz y adecuada. Para eso se necesitan dos cosas: una, que los establecimientos del primer nivel estén organizados, que dispongan de recursos materiales, recursos humanos, equipo de protección personal y medicamentos suficientes, así como disponer de un sistema o red de telesalud y telemedicina amplia y eficiente para el monitoreo a distancia de cobertura nacional; de lo contrario, no podríamos, por más que tengamos las medicinas, hacer este tratamiento ambulatorio. Los países desarrollados, a pesar de contar con mejores recursos a nivel hospitalario, no han tardado en reorientar sus esfuerzos y estas dos fortalezas ya las tienen implementadas; pero en nuestro caso, es muy difícil que dispongan de una capacidad operativa y eficiente en este momento, tanto los establecimientos de salud como Telesalud.

El sector Salud, a mi modesta impresión, creo no podría lograrlo solo, lo que no significa que no lo podamos conseguir. Esto sólo será posible en corto tiempo si la comunidad con sus organizaciones formales e informales participa activamente y se compromete en una respuesta en comunión con el sistema de Salud. Esto es atención primaria de salud. Una muestra de ello la apreciamos en Iquitos cuando la comunidad responde con el llamado de la iglesia para poder adquirir y así disponer de una planta de oxígeno local. Es un momento en que el destino coloca al país en una situación tal, que para superar esta crisis, nos obliga a ser solidarios y reconocernos como iguales. Hasta el momento el manejo ambulatorio en su mayor parte ha sido realizado mediante consultas y seguimiento telefónico por médicos hacia sus familiares, hacia amigos, hacia pacientes o amigos de ellos. Así miles de pacientes han sido atendidos; pero creemos que es insuficiente,

creemos que debe tener acceso todo peruano a este tipo de servicio, y para eso se necesita comenzar ahora.

Por otro lado, nuestros dos profesores miembros de la Academia Nacional de Medicina que han realizado sus ponencias son personalidades de medicina de primer orden y ellos nos están sugiriendo un manejo que podría haber generado dudas, pero llegan a emitir estas propuestas en base a las evidencias disponibles sobre dichos medicamentos. Son evidencias limitadas, pero evidencias sustentadas en experiencias con otros pacientes, pero en este caso estamos aplicándolas a pacientes en estadios tempranos. Al conocer las limitaciones de nuestro sistema de salud, las carencias en camas de UCI, camas hospitalarias, personal de salud, carencia de EPP, de oxígeno, de medicamentos etc.; al conocer la situación social y cultural en que vivimos, así como en base a su experiencia médica de más de 30 años en cada uno de ellos, se demuestra que estas sugerencias no son copias de otros países o de otras instituciones científicas, lo que pudiera hacer cualquier persona que revisa adecuadamente la literatura; son recomendaciones de valor para nuestro país en este momento. Sabemos que hay controversias y pudiera decirse que, como no hay todas las evidencias, a lo mejor no sería ético sugerirlas; pero, por otro lado, ¿qué tan ético sería el que no estén disponibles en los establecimientos de salud o farmacias? Estaríamos decidiendo a favor de colegas o según concretas personas, lo que tampoco sería ético en especial en este momento de incertidumbre y dolor. Así pues, creemos que la decisión final debe estar en el paciente bajo una información completa de su médico. Los ensayos clínicos randomizados seguramente nos ofrecerán la mejor evidencia, los mismos que se están desarrollando en el país y en otros lugares del mundo, sus resultados nos permitirán orientar las mejores decisiones en el futuro.

En este momento estamos obligados a registrar la información en el manejo de casos, tenemos que vigilar los efectos de la medicación que estamos empleando, lo cual parte por obtener datos y registros adecuados, sólo esto nos permitirá saber si estamos en el camino o tendremos que cambiar de rumbo de manera oportuna. Los aquí presentes en esta mesa redonda hemos vivido la epidemia del cólera, de dengue, de influenza y los brotes de diversas otras enfermedades infecciosas en el país y sabemos que, cuando falta algo para la atención y giramos nuestra mirada con el deseo de encontrarlo, no siempre está lo que se necesita, lo cual nos obliga a actuar con lo poco que disponemos. Sabemos que, a pesar de haber muchos pacientes, llegamos a encontrarnos en

un estado de soledad en nuestro propio desempeño. Nuestra realidad no es la de un país desarrollado y nos obliga a actuar con nuestros limitados recursos, pero con gran compromiso. Quisiera terminar diciendo a nuestros médicos jóvenes y al personal de Salud que estamos orgullosos de su labor y sentimos que están superando todas nuestras expectativas.

Preguntas y comentarios adicionales

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Quisiera, antes de pasar a la sección preguntas, comentarles que nos ha llegado una serie de preguntas que, por la gran cantidad de ellas, va a ser difícil exponer todas a los expositores; así que me estoy permitiendo juntar dos o tres de ellas para cada expositor y así seguir esta ronda y poder dar ocasión a que también el Dr. Ticona, como comentarista de la mesa redonda, participe respondiendo a preguntas generadas por nuestro auditorio virtual.

Partiría con la primera. La primera es el resumen de una observación que han hecho muchas personas respecto a anuncios periodísticos expresados como titulares, en los que se anuncia la prohibición del uso de hidroxiclороquina y cloroquina en el Perú, a raíz de los resultados que sugerían mayor mortalidad en los usuarios de estas medicinas en un estudio global que ha sido publicado en la revista de divulgación científica medica Lancet, hecha por un grupo de médicos de la Universidad de Harvard. La pregunta es ¿siempre hay que creer en estos resultados? ¿Deben existir periodistas que hagan la medicina científica y no enunciar títulos que han ahuyentado a personas que toman medicamentos como hidroxiclороquina para enfermedades reumatológicas, buscando que inclusive la suspendan? ¿Qué opinión le merece, Dr. Gotuzzo, por favor?

Dr. Eduardo Gotuzzo

Yo estoy de acuerdo en que debe haber periodistas especializados en salud, porque lo que estamos viendo muchas veces es que los periodistas nos llaman, pero no han revisado el tema, no conocen el tema, incluso no saben cómo pasar información. Yo creo que esto ha creado que el domingo -como dije- tres programas de televisión concluyeron que la hidroxiclороquina estaba prohibida por la OMS, cosa que es falsa. Y es un comentario muy negativo porque eso destruye la fe de

los pacientes de los que se está hablando y en esta lucha que se está iniciando. Lo que ha hecho la OMS, en el único estudio que ellos conducen, es precisamente dejar en observación el brazo hidroxiclороquina. En estudio de solidaridad seguimos enrolando pacientes, pero el brazo ha quedado en suspenso hasta que ellos revisen, no nuestro estudio sino la información que se generó a propósito de ese estudio de Lancet; entonces, es una información absolutamente incorrecta. En segundo lugar, ese estudio hoy en día ha sido totalmente demolido por todas las críticas que se han hecho sobre su validez. Incluso ayer el profesor que hizo una conferencia sobre la pandemia en otro escenario habló de España. También mencionó lo mismo cuando hablaba de que este grupo era el que había tratado de publicar un efecto maravilloso de ivermectina que muchos nosotros habíamos leído y creíamos que no era un buen estudio: Así participó en una conferencia. Yo creo que es importante que miremos que el periodismo debería ser mejor, pero la conclusión es que esta droga no está prohibida, es una droga que se sigue usando. Tenemos suficientes datos sobre cómo ha sido presentada, para decir que sí sirve para manejarla –digamos- en un estadio primario. Lo que no podemos decir a los pacientes es que los vamos a curar. En segundo lugar, que no hay información suficiente, lo que, en razón de la realidad peruana tan grave (8,500 pacientes nuevos hoy día, 150 fallecidos) tenemos que tomar una decisión que nos urge y tomar una decisión responsablemente. Creo que los diarios deberían tener una mejor información.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Gracias, Dr. Gotuzzo. Dos preguntas juntas o relacionadas. Es la primera de ellas: comentando usted sobre la experiencia de hidroxiclороquina, en especialidad reumatología, y recibiendo mucho de estos pacientes, ¿usted conoce información respecto a aquellos pacientes que reciban la medicina crónicamente que hayan tenido menos posibilidades de hacer esta infección? Y, después, a raíz de la información extrapolada de la experiencia reumatológica, ¿recomendaría en forma ambulatoria la indicación del uso del medicamento y, si fuera así, uno podría eximirse de hacer un electrocardiograma?

Dr. Eduardo Gotuzzo

Uno tiene que escoger bien a quién le da. Yo creo que por eso el médico tiene que hacer una historia clínica, y lo primero que hay que mirar es si el paciente tiene historia de arritmia o tiene una historia de enfermedad cardiovascular porque, como hemos comentado, en los pacientes

ambulatorios no habido efectos adversos serios, lo que pasa es que el coronavirus tardíamente lesiona el corazón y probablemente eso es lo que aumenta estos efectos adversos reconocidos en pacientes hospitalizados. Yo creo que en forma ambulatoria sí se puede usar cuando uno escoge bien a sus pacientes. Recuerden bien que hay 500 peruanos que han fallecido entre 30 y 50 años, es decir, aun esas personas jóvenes que no tienen enfermedad cardíaca pueden ser beneficiadas, y los adultos que no tienen una enfermedad primaria también puede ser beneficiados bajo vigilancia, o sea, cuando se ha tomado el electrocardiograma, uno tendría que estar seguro de si el paciente tiene un QT prolongado, pero de nuevo el efecto adverso es reconocido de manera totalmente inusual y, en manera ambulatoria, de si no se puede tomar porque uno sospecha que el paciente puede tener una enfermedad cardíaca, uno puede escoger ivermectina o puede escoger observarlo o puede pedir un electrocardiograma. Iniciar electrocardiograma, si es que totalmente no tienen prolongación del QT; algunos pacientes sí saben esa condición, porque hay varias drogas que lo producen, desde la ciprofloxacina que es tan usada en el Perú y también produce alteración de ese tipo. Así que vale la pena mirar esa opción, pero yo diría que sí se puede usar y creo que en general se debe usar en esos pacientes, por supuesto escogiéndolos bien sus riesgos, especialmente de las drogas que pueden interactuar.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Dr. Llanos, sobre el uso de la terapia, sobre todo la primera fase, un colega pregunta ¿de no existir ivermectina en gotas en el mercado, se pueden utilizar tabletas de 5mg que son de uso veterinario?

Dr. Alejandro Llanos

Primero, que en el mercado sí existen drogas en tabletas para humanos, en Argentina tienen tabletas 6 mg de ivermectina para humanos. Entonces, el problema es entrar en la desesperación. Ahora, en el pasado, cuando no había ivermectina, sí se han utilizado tabletas de uso veterinario en formas severas, pero hay que tener mucho cuidado -en realidad, ha salido hace poco la recomendación del FDA en donde prohíbe el uso de ivermectina de uso veterinario en humanos-; entonces, la respuesta es que no debería usarse, la responsabilidad es un acto médico y entonces el médico es quien la tiene que prescribir, pero está entrando en los términos populares y toda la gente se automedica, y entonces eso genera una corriente muy grande del uso de ivermectina,

y ahí la pandemia ha mostrado en la parte como que es una cosa novedosa; estos influencers que existen ahora y yo los llamo "los opinólogos" leen con las justas el título y replican la noticia igual que los periodistas y hacen mucho daño, porque esto va por las redes sociales y la gente cree que es beneficioso. En conclusión, hay que tener pragmatismo en la manera como analizar la información por una parte, pero la decisión de dar el tratamiento es una decisión médica y depende de la persona. Yo no podría recomendar ahora el uso de ivermectina de uso animal para uso humano.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Sobre ese mismo punto, una colega hace la pregunta respecto a un paciente con positividad a inmunoglobulina G y comenta "si la ivermectina, en un paciente asintomático que se considera transmisor, por cuántos días se le debiera dar la terapia para que se vuelva no infectante".

Dr. Eduardo Gotuzzo

No se ha probado hasta ahora que esto produzca un efecto de reducir rápidamente la carga viral, esa es una situación más compleja que requiere ser estudiada; así que yo diría que -digamos- primero los asintomáticos no deben ser tratados, podrían ser tratados si encontramos una droga que permite reducir la carga viral y, por tanto, la transmisibilidad. Eso hasta ahora ninguna droga lo ha probado así. Desde ahora un mensaje: las respuestas de las pruebas solamente sirven para diagnóstico, no sirven para decir si el paciente está más crónico o menos crónico y si va a ir bien o va a ir mal; esas pruebas no deben ser manejadas así, lo que manda es la clínica del paciente. Los pacientes asintomáticos deben ser puestos bajo observación y aislamiento, pero no deben recibir tratamiento ¿de acuerdo? Si el paciente es un paciente de alto riesgo y sale positivo, sí se tiene que evaluar su riesgo. Lamentablemente no tenemos todavía la información de que, si tú ves 100 pacientes de alto riesgo, por la definición qué va a pasar con ellos en la siguiente semana, todavía no tenemos un factor reconocido, no tenemos una prueba que nos señale, tenemos algunos índices que nos sugerirían eso, pero yo de nuevo diría si es asintomático; pero, si la persona pesa 120 kilos, ese paciente probablemente sí requiera tratamiento porque es posible que, aunque hoy día es asintomático, puede disparar una evolución tórpida; pero esa es una cuestión que -de nuevo- paciente por paciente tendrá que ser decidida. En ese sentido creo que va a ser más

importante. La pregunta me dice que por IGG se afirma que todos los que tienen IGG ya están curados. Eso realmente es una buena aproximación, pero no estamos 100% seguros y por eso es que esa interpretación de que las inmunoglobulinas G técnicamente sirven para valorar una conclusión es probable que sea así pero no estamos seguros, por eso diría que los pacientes deben ser manejados paciente por paciente. Solamente en relación a la pregunta sobre la cuestión de uso veterinario, en realidad ha habido algunas experiencias, incluso hay unas publicaciones sobre pacientes con enfermedad severa con los que se ha usado ivermectina subcutánea. Cuando los pacientes tenían hiperinfestación por *Strongyloides*, fue en Inglaterra donde se hizo esta publicación, pero en realidad nosotros creemos que lo que debe haber es -como dijo el Dr. Eduardo Ticona- una suficiente cantidad de medicinas para su uso en humanos, para no estar buscando de manera casi aislada hasta inyectables. Creo que eso no debe recomendarse, debe desalentarse y lo que tiene que hacer el Estado es proporcionar las medicinas a todos los pacientes, y estoy de acuerdo con Alejandro Llanos. En segundo lugar, me hacen tres preguntas de la dosis. En realidad la dosis es 200 microgramos por kilo, y eso significa, en la forma de gotas, una gota por kilo; pero, si no, cuando usen tabletas, tienen que sacar el cálculo 200 x 60 son 12 miligramos, 200 x 70 son 14 miligramos; entonces hay tabletas de 3 y hay tabletas de 6 para uso humano. En el Perú lamentablemente en este momento no sé si haya en el mercado, pero ha habido hasta hace poco dos o tres compañías que traían tabletas y quedaban más que todo las gotas que eran más fáciles de manejar.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Una pregunta es “los que tienen VIH sida ¿cuán expuestos están a morir del COVID-19?”

Dr. Alejandro Llanos

Voy a comentar un poco de la ivermectina para pasarle la pregunta del VIH al Dr. Gotuzzo. Miren, la ivermectina tiene un nivel terapéutico alto y los efectos de la ivermectina no sólo es ella sino son sus metabolitos; entonces, el efecto real de la ivermectina puede pasar tranquilamente en una semana. Para mí evidentemente eso la hace una droga interesante en el sentido de tratamiento precoz. Ivermectina como profilaxis a mí sí me preocupa porque hay un problema ético, porque, si bien se han aprobado casi 300 trillones de dosis del medicamento, esta se ha utilizado una vez al mes, una vez cada tres meses o una vez

cada seis meses. En grandes cantidades de poblaciones sí es segura, pero la otra cosa es que muchas personas, especialmente colegas, están utilizando ivermectina para profilaxis, y cuando uno se utiliza en forma frecuente todas las semanas, el problema de los efectos adversos solamente se van a ver a largo plazo. Entonces, por ejemplo, problemas en la retina, con el sistema nervioso central, problemas en el sistema reproductivo, no lo sabemos; en cambio, para la hidroxicloroquina hay una larga data, una larga información de uso crónico por largos periodos, inclusive en gestación en mujeres con AR o con lupus, es diferente. Así pues, el otro tiene que estudiarse primero antes de utilizarlo en forma crónica a ciegas. Lamentablemente un estudio de seguridad de ese nivel de uso crónico es caro, porque requiere muchas pruebas para poder demostrar que no existe nada. O sea, hay que tener mucho cuidado, pues una cosa es tratar precozmente a una persona, lo que va a significar tratamiento de una o dos dosis semanales, y otra distinta tener que utilizar crónicamente todas las semanas durante un largo periodo de tiempo.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

En el estudio de León Cali con respecto al uso de ivermectina existen dos cosas cuestionables. El Dr. Gotuzzo hizo mención sólo de una, el asunto de las dosis súper altas. La otra, que no mencionó y que le parece importante al asistente que hace la pregunta, es que en ese estudio in vitro la célula sólo fue expuesta al virus por 2 horas y luego se la bañó con ivermectina a dosis súper altas considerando que el tiempo de incubación es de 1 a 14 días con promedio de 5 días. Pregunta: ¿quién toma ivermectina después de dos 2 horas de infección? ¿Habrá alguna efectividad de usar ivermectina después de tantos días? ¿Es correcto concluir la efectividad del uso de ivermectina si la damos justamente al 80% de pacientes que harán enfermedad leve?

Dr. Eduardo Gotuzzo

No. Primero, por eso es que no hicimos caso a la publicación de ese grupo que el Dr. Patel lideró; porque, igual que los franceses que dicen que curan al 90%, y el 80% se cura solo, entonces todavía no se ha probado la efectividad de la ivermectina, lo que se ha probado es la seguridad. Y en segundo lugar, la experiencia de expertos. Yo me he permitido consultar a más de 10 infectólogos para conocer si coincidíamos en nuestras opiniones. Según la experiencia de todos, los pacientes de bajo riesgo no deben ser tratados. Recuerden bien que

el 60% de personas es asintomático o está conformado por personas de bajo riesgo; lo que importa es tratar a las personas de alto riesgo. Lo que nos interesa es tratar de prevenir. Yo mencioné que la dosis que se requeriría, si seguimos el *in vitro*, sería como 50 veces más; por eso, en Italia hay un ensayo en el que han dado 800 miligramos o una cosa así. A mí no me parece eso, es decir, tenemos que probar y eso lo hemos probado en experiencia clínica. Hay numerosos peruanos que han recibido ivermectina porque era la única droga que conseguían, y bruscamente en 48 horas, una mejora clínica de manera moderada a manera importante. De eso les podemos contar, digamos que numerosos especialistas hemos tenido la misma experiencia, por eso es que nosotros queremos hacer un estudio de manera sistemática. No nos cabe duda de que se debe hacer un proyecto de investigación para valorar. Debe quedar claro que no estamos ofreciendo la droga mágica, ni nada por el estilo, estamos ofreciendo la oportunidad de recibir una droga que tiene seguridad y, en segundo lugar, que tiene experiencia clínica. Para el estudio del Dr. Alejandro Llanos tenemos casi tres meses, y recién podemos iniciar, por todos los aspectos administrativos que hay. Igual nosotros vamos a hacer un estudio en el cual se van a comparar preferentemente la ivermectina y la hidroxicloroquina contra el estándar, o sea, el no dar medicina, sino que el médico cuide a pacientes de riesgo. No estamos promocionando el uso en pacientes sin riesgo importante, la norma ha quedado bien clara: tratamiento solo para las personas de riesgo. Por eso puse dos slides de quienes están falleciendo en el Perú, esas son las personas que tenemos que cuidar y, dentro de ellas, hay dos grupos que son el de la obesidad, que se ha vuelto un problema gravísimo, y el de la gestación. Tenemos que ir a mirar eso, más otras personas que tengan algún otro componente, porque lo que queremos es reducir la mortalidad, reducir la hospitalización. Ahora no podemos garantizar los tratamientos porque en medicina hay cuatro niveles para sostener la evidencia, la medicina basada en evidencia, y las tres primeras no las tenemos, y la única que tenemos es la opinión de expertos que es la más débil y, por lo tanto, la más criticable. Bajo ese punto de vista, yo creo que sí es cierto que uno puede hacer algo; por eso es que hemos discutido nosotros y decimos "pero a esa dosis no va trabajar bien"; sin embargo, la experiencia clínica ha demostrado que, en 48 horas, ha habido pacientes que mejoraron de manera moderada a manera importante. Más de 10 especialistas les podrán decir lo mismo. La única manera de responder ahora satisfactoriamente es hacer un ensayo clínico. ¿Qué hacemos entonces? Esa es la pregunta, y nosotros creemos que la situación del Perú sí justifica usar esta condición, bajo responsabilidad

del médico en conversación con el paciente. Como dijo Eduardo Ticona, eso es una parte dentro del programa que se ha planteado.

Dr. Alejandro Llanos

Lo que decía es que el efecto de una droga es en función de dosis y de tiempo. No solamente es un problema de dosis, es un problema también de tiempo. Yo estoy completamente de acuerdo con lo que dice el Dr. Gotuzzo: gente asintomática no debería ser tratada. El problema no está en que "apenas yo me infecto, yo tengo que estar tomando tratamiento". El objetivo principal es el diagnóstico de los sintomáticos, especialmente de los grupos de riesgo. Ahí la cosa es diferente. El estudio de León Cali evalúa solo dosis, no evalúa tiempo. Nos olvidamos de que el humano tiene una respuesta inmune que evidentemente controla la mayor parte de infecciones tipo RNA. Las personas que terminan ingresando al hospital representan menos del 15%, no necesariamente hay que tratar a todas, sino hay que seleccionarlas por grupos, y tenemos que verificar a través del estudio clínico la información que en teoría se va generando con el laboratorio y las imágenes.

Dr. Eduardo Gotuzzo

Solamente un comentario. En EEUU, después de los miles de casos, han considerado que los pacientes con HIV tratados sorprendentemente no están en la lista de riesgo. No se sabe si es porque están usando varias drogas retrovirales, cuyo núcleo, cuando uno recién se contagia, es pequeño y entonces dichas drogas podrían trabajar bien. Lo cierto es que hasta ahora en el Perú también ha pasado eso. Parecería que el número de personas lesionadas por el COVID que fallecen con HIV es muy bajo. Quienes están bien controladas no representan un grupo de riesgo. Por esta razón recomendamos hoy más que nunca que los pacientes de HIV sigan su tratamiento.

Moderador Dr. Eduardo Acevedo

Muchas gracias, apreciados colegas. El tiempo nos ha ganado. Sabemos que el interés es muy grande, y nuevamente agradecemos a los doctores Eduardo Gotuzzo y Alejandro Llanos por su muy importante participación; de la misma manera, al auditorio virtual que tuvo a bien acompañarnos. Quiero hacer un pequeño comentario y, con esto, quiero recordar a un distinguidísimo profesor y amigo quien ya no está con nosotros. Me refiero al Dr. Armando Silicani. Sucedió que, cuando moderaba y

deseaba hacer conocer su opinión, decía muy rápido “me voy a salir de la moderación” y lanzaba su comentario. En esta ocasión voy a salir de la moderación solo por 2 minutos, porque se han citado algunos resultados de varias publicaciones del grupo GLADEL. GLADEL es el grupo latinoamericano de estudio del lupus que fue creado unos veinte años atrás por iniciativa del Dr. Donato Alarcón Segovia y un grupo de médicos de Argentina, México, Perú, Colombia, Cuba. En ese tiempo o más adelante se adhirieron reumatólogos de Chile, Brasil, Venezuela, Guatemala, Bolivia y República Dominicana. El sentido era, y sigue siendo, generar información médica de nuestras propias poblaciones en pacientes que desarrollan esta enfermedad en este lado de nuestro continente (en la actualidad son miembros un número mayor de países). Sabíamos o conocemos que, en esta y en otras enfermedades, las informaciones que tenemos como verdades se desarrollan en otras poblaciones y continentes y son aceptadas por su importante aporte a la medicina. Ahora, GLADEL y varios grupos que se ocupan de otras enfermedades y condiciones originadas en nuestro continente, han recogido en los estudios que diseñan nuestra propia información. Como ejemplo, el uso de hidroxiclороquina es una indicación absoluta en pacientes con lupus a no ser que exista alguna contraindicación especial, y la deben tomar durante largo tiempo, inclusive durante toda su vida. No hay reportes de casos con complicaciones mayores. Existen publicaciones de expertos en el diagnóstico, seguimiento y terapia del lupus por investigadores del hospital Saint Thomas de Londres, Clinic de Barcelona, hospital de la Universidad de California-Los Ángeles, hospital de la Universidad de Alabama, hospital Wellesley de Toronto entre otros hospitales cuyos miembros son destacados investigadores profesores universitarios, como son los doctores Hughes, Khamashta, Ruiz Irastorza, Cervera, Wallace, GS Alarcon, McGwin, G. Pons-Estel, Gladman, Urowitz, entre otros. Cada uno de ellos, o todos como conjunto, afirman que la hidroxiclороquina debe ser una indicación absoluta en los pacientes con lupus y no confiere ningún riesgo. Esa misma conclusión se obtuvo en el estudio de GLADEL presentado en el Congreso del American College of Rheumatology (G. Pons-Estel y colaboradores).

Muchas gracias. Y ahora quiero invitar al académico Dr. Eduardo Ticona para que nos haga un corolario sobre los puntos que usted ha recogido como los más importantes

de las exposiciones y que han mostrado el conocimiento de los académicos Llanos y Gotuzzo.

Dr. Eduardo Ticona

Sí, Dr. Acevedo. En primer lugar, es bueno reconocer que estamos con una realidad epidémica grave en el país. En segundo lugar, que el manejo ambulatorio adecuado nos permitirá tener menores complicaciones, así como reservar los servicios hospitalarios para quien lo necesite, como se está apreciando en otros países; a lo mejor, conseguir una disminución del número de casos que progresen a estadios severos y, como consecuencia, disminuir nuestra letalidad. El manejo ambulatorio es necesario y debería ser de acceso universal para todo ciudadano en este momento, para lo cual se requiere una red de servicio de salud y telemedicina a nivel nacional funcionando con todos sus recursos. No existe un tratamiento antiviral contra el COVID-19 que se haya demostrado eficaz en este momento; sin embargo, frente a las evidencias disponibles y en el contexto de salud pública nacional, se considera que los medicamentos hidroxiclороquina e ivermectina parecen ser eficaces y seguros, en especial en pacientes sintomáticos en estadio temprano. No está indicada esta medicación para personas asintomáticas o que no pertenezcan a grupos de riesgo. Las personas del grupo de riesgo han sido mencionadas. Son las personas mayores de 60 años, obesas, hipertensas, con diabetes, entre otros. El paciente debe ser informado adecuadamente y las decisiones deben ser consensuadas entre el paciente y el médico para tomar la medicación. Se debe hacer todo el esfuerzo por evitar la automedicación, para lo cual los servicios de salud deben llegar y estar muy cerca de los pacientes. Recordar que otras medidas no terapéuticas pueden ser tomadas en casa, fundamentalmente el aislarse, reposo, hidratación. Se está en proceso de desarrollo de estudios clínicos, ensayos clínicos a nivel nacional y mundial que nos permitirán tomar mejores medidas. Los estudios de profilaxis también están por desarrollarse en nuestro país; pero recordar que la profilaxis por sí misma no sería una medida única sino adicional al resto de medidas. Probablemente quede alguna cosa pendiente; sin embargo, me despido refiriendo que lo dicho en esta mesa redonda representa la opinión de los expertos que han participado. Sin embargo, la opinión final de la Academia Nacional de Medicina sobre este tema será alcanzada al ministro de Salud a través de nuestro presidente en los siguientes días. Es todo, señor moderador.

Mesa redonda: “Perspectivas de la pandemia: COVID-19 en el Perú”

Presentación de la Mesa Redonda

Muy buenas noches a todos los participantes. Los saludamos desde el Ministerio de Salud, Dirección de Infosalud de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias. El día de hoy, martes 9 de junio, tenemos el honor de presentarles la Mesa Redonda “PERSPECTIVAS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL PERÚ” a cargo de la Academia Nacional de Medicina, para lo cual tenemos el gusto de que nos acompañen el Dr. Alejandro Bussalleu, el Dr. Jorge Alarcón, el Dr. Ciro Maguiña, el Dr. Óscar Pamo y el Dr. Carlos Seas. A continuación, voy a ceder la palabra al Dr. Óscar Pamo, de la Academia Nacional de Medicina, quien nos acompañará en la moderación el día de hoy.

Palabras del Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina

AN Dr. Alejandro Bussalleu Rivera

Distinguida teleaudiencia, tengan todos ustedes muy buenas noches. La Academia Nacional de Medicina les da su más cordial bienvenida. Un saludo especial a todos nuestros académicos honorarios, académicos eméritos, de número, asociados, asociados vitalicios y correspondientes, con la presencia espiritual de Daniel Alcides Carrión. Damos inicio a esta segunda sección de las 5 que se han programado para el mes de junio de temas relacionados con el COVID-19. Contamos con el apoyo del Ministerio de Salud a través de su

plataforma Telesalud. Quiero nuevamente agradecer a los expositores, comentaristas y moderadores que han comprometido su participación de manera entusiasta en estas actividades que la Academia Nacional de Medicina ha programado para este mes. Como una suerte de resumen del tema de nuestra primera mesa redonda, se podría expresar lo siguiente. Por primera vez en la historia de las pandemias, la Academia Mundial ha reaccionado con prontitud en la búsqueda de agentes antivirales únicos o en combinación. Pese a la existencia de varios agentes con actividad in vitro contra el SARS COV 2, pocos agentes han mostrado al día de hoy marcada efectividad clínica. En 1918 se discutió la utilidad de la quinina durante la pandemia de influenza. 102 años después continuamos en el debate y en la incertidumbre sobre la eficacia de este antiparasitario como agente antiviral. Los estudios clínicos publicados a la fecha, en tratamiento y prevención farmacológica, tienen deficiencias metodológicas que impiden recomendaciones definitivas. Las recomendaciones que se pueden hacer en opinión de expertos beneficiarían a sólo subgrupos de pacientes. La detección temprana de la infección y la terapia oportuna podrían cambiar el curso de la enfermedad. Vacunas específicas son promisorias, pero no se espera que estén disponibles en menos de un año. Medidas no farmacológicas -como aislamiento social, distanciamiento, cierre de espacios públicos concurridos, higienización de manos y uso de mascarillas en la población general- son medidas de alta