

**Tabla 1**  
Actuación en los pacientes de revisiones según el modelo de atención

Actuación en el grupo Revisiones	Modelo presencial	Modelo Teleconsulta	p
Alta	237 (23,2%)	259 (25,3%)	0,262
Revisión	786 (76,8%)	764 (74,6%)	
Recitar	0	1 (0,1)	
Total	1023	1024	

requirió una visita presencial. Del grupo de revisiones, un 74,6% hacia una revisión, un 25,3% fue alta y sólo un 0,1% requirió una revisión presencial.

A pesar de las limitaciones técnicas, el porcentaje de resolución de los pacientes de primera visita no fue despreciable (un 34,3%) pero sin duda, lo llamativo fue la capacidad de resolución de casi el 100% de los pacientes del grupo de revisiones. Este dato nos llevó a realizar un análisis comparativo con el modelo presencial de 1023 pacientes de revisión atendidos en las 7 semanas previas al comienzo del modelo de teleconsulta. De estos 1023 pacientes atendidos presencialmente, 237 (23,2%) fueron altas y 786 (76,8%) fueron a una revisión (tabla 1). No observamos diferencias estadísticamente significativas en el resultado en la actualización en el grupo de revisiones atendidas mediante un modelo presencial frente a la teleconsulta ( $p=0,262$ ).

Finalmente, comparamos el número de pacientes que no acudían a consulta en el modelo presencial (167, 12,5%) frente al número de pacientes que no respondían a la llamada telefónica (42, 3,1%), observando una diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ).

Si bien, somos conscientes de la necesidad de estudios comparativos a más largo plazo que evalúen los resultados de la teleconsulta, las intervenciones por telemedicina parecen generalmente equivalentes a la atención presencial<sup>4</sup>. Esta modalidad asistencial es

prometedora y tiene unos índices de resolución adecuados para un grupo concreto de pacientes como los revisados por patologías crónicas estables y aquellos que acuden a consulta para recogida de resultados. Por ello, es de vital importancia la inversión y desarrollo de plataformas que permitan una comunicación efectiva entre niveles asistenciales y entre sanitarios-pacientes porque, sin duda, la telemedicina formará parte de nuestra labor asistencial diaria.

### Conflicto de interés

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

### Bibliografía

1. Mark RG. Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals? *Mod Nurs Home*. 1974;32:39-42.
2. Duffy S, Lee TH. In-Person Health Care as Option B. *N Eng J Med*. 2018;378:104-6. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1710735>.
3. Hollander JE, Garr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Eng J Med*. 2020;382:1679-81. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2003539>.
4. Shigekawa E, Fix M, Corbett G, Roby DH, Coffman J. The Current State Of Telehealth Evidence: A Rapid Review. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37:1975-82. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05132>.

Guillermo Isasti\* y José F. Díaz Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [doctorisasti@hotmail.com](mailto:doctorisasti@hotmail.com) (G. Isasti).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.024>

0025-7753/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Riesgo de infección por SARS-CoV-2 y resultados clínicos en pacientes con esclerosis múltiple en la Rioja (España)



#### Risk of SARS-CoV-2 infection and clinical outcomes in multiple sclerosis patients in La Rioja (Spain)

Durante el inicio del año 2020 hemos asistido a una pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, que nos ha enfrentado a numerosos interrogantes especialmente en pacientes con características clínicas especiales, como los que padecen esclerosis múltiple (EM), muchos en tratamiento con fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores que comprometen su sistema inmunitario, lo que podría implicar mayor riesgo de enfermar o de presentar peor curso clínico. Para verificar esta hipótesis se ha diseñado un estudio descriptivo mediante revisión de la historia de todos los pacientes diagnosticados de EM en la comunidad autónoma de La Rioja, obteniéndose datos clínicos y epidemiológicos.

En el momento del estudio en La Rioja hay 316.798 habitantes, 330 diagnosticados de EM (1,04/1.000 habitantes), de los cuales 12 han sido afectados por SARS-CoV-2, (3,6%), nueve por PCR y tres por serología. El paciente tipo es mujer (75%), de 47,91 años (22-74), 75% con forma remitente recurrente y 25% secundaria progresiva. El valor medio de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) fue 1,92 (0-8). El 25% no estaban tratados, dos (16,66%) lo estaban con cada uno de los siguientes: interferón beta-1a subcutáneo, dimetilfumarato y teriflunomida y uno (8,33%) con fingolimod, cladribina y alemtuzumab.

Para la consideración del caso se tomaron los criterios del Instituto de Salud Carlos III, seguidos en la población general para poder establecer comparaciones, (presencia de síntomas y confirmación por PCR). Dicho criterio era cumplido por nueve pacientes. Al 27 de mayo de 2020 se habían realizado 31 PCRs para SARS-CoV-2, lo que supone 93,94/1.000 habitantes, similar al 99,81/1.000 habitantes en La Rioja. Fueron positivos el 29,03% (9/31) frente al 12,79% de la población general<sup>1</sup>. La incidencia de casos COVID entre la población con EM fue 27,27/1.000 habitantes, frente al 12,76/1.000 habitantes en La Rioja (OR 2,17; 95% IC 1,12-4,21).

La distribución etaria de los casos se presenta en la tabla 1, destacando entre los pacientes con EM un 66,7% entre 40-59 años de edad, y escasa entre mayores de 60 que supone el 50% en la población general<sup>1</sup>.

Los pacientes con EM y COVID presentaron una media de 3,1 (1-6) síntomas, destacando tos y fiebre (66,7%), dolor faríngeo (55,6%), mialgias (44,4%), astenia (33,3%), cefalea (22,2%), disnea y anosmia (11,1%). La tasa de hospitalización acumulada para pacientes con

**Tabla 1**  
Distribución de pacientes diagnosticados de COVID con EM y población general<sup>3</sup>

Edad (años)	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
EM	0	0	11,1	11,1	44,4	22,2	0	11,1
P. general	0,7	1,2	5,8	10,1	14,4	17,2	13,8	37,0

EM fue de 22,2% frente al 36,63% del global de La Rioja<sup>1</sup> (OR 0,47 IC5% 0,09-2,29).

Sólo un paciente de nuestra serie falleció, varón de 74 años, EM secundaria progresiva, EDSS 7 y sin tratamiento. La tasa de letalidad resultó un 11,1% (vs. 8,91 en La Rioja, sin significación estadística). Al existir un porcentaje de positivos en PCR mucho mayor entre los afectados de EM, la tasa de mortalidad mostró mayor diferencia, 3,03/1.000 habitantes vs. 1,14 en La Rioja, pero sin alcanzar significación estadística (OR 2,67; IC95% 0,37-19,07).

## Discusión

Está establecido que los pacientes con EM tienen un mayor riesgo de infecciones que requieren hospitalización, apuntándose un posible aumento en infecciones víricas, neumonía y gripe<sup>2</sup>. Nuestros resultados muestran que los pacientes con EM han presentado una incidencia de COVID-19 mayor del doble que la población general, no pudiendo atribuirse a que hayan sido sometidos a más estudios PCR.

Tenemos conocimiento de un estudio que no demostró aumento de riesgo de COVID entre pacientes con EM en China, si bien fue realizado mediante cuestionarios y comunicación personal de los pacientes, y los propios autores discuten que esto ha podido dejar fuera muchos pacientes con síntomas menores o que rechazaran la comunicación para evitar su cuarentena en las instalaciones designadas para ello<sup>3</sup>.

Entre los síntomas, en nuestra serie los más frecuentes fueron tos y fiebre, con una baja incidencia de anosmia, similar a lo publicado<sup>4</sup>. La tasa de hospitalización en nuestra serie es ligeramente inferior (sin significación estadística) entre los pacientes con EM en contexto de una edad media menor.

Por último, en cuanto a la letalidad entre nuestros pacientes con EM, 11,1%, no difiere mucho de la población general. En un estudio multicéntrico llevado a cabo en Italia se detectaron 57 pacientes con PCR positiva, de los cuales cinco fallecieron (8,77%), todos con EDSS  $\geq 6,5$ <sup>5</sup> y en otra publicación con una serie de ocho casos en Estados Unidos fallecieron dos, con EDSS de 7,5 y 8,5<sup>4</sup>, en consonancia con lo observado en nuestro trabajo.

En conclusión, en nuestra serie, la incidencia de casos COVID entre pacientes con EM duplica a la general, a pesar de no haberse realizado mayor número de test.

La tasa de hospitalización y la letalidad ha sido similar, afectando a un paciente de 74 años con EDSS elevada, en consonancia con la experiencia presentada por otros grupos.

Dada la letalidad similar en un contexto de mayor incidencia de infección, la mortalidad asociada a la infección por COVID entre nuestros pacientes con EM tiende a ser mayor que en la población general, pero sin alcanzar significación estadística.

## Financiación

Este trabajo no ha tenido ningún tipo de financiación

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Situación epidemiológica del COVID-19 en La Rioja. [accedido 28 mayo 2020]. Disponible en: <https://actualidad.larioja.org/coronavirus/datos>.
2. Persson R, Lee S, Yood MU, Wagner CAPTM, Minton USN, Niemcryk NS, et al. Infections in patients diagnosed with multiple sclerosis: A multi-database study. *Mult Scler Relat Disord*. 2020;41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2020.101982>.
3. Fan M, Qiu W, Bu B, Xu Y, Yang H, Huang D, et al. Risk of COVID-19 infection in MS and neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation*. 2020;7, <http://dx.doi.org/10.1212/NXI.0000000000000787>.
4. Bowen JD, Brink J, Brown TR, Lucassen EB, Smoot K, Wundes A, et al. COVID-19 in MS: Initial observations from the Pacific Northwest. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation*. 2020;7, <http://dx.doi.org/10.1212/NXI.0000000000000783>.
5. Sormani MP. Italian Study Group on COVID-19 infection in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2020;19:481–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30147-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30147-2).

Federico Castillo Álvarez\*,  
M<sup>a</sup> Ángeles López Pérez y María Eugenia Marzo Sola

Servicio de Neurología, Hospital San Pedro, La Rioja, Logroño, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [fcastilloa@riojasalud.es](mailto:fcastilloa@riojasalud.es) (F. Castillo Álvarez).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.021>  
0025-7753/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.