

Asintomáticos COVID-19 excluidos de protocolo



Asymptomatic COVID-19 excluded from protocol

El mundo entero no daba crédito del descubrimiento de un nuevo virus a finales de diciembre del año 2019 con un brote inicial en China. La información recibida desde los medios de comunicación y publicaciones médicas informaban de un virus que causaba afección respiratoria severa y que el mecanismo de trasmisión era similar al virus influenza.

La OMS fue advertida el 31 de diciembre de 2019 por las autoridades de la República Popular China de la presencia de numerosos casos de neumonía aguda de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2. El 11 de marzo de 2020 el Director General de la OMS declaró el estado de pandemia que afectaba a 118 países con COVID-19 llegando a 118.000 casos reportados. En su discurso manifestó «Pandemia no es una palabra que debe utilizarse a la ligera o de forma imprudente, es la primera pandemia causada por un coronavirus. Es una palabra que puede provocar un miedo irracional». La OMS añade: «... encuentren, aislen, sometan a pruebas y pongan en tratamiento todos los casos, rastreen todos sus contactos. Además de proteger y formar a sus trabajadores sanitarios»¹.

La discusión que los autores pretenden analizar se basa en la exclusión de los pacientes asintomáticos COVID-19 de los protocolos de actuación como pacientes con posibilidades de contagiar tanto a la población en general como al mismo personal sanitario. El problema que los autores detectan es la poca importancia que los protocolos de actuación otorgan a los pacientes asintomáticos que constituyen una importante fuente de transmisión del virus.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre las mejoras y las actualizaciones de los protocolos con la finalidad de incidir en la disminución del contagio, con especial hincapié en los pacientes asintomáticos ya que de acuerdo con los estudios epidemiológicos disponibles la transmisión asintomática representa la principal fuente de propagación de la pandemia^{2,3}.

El Ministerio de Sanidad en sus protocolos de actuación en atención primaria (actualización del 4 de junio de 2020)⁴ en su punto 5.3 propone para los centros urbanos o semi-urbanos las siguientes líneas de atención sanitaria: cada centro sanitario podrá realizar un breve cuestionario sobre la sintomatología a la llegada del paciente, el cual podrá ser realizado por personal sanitario o no sanitario, y de acuerdo a este cuestionario podrá ser derivado el paciente a una zona sospechosa COVID-19 o a una zona para el resto de las afecciones. En este caso, detectamos de acuerdo con nuestro criterio, un error conceptual y metodológico que minimiza la presencia de pacientes asintomáticos. Hemos aprendido hasta la fecha que, con un simple cuestionario a la entrada del centro de salud o vía telefónica, es imposible determinar si se trata de un paciente portador asintomático del COVID-19. Este primer error en el ingreso al establecimiento sanitario conducirá a una cascada de nuevos errores en época de pandemia ya que se debería considerar a todo paciente que acude al centro de salud como un posible caso

de COVID-19. En este sentido, de acuerdo con el protocolo que publica el Ministerio de Sanidad de España recomienda 2 circuitos separados para la atención del paciente: pacientes sospechosos de COVID-19 y pacientes no COVID-19. Lo que en realidad se debería considerar es que la atención al paciente tendría que basarse en el criterio de que todo paciente es portador del virus hasta que no se descarte dicha posibilidad mediante técnicas de detección apropiadas.

Los autores sostienen que el protocolo debería proponer la realización de técnicas de detección del COVID-19 para el personal sanitario (test rápidos/PCR) de manera frecuente, y así establecer 2 circuitos: uno para el personal sanitario (limpio) y otro (sucio) para el resto de las enfermedades. El personal médico formado debería estar en conocimiento que debido a las múltiples manifestaciones clínicas del virus (conjuntivitis, diarrea, vómitos, fiebre, pernio, urticarias, cefaleas, anosmia, disnea, tos, dolor abdominal, etc.), y especialmente teniendo en cuenta a los pacientes asintomáticos, se debería considerar a todo paciente como posible caso de transmisión de COVID-19 con lo cual es recomendable el uso de EPI ante todo paciente, independientemente de la clínica que presente.

Es de destacar, que como bien indica el protocolo del ministerio, en las medidas de prevención de contagio para los profesionales sanitarios cuando acuden al domicilio de un paciente, la vivienda debería ser considerada como una zona contaminada. Advertimos que esta lógica no se traslada a los centros de salud, cuyos circuitos por donde circulan los pacientes asintomáticos y sospechosos de COVID-19 deberían ser también considerados zonas contaminadas.

En la actualidad los pacientes asintomáticos deberían considerarse un reto en su precoz detección mediante técnica RT/PCR para controlar los contactos estrechos y disminuir la propagación de la pandemia. Es destacable un estudio que analiza las glándulas salivares como posible reservorio del virus en asintomáticos. De esta forma, el RNA del SARS-CoV podría ser detectado en saliva antes que en secreciones respiratorias⁵. Agregar que una publicación reciente analizó múltiples muestras de heces y concluyó que es posible detectar el virus por RT/PCR en pacientes asintomáticos hasta 17 días después de la última exposición al virus⁶.

La estimación del porcentaje de asintomáticos mejorará la comprensión de la transmisión de COVID-19, así como ampliará sustancialmente el conocimiento de la enfermedad que causa, proporcionando una idea de la propagación de la epidemia⁷. En este sentido, mejorar los protocolos de actuación con relación a los pacientes asintomáticos ayudará a disminuir el número de incidencia del virus. La atención primaria es un pilar fundamental para la gestión de la pandemia, que debe ser reforzada con el incremento de personal sanitario, dotación de EPI, test diagnósticos e infraestructura adecuada por parte de las CC. AA. Asimismo, es necesario realizar diagnósticos precoces de casos asintomáticos, presintomáticos y aislamiento de casos en contacto estrecho. Para finalizar, en concordancia con Gandhi et al.⁸, afirmamos que los pacientes asintomáticos representan el talón de Aquiles de la transmisión de la enfermedad, que debe ser abordado, especialmente en los protocolos de actuación desde la atención primaria.

Bibliografía

1. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [consultado 13 Jun 2020] Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
2. Rodríguez Labrada R, Vázquez Mojena Y, Velázquez Pérez L. Transmisión asintomática y presintomática del SARS-CoV-2: La cara oculta de la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2020;10 [consultado 4 May 2020] Disponible en: <http://www.revistacuba.cu/index.php/revacc/article/view/770>.
3. Llor C, Moragas A. Coronavirus and primary care [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2020;52:294-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.002>.
4. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España Documento técnico Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Versión del 4 de junio de 2020. [consultado 13 Jun 2020] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf.
5. Xu J, Li Y, Gan F, Du Y, Yao Y. Salivary Glands: Potential Reservoirs for COVID-19 Asymptomatic Infection. *J Dent Res*. 2020;99:989, <http://dx.doi.org/10.1177/0022034520918518>.
6. Tang A, Tong ZD, Wang HL, Dai YX, Li KF, Liu JN, et al. Detection of Novel Coronavirus by RT-PCR in Stool Specimen from Asymptomatic Child China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26:1337-9, <http://dx.doi.org/10.3201/eid2606.200301>.
7. Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, et al. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int J Infect Dis*. 2020;94:154-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>.
8. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2158-60, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe2009758>.

Alejandra Martínez Gandolfi^{a,*}
y Javier Rodríguez Mir^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Sanidad de Castilla y León (SACyL), España*

^b *Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correoelectrónica: alejandritamartinezgandolfi@hotmail.com
(A. Martínez Gandolfi).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.005>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aspectos farmacológicos diferenciales entre los bloqueadores de los canales de sodio dependientes de voltaje: implicaciones en la práctica clínica



Differential pharmacological aspects between voltage-gated sodium channel blockers: implications in clinical practice

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Vivas Maiques y Palop Larrea en la que presentaban un caso de hiponatremia grave relacionada con oxcarbazepina (OXC) para tratar una neuralgia del trigémino (NT)¹, y nos gustaría realizar algunas aportaciones que pueden resultar útiles para nuestra práctica clínica.

Los bloqueadores de los canales de sodio dependientes de voltaje (Nav), en concreto la subclase de las carboxamidas, incluyen: la carbamazepina (CBZ), la OXC y, más recientemente, el acetato de eslicarbazepina (ESL). La CBZ está indicada, además de epilepsia, en: episodio maniaco y tratamiento profiláctico del trastorno afectivo bipolar, NT, neuralgia esencial del glossofaríngeo y síndrome de abstinencia al alcohol; OXC está indicado en el tratamiento de las crisis epilépticas parciales con o sin generalización secundaria con crisis tónico-clónicas; mientras que ESL tiene indicación en monoterapia para el tratamiento de crisis de inicio parcial, con o sin generalización secundaria, en adultos con epilepsia recién diagnosticada; y terapia adyuvante

en pacientes adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, con crisis de inicio parcial, con o sin generalización secundaria².

Debido a la similitud entre las estructuras químicas de la CBZ y la OXC, muchos clínicos han asumido que sus perfiles farmacocinéticos y de efectos secundarios son parecidos. La OXC se diseñó para evitar el metabolito 10,11-epóxido de la CBZ, al cual se atribuyen muchos de sus efectos secundarios graves². El ESL es el (s)-isómero del monohidroxiderivado, que es el metabolito activo de la OXC, y principal responsable de su actividad³. No obstante, es esencial comprender las diferencias entre estos fármacos para realizar una evaluación correcta de su uso. La OXC se diferencia de la CBZ en una sustitución clave para evitar intencionadamente el metabolito epóxido de la CBZ y mejorar su tolerabilidad general. Como resultado, la OXC se metaboliza de una forma muy diferente a la CBZ. La CBZ emplea el sistema enzimático CYP450 como vía primaria de metabolismo, lo cual da lugar a diversas interacciones farmacológicas, incluida la inducción de su propio metabolismo. Además, a diferencia de la CBZ, la OXC solo tiene una interacción mínima con el sistema enzimático CYP450. En la [tabla 1](#) se resumen las principales características farmacológicas de los bloqueadores de Nav^{2,3}.

Como Vivas Maiques y Palop Larrea comentan en su carta, la hiponatremia, definida como un nivel de sodio <135 mmol/L, es un efecto secundario común del tratamiento con CBZ y OXC¹. La incidencia de la hiponatremia secundaria a la terapia con CBZ oscila entre 4,8 y 40%, dependiendo de los estudios³. Cada vez más trabajos aportan datos de que la hiponatremia, aunque leve, tiene efectos deletéreos, sobre todo en población anciana (en la que, por otra parte, se dan con frecuencia cuadros clínicos de dolor neuropático). La