



Coronavirus e inmunodeficiencias

Entrevistando a

María Claudia Ortega López

10 de abril de 2020

- » Pediatra, alergóloga, inmunóloga clínica
 - » Especialista en gestión aplicada a los servicios de salud
 - » Presidente y fundadora de la Fundación Alejandra Ortega López
-

Coordinadores

Patricia María O’Farrill Romanillos

Edwin Daniel Maldonado Domínguez
Residente de primer año

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica,
Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social

1. ¿Los pacientes con inmunodeficiencias primarias tienen mayor riesgo de enfermedad por SARS-CoV-2?

No hay datos sobre el comportamiento del virus en individuos con inmunodeficiencias. La respuesta depende del tipo de inmunodeficiencia: cuantitativa, cualitativa, de anticuerpos, deficiencia celular, combinada o secundaria. Al igual que con otras infecciones virales respiratorias como la gripe, es posible que los pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas debilitantes o de edad avanzada tengan riesgo mayor de infecciones, coinfecciones y complicaciones. En consecuencia, los pacientes con enfermedades inmunológicas se encuentran en el grupo de mayor riesgo y deben ser más cuidadosos.

2. ¿Qué medidas deben adoptar los pacientes con inmunodeficiencia primaria para reducir la posibilidad de infección por SARS-CoV-2?

Los pacientes con inmunodeficiencia primaria o secundaria pertenecen al grupo de alto riesgo. Deben estar conscientes que las medidas que mejor protegen su integridad durante la pandemia SARS-CoV-2 son las siguientes:

- La evitación del contacto social, principalmente.
- El confinamiento.
- El lavado de manos conforme a las recomendaciones que se han generalizado: durante 20 segundos, con jabón o desinfectante a base de alcohol a 60 %, antes de preparar los alimentos, antes de comer, después de utilizar el baño, después de toser, estornudar o sonarse la nariz, en caso de contacto con personas que necesitan asistencia (niños), personas enfermas o sospechosas de enfermedad viral que incluya o no SARS-CoV-2 y contacto con animales.
- Evitar al máximo tocarse los ojos, la boca, la nariz antes de lavarse las manos.
- La adecuada alimentación e hidratación.
- El uso regular de los medicamentos y tratamientos que se les ha indicado para el control de la enfermedad de base, como la aplicación de inmunoglobulina.

Además de las siguientes:

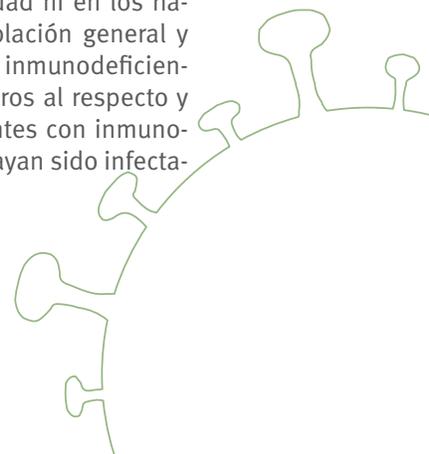
- Limpiar los objetos de uso rutinario en la casa y la oficina: computadoras, teléfonos celulares, llaves, picaportes de puertas, volante del carro, interruptores de electricidad, llaves de lavamanos y sanitarios, escritorios, controles remotos, entre otros.
- Mantener distancia de por lo menos dos metros con personas que tengan o no síntomas.
- No salir de la casa si se sienten enfermos (en la medida de lo posible, contactar por vía telefónica con su médico tratante) y si requieren salir, únicamente para lo estrictamente necesario o urgente.
- Utilizar obligadamente mascarillas o tapabocas al salir a la calle, si se emplea transporte público o al acudir a supermercados, farmacias, bancos, por ejemplo.
- Evitar sitios con alta afluencia de personas.
- Evitar compartir utensilios de aseo, comida o alimentos.

3. ¿Se ha encontrado mayor prevalencia de enfermedad por SARS-CoV-2 en algún tipo específico de inmunodeficiencia primaria?

Hasta la fecha no se ha reportado que los pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia primaria presenten con mayor frecuencia infección asociada al SARS-CoV-2. Entendemos que se empezarán a reportar casos cuando se realicen más pruebas de pesquisa. El acompañamiento por el especialista en inmunología clínica debe determinar y predecir, según el entorno del paciente y sus condiciones, el riesgo temprano, de acuerdo con el defecto inmunológico presente.

4. ¿Se ha observado mayor prevalencia de enfermedad por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos con inmunodeficiencias primarias respecto a la población en general?

En este momento no es posible aún establecer diferencias en el periodo de incubación, duración de la transmisibilidad ni en los hallazgos clínicos entre la población general y los pacientes pediátricos con inmunodeficiencias primarias. No hay registros al respecto y no tenemos casos de pacientes con inmunodeficiencias primarias que hayan sido infectados con SARS-CoV-2.



5. **¿Son útiles las pruebas rápidas para SARS-CoV-2 en pacientes con inmunodeficiencia humoral?**

Se ha demostrado la utilidad de las pruebas, tanto para tamizaje como para el diagnóstico en las diferentes etapas de la enfermedad para la población general.

Únicamente el personal de salud o los profesionales sanitarios pueden realizar algunas pruebas de diagnóstico rápido (**véase la tabla**) en los domicilios de los pacientes con mayor riesgo o sospechosos de enfermedad.

6. **En pacientes con inmunodeficiencias primarias y enfermedad por SARS-CoV-2, ¿la edad un factor de buen pronóstico para presentar enfermedad leve?**

Los pacientes con inmunodeficiencias primarias están en mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 que la población sana de su misma edad, dada la desventaja natural por la falta de función o función inadecuada del sistema inmunológico. Los pacientes deben utilizar sus medicamentos de manera rutinaria y consultar a su médico tratante ante la mínima sospecha o síntoma de infección por SARS-CoV-2. No hay datos publicados que informen sobre la atención de pacientes con inmunodeficiencia e infección por SARS-CoV-2.

7. **¿Es común que los pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2 e inmunodeficiencia primaria debuten siempre con enfermedad grave?**

La vulnerabilidad de cada paciente aumenta ante la coincidencia de otros problemas médicos, como las inmunodeficiencias primarias. Con este tipo de pacientes se debe ser mucho más cauteloso y prudente e intensificar las medidas preventivas para evitar que enfermen. El mayor riesgo de complicaciones depende del defecto inmunológico y de la condición específica de cada paciente. Cabe recordar que algunos pacientes con inmunodeficiencias primarias pueden no presentar fiebre, aun después de haber contraído una infección viral severa; se debe alertar a los pacientes y al equipo de salud que puede ser necesario estudiar e intervenir a aquellos con síntomas compatibles, aun cuando no presenten fiebre.

8. **¿Se deben suspender los esteroides sistémicos u otros inmunosupresores en pacientes con inmunodeficiencias primarias durante la pandemia de COVID-19?**

Se recomienda que los pacientes con inmunodeficiencias primarias durante la pandemia continúen, en la medida de lo posible, con los tratamientos específicos de su enfermedad inmunológica de base. Únicamente de manera concertada con el inmunólogo tratante, se deberán evaluar los riesgos o beneficios de continuar con el tratamiento o con su modificación. Se sugiere no suspender los tratamientos biológicos de los pacientes, a menos que presenten datos clínicos de infección, por el riesgo de alterar la enfermedad de base. En los pacientes asintomáticos para infección se recomienda lo siguiente:

- No suspender ni cambiar la medicación (infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab, etc.), si no hay signos de infección.
- Postergar 14 días, la aplicación de la siguiente dosis de medicación en los pacientes que reciben terapia biológica y hayan tenido contacto estrecho con un paciente con infección demostrada por SARS-CoV-2.
- Si el paciente está usando infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab, etc., se recomiendan todas las acciones que disminuyan el riesgo de exposición a infecciones.

Si el paciente tiene sospecha o confirmación de infección leve por SARS-CoV-2, se recomienda que aplase, de común acuerdo con el médico tratante, la siguiente dosis de medicamento hasta que la infección esté controlada y ya no exista riesgo alguno de complicaciones. El periodo puede oscilar entre los 30 y 45 días después de adquirir la infección por SARS-CoV-2.

Si el paciente toma algún inmunobiológico y presenta cuadro grave sugestivo o confirmado por SARS-CoV-2, debe suspender inmediatamente la medicación y no reiniciarla hasta que se considere que la infección está controlada y no hay riesgo de

recaída por SARS-CoV-2 o por otras infecciones. Se deben siempre valorar los riesgos y beneficios. A la fecha no hay estudios que evalúen la evolución de los pacientes en tratamiento biológico y COVID-19, sin embargo, se recomienda suspender transitoriamente el tratamiento, medida que se aplica según el riesgo de descompensación de la enfermedad de base y la gravedad de la enfermedad por SARS-CoV-2.

9. ¿Hay algún hallazgo de laboratorio particular en los pacientes con inmunodeficiencias primarias e infección por SARS-CoV-2?

Es muy pronto para confirmarlo o negarlo. Es probable que los pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia primaria sean más susceptibles a presentar síntomas más severos. No se ha descrito un parámetro específico, excepto la linfopenia, inherente a todos los pacientes infectados por SARS-CoV-2.

Comparación de pruebas diagnósticas para SAR CoV2 y su utilidad en inmunodeficiencias primarias		
Prueba diagnóstica para SARS-CoV-2	Características	Utilidad en pacientes con inmunodeficiencia
Prueba molecular en tiempo real (PCR)	Identificación de material genético de SARS-CoV-2 en la fase aguda de la infección. Se considera el estándar de oro en el diagnóstico temprano dada su sensibilidad y especificidad	Útil en los pacientes con inmunodeficiencia; misma sensibilidad y especificidad que en la población en general
Prueba rápida de antígeno (Ag)	Indicada para la detección directa y temprana de la presencia del virus SARS-CoV-2 en muestras nasofaríngeas de pacientes asintomáticos o con síntomas en fase aguda. Su uso se recomienda a partir del cuarto día después del contacto inicial; todo resultado negativo que no concuerde con signos y síntomas clínicos debe ser confirmado con una prueba molecular (PCR)	Misma utilidad que en los pacientes sin inmunodeficiencia
Prueba rápida de anticuerpos (IgG e IgM)	Su resultado dependerá del tipo y gravedad de la inmunodeficiencia humoral. Está indicada en la detección de anticuerpos IgG e IgM que se producen como reacción inmunológica ante la presencia del SARS-CoV-2 en el paciente; se trata de una prueba indirecta. Se recomienda su uso a partir del día 12 después del contacto (teniendo en cuenta que los títulos de anticuerpos aumentan a medida que pasa el tiempo). Su resultado debe ser evaluado en conjunto con la presencia de signos y síntomas clínicos. Se sugiere el empleo de pruebas rápidas que tengan la detección de anticuerpos IgG e IgM por separado, dado que esto ayuda a establecer la respuesta inmunológica del paciente frente a la presencia de SARS-CoV-2. Se ha descrito un gran número de pruebas “rápidas” que detectan antígenos y también anticuerpos. Hay algunas pruebas, como <i>point-of-care test</i> , que habitualmente valoran IgM (infección activa) e IgG (infección previa).	No tiene utilidad en pacientes con inmunodeficiencias primarias, especialmente en las combinadas o en las humorales, debido a que estos pacientes no producen anticuerpos de manera normal

Bibliografía recomendada

1. Chin-Huat Yap J, Yi Han Ang I, Hui Xuan Tan S, I-Pei Chen J, Lewis RF, Yang Q, et al. COVID-19 Science report: Diagnostics. ScholarBank@NUS Repository. Disponible en: <https://doi.org/10.25540/e3y2-aqye>
2. Cochrane Iberoamérica [sitio web]. Evidencias COVID-19. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/recursos/evidencias-covid-19>
3. Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S, et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS- CoV-2 infection diagnosis. *J Med Virol.* 2020 Feb 27. DOI: 10.1002/jmv.25727
4. Saavedra-Trujillo CH. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio.* 2020;24(3 Supl 1):1-153. DOI: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851>
5. U. S. Food and Drug Administration [sitio web]. Actualización sobre el coronavirus (COVID-19): la FDA proporciona guías sobre la producción de desinfectante de manos a base de alcohol para ayudar a aumentar el suministro y proteger la salud pública. [Actualización 2020 Mar 20]. Disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/actualizacion-sobre-el-coronavirus-covid-19-la-fda-proporciona-guias-sobre-la-produccion-de>