

El uso de drogas sin efecto demostrado como estrategia terapéutica en COVID-19 en el Perú

The use of drugs without demonstrated effect as a therapeutic strategy in COVID-19 in Peru

Correspondencia

Alonso Soto
sotosolari@gmail.com

Recibido: 15/08/2020
Aprobado: 27/08/2020

Citar como: Soto A. El uso de drogas sin efecto demostrado como estrategia terapéutica en COVID-19 en Perú. *Acta Med Peru.* 2020;37(3):255-7. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1548>

Alonso Soto^{1,2,a}

¹ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

² Departamento de Medicina, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú.

^a Médico Internista, PhD en Ciencias Médicas

Pese al enorme esfuerzo realizado en la cuarentena y ahora en sus formas focalizadas, el Perú es uno de los países más golpeados por la pandemia del SARS-CoV-2. La medicalización (o «medicamentación») del manejo del COVID-19 es posiblemente uno de los múltiples factores que ha contribuido a que el comportamiento de la epidemia en el Perú haya tenido un desborde incontrolable de la enfermedad y ser el tercer país del mundo con mayor número de muertes por millón de habitantes^[1]. Esta situación probablemente se agrave con la estrategia de invertir recursos humanos y financieros en detectar tempranamente los casos para dar tratamiento farmacológico «precoz» en la atención primaria. Esta estrategia puede ser peligrosa por: (a) la casi segura inutilidad de tratamiento farmacológico proporcionado y potencial generación de eventos secundarios, (b) el posible relajamiento de medidas de distanciamiento social y aislamiento debido a la percepción de disponer de tratamientos, (c) ser una «justificación» para el uso de terapias sin eficacia comprobada y (d) la desviación en la disponibilidad de recursos para estrategias que tienen mayor probabilidad de éxito.

El tratamiento farmacológico precoz ha sido una de las estrategias más fuertemente enfatizadas para la COVID-19 en nuestro medio, con la intención de minimizar el contagio y evitar la progresión a formas graves, reduciendo la necesidad de hospitalización y admisión a cuidados intensivos. El propio gobierno ha manifestado que «es en ese punto donde debemos centrar nuestro esfuerzo»^[2]. El principal problema de esta estrategia es que parte de un supuesto erróneo: la existencia de tratamiento. Aunque el tratamiento farmacológico se planteó principalmente para pacientes con factores de riesgo, en la práctica el uso indiscriminado parece ser la regla en la actualidad.

Los «kits» de «tratamiento» con hidroxiclороquina, ivermectina y azitromicina se han convertido en parte de estrategias a nivel poblacional tanto del Ministerio de salud (MINSA) como del Seguro social del Perú (EsSalud)^[3,4]. Sabemos que la hidroxiclороquina tiene más de seis ensayos clínicos que muestran su ineficacia en profilaxis post-exposición, tratamiento de formas leves, moderadas y graves con una tendencia (no significativa) al aumento de la mortalidad y mayor frecuencia de desenlaces desfavorables en hospitalizados^[5,6], mientras que la ivermectina sigue siendo esencialmente una hipótesis no probada cuya implementación como política de salud pública no tiene sustento en el momento actual y tiene un nivel de evidencia menor incluso a la de terapias como favipiravir^[7], nitazoxanida^[8], fenofibrato^[9] o colchicina^[10] (que nadie se atrevería a recomendar sin estudios clínicos que demuestren su eficacia). De hecho, lo más probable es que las dosis necesarias de ivermectina para obtener efecto viricida sean inaceptablemente tóxicas^[11]. En cuanto a la azitromicina, es un antibiótico que debe ser desaconsejado dada su escasa probabilidad de ser efectiva, la inducción de resistencia bacteriana^[12] y el potencial arritmogénico de la droga^[13]. Lamentablemente su uso extendido ha fomentado a su vez la administración de otros antibióticos como levofloxacina, doxiciclina, entre otros. Una publicación reciente ha evidenciado 86% de uso de antibióticos previos a la admisión hospitalaria en Lima^[14].

El uso de medicamentos sin utilidad demostrada, lamentablemente puede tener como consecuencia que la población tenga una falsa sensación de seguridad, lo cual puede relajar las medidas de aislamiento social. Más aun, un fenómeno que percibimos en forma creciente, es la llegada de pacientes con cuadros graves, quienes se presentan tardíamente luego de recibir múltiples tratamientos y quienes no acuden a los establecimientos de salud pese a presentar síntomas graves, aguardando el efecto benéfico de terapias no demostradas. El uso de tratamientos sin sustento científico como medida de salud pública es un mal precedente que puede fomentar el uso de muchas otras terapias no probadas (como el dióxido de cloro). Y es difícil enfrentar este fenómeno si los decisores a nivel del MINSA se basan en terapias sin evidencia científica ^[15]. El necesario debate tratando de convencer — hasta ahora infructuosamente ^[16]— a los decisores políticos sobre la inconveniencia de trazar políticas públicas sobre la base de intervenciones no probadas y posiblemente inútiles, ha desviado el centro de atención, que en realidad es la falta de políticas destinadas a evitar el contagio y garantizar el manejo y seguimiento adecuado de los pacientes, particularmente en la atención primaria.

El SARS-CoV-2 hoy no tiene tratamiento farmacológico. Aunque al inicio de la epidemia, la desesperación y la vehemencia puedan haber motivado el uso de terapias hasta ese momento promisorias, es momento de recapacitar a la luz de la evidencia actual. La insistencia en el tratamiento con drogas no probadas está generando debates y hasta enfrentamientos que están cegando a la salud pública y puede estar impidiendo adoptar acciones realmente útiles. Además, nos deja como un precedente perjudicial la percepción de hacer oídos sordos a la ciencia cuando más la necesitamos, desatendiendo el principio de que las crisis no deben ser excusas para disminuir los estándares científicos ^[14].

Esperamos que los ensayos clínicos en curso nos brinden moléculas realmente efectivas para el tratamiento del SARS-CoV-2. En tanto esto ocurra (si llega a ocurrir), debemos reconocer, tanto médicos como decisores políticos y la ciudadanía en general, que las estrategias primarias para enfrentar al virus son la prevención mediante el distanciamiento social, uso de mascarillas, protección ocular ^[17] y garantizar el uso oportuno de oxígeno y atención médica. Si se va a hacer la búsqueda activa de casos (idealmente con pruebas moleculares) debe garantizarse que las personas identificadas sean aisladas ya sea en su domicilio o en centros de aislamiento *ad hoc*. Sus contactos directos deberán permanecer en aislamiento vigilado con entrega de víveres y probablemente algún estipendio económico para garantizar su confinamiento. Aunque esto puede involucrar la pérdida transitoria de privilegios individuales como el libre tránsito, es tal vez la única forma de que la búsqueda activa sea un instrumento efectivo tal como ha sucedido en experiencias exitosas de otros países ^[18]. La labor de la atención primaria debe reorientarse a la búsqueda y aislamiento de enfermos, evitar la automedicación, realizar el seguimiento de personas con riesgo de enfermedad grave y garantizar la disponibilidad

de oxígeno para todos aquellos pacientes con saturación menor a 94%. El fomento de la búsqueda de soluciones científicas basadas en estudios clínicos que aborden intervenciones terapéuticas sigue siendo una oportunidad perdida y una deuda pendiente del Estado.

ORCID:

Alonso Soto, <https://orcid.org/0000-0001-8648-8032>

Potencial conflicto de intereses: Alonso Soto fue miembro del Comité Asesor del Ministerio de Salud hasta el 3 de setiembre de 2020.

Financiamiento: autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COVID-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. Worldometers; 2020 [citado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. Gobierno refuerza tratamiento temprano para pacientes covid-19 [Internet]. Andina; 2020 [citado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-gobierno-refuerza-tratamiento-temprano-para-pacientes-covid19-801289.aspx>
3. Coronavirus: EsSalud pone en marcha nuevo centro de atención en Moquegua [Internet]. Andina; 2020 [citado el 12 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-essalud-pone-marcha-nuevo-centro-atencion-moquegua-808183.aspx>
4. Coronavirus: conoce qué es la Operación Tayta, a quiénes y en qué regiones atiende [Internet]. Andina; 2020 [citado el 12 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-conoce-es-operacion-tayta-a-quienes-y-que-regiones-atiende-80529> de agosto de 7.aspx.
5. Hernandez AV, Roman YM, Pasupuleti V, Barboza JJ, White CM. Hydroxychloroquine or Chloroquine for Treatment or Prophylaxis of COVID-19: A Living Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2020;173(4):287-296. doi: 10.7326/M20-2496.
6. Rakedzon S, Khoury Y, Rozenberg G, Neuberger A. Hydroxychloroquine and Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review of a Scientific Failure. *Rambam Maimonides Med J*. 2020;11(3). doi:10.5041/RMMJ.10416.
7. Ivashchenko AA, Dmitriev KA, Vostokova NV, Azarova VN, Blinow AA, Egorova AN, et al. AVIFAVIR for Treatment of Patients with Moderate COVID-19: Interim Results of a Phase II/III Multicenter Randomized Clinical Trial. *Clin Infect Dis*. 2020. doi: 10.1093/cid/ciaa1176.
8. Mahmoud DB, Shitu Z, Mostafa A. Drug repurposing of nitazoxanide: can it be an effective therapy for COVID-19?. *J Genet Eng Biotechnol*. 2020;18(1):35. doi:10.1186/s43141-020-00055-5.
9. Buschard K. Fenofibrate increases the amount of sulfatide which seems beneficial against Covid-19. *Med Hypotheses*. 2020;143:110127. doi: 10.1016/j.mehy.2020.110127.
10. Scarsi M, Piantoni S, Colombo E, Airó P, Richini D, Miclini M, et al. Association between treatment with colchicine and improved survival in a single-centre cohort of adult hospitalised patients with COVID-19 pneumonia and acute respiratory

- distress syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2020. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217712.
11. Schmith VD, Zhou JJ, Lohmer LRL. The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of COVID-19. *Clin Pharmacol Ther.* 2020. doi: 10.1002/cpt.1889.
 12. Mirzaei R, Goodarzi P, Asadi M, et al. Bacterial co-infections with SARS-CoV-2. *IUBMB Life.* 2020. doi: 10.1002/iub.2356.
 13. Mansuri Z, Adnan M, Motiwala F, Zafar MK, Jolly T, Jain S. Risk of QTc prolongation with Chloroquine/Hydroxychloroquine and Azithromycin treatment for COVID-19: Quantification and precautions for a busy clinician. *J Arrhythm.* 2020;36(4):806-807. doi: 10.1002/joa3.12393.
 14. London A, Kimmelman J. Against pandemic research exceptionalism. *Science.* 2020; 368(6490):476-477.
 15. Zavala-Flores E, Salcedo-Matienzo J. Medicación prehospitalaria en pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima-Perú. *Acta Med Peru.* 2020;37(3). doi: 10.35663/amp.2020.373.1277.
 16. Taype-Rondan A, Herrera-Añazco P, Málaga G. Sobre la escasa transparencia en los documentos técnicos para el tratamiento de pacientes con COVID-19 en Perú. *Acta Med Peru.* 2020;37(2):215-22. doi: 10.35663/amp.2020.372.982.
 17. Chu D, Akl E, Duda S, Solo K, Yaaccoub S, Schünemann, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2020;395(10242):1973-87. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31142-9.
 18. Lee SW, Yuh WT, Yang JM, et al. Nationwide results of COVID-19 contact tracing in South Korea: Individual participant data from an epidemiological survey. *JMIR Med Inform.* 2020. doi: 10.2196/20992.