

Contra viento y marea: Nuestra lucha personal contra el COVID-19



Fernando Cabanillas, MD

Hematólogo-Oncólogo
Centro de Cáncer - Auxilio Mutuo

El martes 3 de marzo acudió a mi consulta uno de mis pacientes con diagnóstico de linfoma. Había pedido una cita porque llevaba varios días con fiebre y tos seca. Se veía estable y no tenía dificultad respiratoria, pero inmediatamente se me prendió la bombilla, y aunque el paciente no había viajado a China ni tenía contactos con ese país, pensé en COVID-19.

Hasta ese momento en Puerto Rico no se había diagnosticado un solo caso. Como no había vuelos directos de China, se había dicho que esa enfermedad nunca llegaría a la isla. No me tragué ese cuento porque, al hacer escala en otro país, el virus no se despidió de su huésped y lo manda solito a Puerto Rico. Le ordené a mi paciente un CT de tórax, el cual reveló cambios muy característicos del COVID. En ese momento no teníamos disponibles las pruebas diagnósticas necesarias para determinar si estaba infectado. Había que pedirle al CDC en Atlanta que las hiciera. Tuve prácticamente que implorarle de rodillas al Departamento de Salud que enviaran la muestra al CDC, pero se negaron; persistí, llamé a Atlanta y eventualmente me dieron la razón. Se hizo la prueba y el resto es historia.

Así comenzó mi interés en este tema. Era una enfermedad nueva de la cual nadie conocía gran cosa y tampoco sabíamos con certeza cuáles eran los factores que determinaban el pronóstico. Yo había dedicado gran parte de mi carrera oncológica al tema de factores pronósticos y al tratamiento de los linfomas malignos basado en estos factores; por tanto, me fascinó la posibilidad de aplicar mis conocimientos a esta nueva enfermedad. Jamás imaginé los dolores de cabeza que esto me iba a traer.

Para fines de marzo, el Dr. Ángel Atienza, en Valencia, había enviado un mensaje **que se había diseminado por el mundo hispano donde describía los resultados espectaculares que estaba obteniendo con su manejo del COVID usando cortisona.** Tengo muchos contactos en

España. Inmediatamente investigué si ese médico era confiable y me confirmaron que era un excelente internista. Así las cosas, decidí que sería una gran idea investigar un tratamiento basado en factores pronósticos, algo parecido a lo que él proponía. Bajo el fragor del combate, el Dr. Atienza me explicó que no había tenido tiempo para redactar un protocolo ni analizar sus datos.

Inmediatamente me senté, escribí un protocolo y contacté a varios médicos para participar. Algunos reaccionaron positivamente y otros no. El Dr. Javier Morales, infectólogo, fue el que más entusiasmo mostró, porque la idea de suprimir la reacción inflamatoria con cortisona le pareció muy atractiva, ya que los pacientes estaban muriendo, no por la infección viral, sino por la reacción exagerada en contra del virus. Esto se asemejaba a lo que sucedía con pacientes de VIH cuando se infectaban con un germen llamado *Pneumocystis carinii*. Para mediados de la década de 1980, ya él había empezado a tratar esos casos de VIH con cortisona, a fin de suprimir la respuesta inflamatoria en contra del germen. Todavía no era estándar ese tratamiento y le costó caro porque lo reportaron al Comité Ejecutivo de su hospital y casi pierde sus privilegios en el mismo. Con el tiempo, ese se convirtió en tratamiento estándar y el hospital tuvo que retractarse.

La historia se repite. Cuando propusimos usar cortisona en enfermos de COVID-19, también iba en contra de todos los principios y guías terapéuticas de las sociedades médicas. Nos criticaron por “conducta antiética” y poco faltó para que nos reportaran al comité de ética del hospital. Afortunadamente, pocas semanas después se publicó un **artículo en el *New England Journal of Medicine***, donde describían el uso de la dexametasona, otro tipo de cortisona, para tratar el coronavirus. Los resultados eran moderadamente favorables, pero solo en pacientes hospitalizados y dependientes de oxígeno. En los no dependientes parecía aumentar la mortalidad. En lo que a nosotros respecta, casi ninguno de

nuestros pacientes dependía de oxígeno y eran ambulatorios, por tanto, el uso de metilprednisolona era contrario a todo lo propuesto hasta ese momento.

El primer paciente lo inscribimos en el protocolo el 24 de abril, y a veces pasaban 4 y hasta 7 días sin inscribir ningún paciente, en parte porque la epidemia no se había manifestado tanto como actualmente, pero también en parte por la resistencia al cambio. Los médicos no somos una excepción en cuanto a la resistencia a la innovación, pero habiéndome formado en un departamento del Hospital MD Anderson en Houston, Texas, donde el que no innovaba ni publicaba perecía, me entusiasmo sobremedida la oportunidad de formular un protocolo que no solo era novel, sino sumamente sensato.

Después de analizar a 209 pacientes inscritos, los datos probaron que estábamos en lo correcto. Una de las particularidades más importantes de nuestro estudio es que permite identificar los casos de bajo riesgo, que no necesitan tratarse. Usando nuestro sistema, mayormente basado en marcadores de inflamación, catalogamos a 134 como de bajo riesgo. Ninguno de ellos se ha ido en fallo respiratorio y ni uno se ha tenido que hospitalizar. Por otro lado, clasificamos a 75 como de alto riesgo y por tanto los tratamos preventivamente con 80 miligramos de metilprednisolona (potente antiinflamatorio e inmunosupresor), por vía endovenosa durante 5 días. Un método desarrollado por los chinos, llamado el "CALL score", nos ayudó a predecir que 29 de estos 75 pacientes, o el 39%, desarrollarían fallo respiratorio. Sin embargo, en solo tres de ellos –o un 4%–, ocurrió. Esta diferencia tan significativa resultó fundamental desde el punto de vista estadístico.

Pueden encontrar detalles acerca de nuestros resultados en prcci.org/tratamiento-covid19/.

Frecuentemente me escriben amistades diciéndome que han salido positivos a COVID, pero que se sienten bien. Es importante que entiendan que a partir del séptimo día es cuando se empiezan a complicar las cosas. Por eso es crucial hacer marcadores de inflamación 7 días después del primer síntoma para decidir, no importa si el paciente se siente bien o no, si va a necesitar tratamiento preventivo.

He evitado entrar en los pormenores de la resistencia e interferencia que encontramos en algunos colegas contra nuestro protocolo. En realidad, no las resentimos; al contrario, las agradecemos, porque la ciencia se nutre de críticas y además nos han servido como estímulo para poner más empeño en tratar a los pacientes en su hogar, donde nadie interfiere con su tratamiento y están más felices. Sin embargo, les garantizo que ha sido una ardua lucha contra viento y marea. A veces me preguntan cómo es que no he sucumbido a una crisis nerviosa. La razón es muy simple: no he tenido tiempo para eso.

Me olvidé de vivir... Me olvidé de vivir los detalles pequeños. 

prcci.org/tratamiento-covid19/

En este enlace se encuentra:

- Protocolo del estudio
- Sinopsis del manejo y resultados de tratamiento



ABOUT FOR SPONSORS FOR RESEARCHERS FOR PATIENTS NEWS & EVENTS

TRATAMIENTO COVID-19 | CUÁNDO Y CÓMO

Nuevo Enfoque Preventivo para Evitar la Tormenta de Citoquinas Basado en Marcadores de Inflamación

Dr. Fernando Cabanillas | Dr. Javier Morales