

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/seleccion-apropiada-de-terapia-antiviral-contra-la-influenza/11749/>

Released: 08/06/2020

Valid until: 08/06/2021

Time needed to complete: 15 minutos

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

Selección Apropiable de Terapia Antiviral Contra la Influenza

Dr. Ramírez:

Solo un tercio de la población latina en los Estados Unidos recibe la vacuna contra la influenza cada año. Por lo tanto, necesitamos un modelo agresivo para poder tratar a las personas infectadas y poder también evitar que la infección se propague en nuestra población latina.

La pregunta clave sería: ¿Cuáles son los factores que determinan cuál es el mejor tratamiento para la influenza, el más apropiado para el grupo latino en Estados Unidos?

Esto es CME en ReachMD y yo soy el Dr. Julio Ramírez.

Dr. Vega:

Y yo soy el Dr. Charles Vega.

Dr. Ramírez:

Y juntos estaremos discutiendo con el Dr. Vega para tratar de responder a esta pregunta tan importante.

Antes de comenzar, Dr. Vega, creo que es importante mencionar que mientras estamos consumidos con este problema del COVID-19 en estos momentos, la temporada de influenza 2019-2020 fue bastante mala. Y tenemos toda la incertidumbre de qué va a pasar con la próxima temporada de influenza. Estamos sospechando que la influenza esté un poco mezclada con el COVID-19.

Con este background, les quiero introducir a nuestra paciente, hoy, Cristina. Cristina es una mujer de 50 años de edad, hispana, con diabetes del tipo II, hipertensión, dislipidemia, con un BMI de 36, sabemos que más de 30 ya es obesidad. Además, tiene unos hábitos de alimentación que son un poco pobres. Y también no se ejercita mucho.

Cristina se presenta a su consultorio una semana antes de la Navidad con síntomas que se están deteriorando. Ella ha estado expuesta a su esposo, que Cristina nos refiere que tiene una gripe "bien mala". Ella tiene dolores corporales, tiene fiebre que no está documentada y no se vacunó en esta temporada de influenza. Una típica presentación. Dr. Vega, ¿qué le parece?

Dr. Vega:

Absolutamente que sí. Gracias, Dr. Ramírez.

Entonces, los pacientes como Cristina son muy comunes en mi práctica. Y la gran mayoría de mis pacientes en Santa Ana, California, están en alto riesgo de complicaciones de influenza.

En primer lugar pienso en los riesgos de la edad. Edad más de 65 años, edad menos de 5 años. También, en el embarazo. Yo atiendo a mujeres con embarazo o dos semanas después del parto son de alto riesgo también. Pero la gran mayoría de los pacientes en mi práctica que tienen alto riesgo tienen estas enfermedades crónicas, como la diabetes. Y cualquier órgano que tiene disfunción fuerte, como de riñón, de pulmón, de corazón, de cerebro, entonces, esta persona es de alto riesgo. Es la mayoría de mis pacientes en cuidado primario en Santa Ana.

Efectivamente, tenemos dificultad en obtener vacunas para toda la gente en nuestra población. Pero generalmente, hay muchos que la

quieren que simplemente necesitan aprender más y entender más sobre la vacuna. Y qué puede hacer y qué no puede hacer. Y esto es clave, yo creo, que es la educación para la gente. Porque sabemos, por ejemplo, que los niños que son latinos tienen un nivel de vacunación que es más alto de lo normal.

Entonces, es posible, pero necesitamos ayudar a nuestros pacientes a entender cuán importante es la vacuna. Y también, el tratamiento que necesitan si tienen la enfermedad activa.

Dr. Vega

Entonces, Dr. Ramírez, hablemos de conceptos importantes: carga viral y diseminación viral. ¿Por qué es tan importante poder reducir ambos en esta población hispana?

Dr. Ramírez:

Sí, bien, son conceptos muy importantes. Yo diría que la influenza cuando se transmite, sabemos que puede ser por contacto, pero más que nada es por lo que llamamos en inglés "droplets", que en español sería como "gotitas". Sabemos que cuando tosemos o estornudamos o hablamos fuerte, o aun cuando nos reímos, eliminamos estos "droplets" y después la otra persona, cuando uno se contagia, los "droplets" llegan a la garganta, y ahí es donde en la orofaringe, el virus se empieza a multiplicar.

Uno puede tener una idea, como también la tenemos con las bacterias. A las bacterias las podemos cuantificar. Y también uno puede saber cuánto de virus uno tiene en la garganta, en la orofaringe. Cuantos más virus uno tenga, más virus van a estar cargados en estas gotitas, que van a estar flotando, a dos o tres metros de distancia. O sea que la carga viral, cuánto de virus tiene cada una de las gotas, es importante, porque si las gotas no tienen virus, o tienen uno o dos virus, puede ser que la gota no pueda contagiarme si estoy en contacto con una persona con influenza. Pero si la gota está bien cargada de virus, una sola gota que yo respiro me puede contagiar.

Y esto lleva al concepto también de que uno puede estar con una persona con influenza y no le pasa nada. Pero después hay otra persona que a uno lo contagia. Lo que llaman en inglés, "superspreaders", que contagian de una manera muy elevada. Y puede ser que tenga que ver con la carga viral. O sea que la carga viral es importante porque uno va a tener... se va a sentir peor, porque hay más virus, y uno se va a sentir más enfermo. Y cuanto más carga viral uno tiene, tiene la capacidad de transmitir la enfermedad a otro de manera más fácil.

Entonces, cuando uno trata a una persona con los antivirales, es importante porque el antiviral disminuye la cantidad de virus y uno puede transmitir menos.

Esos serían los conceptos del problema de la carga viral y la transmisión.

Dr. Vega:

Absolutamente, sí. Es interesante que los pacientes que tienen influenza piensan que el tratamiento es solo para ellos. Cuando reciben la medicina contra el virus, es solo para mejorar los síntomas, o por el riesgo de complicaciones, pero también es un tratamiento para toda la familia porque puede prevenir la transmisión del virus.

Pero no todos los antivirales funcionan igual. ¿Cuáles son las principales diferencias entre los antivirales disponibles? Y, de igual importancia, ¿qué efecto tienen esas diferencias en la reducción de la carga y diseminación viral?

Dr. Ramírez:

Sí, yo creo que es una pregunta importante. Porque hoy en día cuando hablamos de antivirales, hay antivirales que son endovenosos que, por supuesto en el caso de Cristina o pacientes ambulatorios, no vamos a poder usar. Hay dos antivirales orales que tenemos. El oseltamivir y el baloxavir.

Y sin entrar mucho en detalle, cuando el virus llega a la garganta, el virus penetra en nuestras células. Y cuando el virus está dentro de las células, el virus se tiene que reproducir. Y para eso necesita encima. Hay un antiviral, el baloxavir, que previene la multiplicación dentro de nuestras células del virus.

Si el virus se reproduce, se generan más virus, y después el virus tiene que eliminarse de la célula. Y cuando el virus está listo para eliminarse de la célula, ahí es donde trabaja el oseltamivir.

O sea que uno podría decir que en la manera en que el virus se reproduce, el oseltamivir funciona en una etapa tardía, cuando el virus ya está listo para eliminarse de nuestras células. El baloxavir funciona en una etapa mucho más temprana, antes de que el virus se multiplique dentro de nuestras células.

Desde el punto de vista de la respuesta clínica del paciente, los dos antivirales orales mejoran a los pacientes al mismo tiempo. Pero cuando hacemos muestras virales y cultivamos el virus de la orofaringe y vemos cuál es la carga viral, en el paciente que recibe baloxavir, la carga viral disminuye mucho más rápido, días antes, que en el paciente que recibe oseltamivir.

Dr. Vega:

Gracias, Julio. Es interesante que la influenza es una enfermedad para la cual hay unos tratamientos seguros y efectivos. Y también hay estudios que hacen una comparación entre estos dos tratamientos y cada vez que baloxavir y oseltamivir se usaron en el mismo estudio, la carga viral fue más baja con baloxavir en comparación con oseltamivir.

Todavía las dos medicinas son efectivas. Yo uso los dos medicamentos. Pero para la pregunta de la carga viral, baloxavir parece mejor.

Dr. Ramírez:

Bien, Dr. Vega, volviendo a nuestra paciente Cristina. Llegó a su consultorio. ¿Cuáles serían los próximos pasos a seguir?

Dr. Vega:

Bueno, en primer lugar, yo necesito tener un poco más de historia sobre su enfermedad. Esta vez, en particular, por cuántos días ha sufrido la tos y los dolores corporales, etc. Porque eso es importante para decidir si necesita tratamiento activo o no. La pregunta de hacer una prueba para influenza es importante también. Particularmente en la época de COVID, yo creo que vamos a hacer más pruebas para influenza más agresivamente en el año que viene que en los años últimos.

El problema con muchas de las pruebas viejas rápidas es que tienen una falta de sensibilidad para interpretar la influenza. Entonces, si tiene una prueba que es más moderna, que tiene una sensibilidad más alta que 80%, puede usarla.

Pero al mismo tiempo, si tiene un paciente de alto riesgo, y sabe que la influenza está en circulación en su comunidad, y también tiene síntomas de influenza, definitivamente me hace pensar en tratarlos.

Si tiene una prueba positiva de influenza o no, debe tratarlos. Y la meta en esta situación es bajar la tasa de complicaciones. Entonces puede prevenir que un paciente termine en Emergencias, o posiblemente sea admitido en el hospital. Y puede evitar estas complicaciones fuertes como pulmonía, o mortalidad relacionada a la influenza también.

Entonces si tiene los tres factores en el lugar, paciente de alto riesgo, influenza en la comunidad y si tiene síntomas, particularmente desde hace 48 horas, y aun 72 horas, está bien tratar a esta gente con las medicinas antivirales, porque sabemos que van a disminuir los síntomas, la transmisión viral y también las complicaciones de la influenza.

¿Tiene algunos pensamientos sobre eso?

Dr. Ramírez:

Yo creo que el concepto está bien claro. Sobre todo, el concepto de que cuando uno tiene la sospecha clínica y hay influenza en la comunidad y el paciente es de alto riesgo, yo creo que estoy completamente de acuerdo con usted que esperar para el test no es necesario. Uno tiene que tratar, por lo que comentábamos, que el tratamiento, no solamente para que el paciente mejore clínicamente, sino que podemos prevenir las complicaciones severas. Y lo que estamos tratando es también prevenir que el paciente desarrolle una neumonía, una superinfección bacteriana, y requiera internación, y un resultado clínico pobre. Sí, totalmente de acuerdo.

Dr. Vega:

Sí. Y entonces la otra pregunta es: Si tenemos dos medicinas efectivas que son por la boca para la influenza, ¿cómo podemos escoger entre las dos? Yo creo que lo más importante es que se empiece el tratamiento lo más rápido posible. Porque sabemos que, si empieza el tratamiento en dos días, es mejor que cuatro días de síntomas. Si puede empezar el tratamiento entre las 12 horas de los síntomas es mejor de dos días. Entonces, cuando hace el diagnóstico y tiene una sospecha fuerte de influenza, es empezar el tratamiento rápidamente. Perfectamente para personas con más alto riesgo.

Entonces, la medicina mejor es la que se puede empezar más pronto.

Pero a mí también me gusta la oportunidad con baloxavir, que es una sola dosis y ya. En comparación con oseltamivir que es cinco días de tratamiento dos veces al día.

También otra cosa clave para mí es si la persona tiene problemas de estómago o es propensa a las náuseas. Oseltamivir tiene una tasa de náuseas y vómitos más alta que baloxavir. Esta es otra diferencia entre los dos medicamentos.

Dr. Ramírez:

Dr. Vega, yo creo que esta ha sido una conversación muy interesante. Pero antes de finalizar, ¿cuál es la conclusión que usted dejaría a los participantes, a la gente que está con nosotros hoy en día?

Dr. Vega:

Entonces, vivimos momentos muy difíciles. Con la época de la COVID es una transformación de todo el mundo, prácticamente cuando

pensamos en enfermedades infecciosas. Pero todavía yo creo que... como hacemos el diagnóstico de influenza, puede cambiar este año, y es natural por la COVID. Y necesitamos entender cuál paciente tiene cuál infección. O si tiene ambas infecciones al mismo tiempo.

Así que necesitamos más pruebas, pero todavía sabemos que tenemos estos tratamientos efectivos y seguros para la influenza. Y es importante no olvidarlos cuando atendemos a personas con la tos y los dolores corporales, que son muy comunes, particularmente durante el invierno. Todavía tratamos a estas personas de alto riesgo para las complicaciones de influenza agresivamente con los medicamentos contra la influenza porque sabemos que, si empezamos el tratamiento más pronto, los resultados van a ser mejores.

Dr. Ramírez, ¿qué conclusiones tiene hoy?

Dr. Ramírez:

Yo creo que, para reiterar lo que ya hemos charlado, yo creo que Cristina nos enseña que, aunque un paciente haya recibido la vacuna de influenza, esto no nos tiene que afectar nuestra manera de analizar al paciente. Pues sabemos que la vacuna es mucho menos de 50% efectiva y a veces en las personas de riesgo es un 10, 20% efectiva.

Otro punto es que cuando el paciente tiene factores de riesgo y la clínica adecuada y hay influenza en la comunidad, no tenemos que... no dependemos del test para empezar el tratamiento.

Y a lo mejor la tercera conclusión es que Cristina tiene un factor de riesgo importante que es la obesidad, que ya lo discutimos. Pero muchas veces, los pacientes no se dan cuenta que ser obeso es un factor de riesgo para complicaciones en influenza. Y lamentablemente yo estoy acá en Louisville, Kentucky, donde hay una epidemia total de obesidad entre los americanos. Pero también en nuestra población latina. Hay mucha obesidad. Y a veces los pacientes, y a veces hasta los médicos, no reconocemos que el paciente con obesidad e influenza puede terminar con una neumonía viral en cuidados intensivos. O sea que simplemente para reiterar lo que ya habíamos discutido.

Desafortunadamente este es todo el tiempo que tenemos hoy en día. Les queremos dar las gracias a todos los participantes y al Dr. Charles Vega por su contribución en esta discusión. Muchas gracias.

Dr. Vega:

Gracias también.