

Epileptología en tiempos del COVID-19.

Dr. Darío Ramírez Carvajal

Secretario de la Sociedad de Epileptología de Chile

El anuncio de la pandemia de COVID-19 en curso provocó una justificada alarma entre epileptólogos.

El primer gran temor fue que el virus mostrase un alto potencial epileptógeno –dado que otros coronavirus han mostrado una altísima tendencia a provocar convulsiones febriles en niños. Este temor fue razonablemente desestimado en el curso de los meses de enero y febrero de este año.

El segundo gran temor fue que el virus SARS-CoV-2 tuviese un neurotropismo tan alto como el de los coronavirus que lo precedieron (SARS-CoV y MERS). Sabíamos que los virus en cuestión atacan esencialmente tálamo y tronco cerebral, incluidos centros cardiorrespiratorios. Pero el particular antecedente de penetración a través del bulbo olfatorio hacía temer que este virus afectase específicamente las estructuras límbicas (como en el caso del virus herpes simplex). La evidencia acumulada hasta este momento no muestra señales de que estas estructuras sean una diana primaria para el virus.

El tercer gran temor fue que, dado el ocasional daño cerebrovascular y las severas anomalías metabólicas e inflamatorias –que afectan a aproximadamente un 5% de los pacientes, debiésemos temer una altísima proporción de estados epilépticos convulsivos o no convulsivos en los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Asombrosamente, esta hipótesis tampoco se ha confirmado hasta la fecha (quizás por falta de estudios más profundos).

Otra pregunta preocupante es si nuestros pa-

cientes con epilepsia presentan factores de riesgo particular en caso de contagio por coronavirus. Entre los criterios de altísimo riesgo, saltan a la vista el daño cerebral con dependencia severa, la alta refractariedad, y la polimedición. Este último factor puede provocar hipersomnolencia y depresión de centros respiratorios; además, algunos medicamentos anticonvulsivantes (fenobarbital, benzodiacepinas) provocan broncosecreción o disminuyen la acción de los cilios respiratorios. Otro factor de riesgo deriva del riesgo de exacerbación de la epilepsia misma, dados los trastornos metabólicos observados como consecuencia de la infección, o los efectos de ciertas terapias necesarias para tratar las complicaciones (adrenérgicos, antibióticos).

A estas alturas, resulta evidente que es posible –y deseable– que nunca tengamos respuesta a estas preguntas. Simplemente, porque la proporción de pacientes con epilepsia afectados por la epidemia parece ser extremadamente baja a nivel mundial. La causa parece residir en el hecho de que la población de pacientes con epilepsia adhiere más que otras personas a las medidas para prevenir los contagios.

Sin embargo, nuestros pacientes se ven amenazados por otras consecuencias de la epidemia. La primera es la desorganización de las redes asistenciales, debida al impacto de las condiciones de cuarentena. La segunda es el riesgo de desabastecimiento de medicamentos, incluyendo los fármacos anticonvulsivantes. La tercera es la dificultad para asegurar el informe oportuno de los trazados electroencefalográficos efectuados, dadas las limitadas condiciones de tránsito.

La mejor solución para mantener las consultas sin obligar al paciente (ni al médico) a desplazarse parece ser, por ahora, el teléfono celular, el que eventualmente dará paso a la videollamada. En pacientes que dispongan de computadora y de habilidades informáticas, deberíamos avanzar hacia formas más sofisticadas de telemedicina. Del mismo modo, en aquellos hospitales que disponen de fichas informatizadas, es deseable que el médico pueda acceder a ellas a través de una Red Virtual Privada (*Virtual Private Network* o VPN). Otra alternativa es el desarrollo de bases de datos, que resuman la información esencial de cada caso –y a las

que podamos ingresar mediante acceso remoto. Cualquiera de estas técnicas es adecuada frente al objetivo de obtener la información requerida para implementar estrategias personalizadas. En particular, se precisa dicha información para realizar los ajustes de tratamiento que sean necesarios en caso de desabastecimiento de fármacos (en estos momentos, un ejemplo de ello es la situación de levetiracetam). Finalmente, para asegurar el informe de los trazados electroencefalográficos, la implementación de VPN –que permitan el acceso del médico, sin acudir al hospital– se impone como la mejor solución disponible.