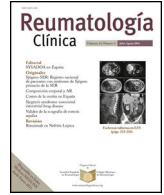




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Letter to the Editor

Long COVID-19 and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Correspondence



COVID-19 largo y encefalomiélitis miálgica/síndrome de fatiga crónica: correspondencia

Dear Editor:

We would like to share ideas on the publication “Long COVID-19 and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): similarities and differences of two peas in a pod.¹” Long COVID-19 should be treated as a public health emergency, according to Qanneta. Real prevalence, phenotypes, risk factors, viable therapies, and potential differences with ME/CFS and other overlapping clinical entities must all be determined by well-conducted research.¹ We concur that post-COVID issues could occur and that long-term COVID is currently a significant worldwide health issue. From asymptomatic to life-threatening clinical situations, COVID-19 exhibits a broad spectrum of clinical symptoms.² The main COVID-19 symptom may also be connected to the existence of long-COVID-19. Additionally, not all clinical problems are brought on by COVID-19 recovery. The primary COVID-19 symptom may also be associated to long-COVID-19. Additionally, COVID-19 recovery does not cause all clinical problems. The clinical problems brought on by other medical conditions must be eliminated, even though the current study may give a true impression of prevalence. For instance, even after COVID-19, there remains a risk of developing another severe common disease, such influenza, necessitating the use of preventative measures.³ Therefore, additional medical issues may impede the clinical manifestation. In circumstances where it is practical, a more detailed

investigation of the relationships between pre-COVID-19 health data and post-COVID-19 concerns may be possible.

Funding

None.

Conflict of interest

None.

References

1. Qanneta R. Long COVID-19 and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: similarities and differences of two peas in a pod. *Reumatol Clin.* 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2022.05.003>. Online [in press].
2. Job B, Wiwanitkit V. Letter to the Editor: coronavirus disease 2019 (COVID-19), Infectivity, and the incubation period. *J Prev Med Public Health.* 2020;53:70.
3. Froese H, A Premph AG. Mask use to curtail influenza in a post-COVID-19 world: modeling study. *JMIRx Med.* 2022;3:e31955.

Rujittika Mungmunpantipantip^{a,*}, Viroj Wiwanitkit^b

^a Private Academic Consultant, Bangkok, Thailand

^b Dr DY Patil University, Pune, India

* Corresponding author.

E-mail address: rujittika@gmail.com (R. Mungmunpantipantip).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2022.07.001>
1699-258X/

© 2022 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Comentario a: Teleconsulta de reumatología infantil en tiempo de COVID-19



Comment to: Teleconsultation of Infant Rheumatology in COVID-19 Time

Sr. Editor,

He leído muy atentamente la publicación de Nieto-González et al¹. en *Reumatología Clínica*, donde presentan su experiencia de teleconsulta de reumatología infantil en tiempo de COVID-19. Me gustaría expresar mi opinión desde una perspectiva de ética.

La pandemia *coronavirus disease* (COVID-19) provocada por el *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) ha supuesto una gran crisis sanitaria, social y económica a nivel mundial². En el contexto de una situación compleja con necesidad extrema de racionalidad y sentido común, ha resurgido el concepto de la inquietud ética de los valores de los profesionales sanitarios, un colectivo con gran esfuerzo innegable y elevado

riesgo de exposición y contagio. La inquietud ética se define como la sensación de angustia profesional por no poder desarrollar sus funciones con los mínimos estándares de calidad asistencial, entre otras causas, por la falta de recursos suficientes. Se ha traducido en un desgaste emocional, sufrimiento moral, cansancio acumulado y *burnout*, así como en buenas prácticas de cambio, resiliencia y transformación. Ese último punto es de anotación positiva y es donde se encaja la iniciativa de teleconsulta que experimentan los autores desde el *espíritu* de la inquietud ética.

No es de segundo plano recalcar que la ética de los valores corporativos de las organizaciones y del sistema se ha visto afectada por la salud pública de la población (bien superior) en términos de: universalidad, justicia, autonomía, intimidación, privacidad, confidencialidad, humanización, comunicación, etc³. En ese sentido, la pandemia ha puesto de manifiesto algunas carencias, acelerando nuevos proyectos para dar respuesta a las necesidades que iban surgiendo: adaptación de la organización, adecuación de los procesos y espacios, asistenciales y no asistenciales, y buenas prácticas en la relación con los pacientes y familiares, así como la coordi-

nación con otros niveles asistenciales. Esa solución que presentan los autores en tiempos de COVID-19 también se ha reinventado desde un punto de vista corporativo y organizacional.

Por último, diría que nos queda un replanteamiento de futuro y recuperar la gratitud y la autoestima perdida (como sociedad y como profesionales de la salud), después de una pandemia que ha sido una llamada a la atención y a la acción, para que todo vuelva a su cauce. Es una ocasión de examinación, aprendizaje y mejora que nos pueda conectar con la cultura japonesa en los conceptos de reparación (*kintsugi*), reordenación (*nankuruna*) y armonía (*feng shui*), para poder llevar a cabo nuevos desafíos en la atención centrada en la persona.

Bibliografía

- Nieto-González JC, Monteagudo I. Teleconsultation of Infant Rheumatology in Covid-19 Time. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020;

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2020.09.007>, 8 Oct:S1699-258X(20)30233-3. Publicación electrónica.
- Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Canalsalut.gencat.cat [página web]. Disponible en <https://canalsalut.gencat.cat/web/content/A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/procediment-actuacio-coronavirus.pdf> [consultado 30 Mar 2022].
 - Castells A. COVID-19: a pandemic of values. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43:329–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.002>.

Rami Qanneta

Medicina Interna, Hospital Sociosanitari Francoí, Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GIPSS), Tarragona, España
Correo electrónico: rqanneta.gipss@gencat.cat

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2022.06.001>

1699-258X/

© 2022 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Anakinra, una alternativa potencial en el tratamiento de la infección respiratoria grave por SARS-CoV-2 refractaria a tocilizumab: comentario



Anakinra as a potential alternative in the treatment of severe acute respiratory infection associated with SARS-CoV-2 refractory to tocilizumab: coment

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Figuero-Pérez et al. publicado en el último número de su revista en el que se sugiere la utilidad de anakinra en la infección respiratoria grave por SARS-CoV-2 refractaria a tocilizumab¹ y nos gustaría realizar algunas observaciones.

El curso clínico de la infección por SARS-CoV-2 presenta tres fases clínicas bien diferenciadas². En la inicial hay una replicación viral con síntomas gripales y posteriormente algunos pacientes progresan, entre el día 6 y 13 del inicio de los síntomas, a una fase hiperinflamatoria con el desarrollo de una neumonía que puede evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio.

En la patogenia de la infección grave por SARS-CoV-2 está implicada una disregulación de la respuesta inmune con linfopenia, aumento de citoquinas proinflamatorias (IL-1, IL-2, IL-6, IL-7 o TNF alfa) y un descenso del gamma-interferón. Esto conduce a un síndrome inflamatorio sistémico con elevación de reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva y ferritina³.

El tratamiento de esta fase inflamatoria con fármacos como la dexametasona o el tocilizumab ha demostrado reducir la mortalidad^{4,5}.

El anakinra, un antagonista del receptor de la IL-1, recientemente ha obtenido la aprobación de la EMA para el tratamiento en pacientes adultos con neumonía COVID-19 y riesgo de progresión a insuficiencia respiratoria grave en base al ensayo clínico SAVE MORE que demostró una reducción de mortalidad a 28 días y de la estancia hospitalaria en aquellos tratados precozmente con anakinra⁶.

Respecto a los tratamientos de rescate en pacientes con mala evolución clínica a pesar de corticoides y/o inmunomoduladores existe poca evidencia. En un artículo publicado por nuestro grupo⁷ analizamos a 143 pacientes con neumonía moderada/grave por SARS-CoV-2 e hiperinflamación tratados con diversos regímenes en base a los protocolos de esa fecha. Observamos que en aquellos

que no habían respondido a corticoides con o sin tocilizumab, el tratamiento con anakinra podría ser una alternativa útil. Nuestros pacientes recibieron el primer día 100 mg/12 h si pesaban entre 50 y 60 kg, 100 mg/8 h entre 60 y 75 kg o 100 mg/6 h si pesaban > 75 kg. Posteriormente todos recibieron 100 mg/12 h desde el día 2 hasta el día 6. Tras el ajuste por edad e índices de gravedad clínica, la administración de anakinra se asoció con una reducción del riesgo de mortalidad (HR; 0,518; IC del 95%: 0,265-0,910; $p = 0,0437$).

En el caso publicado por Figuero-Pérez et al.¹ consideramos que no puede sugerirse que la mejoría clínica del paciente se debiera al anakinra al haberse administrado una dosis única de 100 mg. Dado que la vida media del anakinra es de 4-6 h y la del tocilizumab en torno a 6 días es probable que la mejoría del paciente fuera por el efecto de este último. Actualmente no existe consenso sobre las dosis óptimas de anakinra en este contexto clínico, pero en la literatura científica se han empleado dosis mayores y más prolongadas en el tiempo^{8,9}.

Bibliografía

- Figuero-Pérez L, Olivares-Hernández A, Escala-Cornejo RA, Terán-Brage E, López-Gutiérrez Á, Cruz-Hernández JJ. Anakinra as a potential alternative in the treatment of severe acute respiratory infection associated with SARS-CoV-2 refractory to tocilizumab. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17:559–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2020.06.008>.
- Attri D, Siddiqi HK, Lang JP, Nauffal V, Morrow DA, Bohula EA. COVID-19 for the cardiologist: basic virology, epidemiology, cardiac manifestations, and potential therapeutic strategies. *JACC Basic Transl Sci*. 2020;5:518–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacbs.2020.04.002>.
- Cavalli G, Farina N, Campochiaro C, De Luca G, Della-Torre E, Tomelleri A, et al. Repurposing of biologic and targeted synthetic anti-rheumatic drugs in COVID-19 and hyper-inflammation: a comprehensive review of available and emerging evidence at the peak of the pandemic. *Front Pharmacol*. 2020;11:598308, <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2020.598308>.
- Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al. Dexamethasone in ARDS network. Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2020;8:267–76, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30417-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30417-5).
- RECOVERY Collaborative Group. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. *Lancet*. 2021;397:1637–45, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00676-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00676-0).
- Kyriazopoulou E, Poulakou G, Milionis H, Metallidis S, Adamis G, Tsiakos K, et al. Early treatment of COVID-19 with anakinra guided by soluble urokinase plasminogen receptor plasma levels: a double-blind, randomized controlled phase 3 trial. *Nat Med*. 2021;27:1752–60, <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-021-01499-z>.
- Aomar-Millán IF, Salvatierra J, Torres-Parejo Ú, Faro-Miguez N, Callejas-Rubio JL, Ceballos-Torres Á, et al. Anakinra after treatment with corticosteroids alone or with tocilizumab in patients with severe COVID-19 pneumonia and moderate hyperinflammation. A retrospective cohort study. *Intern Emerg Med*. 2021;16:843–52, <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-020-02600-z>.