

## MANEJO DE LA COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

**YOLANDA SÁNCHEZ DÍAZ-ALDAGALÁN<sup>1\*</sup>**

**JESÚS ORTEGA MARTÍNEZ <sup>2</sup>**

**JOSÉ LUIS RAMÓN TRAPERO<sup>3</sup>**

**LARA ARBIZU SASTRE<sup>4</sup>**

**MARÍA EUGENIA FLOR MONTALVO<sup>5</sup>**

### RESUMEN

La pandemia generada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) ha supuesto una emergencia sanitaria a nivel global debido al colapso sanitario provocado, con un aumento de la morbilidad y importantes consecuencias socioeconómicas en todo el mundo. En España, entre marzo y diciembre del 2020, se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) 1,7 millones de casos de COVID-19<sup>1</sup>. El SARS-CoV-2 es el responsable de la denominada Covid-19. Se transmite de persona a persona por inhalación o por el contacto con gotas y aerosoles respiratorios. El período de incubación mediano es 5,1 días (Molero-García JM *et al.*, 2020). Casi la mitad de los casos son asintomáticos. El espectro de la enfermedad varía desde cuadros leves (81%) a críticos (5%) (Molero-García JM *et al.*, 2020). El diagnóstico de la patología aguda se realiza con pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) o de detección antigénica. La detección precoz de los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión.

*Palabras clave:* Infección SARS-CoV-2, Atención Primaria, manejo COVID-19.

*The pandemic generated by the new coronavirus (SARS-CoV-2) has represented a global health emergency due to the health collapse caused, with an increase in morbidity and mortality and important socioeconomic consequences throughout the world. In Spain, between March and December 2020, 1.7 million cases of COVID-19 were notified to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE). SARS-CoV-2 is responsible*

---

1. Servicio Riojano de Salud (Centro de Salud de Calahorra).

\* Autora de correspondencia: ysanchez@riojasalud.es

2. Servicio Riojano de Salud (Consultorio de Fuenmayor).

3. Servicio Riojano de Salud (Centro de Salud de Haro).

4. Servicio Riojano de Salud (Centro de Salud de Arnedo).

5. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (Centro de Salud Laguardia).

*for the so-called Covid-19. It is transmitted from person to person by inhalation or by contact with respiratory drops and aerosols. The median incubation period is 5.1 days (Molero-García JM et al., 2020). Almost half of the cases are asymptomatic. The spectrum of the disease ranges from mild (81%) to critical (5%) (Molero-García JM et al., 2020). The diagnosis of acute disease is made with reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) or antigen detection tests. The early detection of cases compatible with COVID-19 is one of the key points to control transmission.*

Keywords: SARS-CoV-2 Infection, Primary Care, Management COVID-19

## 1. INTRODUCCIÓN

La pandemia generada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) ha supuesto una emergencia sanitaria a nivel global debido al colapso sanitario provocado, con un aumento de la morbilidad y importantes consecuencias socioeconómicas en todo el mundo. En España, entre marzo y diciembre del 2020, se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) 1,7 millones de casos de COVID-19 (Molero-García JM *et al.*, 2020).

Esta emergencia sanitaria ha suscitado importantes cambios en distintos ámbitos de nuestra sociedad y, por supuesto, también en Atención Primaria (AP). En Cataluña, por ejemplo, el 27% de las visitas a médicos de familia de pacientes entre 15 y 65 años fueron por motivos relacionados con la COVID-19. Una sola enfermedad se llevó más de una cuarta parte de la atención a este grupo de pacientes (Guiriguet Capdevila C *et al.*, 2021) y, a pesar de ello, la mortalidad mundial fue del 2,1%. En este contexto, hemos tenido que adaptarnos a la situación de emergencia, incorporando nuevas medidas de protección individual y sectorizando circuitos de pacientes con sospecha o no de COVID-19. Es probable que el hecho de focalizar todo un sistema sanitario en la contención de la COVID-19 tenga repercusiones en el diagnóstico y pronóstico de otras enfermedades crónicas, tal y como empieza a confirmarse en recientes estudios.

## 2. TRANSMISIÓN

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es el responsable de la denominada COVID-19. Se transmite de persona a persona por inhalación o por el contacto con gotas y aerosoles respiratorios. El período de incubación mediano es 5,1 días (rango 1 a 14 días) (Molero-García JM *et al.*, 2020).

## 3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Casi la mitad de los casos son asintomáticos (33-50%). El espectro de la enfermedad varía desde cuadros leves (81%) a muy graves (5%) (Molero-

García JM *et al.*, 2020). La edad avanzada, el sexo masculino y las comorbilidades impactan negativamente sobre la gravedad y la mortalidad de la COVID-19. Fiebre, tos seca, disnea y astenia, son los síntomas más comunes, pero existe una amplia gama de otros síntomas relacionados con distintos sistemas (Tabla 1) (Molero-García JM *et al.*, 2020).

**Tabla 1. Síntomas más frecuentes descritos en diferentes series de COVID-19 en adultos (Molero-García JM *et al.*, 2020)**

| <b>Sistémicos y respiratorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Síntomas menos frecuentes, relacionados con órganos y sistemas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fiebre (&gt;38°C) (47%-87,9%)<sup>a</sup></p> <p>Tos seca (25-69%)</p> <p>Astenia (38-70%)</p> <p>Mialgia (11-45%)</p> <p>Ageusia, anosmia (5-65%)</p> <p>Cefalea (34%)</p> <p>Disnea (29-47,6%)</p> <p>Expectoración (27-34%)</p> <p>Dolor de garganta (22%)</p> <p>Escalofríos (12-15%)</p> <p>Dolor torácico (2-10%)</p> <p>Rinorrea (&lt;10%)</p> <p><b>Gastrointestinales</b></p> <p>Diarrea (19%-26,8%)</p> <p>Náuseas /Vómitos (8,7%-12%)</p> <p>Dolor abdominal (&lt;12%)</p> | <p><u>Neurológicos</u>: alteración de nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia y neuralgia.</p> <p><u>Cardiológicos</u>: arritmias, fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, miocarditis.</p> <p><u>Oftalmológicos</u>: ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, congestión conjuntival.</p> <p><u>Cutáneas</u>: erupciones tipo rash (tronco), erupciones urticarianas, lesiones vesiculosas similares a varicela, púrpura, lesiones acro-cianóticas en manos y pies (niños y adolescentes).</p> |

<sup>a</sup> No es un síntoma que presenten todos los pacientes. En un 40% de los casos puede ser el primer síntoma.

<sup>b</sup> Solo en 3% de los casos es el único síntoma. Autolimitado en el 89% de los pacientes. Modificado de Molero-García JM *et al.*, (2020).

La COVID-19 y la gripe comparten muchos síntomas. Cuando ambos virus están circulando de forma conjunta sólo las pruebas diagnósticas pueden distinguir entre SARS-CoV-2 y las infecciones por el virus de la gripe. En una revisión sistemática realizada por Pormohammad *et al.*, (2020), se compararon los síntomas clínicos, los hallazgos de laboratorio y los signos radiográficos de ambas patologías. Los resultados mostraron diferencias entre las manifestaciones clínicas y en los hallazgos radiográficos, aunque en la práctica no hay datos con un valor predictivo elevado para poder distinguirlas entre sí.

#### 4. DIAGNÓSTICO

La detección precoz de los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión. En el momento actual se dispone de dos pruebas de detección de infección activa, una prueba rápida de detección de antígenos y una prueba de reacción en cadena de

la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). No está indicada la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa tal y como se indicaba desde el ECDC (Centro Europeo para la prevención y el Control de Enfermedades).

En pacientes con síntomas y una evolución menor de 5 días, la sensibilidad de los test rápidos de antígenos es del 98,2% y la especificidad del 99% tal y como indica el informe de validación realizada por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III<sup>5</sup>. En cambio, en pacientes asintomáticos la sensibilidad desciende al 79,5%, lo que indica que no sería una prueba con validez diagnóstica en esta situación. En esta línea, la Biblioteca Cochrane ha actualizado, con fecha 24 de marzo de 2021, las recomendaciones en relación a las pruebas de detección rápida (Dinnes *J et al.*). Los autores de la revisión concluyen que las pruebas rápidas de antígenos pueden considerarse como sustitutas de la RT-PCR cuando se deben tomar decisiones inmediatas sobre la atención del paciente en aquellos con síntomas y en la primera semana. Los resultados deben interpretarse con cautela pues, además de la sensibilidad y especificidad, dependen de la probabilidad estimada de la enfermedad preprueba, que se relaciona con la prevalencia local de la COVID-19 (Molero-García JM *et al.*, 2020).

En el ámbito comunitario, si la evolución de los síntomas es inferior a 5 días, se debe realizar prueba rápida de detección de antígeno. Si el resultado es positivo, el diagnóstico queda confirmado. Si el resultado es negativo, se indica cuarentena y se solicita RT-PCR si persisten los síntomas y hay una alta sospecha clínica (Manejo en Atención Primaria del Covid -19, Servicio Riojano de Salud, revisión del 28 de enero de 2021). Si la evolución de los síntomas es mayor de 5 días, se solicita RT-PCR, tal y como explican en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19, Instituto de Salud Carlos III, 2021 (figura 1).

En el caso del estudio de los contactos estrechos, se solicita el test CLIA a las 72 horas y a los 10 días desde el último contacto, es decir, al cese de la cuarentena. No se debe realizar una nueva prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) a pacientes que hayan tenido infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los últimos 90 días (Protocolo de Funcionamiento de la Unidad de Coronavirus de La Rioja, actualización de 10 de mayo de 2021).

Tras el estudio de los casos con sospecha de infección, se categorizan en casos sospechosos, probable, confirmado o descartado tal y como se describe en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19, Instituto de Salud Carlos III (2021). Los casos confirmados con infección activa son de declaración obligatoria urgente.

En cuanto a las pruebas de imagen, los hallazgos radiológicos de la COVID-19 no son específicos para la infección por SARS-CoV-2. La radiografía del tórax es la prueba inicial del estudio en los casos con sospecha clínica de neumonía. La tomografía computarizada podría ser más útil en pacientes con enfermedades pulmonares preexistentes (Molero-García JM *et al.*, 2020).

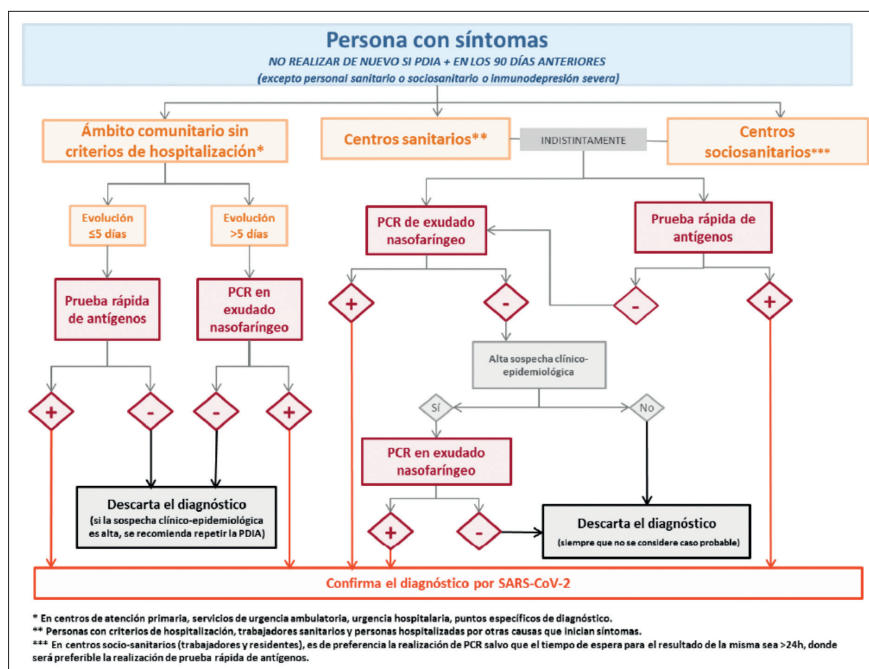


Figura 1. Algoritmo diagnóstico en personas con síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2 (Instituto de Salud Carlos III, 2021).

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso sospechoso</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.</li> <li>Si el paciente tuvo una PDIA+ hace más de 90 días, es sospechoso de reinfección (ver apartado 3.1)</li> </ul> |
| <b>Caso probable</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.</li> <li>Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento)</li> </ul>                                                                                                                                      |
| <b>Caso confirmado con infección activa</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.</li> <li>Persona asintomática con PDIA positiva y con IgG negativa en el momento actual o no realizada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Caso descartado</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Figura 2. Resumen de la definición de los distintas categorías de casos en relación a la infección por SARS-CoV-2 (Instituto de Salud Carlos III, 2021).

Actualmente pueden plantearse dudas en la práctica clínica sobre la interpretación de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 obtenidas tras la va-

cunación. La evidencia disponible indica que la vacunación no modifica los resultados de las pruebas diagnósticas de infección por SARS-CoV-2 (salvo la serología), lo que se recoge en las recomendaciones FACME para la vacunación frente a COVID-19 (2021). Es decir, un paciente (vacunado o no) con un resultado positivo en una prueba diagnóstica de infección aguda, debe considerarse COVID positivo y se debe proceder a las medidas de salud pública y atención médica oportunas (aislamiento, búsqueda de contactos, tratamiento si precisa...).

## 5. TRATAMIENTO

En el ámbito de Atención Primaria, se indica a los pacientes aislamiento domiciliario, siempre que pueda garantizarse de forma efectiva y se explica en qué consisten las medidas de aislamiento. Siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), el aislamiento se mantiene hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. No es necesario la realización de una RT-PCR previa al alta epidemiológica ni para la incorporación a la actividad laboral ni un control serológico posterior. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantiene hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

A día de hoy no existe suficiente evidencia científica de que ningún medicamento sea eficaz en el tratamiento del COVID-19 de forma ambulatoria (Manejo en Atención Primaria del COVID-19. Servicio Riojano de Salud. Revisión del 28 de enero de 2021). El manejo depende, principalmente, de la gravedad de la enfermedad y de la fase evolutiva de la infección. La mayoría de los casos son cuadros asintomáticos o leve-moderados, que se resuelven espontáneamente, con tratamiento sintomático. Estos requieren un seguimiento estrecho hasta su completa recuperación para diagnosticar precozmente el deterioro clínico que puede aparecer a partir del séptimo al noveno día (Tabla 2) (Molero-García JM *et al.*, 2020).

**Tabla 2. Manejo terapéutico de los pacientes con COVID19 (basado en Molero-García JM *et al.*, 2020)**

| Gravedad                 | Descripción                                                           | Ámbito                    | Tratamiento                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedad no complicada | Síntomas locales de vía respiratoria y/o bajas sin signos de gravedad | Ambulatorio, domiciliario | Vigilancia activa periódica para pacientes con alto riesgo de progresión a gravedad (telefónica) <sup>a</sup> .                                                                                    |
| Neumonía leve            | Sin signos de gravedad (CURB65 ≤2), SatO2 >90%.                       |                           | Auto-vigilancia de síntomas de riesgo (disnea, saturación = 2). Valorar tromprofilaxis si existe un riesgo trombótico alto. Valorar antibioterapia solo si existe elevada sospecha de coinfección. |

| Gravedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Descripción                                                                                                                         | Ámbito               | Tratamiento                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Neumonía grave                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SatO2 <90% o FR de ≥30 rpm u otros signos de gravedad Dificultad respiratoria grave                                                 | Ingreso hospitalario | Oxigenoterapia con mascarilla o VM (no invasiva/invasiva), ECMO en SDRA. Profilaxis tromboembólica. Considerar antibioterapia: si coinfección o sobreinfección bacteriana basado en resultados de estudios microbiológico.                       |
| Distrés respiratorio SDRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Infiltrados radiográficos bilaterales + déficit de oxigenación Disfunción orgánica, con un cambio agudo en la escala SOFA ≥2 puntos |                      | Remdesivir (IV), 5 días si SatO2 basal ≤94% Dexametasona 6 mg, 7-10 días: si VM o ECMO, Ventilación mecánica o ECMO o necesidad de oxigenoterapia para mantener una saturación >94%. Ensayos clínicos (EC) con fármacos con potencial antiviral. |
| Sepsis Shock séptico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fallo multiorgánico                                                                                                                 | Ingreso UCI          | Mantener remdesivir (prolongar 10 días) y dexametasona. Ensayos clínicos con fármacos de acción inmunomoduladora.                                                                                                                                |
| ECMO: oxigenador de membrana extracorpórea; FR: frecuencia respiratoria; CURB65: Confusion, Urea >20 mg/dL, FR ≥30 rpm, TA sistólica ≤90 o diastólica ≤60 mmHg y ≥65 años; SatO2: saturación de oxígeno; SDRA: síndrome de dificultad respiratoria aguda; SOFA: Sepsis related Organ Failure Assessment; UCI: unidad de cuidados intensivos; VM: ventilación mecánica. |                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |

<sup>a</sup> Factores de riesgo de enfermedad grave o letal: >65 años; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatías graves (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, miocardiopatías), diabetes mellitus (DM) tipo 2, cáncer (sometidos a tratamiento activo), inmunosupresión (postrasplante de órganos sólidos y la asociada a trasplante de médula ósea, deficiencias inmunitarias, VIH, uso de corticoides), insuficiencia renal crónica (FG <60 mL/min), obesidad (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>), embarazo, enfermedad de células falciformes.

El tratamiento sintomático se basa en analgésicos y antitérmicos (paracetamol y/o ibuprofeno) y broncodilatadores en el caso de que el paciente presente disnea (salbutamol en cartucho presurizado asociado o no a cámara espaciadora para facilitar la adherencia terapéutica). No se deben administrar de forma rutinaria corticoides sistémicos a nivel ambulatorio. Se debe considerar en caso de pacientes que presenten reagudización de su patología respiratoria crónica (EPOC, asma). En estos casos, se puede mantener también el tratamiento esteroideo inhalado si fuera necesario.

Sobre el uso de antibióticos en la comunidad, no están indicados tal y como se recomienda en la Guía del Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado y la Salud (NICE) recientemente en 2020. Menos del 8% de los pacientes con COVID-19 presentan coinfección bacteriana y sólo en el 0,1% de los hospitalizados, por lo que no está justificado su uso en la comunidad para tratar la infección por SARS-CoV-2. En el caso de que haya una alta sospecha de coinfección o sobreinfección bacteriana, se debe pautar antibioterapia indicada para el tratamiento habitual de la neumonía adquirida en la comunidad.

En cuanto a la anticoagulación de los pacientes COVID-19 tratados en domicilio y, por tanto, con enfermedad leve, persisten las dudas sobre si está indicada o no, ya que los datos existentes se basan en su mayoría en pequeños estudios retrospectivos. Además, el riesgo de presentar enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es mayor en los casos graves. Por este motivo, en la actualidad, se recomienda la profilaxis farmacológica de ETEV en todos los pacientes hospitalizados con COVID-19, salvo contraindicaciones. En los casos leves a moderados tratados ambulatoriamente, se aconseja realizar una evaluación individualizada del riesgo trombótico de la ETEV, mediante anamnesis y con escalas de valoración de riesgo trombótico (Padua, IMPROVE) y hemorrágico (IMPROVE) (Piera-Carbonell A *et al.*, 2020). En los pacientes con riesgo elevado se realizará trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profiláctica, durante dos semanas. El embarazo y el puerperio suponen situaciones de riesgo alto de ETEV. En estas circunstancias, se administrará HBPM a dosis profiláctica durante las dos semanas y hasta siete días tras la resolución de la COVID-19 e inicio de la movilización, en casos de inmovilización prolongada (Molero-García JM *et al.*, 2020). Siempre que sea posible, debe fomentarse la movilización para reducir el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.

Aunque los resultados procedentes de algunos estudios observacionales muestran que el déficit de vitamina D podría constituir un factor de riesgo para la infección SARS-CoV-2 y una mayor gravedad, la evidencia disponible es escasa, de baja calidad y existen numerosos factores de confusión en los estudios realizados (Preevid, Servicio Murciano de Salud). El sumario de evidencia de BMJ Best Practice sobre la COVID-19 considera la vitamina D como un factor de riesgo débil y encuentra que las personas con déficit de esta vitamina podrían tener un mayor riesgo de infección y enfermedad grave, aunque con evidencia limitada. Similar a lo indicado por la guía de práctica clínica sobre COVID-19 y vitamina D del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020) de Reino Unido: aunque se ha encontrado una asociación entre niveles bajos de vitamina D y peor pronóstico de COVID-19, la evidencia disponible no permite establecer una relación de causalidad porque es de baja calidad y existen varios factores de confusión que afectan a los resultados (muchos de los factores de riesgo para el déficit de vitamina D también lo son para la COVID-19, esta vitamina es un reactante de fase agudo negativo, es decir, que sus niveles disminuyen durante la respuesta inflamatoria sistémica, lo que puede ocurrir en la COVID-19 grave).

## 6. SEGUIMIENTO

Una vez diagnosticado un paciente de COVID-19, desde Atención Primaria se establece un plan de cuidados para el manejo domiciliario de aquellos pacientes que presentan un cuadro leve o leve-moderado. Se realiza un seguimiento tanto telemático como presencial cuando así sea preciso, según la evolución del paciente (ver Figura 3).

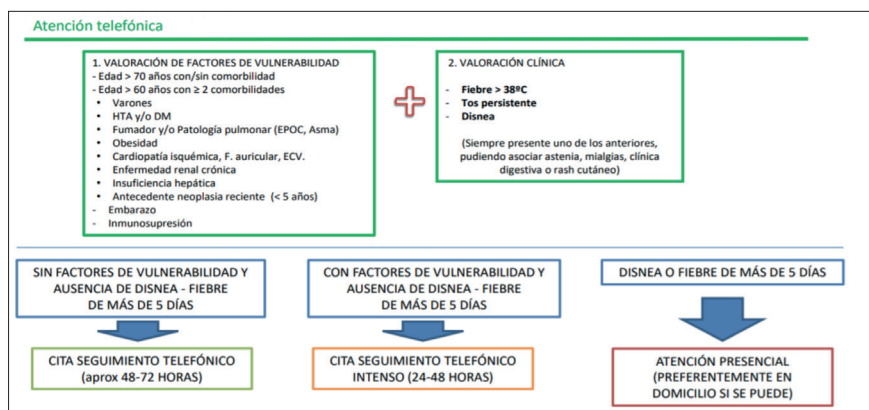


Figura 3. Seguimiento telefónico en AP de los pacientes con COVID-19. Servicio Riojano de Salud. Versión 02/04/2020.

Es importante informar sobre los signos de alarma más importantes (disnea, temperatura mantenida por encima de 38°C, empeoramiento del estado general) tanto al paciente como a los cuidadores principales en el caso de niños o personas dependientes. Una pauta recomendada es la medida de la pulsioximetría en el domicilio tal y como se recoge en el artículo “*Remote management of covid-19 using home pulse oximetry and virtual ward support*” publicado en el BMJ en 2021.

Se debe prestar especial atención a aquellos pacientes que presenten criterios de vulnerabilidad, que puedan implicar un peor pronóstico y que, por tanto, precisan un seguimiento más estrecho: edad >70 años o en >60 años con ≥2 comorbilidades (varones, fumador y/o patología pulmonar como EPOC o asma, enfermedades cardiovasculares e hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática crónica, antecedente de neoplasia reciente (< 5 años), inmunosupresión severa o embarazo (NICE, 2020).

En los casos leves-moderados y graves tras el alta hospitalaria, debe realizarse una monitorización de la situación clínica durante un tiempo mínimo de dos semanas desde Atención Primaria. El objetivo es detectar el deterioro temprano de la fase aguda que recomiende su remisión a la urgencia hospitalaria o la persistencia de los síntomas (COVID-19 postagudo) o secuelas tras la mejoría clínica. Después de la fase aguda, debe realizarse una valoración integral inicial (estado físico, nutricional, emocional, sueño, calidad de vida y fragilidad). En función de los hallazgos, se debe realizar un plan de seguimiento individualizado<sup>1</sup>.

## 7. PREVENCIÓN

En el momento de escribir este artículo se contabilizan 63 vacunas diferentes en estudios clínicos en distintas fases y 170 en estudios preclínicos.

En el artículo publicado por Gómez Marcos *et al.*, (2021) se compara la efectividad de las vacunas disponibles en España: Pfizer-BioNTech presenta una efectividad del 95% (Número Necesario a Tratar (NNT) de 120), la de Moderna un 94% (NNT 81) y la de AstraZeneca-Oxford un 76% (NNT 58). Según la Sección de Información sobre Vacunas COVID-19 del Servicio Navarro de Salud (26 de marzo de 2021), la de Janssen tiene una efectividad de un 66% (NNT 85%). Estas vacunas han mostrado un perfil de seguridad adecuado a pesar de las alertas surgidas sobre un posible riesgo de trombosis en las que utilizan tecnología de adenovirus (AstraZeneca y Janssen). Es importante tener en cuenta que la aparición de estos cuadros es muy poco frecuente, mucho menor en comparación con el riesgo de desarrollar trombosis por la propia COVID-19. Los estudios con estas vacunas han mostrado su eficacia en la prevención de la transmisión y en reducir el riesgo de hospitalización y muerte debida a la COVID-19, por lo que el balance beneficio-riesgo es favorable.

En un momento de alta transmisión, como el actual, es prioritario no olvidar la importancia de continuar con las medidas básicas de distanciamiento, uso de mascarilla, ventilación y lavado de manos para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2 hasta lograr una alta tasa de vacunación grupal para obtener la inmunidad de rebaño frente al coronavirus, la cual nos permitirá controlar la pandemia.

## 8. REFLEXIÓN FINAL

Esta pandemia ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad del ser humano ante las infecciones de etiología vírica, ya que no disponemos de tratamientos eficaces para combatirlas. Las sociedades desarrolladas no están preparadas para afrontar las consecuencias que conlleva una pandemia ni los servicios sanitarios están preparados para evitar el colapso que genera. Los sistemas de salud pública están infradotados y únicamente se desarrollan cuando surge el problema lo que hace más difícil detectar los indicadores de inicio de cualquier pandemia. Se deberían generar sistemas que nos permitan estar alerta y anticiparnos ante posibles futuras pandemias.

Sin embargo, también debería elogiarse la capacidad de adaptación del sistema sanitario durante estos meses. Se ha hecho evidente el papel fundamental de la Atención Primaria en salud pública y comunitaria. Nuestro sistema sanitario ha tenido que adaptarse a los retos de las necesidades de salud creadas por la pandemia. Nos ha llevado a cambiar la forma de atender a nuestros pacientes, adaptándonos a las circunstancias, siendo capaces de manejar la incertidumbre que el desconocimiento de la nueva situación nos generaba. En marzo de 2020 se decidió cerrar el libre acceso a los centros de Atención Primaria, reduciendo las consultas presenciales y potenciando la atención urgente de la enfermedad aguda. Esto también ha tenido ventajas como la disminución de la frecuentación de los pacientes, evitando posibles contagios en aquellos a los que las visitas presenciales no les aportan un beneficio clínico añadido, lo que puede servir de punto de

apoyo para fomentar más el autocuidado y evitar consultas ante procesos banales o autolimitados. En resumen, sería interesante reorganizar las bases del sistema sanitario para poder satisfacer las necesidades cambiantes de la población que pueden surgir como consecuencia del impacto de la pandemia, lo que supondrá un reto tanto desde el punto de vista de la Salud Pública como de la Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- BMJ Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168>
- Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 3 December 2020. *European Centre for Disease Prevention and Control*. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>
- COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19. *NICE guideline*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-66142028400325>.
- Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, *et al.*, (2021) A. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,3:CD013705.
- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19, *Instituto de Salud Carlos III*. Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)
- Gómez Marcos J, Lasarte Sanz I. (2021). Vacunas contra el SARS-CoV-2. *AMF*,17:2884
- Greenhalgh T, Knight M, Inda-Kim M, Fulop NJ, Leach J, Vindrola-Padros C, *et al.*, (2021). Remote management of covid-19 using home pulse oximetry and virtual ward support. *BMJ*,372:n677
- Guiriguet Capdevila C, Coma Redon E. (2021). La Atención Primaria en tiempos de pandemia. *AMF*, 17:122-3.
- Interpretación de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 tras la vacunación: PCR o tests antigénicos positivos significan INFECCIÓN. *Recomendaciones FACME para la vacunación frente a COVID-19*. Disponible en: <https://facme.es/wp-content/uploads/2021/02/TC20210202-FACME-tests-diagnosticos-2801v-2.0.pdf>
- Manejo en Atención Primaria del Covid-19. *Servicio Riojano de Salud*. Revisión del 28 de enero de 2021.
- Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. (2020) Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria. *Aten Primaria*, 53:101966.

NICE guideline. COVID-19 rapid guideline: vitamin D. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng187>

Piera-Carbonell A, Frías-Vargas M, García-Vallejo O, García-Lerín A, Cabrera-Ferriols MA, Peiró-Morant J. (2020). COVID-19 y tromboprofilaxis: recomendaciones para nuestra práctica clínica en Atención Primaria. *Semergen*, 46:479-86.

Pormohammad A, Ghorbani S, Khatami A, Razizadeh MH, Alborzi E, Zarei M, *et al.*, (2020) Comparison of influenza type A and B with COVID-19: A global systematic review and meta-analysis on clinical, laboratory and radiographic findings. *Rev Med Virol*, e2179.

Protocolo de Funcionamiento de la Unidad de Coronavirus de La Rioja. Actualización 10 de mayo de 2021.

Sección de Innovación y Organización. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Bitn. Información sobre vacunas COVID-19. Vacuna Covid-19 Ad26. COV2-SOVID. Janssen (Janssen-Cilag). Disponible en: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6EAA15A8-75D9-4C43-B218-98D590FC247D/470249/FichavacunaJanssen\\_def.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6EAA15A8-75D9-4C43-B218-98D590FC247D/470249/FichavacunaJanssen_def.pdf)

Vitamina D como factor de riesgo para COVID-19. *Preevid*. Servicio murciano de salud. (Internet, consultado el 12 de mayo de 2021) Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid.php?idsec=453>