



Revisión

Propuesta de abordaje terapéutico de la COVID-19 en atención primaria

José Luis Pérez Albiac^{a,*}, Ana María Vázquez Torquet^b, Marta Jordán Domingo^c,
 María Isabel Chárlez Arroyos^b, Samuel Jiménez Jara^d, Claudia Morlans Solanes^d

^aCentro de Salud Monzón Rural. Huesca. ^bCentro de Salud Monzón Urbano. Huesca. ^cServicio de Urgencias Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^dMédico interno residente de medicina familiar y comunitaria. Hospital de Barbastro (Huesca).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2022

Aceptado el 24 de febrero de 2022

On-line el 17 de marzo de 2022

Palabras clave:

Atención primaria

SARS-CoV-2

Tratamiento

Keywords:

Primary care

SARS-CoV-2

Treatment

R E S U M E N

Se detallan en este artículo las posibilidades terapéuticas en el ámbito de la atención primaria en los pacientes agudos contagiados de SARS-CoV-2, tributarios de atención en ese nivel y no susceptibles de ingreso ni de tratamiento paliativo; todo ello desde una valoración biopsicosocial.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Proposal of therapeutic approach to COVID-19 in primary care

A B S T R A C T

This article details the therapeutic possibilities in the field of primary care in acute patients infected with SARS-CoV-2, tributaries of care at that level and not susceptible to admission or palliative treatment. All this, written from a biopsychosocial assessment.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

Esta revisión es fruto de nuestra experiencia de estos años y del estudio de la bibliografía. Por definición, tiene planteamientos que son discutibles, o que serán demostrados como erróneos cuando la ciencia avance. A pesar de ello, creemos necesario

exponerlos para fomentar el debate sobre la atención clínica al paciente con COVID-19 en Atención Primaria (AP), tema algo eclipsado, a nuestro juicio, por las cuestiones epidemiológicas y preventivas.

Exponemos una propuesta para el abordaje clínico y terapéutico de los pacientes adultos en fase aguda, contagiados de SARS-CoV-2, usando el modelo biopsicosocial.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlperzalbiac@salud.aragon.es (J.L. Pérez Albiac).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.007>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Tabla 1 – Clasificación de tipos de COVID-19 en AP

Grupos	Cuadro	Test	Rinofaringitis	Fiebre	Diarrea	Disnea	Confusión	Dolor abdominal
0	Asintomático	+	-	-	-	-	-	-
1	Leve	+	+	-	+/-	-	-	-
2	Leve	+	+/-	+	-	-	-	-
3	Leve	+	+/-	+/-	+	-	-	-
4	Potencialmente severo	+	+/-	+	-	+	-	-
5	Potencialmente severo	+	+/-	+	-	+	+	-
6	Severo	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

+ : Presente. - : No presente. +/- : Puede o no estar. En sombreado azul lo predominante de cada grupo. Adaptado de: Sudre CH, et al. Symptom clusters in COVID-19: A potential clinical prediction tool from the COVID Symptom Study app. *Sci Adv.* 2021; 7(12): eabd4177.

Clasificación

Emplearemos una clasificación creada por Sudre¹. La vemos muy adecuada para AP y proponemos su generalización (tabla 1).

Está elaborada con datos de AP, sobre todo de Reino Unido y Suecia, y nos facilita un pronóstico: cuanto grupo más avanzado (del 1 al 6), más posibilidad de precisar apoyo hospitalario, más ingresos y mayor uso de oxigenoterapia o de soporte respiratorio; y más mortalidad final:

- Grupo 0: Asintomáticos; test rápido o PCR positivos y sin síntomas.
- Grupo 1: Cuadro leve, de predominio de síntomas tipo rinofaringitis o similar, sin disnea, ni fiebre, ni diarrea, ni otros síntomas gastrointestinales (o escasos), ni confusión.
- Grupo 2: Cuadro leve de infección respiratoria, con fiebre, sin disnea, sin síntomas gastrointestinales ni confusión. Estos pacientes, sobre todo si presentan fiebre alta, parecen tener más riesgo de evolucionar a disnea (Grupo 4).
- Grupo 3: Cuadro leve con predominio de síntomas tipo gastroenteritis predominante, sin fiebre o únicamente con febrícula, sin disnea, ni confusión.
- Grupo 4: Potencialmente grave, cuadro de predominio de infección respiratoria, con fiebre y afectación pulmonar (disnea, taquipnea, desaturación de oxígeno).
- Grupo 5: Potencialmente grave, como el grupo 4, pero además con confusión, cefalea, estupor o delirio (síntomatología neurológica relevante).
- Grupo 6: grave, síntomas gastrointestinales predominantes (a veces pancreáticos), especialmente dolor abdominal agudo o diarrea intensa, con o sin cuadro neurológico o respiratorio.

Medidas generales

La afectación inicial por COVID-19 genera, por definición, un paciente domiciliario de AP, con todas sus características, a abordar telefónica y presencialmente, según evolucione.

- Se debe asegurar el aislamiento, siguiendo las pautas recomendadas por el Ministerio de Sanidad y las comunidades

autónomas²⁻⁴ y realizar todo el abordaje epidemiológico correspondiente.

- Para la provisión de las necesidades básicas y el apoyo emocional⁵, aseguraremos el apoyo telefónico o presencial de familiares u otras personas. Se contactará incluso con servicios sociales, ONG y ayuntamientos, si fuera necesario.
- El apoyo social diario nunca debe quedar desatendido. Un anciano frágil, un paciente crónico complejo, o un paciente con COVID-19 complicado difícilmente superarán la enfermedad sin el apoyo presencial de otro ser humano que le cuide. Tal vez algún familiar proponga quedarse en el domicilio. Esta decisión es adecuada si está plenamente informada de los riesgos asumidos, pros y contras.
- Es fundamental la vigilancia frecuente de profesionales sanitarios en casos de trascendencia clínica^{1,3,4,6,7}.
- Para el grupo 4 recomendamos el uso de un pulsioxímetro y asegurar su correcto empleo por parte del paciente; sin él, la toma de decisiones se complica.
- La COVID-19 grave parece ser una enfermedad crono-dependiente⁸. Por ello, se debe asegurar el abastecimiento en el menor tiempo posible de los fármacos por los apoyos externos. Habrá que tener en cuenta la accesibilidad económica, geográfica y horaria a farmacias. Una posibilidad en casos concretos es recetar y tener ya en casa, incluso antes de precisarlos, algunos fármacos: dexametasona, salbutamol, metoclopramida, antibióticos.

La COVID-19 cambia de evolución y pronóstico en horas. Se deberá remitir al hospital siempre que los protocolos autonómicos vigentes o el arte médico así lo aconsejen: ante sospecha de neumonía, empeoramiento súbito...⁷. Aquí solo reflejamos el abordaje a domicilio mientras el médico, el paciente y los cuidadores lo ven posible.

En cuadros de tipo 2 a 6 hay que prepararse para un proceso de duración y pronóstico inciertos. Es muy importante el abordaje psicológico, infundiendo esperanza, apoyo emocional y tranquilidad a paciente y cuidadores⁵.

Las residencias y los brotes en comunidades. Tras la vacunación, la mayoría de los casos son menos graves y más abordables desde AP. En nuestra experiencia, parece ser útil la protección de la longitudinalidad, de la presencialidad, la aplicación de tratamientos precoces y la buena implicación del personal socio-sanitario, así como la correcta reposición de bajas laborales para garantizar los cuidados formales.

Tratamiento farmacológico^{1,2,9}

Grupo 0

Solo se pautará aislamiento, vigilancia epidemiológica y baja laboral si precisase. La autovigilancia es imprescindible para controlar la posible evolución clínica a otras formas. La asistencia a este paciente a veces requiere un abordaje delicado de la entrevista clínica si no hay aceptación de las normas de aislamiento.

Grupo 1

Tratamiento sintomático: paracetamol, medidas de soporte, hidratación, dieta suave a la vez que nutritiva y evitar pérdidas excesivas de peso. Hay que emplear cloperastina, codeína o dextrometorfano, bromhexina o acetilcisteína (600 mg) si conviene. A día de hoy, no se han demostrado contraindicaciones con ibuprofeno, por lo que se puede usar, pero con precaución; se debe priorizar el paracetamol. Vale todo lo dicho para el grupo 0.

Grupo 2

Lo mismo que el Grupo 1. Es muy importante vigilar una posible evolución a Grupo 4 o 5, más frecuente. Puede precisar antibioterapia, sobre todo al final del proceso (ver grupo 4).

Grupo 3

Abordaje como en el Grupo 1. No es infrecuente que haya algún síntoma respiratorio menor asociado. Se precisará hidratación con limonada alcalina, preparados hidratantes en sobres, y tal vez omeprazol, metoclopramida (oral o intramuscular). Es necesaria la visita presencial, bien en domicilio, bien en centro de salud.

Grupo 4

Aconsejamos abordaje terapéutico como en el Grupo 2, y además:

- Para la disnea (percepción subjetiva de falta de aire o de dificultad respiratoria) o la desaturación (pérdida de O₂ de 3 puntos o más sobre el valor basal en el pulsioxímetro; o un dato igual o menor a 95 %, asociado a síntomas o signos de vías respiratorias bajas) recomendamos iniciar dexametasona a dosis de 6-8 mg diarios, preferentemente por vía oral, durante un tiempo aproximado de 6-10 días. La dosis habitual es de 6 mg diarios, repartidos en varias tomas, durante 6 días^{10,11}. Si se ha demostrado la efectividad de la dexametasona en hipoxemias de 93 % o menos, es razonable fisiopatológicamente que también lo sea con valores de 94-96 %. Nuestra experiencia personal apunta en esa dirección. La teórica contraindicación por retardo de la curación no ha sido objetivada en la bibliografía. Con 93 % o menos se debería remitir al paciente a Urgencias para proceder a evaluación radiológica y posible ingreso⁷.
- Se pueden precisar beta-2-adrenérgicos de acción larga (LABA), antagonistas muscarínicos de acción larga (LAMA),

salbutamol o ipratropio, sobre todo en patologías previas respiratorias ya conocidas.

- En medio hospitalario se administra a los pacientes con COVID-19 heparina de bajo peso molecular subcutánea (HBPM) a dosis profilácticas [cada 24 horas enoxaparina (40 mg) o bemiparina sódica (3.500 UI)] durante 14 días a contar desde el ingreso. Consideramos conveniente administrarla también en AP cuando esté indicado⁷ aplicando las tablas de profilaxis antitrombóticas habituales^{9,12,13}.
- Las embarazadas con COVID-19 siempre deben recibir HBPM al menos durante 14 días. Conviene realizar interconsulta a obstetricia y seguir sus directrices¹⁴.
- Se debe tener presente la mayor posibilidad de derivación a Urgencias, con o sin ingreso, e informar de ello al paciente y sus cuidadores. Por ello, se debe extremar la vigilancia diaria por parte de estos últimos y del equipo de atención primaria: estos pacientes no deben perderse en el sistema, nuestras prioridades de salud deben estar claras.
- Si ante la fiebre persistente (más de 3 días) o la aparición de esputos se sospecha sobreinfección pulmonar bacteriana, otitis o sinusitis aguda (estas dos últimas, menos frecuentes), conviene añadir antibioterapia: amoxicilina (1 gramo cada 8 horas), cefuroxima (500 mg cada 12 horas), o azitromicina (500 mg cada 24 horas), durante 5 días, a criterio médico^{9,15}.
- Si la sospecha es de neumonía incipiente, además de ser muy conveniente la valoración presencial para exploración física, el tratamiento a adoptar es amoxicilina, amoxicilina/clavulánico (875/125 mg) (tener en cuenta la posible diarrea), cefuroxima, cefditoreno (400 mg cada 12 horas), cefixima (400 mg cada 24 horas) o moxifloxacino (400 mg cada 24 horas), todos ellos entre 5 y 10 días. Hay que recordar la cardiotoxicidad de la azitromicina y de las quinolonas^{9,15}. Si no es sencillo obtener una radiografía, tomaremos las decisiones clínicas basándonos en la anamnesis, la exploración física y la saturación de oxígeno, como en tantas otras ocasiones en AP.
- En casos graves, si por el motivo que sea (paciente domiciliario, negación...) no es posible la derivación al hospital, además de los tratamientos previos se puede valorar la administración parenteral de ceftriaxona (1-2 g/24 horas, 3-4 días) y desescalar a cefditoreno hasta completar 7 días de tratamiento total.
- Recordemos tratar las patologías crónicas previas concomitantes: insuficiencia cardiaca, diabetes, hiperglucemias, hipertensión, dispepsia, ansiedad...

Grupo 5

Tratamiento como en el Grupo 4, pero con mayor gravedad y dificultad de abordaje en AP, por lo que recomendamos derivar a valoración hospitalaria y, si procede, ingresar al paciente.

Grupo 6

En la serie de Sudre y cols.¹, tiene aún mayor riesgo de ingreso (45 %). Subyacente a los dolores abdominales puede haber una pancreatitis aguda por COVID-19. Recomendamos siempre valoración hospitalaria, salvo casos concretos de pacientes inmovilizados, en los que el entorno debe ser consciente del mal pronóstico.

Síntomas y signos concretos

Tos y mucosidad: medidas caseras, cloperastina, dextrometorfano, codeína; si es persistente e intensa, hay que valorar administrar ipratropio inhalado o dexametasona oral (observación personal), con acetilcisteína (600 mg al día) o bromhexina como apoyo.

La cefalea se trata con paracetamol o ibuprofeno y, si no cede, con metamizol oral; si persiste y es intensa, hay que valorar dexametasona oral (4-8 mg repartidos en varias tomas) durante 4-6 días (observación personal).

Vértigo, mareo o inestabilidad mal definida: sulpirida (cuidado con la cardiotoxicidad), betahistina y antihistamínicos como medida de apoyo sintomático; el mareo o inestabilidad persistente puede responder a citicolina oral (1.000 mg durante 30 días) (observación personal).

La presencia de delirium es un criterio de ingreso hospitalario, salvo en el caso de algunos inmovilizados. Como habitualmente, lo principal es identificar la causa y tratarla si es posible; sopesar riesgos y beneficios (cardiotoxicidad, depresión respiratoria): haloperidol, quetiapina, trazodona, alprazolam.

Insomnio: valorar riesgos y beneficios; lorazepam y alprazolam son los fármacos más adecuados⁴⁶.

En las lesiones cutáneas urticariales o ecematosas hay que emplear cremas corticoideas habituales y antihistamínicos orales.

Finalizado el cuadro clínico, recomendamos felicitar al paciente si el alta es por vía telefónica; si el cuadro ha sido de trascendencia, citamos a visita presencial para darnos la mano y cerrar el caso.

Conclusiones

La COVID-19 puede y debe ser tratada en AP: adecuando nuestros esfuerzos al modelo biopsicosocial (tabla 2), no olvidando nunca el sistema de cuidados a domicilio ni el apoyo emocional, y empleando el arsenal terapéutico actualmente existente. Se precisan investigaciones en nuestro entorno para hallar experiencia de seguridad y efectividad en las actuaciones a seguir.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Sudre CH, Lee KA, Lochlainn MN, Varsavsky T, Murray B, Graham MS, et al. Symptom clusters in COVID-19: A potential clinical prediction tool from the COVID Symptom Study app. *Sci Adv*. 2021; 7(12): eabd4177.
- Ministerio de Sanidad. Manejo en Atención Primaria y Domiciliaria del COVID-19. 2020. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Gobierno de Aragón. Procedimiento general de atención sanitaria al COVID-19 en Aragón. 2021. Disponible en https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/fichero.documentos_20211230_Procedimiento_general_Covid19_Aragon_cc11cc75%232E%23pdf.pdf/6bf9d806-773b-1661-d38b-86bba-bea46ea?t=1640967735261.

Tabla 2 – Puntos clave del manejo biopsicosocial del paciente COVID-19 en AP.

• Clasificación del caso clínico usando síntomas recogidos en AP (C. Sudre)
• Manejo adecuado epidemiológico (aislamiento, contactos, etc.).
• Aseguramiento del sistema de cuidados y de la provisión de fármacos.
• Identificación de pacientes potencialmente graves o vulnerables.
• Aseguramiento del seguimiento clínico adecuado de dichos pacientes.
• Monitorización con pulsioxímetro.
• Uso de fármacos si procede: dexametasona, antibióticos, heparina, etc.
• Finalización del proceso con acto simbólico.

- www.aragon.es/documents/20127/1650151/fichero.documentos_20211230_Procedimiento_general_Covid19_Aragon_cc11cc75%232E%23pdf.pdf/6bf9d806-773b-1661-d38b-86bba-bea46ea?t=1640967735261.
- Gobierno del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Manejo en Atención Primaria de COVID-19 en Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/39435/Manejo+en+Atencion+Primaria+de+COVID-19+en+Asturias+042021.pdf/7bdf1db6-1882-76c2-0027-e8bec79be479?t=1621866639152>.
- Évole J. Crónica de un posible positivo. La vanguardia. Julio 2020. Sección opinión. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/opinion/20200724/482488474524/cronica-de-un-posible-positivo.htm>
- Servicio Aragonés de Salud [Internet]. Formación rápida para atención a pacientes SARS-CoV-2 (COVID-19). Gobierno de Aragón. Noviembre 2020. [Revisado en enero 2022]. Disponible en: <https://autoaprendizaje.salud.aragon.es/course/view.php?id=23>
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Abordaje del paciente con COVID-19 en Atención Primaria. 2021. Disponible en <https://www.semefc.es/wp-content/uploads/2021/12/Abordaje.pdf> [Acceso el 16/Enero/2022]
- Macpherson A. Los enfermos de COVID-19 llegan tres días antes al hospital y baja su gravedad. La vanguardia. Septiembre 2020. Sección Emergencia Sanitaria. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200919/483539422257/enfermos-COVID-clinic.html>
- Llover MN, Jiménez MC. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *FMC*. 2021; 28(1): 40-56.
- RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19 — Preliminary Report. *N Engl J Med*. 2021; 384(8): 693-704.
- Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi RF. Covid-19: Discovery, diagnostics, and drug development. *J Hepatol*. 2021; 74(1): 168-84.
- Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto Carlos III. Informe del grupo de análisis científico de coronavirus del ISCIII (GACC-ISCIII). Problemas de coagulación y trombos en pacientes con COVID-19. Disponible en: https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-06/PROBLEMAS%20DE%20COAGULACION%20Y%20TROMBOS%20EN%20PACIENTES%20CON%20COVID-19_0.pdf
- Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones de tromboprofilaxis y tratamiento antitrombótico en pacientes con COVID-19. 2020. Disponible en: https://www.COVID-19.seth.es/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-pacientes-COVID-19_2020-04-29.pdf

14. Documento Tecnico Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit Dir Gen Salud Pública, Calid e Innovación Minist Sanidad [Internet]. 2020. p. 1-32. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
15. Huttner BD, Catho G, Pano-Pardo JR, Pulcini C, Schouten J. Covid-19: don't neglect antimicrobial stewardship principles! Clin Microbiol Infect [Internet]. 2020; 26(7): 808-10.
16. Teixidó Prevosti A, Serrano Ferrández E. El sufrimiento emocional por el COVID-19. AMF. Número extraordinario Marzo-Junio 2020. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2653.