

Covid-19: casos Leves o Moderados

	Asymptomatic or Presymptomatic	Mild Illness	Moderate Illness	Severe Illness	Critical Illness
Features	Positive SARS-CoV-2 test; no symptoms	Mild symptoms (e.g., fever, cough, or change in taste or smell); no dyspnea	Clinical or radiographic evidence of lower respiratory tract disease; oxygen saturation $\geq 94\%$	Oxygen saturation $< 94\%$; respiratory rate ≥ 30 breaths/min; lung infiltrates $> 50\%$	Respiratory failure, shock, and multiorgan dysfunction or failure
Testing	Screening testing; if patient has known exposure, diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing
Isolation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Proposed Disease Pathogenesis					
Potential Treatment					
Management Considerations	Monitoring for symptoms	Clinical monitoring and supportive care	Clinical monitoring; if patient is hospitalized and at high risk for deterioration, possibly remdesivir	Hospitalization, oxygen therapy, and specific therapy (remdesivir, dexamethasone)	Critical care and specific therapy (dexamethasone, possibly remdesivir)

Figure 1. Characteristics, Diagnosis, and Management of Covid-19 According to Disease Stage or Severity.

Mild or Moderate Covid-19

Gandhi R.T, Lynch J.B, and del Rio C.

N Engl J Med 2020; 383:1757-66. DOI: 10.1056/NEJMc2009249

Antecedentes: los autores plantean los aspectos relacionados con el abordaje de los casos leves o moderados de la COVID-19 en el contexto actual y con la evidencia disponible en el momento de su redacción.

Puntos clave:

1. Es preciso que la población mantenga las **medidas de autoprotección** (uso de mascarilla, distanciamiento social y lavado de manos) para evitar la propagación de la pandemia. Especial riesgo de contagio en espacios cerrados mal ventilados.
2. **Protección adecuada** de los trabajadores sanitarios y socio-sanitarios (telemedicina cuando sea posible, reduciendo el número de trabajadores que contacten con posibles infectados, limpieza y ventilación frecuente de los centros asistenciales, utilización de trajes completos de protección que incluya traje, guantes, mascarilla adecuada, protección ocular mediante gafas o pantallas).
3. **Sospecha:** las manifestaciones clínicas pueden variar desde las formas asintomáticas a las formas críticas (81% formas leves o moderadas, 14% formas graves y el 5% enfermedad crítica), incluyendo con mayor frecuencia los siguientes síntomas: fiebre, tos, dolor oro-faríngeo, malestar y mialgias, con síntomas digestivos en algunos pacientes (anorexia, náuseas y diarrea, presentándose hasta en el 68% de los pacientes (más frecuentemente en mujeres) anosmia y ageusia. La aparición de disnea implica agravamiento o forma más evolucionada de la enfermedad.
4. **Diagnóstico:** el diagnóstico se fundamenta en la identificación del RNA del SARS-CoV-2 mediante técnicas de **RT-PCR** como Gold-standard (en muestras tomadas en nasofaringe, oro-faringe, tomas turbinadas en coanas nasales y saliva, o muestras tomadas de vías respiratorias bajas que presentan mayor sensibilidad), empleo de **test rápidos de antígenos** (acceso inmediato en consulta, con resultado en 15 minutos, menor sensibilidad que la RT-PCR pero más barata que la misma) y/o **test de anticuerpos**. Un resultado negativo de la prueba en un paciente con alta sospecha de infección por SARS-CoV-2 obliga a repetir la prueba (aplicando técnica de mayor sensibilidad) manteniendo al paciente confinado (aislamiento) mientras se disponga de los resultados.
5. **Evaluación y categorización correcta del paciente:** valorando la **clínica**, la presencia de **comorbilidades** (edad avanzada, EPOC, Enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidad, enfermedad renal crónica, pacientes inmunodeprimidos tras trasplante órgano sólido, drepanocitosis), la **exploración física** (taquipnea, hipoxemia y auscultación pulmonar), la **radiología** (recomiendan el uso de la radiografía o ecografía de tórax, reservando el TAC torácico en pacientes hospitalizados en los que estuviera indicado) y la **analítica** (hematimetría completa, recuento leucocitario, bioquímica general, a lo que suelen añadir pruebas de coagulación [dímero-D] y marcadores de inflamación [proteína C reactiva y ferritina], lactato deshidrogenasa, CK y procalcitonina (en pacientes hospitalizados y con mayor severidad se suele valorar los

niveles de interleucina 6). Se recomienda la realización de **ECG** basal cuando el paciente vaya a ser tratado con fármacos que pudieran alargar el intervalo QT.

- Enfermedad **moderada**: COVID-19 con evidencia clínica o radiológica de enfermedad respiratoria de vías bajas pero con Sat.O₂ en sangre $\geq 94\%$ respirando aire ambiente.
- Enfermedad **severa**: taquipnea (frecuencia respiratoria ≥ 30 resp/min.), hipoxemia (Sat.O₂ $\leq 93\%$; PaO₂/FiO₂ < 300), afectación del 50% de los campos pulmonares en 24-48 horas.

6. **Tratamiento**: no hay fármacos específicamente aprobados para el tratamiento de la COVID-19. La evidencia disponible se fundamenta en resultados de la observación o de estudios realizados en pacientes hospitalizados. La mayoría de los pacientes con presentaciones leves o moderadas de la enfermedad podrán permanecer en domicilio con controles periódicos que habrá que incrementar en los pacientes con mayor susceptibilidad a presentar peor evolución

· Hidroxicloroquina con o sin azitromicina: no evidencia de disminuir la severidad de la enfermedad ni proteger de la aparición de la misma.

· **Antivirales**: Puesto que la replicación del SARS-CoV-2 es mayor justo antes y después de la aparición de los síntomas, el tratamiento antiviral (Remdesevir y tratamientos con anticuerpos) es más eficaz cuanto más precozmente sean utilizados. El uso de Remdesevir mostraba recuperación más rápida en comparación con el placebo (10 vs 15 días), mostró una tendencia a la disminución de la mortalidad al día 29 de enfermedad (HR 0,73 [IC 95% 0,52-1,03]), con resultados similares o superiores tras su uso durante 5 días frente a su uso durante 10 días. Sin embargo, las Guías de práctica clínica reservan el uso del Remdesevir para pacientes hospitalizados con formas graves de la COVID-19, no recomendándolo para el uso rutinario en pacientes con enfermedad moderada, en los que habrá que individualizar su uso.

· En fases avanzadas de la enfermedad (estados de hiperinflamación e hipercoagulación) con riesgo de complicaciones severas, el uso de fármacos antiinflamatorios (corticoides), inmunomoduladores, anticoagulantes o una combinación de los mismos puede ser más efectivo que los fármacos antivirales.

· Dexametasona reduce la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19 que recibían suplementos de oxígeno, especialmente en los que están con ventilación mecánica. No se recomienda en los pacientes leves/moderados por poder provocar efectos adversos.

· Plasma de paciente convaleciente o anticuerpos monoclonales: Los estudios realizados, hasta ahora, no han mostrado un claro beneficio, aunque parece que la mortalidad tras el empleo de plasma de convaleciente puede disminuir cuantos más altos sean los niveles de anticuerpos del plasma transferido, cuando la transferencia se realiza en los 3 primeros días tras el diagnóstico. En la actualidad, no se considera el Gold standard del tratamiento, por lo que serán precisos nuevos ensayos clínicos que muestren sus beneficios.

· mantener el tratamiento con IECA o ARA II (añado las estatinas) cuando estuvieran previamente indicados. No existen datos que contraindiquen el uso de AINEs.

7. **Incertidumbres:** persisten innumerables dudas en todos los aspectos relacionados con la pandemia y la COVID-19 (propagación de la pandemia; abordaje de la COVID-19 y su tratamiento estandarizado, especialmente en los casos leves/moderados; duración de la inmunidad adquirida tanto tras la enfermedad como tras la vacunación; momento en el que la población puede incorporarse a sus labores tras sufrir la enfermedad, etc.).

8. **Comentarios:**

- Las formas leves y moderadas de la COVID-19 han de ser controladas en Atención Primaria, sin que existan tratamientos específicos indicados ni evidencia más allá de la obtenida en pacientes hospitalizados.
- Algunos de los objetivos considerados en AP: la sospecha y el diagnóstico temprano de la enfermedad, la evaluación y categorización de su severidad, el aislamiento de los casos diagnosticados y de los sospechosos hasta la confirmación o no de la infección, las medidas de autoprotección del personal sanitario y socio-sanitario, el fomento de las medidas de protección de la población, el seguimiento de los casos con especial atención a los más vulnerables.
- Puesto que la evolución de la enfermedad puede presentar una forma abrupta hacia formas graves de la enfermedad, el objetivo de adelantarnos dependerá de la disponibilidad de medios en el Centro de Trabajo (disponibilidad de laboratorio o acceso a los resultados a los sumo en 24 horas, acceso a la radiología, disponibilidad de pulsioximetría; distancia, medios de comunicación y disponibilidad de camas al hospital de referencia.
- La continua aparición de nueva información mejorará la atención de estos pacientes, obligando a una continua actualización de los conocimientos, lo que supone un sobreesfuerzo añadido a la sobrecarga asistencial.,