

Red Informal de Documentación sobre la
Salud Psicosocial de la Familia

I Congreso Nacional COVID-19

Documento nº 119

Septiembre 2020



Resumen elaborado por
el Dr. D. José Antonio Serrano.
Director del Área de Salud

La familia como agente de salud

1. Resumen

Entre el 13 y el 19 de septiembre se ha celebrado de forma telemática el I Congreso Nacional COVID-19, en el que han participado 55 Sociedades Científicas españolas que representan a 171.656 profesionales sanitarios.

Con el objetivo de mejorar la gestión de la pandemia en nuestro país, las 55 sociedades científicas participantes en este encuentro desean trasladar a la opinión pública y a las autoridades sanitarias el siguiente **MANIFIESTO**, del que solo pongo el primer punto de los 12 que contiene.

“Respuesta sanitaria basada en la evidencia científica y en el interés general.

En estos momentos de crisis, pedimos a todas las personas e instituciones que tienen responsabilidades políticas en la gestión de la pandemia, que tanto en la expresión pública de su posicionamiento como en la toma de decisiones se guíen por criterios estrictamente sanitarios, basados en la mejor evidencia científica disponible, y desligados de cualquier otro interés que no atienda al interés general

*de la población. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de que la ciencia debe jugar un papel más relevante en la esfera pública y en la toma de decisiones de gestión sanitaria. Por ello es necesario establecer los procedimientos necesarios entre la comunidad científica y los centros de decisión política para garantizar que las medidas y estrategias adoptadas responden a la mejor evidencia y consenso científico y sanitario.”(...) **Firmado: 55 Sociedades Científicas***

La presentación de este documento, se ha producido en la clausura del I Congreso Nacional Covid-19, que durante siete días ha acogido la puesta en común de todo el conocimiento científico acumulado sobre la pandemia en España a lo largo de estos últimos seis meses, expuesto todo ello a través de 23 mesas redondas, 11 conferencias especiales y más de 400 trabajos de investigación en forma de posters y comunicaciones orales.

Del congreso destaco algunas de las consideraciones que me han parecido interesantes, como son las siguientes:

2. ¿Qué se sabe de la inmunidad frente a SARS-CoV-2?

Más de la mitad de los pacientes con Covid-19 desarrollan anticuerpos anti-SARS-CoV-2 en los primeros días de la infección, principalmente inmunoglobulinas G (IgG)

“No existe todavía evidencia suficiente de que una persona que se haya recuperado de la covid-19 y tenga anticuerpos sea inmune a una segunda infección y, si lo fuera, no se sabe todavía por cuánto tiempo.

Las investigaciones más recientes señalan que los niveles de anticuerpos en sangre de los pacientes decaen significativamente al cabo de dos o tres meses, y aunque estos pacientes habrán generado memoria inmunológica que los ayude a protegerse ante una reinfección, el problema fundamental es que desconocemos qué parte del sistema inmune es esencial activar para garantizar la inmunidad frente a la infección por SARS-CoV-2, por lo que son necesarios más estudios al respecto”.

3. ¿Cómo es el paciente que termina en el hospital?

Todos coinciden en que los ingresados son habitualmente mayores (65-70 años en adelante), varones y con comorbilidad (obesidad, hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes, dislipemia). El registro SEMI-COVID-19 indica que casi un tercio de los pacientes necesitaban oxígeno ya desde su llegada a Urgencias y casi todos (80%) ingresaron con neumonías, muchas de ellas graves. Será muy interesante comprobar si el tipo de paciente hospitalizado ha cambiado en la segunda ola (como así



parece) y si también lo ha hecho el riesgo de complicaciones y la mortalidad.

4. ¿Qué enfermos tienen peor pronóstico?

De nuevo la edad o la obesidad son factores que influyen en un mal pronóstico, según un estudio llevado a cabo a través de la Red de Investigación SIESTA. En este trabajo se observó que la diabetes o las enfermedades cardiovasculares no presentaron significación en cuanto al riesgo de tener un peor pronóstico. En cambio, sí lo fue el deterioro de nivel de conciencia o la auscultación de crepitantes.

A la edad, la identifica como el principal factor de riesgo independiente de mortalidad. En la “primera ola” por cada tramo de 5 años por encima de los 50 la tasa de mortalidad aumenta significativamente, “llegando a ser superior al 50% en personas de más 80 años”. Otro elemento de riesgo lo aporta un estudio del Hospital 12 de Octubre de Madrid donde se sugiere que el nivel de carga viral al diagnóstico de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 es un marcador independiente de mal pronóstico.

5. ¿Cómo tratar al paciente? ¿Qué funciona y qué no?

El registro RERFAR-COVID-19 muestra que los fármacos más utilizados han sido la hidroxicloroquina (91%), azitromicina (65%), lopinavir/ritonavir (62%) y corticoides (39%). De ellos, hoy se sabe que algunos no son eficaces (hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir); otros, como los corticoides sí lo son, al menos en pacientes graves.

Un total de 117 ensayos clínicos están autorizados en la actualidad en España para avalar

científicamente la eficacia de muy diversos tratamientos. Es importante destacar que el uso de medicamentos hipotensores o antidiabéticos es seguro en este contexto, e incluso, puede que la utilización de algunos de ellos (a falta de una mayor evidencia) muestre un posible efecto beneficioso en los pacientes con infección por SARS-CoV-2.

6. ¿Cuáles son las principales secuelas?

Las secuelas pueden llegar a alargarse en los pacientes que han tenido Covid-19 hasta dos o tres meses, tanto las físicas como las psicológicas. Se tratan de consecuencias prolongadas menores, pero que tardan en desaparecer, como fatiga, disnea, tos. En el caso de los pacientes que han tenido infección grave son necesarias pruebas complementarias durante el seguimiento.

La mitad de los pacientes presenta síntomas persistentes y/o alteraciones en las pruebas radiológicas a los tres meses del diagnóstico, según se extrae de una acción combinada de revisión de enfermos graves y valoración telemática de sintomatología que se ha desarrollado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

También ha expuesto que la sintomatología grave a los tres meses no se correlaciona con el episodio de gravedad inicial. Asimismo, un 39% de las derivaciones por sintomatología persistente son de pacientes que no estuvieron ingresados. Según este estudio, el 80% de pacientes con disnea persistente con difusión alterada y/o alteración en la radiografía, presenta también alteraciones menores en la Tomografía Computariza-

da de Alta Resolución.

7. ¿Cómo afecta a los niños?

La mayoría de los niños con la enfermedad no ingresan, y los que ingresan siguen una buena evolución clínica

Así concluye el estudio nacional coordinado por el Instituto de Investigación 12 de Octubre y la Asociación Española de Pediatría EPICO-AEP.

Un total de 213 menores fueron ingresados a causa de la covid en 50 hospitales, de los 250.000 niños que se estima por seroprevalencia que se infectaron en toda España. Un 43% necesitó oxígeno, un 22% necesitó UCIP y un 9%, ventilación mecánica. Los principales diagnósticos primarios relacionados con covid-19 de los niños ingresados fueron neumonía (47%), síndrome multisistémico inflamatorio relacionado con el SARS-CoV-2 (17%), fiebre sin foco (14%), síntomas gastrointestinales (12%), y bronquiolitis o bronquitis (5%).

8. ¿Qué se espera de la confluencia del SARS-CoV-2 con el virus de la gripe?

Uno de los principales retos al que los médicos se enfrentan este otoño es la posible concurrencia temporal de la pandemia del coronavirus con epidemias estacionales de virus respiratorios, esencialmente gripe y virus respiratorio sincitial

Asimismo, otro hecho positivo destacado en el congreso es la previsión de que la saliva se comience a imponer a otro tipo de muestras para el diagnóstico del covid-19, dado los resultados obtenidos por diversos es-

tudios recientes, que señalan los beneficios de su uso al precisar una prueba de detección menos invasiva, más rápida e incluso barata que muchas de las actuales.

9. ¿Qué se puede deducir de la investigación actual en vacunas?

En todo el mundo se investigan más de 135 candidatas de la vacuna anti covid, 12 de ellas en España. Entre las candidatas, Margarita del Val, investigadora del Centro de Biología Molecular ha destacado por su situación más avanzada las que están impulsando Moderna, AstraZeneca y la Universidad de Oxford, y CanSino. Son seguras, pero “aún no sabemos los niveles de protección de los anticuerpos neutralizantes ni los correlatos de protección necesarios para el virus”, ha recordado la científica.

Por otro lado, mientras llegan las vacunas, Jorge del Diego, jefe de Servicio de la Unidad de Apoyo de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, ha afirmado que “solo asegurando la identificación precoz de los casos, el control adecuado de los contactos y el adecuado cumplimiento de los aislamientos domiciliarios establecidos, podremos tratar de anticipar una nueva tensión en nuestro sistema sanitario”.

10. Los doctores Alex Soriano y Carolina García Vidal. Hospital Clínic de Barcelona.

Coincidieron en la importancia de suministrar el antiviral **remdesivir** precozmente. El doctor Soriano abogó por utilizar remdesivir “en el inicio de los síntomas” para frenar la replicación del virus ya que, en algunos casos, (en los más graves) el

virus puede permanecer hasta 30 días en el paciente. Si se suministra en esos primeros momentos se puede controlar la replicación vírica que desarrolla el síndrome de liberación de citoquinas y que produce graves efectos como la neumonía, el fallo multiorgánico y la muerte. Y, por tanto, se puede prevenir el ingreso hospitalario en la UCI y el óbito.

La doctora García Vidal, se refirió, entre otros estudios, a un ensayo con 1.059 pacientes cuyas conclusiones fueron publicadas en “The New England Journal of Medicine”, que explica que la mediana de tiempo en la recuperación fue mucho más rápida en los casi 530 pacientes con SARS-CoV-2 que tomaron remdesivir, en comparación con los que tomaron placebo. Destacó esta doctora que la administración de este antiviral “baja la mortalidad y hace que disminuya la capacidad de infección del virus, sobre todo en los pacientes de mayor edad”.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) autorizó el pasado 10 de julio este fármaco para el tratamiento del Covid-19 en adultos y adolescentes de más de 12 años y con un peso corporal de, al menos, 40 kilos. Está destinado a tratar aquellos pacientes con neumonía que requieren oxígeno suplementario.

11. Dr. Jesús Sierra. Detalla las características de los hospitalizados en España con la infección y los tratamientos que han recibido, incluidos en el Registro Español de Resultados de Farmacoterapia (RE-RFAR-COVID19).

El registro, en el que han participado 174 hospitales, casi 1.000 investigadores y 15.000 pacientes, muestra que el 58% de los ingresados es hombre, con

hipertensión (50%) y diabetes (22%) como las patologías previas asociadas más frecuentes. Además, es la fiebre el principal síntoma clínico que presentan (el 40 %), según informa en un comunicado el Congreso, que señala que las complicaciones más habituales son neumonía (40% grave y 53 % leve) y el síndrome de distrés respiratorio (20 %). En este sentido, Sierra ha indicado que hay fármacos que han demostrado “un papel importante” en la reducción de la mortalidad en los pacientes con COVID-19, como **los corticoides y tocilizumab**.

La revista ‘The Lancet’ ha realizado un estudio en el que investigan la asociación entre el uso de **tocilizumab** y la mortalidad entre los pacientes que requieren ingreso en UCI por COVID-19. De este modo, se ha observado que este fármaco (indicado para la artritis reumatoide y el síndrome de liberación de citoquinas asociado al tratamiento con CART) mitiga la enfermedad grave causada por el coronavirus. Este estudio observacional se realizó en 13 hospitales americanos en el que se incluyeron pacientes de 18 o más años con diagnóstico positivo en SARS-CoV-2 por PCR y que necesitaban apoyo en la UCI. Así, compararon los resultados de los pacientes que recibieron tocilizumab con los que no. Las conclusiones obtenidas fueron que los pacientes con COVID-19 que requirieron apoyo en la UCI y que recibieron tocilizumab tuvieron una mortalidad reducida. Ahora, se esperan los resultados de los ensayos controlados aleatorios que ya están en marcha. <https://gacetamedica.com/investigacion/el-uso-de-tocilizumab-podria-reducir-la-mortalidad-por-covid-19-segun-un-estudio/> 17 de agosto de 2020)

12. internistas de SEMI exponen la evidencia científica más reciente sobre la infección por SARS-CoV-2 como enfermedad sistémica en el I Congreso Nacional COVID-19

El Dr. José Manuel Casas, internista y coordinador del Registro Clínico SEMI-COVID-19, expone las características generales y factores de riesgo. El perfil tipo de estos pacientes es el de una persona mayor, predomi-

nantemente varón y con comorbilidades importantes, muy frecuentemente hipertensos, obesos y dislipémicos. También es frecuente la comorbilidad cardiovascular: insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica.

La clínica respiratoria es la más habitual en el momento del ingreso. Casi un tercio necesitaban oxígeno ya desde su llegada a Urgencias y casi todos ingre-

saron con neumonías “más del 80%”, muchas de ellas graves. El registro ha puesto de manifiesto que los pacientes que requerían ingreso eran muy graves. Así lo atestigua la mortalidad del 21%.

El Dr. Casas también ha avanzado que “vamos a recoger también los datos de los pacientes de la segunda oleada. Será muy interesante comprobar si el tipo de paciente hospitalizado ha cambiado (como así parece) y si también lo ha hecho el riesgo de complicaciones y la mortalidad”.