



DOCUMENTO DEL COLEGIO DE MEDICOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA

### ***Evitar lo innecesario y proteger a la población vulnerable***

La pandemia de SARS CoV-2 emergió en nuestro mundo como un tsunami devastador que no solo ha afectado a los pacientes que han padecido la infección y a su entorno más próximo, sino también a innumerables pacientes que sufren otras patologías.

Con un esfuerzo colectivo sin precedentes la sociedad ha soportado las sucesivas olas de la pandemia y la emergencia de variantes cada vez más transmisibles. Se ha evitado el colapso sanitario en la primera fase y reducido posteriormente la morbimortalidad gracias al rápido desarrollo de una primera generación vacunas, que aún sin lograr una inmunidad esterilizante, ni impedir la transmisión, han evitado una catástrofe de proporciones inimaginables entre la población más vulnerable a la infección.

Según estimaciones basadas en modelos matemáticos diseñados por instituciones académicas de gran prestigio, la variante ómicron está produciendo diariamente en torno a 100 de millones de casos de infección, lo cual supone 10 veces más que las producidas por la ola de la variante delta. Este elevadísimo nivel de contagiosidad sugiere que más del 50% de la población mundial podría estar infectada antes del final del próximo mes de marzo. Además de ello, se estima que hasta el 80% de las infecciones producidas por la variante ómicron podrían ser asintomáticas, porcentaje muy superior al 40% descrito para otras variantes del virus.

En España, sin contabilizar los casos no diagnosticados o no comunicados, las cifras oficiales confirman que el 23,5% de la población ya ha pasado la infección, lo cual, unido a que casi el 90% de la población mayor de 11 años está vacunada con dos dosis y el 50% de ellos con la tercera dosis de refuerzo, explica por qué la frecuencia de hospitalización, ingreso en UCI o de fallecimiento en pacientes sintomáticos se han

reducido de forma muy considerable con esta variante en relación a la incidencia de casos diagnosticados.

Por otra parte, la elevada frecuencia de casos en la comunidad y la alta transmisibilidad de la variante ómicron condicionan que en el momento actual muchos pacientes sean diagnosticados de COVID-19 al ingresar en el hospital por otras causas. Se estima que hasta un 10% de los pacientes sin síntomas de COVID-19 que ingresan en los hospitales por otros motivos o a los que se les realizan cribados para pruebas diagnósticas o cirugías programadas, tienen una PCR positiva para SARS-CoV-2. Esta situación está generando problemas graves de eficiencia en los circuitos asistenciales de los hospitales y llega incluso a comprometer la fluidez asistencial.

A pesar de los esfuerzos realizados, en los Centros de Salud la situación también es muy precaria. Es imposible desarrollar adecuadamente la cartera de servicios propia de la Atención Primaria y atender adecuadamente al conjunto de la patología que le es propia, en unas consultas saturadas por infecciones SARS CoV-2 leves y sujetos asintomáticos contactos de un infectado que exigen una prueba de diagnóstica.

El Colegio de Médicos de Málaga, sensible a su compromiso con la buena práctica clínica y una atención sanitaria de calidad para el conjunto de la población, sigue con atención los recientes posicionamientos de expertos y Sociedades Científicas. En este sentido, resulta especialmente relevante el recientemente publicado por una sociedad tan rigurosa e implicada en la pandemia como la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), en el cual se formulan las líneas maestras que en el momento actual parecen más coste-eficaces para mantener una asistencia sanitaria adecuada al conjunto de la población ([accesible en este enlace](#)).

Los dos pilares básicos en los que se basa el actual posicionamiento propugnado tanto por SEIMC como por otros autores y organismos internacionales son;

- 1 Que la variante ómicron puede producir enfermedad grave en personas no vacunadas, incompletamente vacunadas y en pacientes vulnerables (edad mayor de 65 años, personas con enfermedades debilitantes crónicas, inmunodeprimidos, cáncer en tratamiento, síndrome de Down mayores de 40 años y embarazo).

2 Que por tanto, es en estos grupos de población donde hay que centrar el esfuerzo preventivo, diagnóstico y terapéutico dado que la contagiosidad de la variante ómicron es de tal magnitud que hace muy probable que la mayoría de la población acabe infectada.

La situación de la pandemia en la que ómicron ha desplazado al resto de variantes previas requiere una reformulación de la atención médica actual, tanto en los Hospitales como en los Centros de Salud.

En los centros hospitalarios debería replantearse la necesidad de realizar de forma generalizada pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 previas a procedimientos. Esta práctica causa frecuentes suspensiones y demoras de estos, con el consiguiente perjuicio para los pacientes. Resulta más coste-eficaz sustituir dichos cribados por medidas adecuadas de protección de los profesionales, basadas en el riesgo de cada procedimiento.

La realización de pruebas de cribado de SARS-CoV-2 a todos los pacientes a su ingreso independientemente de la causa del mismo y la consideración de áreas “no-COVID” no parece ser útil en la situación actual, dado que la altísima tasa de transmisión comunitaria hace que la posibilidad de transmisión desde sanitarios o familiares sea muy alta en todo momento y en todos los espacios asistenciales. La estrategia diagnóstica debería estar focalizada en proteger a los pacientes vulnerables ingresados en el hospital.

Existen datos que aconsejan replantear la duración de las medidas de aislamiento de los pacientes ingresados con COVID-19 basadas en criterios clínico-temporales, más que en pruebas microbiológicas que no están diseñadas para tal fin y pueden provocar alargamiento innecesario de la estancia en áreas COVID, lo que en ocasiones tiene consecuencias negativas para la seguridad y cuidados de los pacientes.

Mientras dure la alta frecuencia de transmisión comunitaria del virus, parece razonable recomendar que el personal sanitario use mascarillas tipo FFP2 para la atención a todos los pacientes, a la par que restringir el uso de equipos de protección individual que incluyen batas impermeables, gorros y protección ocular a las situaciones específicas que puedan requerirlos en función de las precauciones estándar, ya que el uso de estos equipos complejos de protección dificulta el cuidado y

la vigilancia de los pacientes ingresados, y afecta a la seguridad del paciente.. Cuando se realicen procedimientos de riesgo de generación de aerosoles, se añadirán las medidas de protección individual necesarias, sin necesidad de realizar pruebas de SARS-CoV-2 a todos los pacientes.

En los Centros de Salud, la atención a los sujetos previamente sanos con un cuadro respiratorio leve de la vía aérea superior debería ser la habitual para estas patologías, independientemente del agente causal. Como regla general, no parece necesario realizar pruebas diagnósticas de PCR en casos leves de personas no vulnerables. Los recursos así liberados podrían ser mejor aprovechados en la atención de los pacientes vulnerables que son las que tienen mayor riesgo de enfermedad grave y muerte.

Esta forma de actuar liberaría también recursos para identificar y ofrecer la vacunación inicial a los no vacunados de estos grupos vulnerables o administrarles la dosis de recuerdo a los que no la han recibido, mejorar la información para su autocuidado y para formar e informar a sus cuidadores, así como a establecer un circuito ágil de diagnóstico precoz para las personas vulnerables que desarrollan síntomas compatibles con COVID.

Por último, tanto en el entorno hospitalario como en la Atención Primaria, es importante priorizar a la población vulnerable en el uso de los nuevos antivirales, los cuales, han demostrado que administrados precozmente, reducen el riesgo de progresión a infección grave y de muerte.

Los cambios que ha experimentado el virus en sus olas sucesivas, sugiere que SARS CoV-2 evoluciona hacia sus congéneres menos patógenos que producen infecciones leves de vías aéreas superiores. Aunque somos conscientes de que después de casi dos años existe fatiga pandémica no solo en la población general sino también en los profesionales sanitarios, es importante recordar que en términos de evolución y adaptación de un nuevo virus, dos años es un espacio corto de tiempo.

Por tanto, hay que recordar que, en ausencia de vacunas con capacidad esterilizante, efectivas frente a múltiples variantes y eficaces en la población vulnerable, el escenario más probable para la COVID-19 en el futuro inmediato es el de una enfermedad hiperendémica que supondrá una sobrecarga adicional a un sistema

sanitario que ya operaba en condiciones de máxima presión antes de la aparición de esta pandemia.

En cualquier caso, la relajación actual de algunas de las medidas en base a la evidencia existente, no debería excluir la obligación de los sujetos sanos de proteger a sus convivientes vulnerables, adoptando todas las medidas no farmacológicas de protección en el contacto con ellos.