

El presente documento recoge en el formato rápido de preguntas y respuestas las principales cuestiones recibidas en el buzón sugerenciascovid19@sefac.org hasta el 3 de abril de 2020.

Este documento ha sido revisado por el comité científico de SEFAC y aprobado para su publicación en la fecha referida. Sin embargo, está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga sobre la infección por el nuevo coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2).

El documento agrupa las respuestas en distintos bloques:

CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS Y LA PANDEMIA

1. ¿Se sabe algo de la inmunidad que genera el virus una vez superada la infección? ¿Tiempo que dura?

La evidencia científica en este sentido es pobre. En otros casos de coronavirus como SARS CoV o el MERS CoV, causantes del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y del MERS (Síndrome respiratorio de Oriente Medio) se ha producido inmunidad tras la infección y en el caso del COVID-19 parece que los anticuerpos (IgG) se desarrollan en el huésped alrededor del día 14 después de la infección. Se han producido casos de reinfección en China, pero existe controversia al respecto (en España no se han documentado casos) y se desconoce aún la duración de la inmunidad y la efectividad de la misma hasta que se estudie más en profundidad.

Fuente:

- Gavin M Joynt, William KK Wu Understanding COVID-19: what does viral RNA load really mean? *Lancet Infect Dis* 2020 Published Online March 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30237-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30237-1).
- Meng L, Qiu H, Wan L, Ai Y, Xue Z, Guo Q, et al. Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*. 2020 Mar;1.

2. ¿Se tiene certeza de si los pacientes, cuando reciben el alta, no contagian a otras personas?

No, los pacientes con alta médica sí pueden presentar inmunidad, pero también carga viral. En recientes estudios se recoge en esputo hasta 3 semanas y en heces hasta 47 días tras el comienzo de los síntomas iniciales.

Fuente:

- Wu Y, Guo C, Tang L, Hong Z, Zhou J, Dong X, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Apr 1]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468125320300832>.
- Gavin M Joynt, William KK Wu Understanding COVID-19: what does viral RNA load really mean? *Lancet Infect Dis* 2020 Published Online March 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30237-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30237-1)
- Meng L, Qiu H, Wan L, Ai Y, Xue Z, Guo Q, et al. Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*. 2020 Mar;1.

3. ¿Se sabe durante cuánto tiempo puedes seguir contagiando el virus una vez remitidos todos los síntomas y estando clínicamente curado?

Se está estudiando la capacidad de transmisión del virus, que aún no es del todo conocida, aunque sí tenemos datos sobre la presencia de carga viral en distintos tejidos y secreciones de los pacientes. Recientes estudios ofrecen resultados con una presencia de carga viral en esputo de hasta 3 semanas y en heces hasta 47 días después de los primeros síntomas.

Fuente:

- Wu Y, Guo C, Tang L, Hong Z, Zhou J, Dong X, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Apr 1]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468125320300832>.
- Gavin M Joynt, William KK Wu Understanding COVID-19: what does viral RNA load really mean? *Lancet Infect Dis* 2020 Published Online March 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30237-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30237-1)
- Meng L, Qiu H, Wan L, Ai Y, Xue Z, Guo Q, et al. Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*. 2020 Mar;1.

4. ¿Se ha llegado al pico de contagios?

Lamentablemente no, a fecha 2 de abril de 2020, aunque la tendencia parece ir señalando una desaceleración en el número de infecciones diarias. Algunos modelos matemáticos estiman un pico de contagios alrededor del 15 de abril y ofrecen números de hasta 7 millones de contagios. Realizar estimaciones a estas alturas es complicado y las aproximaciones deben hacerse con cautela, no podemos bajar la guardia. Se sabrá cuando se llegue.

5. ¿Es posible que, aunque se frene el contagio al llegar el verano, tengamos una nueva aparición del virus con el frío y se solape con la gripe?

En mayor medida que por la llegada del verano y las altas temperaturas, el freno del contagio se producirá por las medidas de contención tomadas, el desarrollo de una inmunidad de grupo y el desarrollo de técnicas adecuadas de tratamiento, profilaxis y vacunación. El virus se inactiva a altas temperaturas y puede reducir su persistencia en superficies, pero todavía no se tiene claro cómo se produce y a qué porcentaje responde el contagio a través de las mismas, por lo que no podemos determinar cómo influirá el verano en la transmisión y capacidad de contagio de la enfermedad.

6. Respecto a la población de riesgo por tener patologías cardíacas... ¿Es dato estadístico o tiene realmente relevancia con la complicación de la enfermedad al contraer coronavirus?

Utilizaremos esta tabla para ilustrar esta respuesta:

Tabla elaborada datos 27 de Marzo 2020	España							
	Infectados COVID19				No infectados COVID19 (INE 2019. Aprox)			
	Total	%	Defunciones	%	Total	%	Defunciones	%
Enfermedad Cardiovascular	5216	26,60%	757	48%	10.000.000	21,30%	120.000	28%

El porcentaje de españoles con patología cardiovascular es del 21,3 %, en el caso de los españoles ingresados ese porcentaje alcanza el 26,6 % para pacientes con patología cardiovascular. Hay una diferencia de un 5 % que puede no ser significativa. Donde se encuentra la principal diferencia es en los fallecimientos, ya que anualmente mueren 120.000 pacientes por patologías cardiovasculares en España, un 28 % de las defunciones totales anuales en nuestro país. El porcentaje de fallecidos por COVID-19 que presenta patologías cardiovasculares se va al 48 %, una diferencia considerable con la “normal”. Por tanto, parece evidente que el antecedente de patología cardiovascular juega un papel importante en el curso final de la enfermedad.

7. ¿Es cierto que la clorhexidina no es efectiva como desinfectante en el caso del COVID-19?

No es que la clorhexidina no sea efectiva, es que su efectividad es mucho menor que otros desinfectantes. En el caso de la clorhexidina al 0,02 % tras 10 minutos de exposición la reducción de la infectividad de la carga viral es menor que la evaluada con etanol durante 30 segundos a porcentajes desde el 70 % al 95 %. También ofrece peores resultados que el peróxido de hidrógeno o la povidona yodada.

Ampliando información, y de los diferentes documentos consultados, podemos decir sobre los biocidas lo siguiente: el uso de isopropanol se recomienda al 75 % en las fórmulas para la desinfección de las manos y no para superficies. El COVID-19 además se puede inactivar eficientemente mediante la desinfección de superficie con etanol al 62-71 % (sobre todo, pequeñas superficies), peróxido de hidrógeno al 0,5 % o hipoclorito de sodio al 0,1 % en 1 minuto. Otros agentes biocidas como el cloruro de benzalconio al 0,05–0,2 % o el digluconato de clorhexidina al 0,02% son menos efectivos, tal y como se ha señalado antes. Dos formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de las manos (basadas en 80 % de etanol o 75 % de 2-propanol) son muy efectivas.

La información del Ministerio de Sanidad sobre manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19, y así como de la OMS indican, con respecto a la limpieza de las superficies que se tocan con frecuencia, que éstas deberán ser limpiadas con material desechable y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga un 0,5 % de hipoclorito sódico (una parte de lejía doméstica al 5 % en 50 partes de agua). La mayoría de lejías domésticas son soluciones de hipoclorito sódico al 5 %, siendo necesario comprobar siempre la información recogida en la etiqueta para un correcto uso desinfectante de ellas.

Otros desinfectantes que podrían inactivar eficazmente el COVID-19 son: éter, etanol al 75 %, desinfectantes que contienen cloro, ácido peracético y cloroformo. La clorhexidina no puede inactivar eficazmente el virus.

Fuente:

- G. Kampf, D. Todt, S. Pfaender, E. Steinmann. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection* 104 (2020) 246e251.

8. ¿Se puede transmitir el virus a través del alimento? ¿Se contamina la comida una vez preparada?

Lo desconocemos. El virus tiene poca persistencia a más de 30°C, pero los estudios no refieren la persistencia del mismo en la comida cocinada. Si atendemos a la transmisión animal es muy posible incluso que, aunque el virus se transmitiese de un animal al hombre a través del consumo de carne de pangolín, esta no hubiese sido cocinada. Los científicos y las autoridades de todo el mundo están realizando un seguimiento de la propagación del virus y no se ha informado de ningún caso de

transmisión a través de alimentos a día de hoy. Sin embargo, se está pendiente de que pueda aparecer nueva información relevante. Este es el motivo de que la European Food Safety Authority (EFSA) no intervenga actualmente en la respuesta a los brotes de COVID-19. La OMS ha publicado recomendaciones para la prevención, que incluyen asesoramiento sobre el mantenimiento de buenas prácticas higiénicas durante la preparación y la manipulación de los alimentos, como lavarse las manos, cocinar bien la carne y evitar la posible contaminación cruzada entre alimentos cocinados y no cocinados. En el caso de frutas y verduras, una forma de evitar el posible contagio a través de estos alimentos como objeto vector (se desconoce día de hoy) consiste en utilizar productos de hipoclorito sódico diluidos en agua la proporción que indique el fabricante y que se pueden adquirir en la farmacia (AMUKINA o la LEJISANA)

Fuente:

- <https://www.efsa.europa.eu/es/news/coronavirus-no-evidence-food-source-or-transmission-route>.

9. ¿Existe algún dato que indique transmisión sanguínea, sexual o vertical por el virus? ¿O sólo por gotículas respiratorias?

La transmisión vertical se ha detectado en algunos casos, pero la baja incidencia de los mismos y la escasez de datos en este sentido no nos permite realizar afirmaciones contundentes, aunque parece que el principal riesgo se encuentra en el primer trimestre de embarazo. En principio la transmisión sanguínea no se contempla, y se da principalmente por gotículas respiratorias de más de 5 micras.

Fuente:

- *Management of pregnant women infected with COVID-19.* Yongwen Luo Kai Yin Published: March 24, 2020 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30191-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30191-2).

10. ¿Qué se sabe sobre la sensibilidad de españoles e italianos al COVID-19 por tormenta de citoquinas producida por exceso de macrófagos?

Estas teorías se basan en la experiencia clínica de los facultativos. Existen pocos datos al respecto y desde luego no los suficientes como para ofrecer una evidencia científica adecuada. Estudios chinos también han estudiado este problema, no es una cuestión específica de Europa.

Fuente:

- Jinglan Wang, Xiaowei Yan, Wen Zhang Shuyang Zhang, Fengchun Zhang, Qian Wang, Taisheng Li, Zhengyin Liu. *The use of anti-inflammatory drugs in the treatment of people with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): The experience of clinical immunologists from China.* Clinical Immunology 214 (2020) 108393.

11. ¿Es cierto que la falta de vitamina D es un factor de riesgo para padecer la infección por COVID-19?

Un estudio de la Universidad de Turín muestra que los afectados por COVID-19 tenían, en su mayor parte, una falta de vitamina D. Esto también explicaría el impacto de la epidemia en pleno invierno en el

hemisferio norte, cuando las poblaciones tienen la exposición anual más baja a la luz solar, que es esencial para producir esta vitamina.

12. ¿Cuál es el riesgo en las mujeres embarazadas si contraen el COVID-19?

Actualmente se desconoce si las mujeres embarazadas tienen una mayor probabilidad de enfermarse por COVID-19 que el público en general ni si tienen más probabilidades de tener una enfermedad grave como resultado. Las mujeres embarazadas experimentan cambios en sus cuerpos que pueden aumentar el riesgo de algunas infecciones. Con los virus de la misma familia que COVID-19 y otras infecciones respiratorias virales, como la influenza, las mujeres han tenido un mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves. No se sabe en este momento si COVID-19 causaría problemas durante el embarazo o afectaría la salud del bebé después del nacimiento. Siempre es importante que las mujeres embarazadas se protejan de las enfermedades. Deben hacer lo mismo que el público en general para evitar infecciones. Todavía no sabemos si una mujer embarazada con COVID-19 puede transmitir el virus que causa COVID-19 a su feto o bebé durante el embarazo o el parto. Ningún bebé nacido de madres con COVID-19 ha dado positivo por el virus COVID-19. En estos casos, que son un número pequeño, el virus no se encontró en muestras de líquido amniótico o leche materna. Tampoco, hasta ahora, se conoce si se presenta algún riesgo para los bebés de una mujer embarazada que tiene COVID-19. Se ha informado una pequeña cantidad de problemas con el embarazo o el parto (por ejemplo, parto prematuro) en bebés nacidos de madres que dieron positivo para COVID-19 durante su embarazo. Sin embargo, no está claro que estos resultados estén relacionados con la infección materna.

Fuente:

- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>.
- Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Apr 1]; Available from: [s://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920301572](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920301572).

13. ¿Cuál es el tiempo de permanencia del virus en las diferentes superficies?

El virus puede permanecer en distintas superficies un tiempo determinado pero la carga viral va disminuyendo con el tiempo y también depende de la temperatura. El virus se desactiva a temperaturas >30 °C y es resistente a temperaturas más bajas en torno a los 4 °C. Ejemplos: Aluminio 2-8 h, guantes quirúrgicos 8 h, madera 4 días, papel y cristal 4-5 días, cerámica y metal 5 días, batas desechables ≤ 2 días.

14. ¿El amonio cuaternario inactiva el COVID-19 y, en caso afirmativo, en que dosis/dilución? La clorhexidina se ha visto que es menos efectiva que otros desinfectantes, pero ¿por qué tarda más de 1 minuto en hacer efecto o realmente no es efectivo? ¿Se sabe si el producto Sanytol es efectivo para desinfectar?

En la siguiente tabla se exponen los diferentes desinfectantes, su concentración, su efectividad frente a distintos virus, incluido el COVID-19, tiempo de exposición, y reducción de la carga viral en función del tiempo. La clorhexidina, junto con el dimetilamonio, por tanto, no son tan eficaces frente al SARS-CoV2 como otros desinfectantes que aparecen en la tabla, donde el mejor es etanol en concentraciones del 78 % en exposición de 30 segundos, que es capaz de reducir casi en su totalidad la carga viral.

248

G. Kampf et al. / Journal of Hospital Infection 104 (2020) 246–251

Table II
Inactivation of coronaviruses by different types of biocidal agents in suspension tests

Biocidal agent	Concentration	Virus	Strain / isolate	Exposure time	Reduction of viral infectivity (log ₁₀)	Reference
Ethanol	95%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 5.5	[29]
	85%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 5.5	[29]
	80%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 4.3	[29]
	80%	MERS-CoV	Strain EMC	30 s	> 4.0	[14]
	78%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 5.0	[28]
	70%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	> 3.9	[30]
2-Propanol	70%	CCV	Strain I-71	10 min	> 3.3	[30]
	100%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 3.3	[28]
	75%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 4.0	[14]
	75%	MERS-CoV	Strain EMC	30 s	≥ 4.0	[14]
	70%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 3.3	[28]
	50%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	> 3.7	[30]
2-Propanol and 1-propanol	50%	CCV	Strain I-71	10 min	> 3.7	[30]
	45% and 30%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 4.3	[29]
		SARS-CoV	Isolate FFM-1	30 s	≥ 2.8	[28]
Benzalkonium chloride	0.2%	HCoV	ATCC VR-759 (strain OC43)	10 min	0.0	[31]
	0.05%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	> 3.7	[30]
	0.05%	CCV	Strain I-71	10 min	> 3.7	[30]
	0.00175%	CCV	Strain S378	3 d	3.0	[32]
	0.0025%	CCV	Strain S378	3 d	> 4.0	[32]
Didecyltrimethyl ammonium chloride	0.02%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	0.7–0.8	[30]
Chlorhexidine digluconate	0.02%	CCV	Strain I-71	10 min	0.3	[30]
	0.21%	MHV	Strain MHV-1	30 s	≥ 4.0	[33]
	0.01%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	2.3–2.8	[30]
Sodium hypochlorite	0.01%	CCV	Strain I-71	10 min	1.1	[30]
	0.001%	MHV	Strains MHV-2 and MHV-N	10 min	0.3–0.6	[30]
	0.001%	CCV	Strain I-71	10 min	0.9	[30]
Hydrogen peroxide	0.5%	HCoV	Strain 229E	1 min	> 4.0	[34]
Formaldehyde	1%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	2 min	> 3.0	[28]
	0.7%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	2 min	> 3.0	[28]
	0.7%	MHV		10 min	> 3.5	[30]
	0.7%	CCV	Strain I-71	10 min	> 3.7	[30]
	0.009%	CCV		24 h	> 4.0	[35]
Glutardialdehyde	2.5%	SARS-CoV	Hanoi strain	5 min	> 4.0	[36]
	0.5%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	2 min	> 4.0	[28]
Povidone iodine	7.5%	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	15 s	4.6	[37]
	4%	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	15 s	5.0	[37]
	1%	SARS-CoV	Hanoi strain	1 min	> 4.0	[36]
	1%	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	15 s	4.3	[37]
	0.47%	SARS-CoV	Hanoi strain	1 min	3.8	[36]
	0.25%	SARS-CoV	Hanoi strain	1 min	> 4.0	[36]
	0.23%	SARS-CoV	Hanoi strain	1 min	> 4.0	[36]
	0.23%	SARS-CoV	Isolate FFM-1	15 s	≥ 4.4	[38]
	0.23%	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	15 s	≥ 4.4	[38]

SARS = Severe Acute Respiratory Syndrome; MERS = Middle East Respiratory Syndrome; MHV = mouse hepatitis virus; CCV = canine coronavirus; HCoV = human coronavirus.

15. ¿Hay posibilidades reales de contagio por el contacto con las monedas u otros objetos?

La permanencia del virus a temperatura ambiente (15–30 °C) en el metal suele ser de 5 días, con lo cual en este rango de temperaturas la posibilidad de contagio por monedas es factible si las cogemos con las manos y nos tocamos los ojos, nariz, boca, incluso la cara. Tomando las medidas de protección eficaces como lavado de manos, la probabilidad de contagio disminuye considerablemente.

Fuente:

- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020 Mar;104(3):246–51.

16. ¿Cuánto tiempo debe estar una persona, que ha tenido síntomas de COVID-19, aislado en una habitación sin contacto con el resto de las personas con las que convive? ¿En el caso de que tener los síntomas el aislamiento del paciente en su domicilio sin salir del cuarto debe durar hasta 14 días una vez han pasado todos los síntomas?

Si está enfermo, pero presenta síntomas leves, el médico habrá indicado aislamiento domiciliario. En este grupo también se incluyen aquellos pacientes con probabilidad de estar infectados, aunque no estén confirmados. Además de las medidas para población sana, se recomienda seguir las siguientes:

- Si no vive solo, es importante que el paciente se mantenga en una habitación individual, con la puerta cerrada y con ventilación. En la habitación deberá disponer de un teléfono para comunicarse y evitar cualquier contacto personal, así como productos de higiene de manos y mascarillas. Cuando no le quede más remedio que usar zonas comunes, deberá usar mascarilla quirúrgica e intentar respetar la distancia de seguridad de 2 metros. Se recomienda que las personas que estén en la misma zona utilicen mascarillas también tipo FFP.
- Limpiar a diario las superficies que se tocan con lejía diluida y paños desechables específicos para limpiar las zonas que habita el paciente. Es recomendable que el paciente use su propia cubertería y otros utensilios y que luego se laven en lavavajillas o con agua muy caliente. La ropa que use el enfermo deberá meterla él mismo en una bolsa hermética y deberá lavarse a 60-90°C. No sacudirla y lavarse siempre las manos después de tocarla.
- Es recomendable que el paciente tenga un cubo de pedal (para tirar los desechos tocándolo lo mínimo posible) con una bolsa de plástico. La bolsa que está en el interior del cubo deberá meterse en una segunda bolsa fuera de la habitación, para que el plástico en contacto con el paciente no esté en contacto con otras personas (convivientes, personal de limpieza, de recogida de residuos...).
- Autocuidados: se puede usar paracetamol para controlar la fiebre. Se debe beber suficientes líquidos.
- Se recomienda el aislamiento durante 14 días desde el inicio de los síntomas siempre y cuando se haya resuelto el cuadro clínico. El médico responsable hará el seguimiento y dará el alta cuando corresponda.

Fuente:

- Aislamiento domiciliario en casos leves. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20.03.20_AislamientoDomiciliario_COVID19.pdf. Último acceso 20 de marzo de 2020.

17. Quisiera saber si beber líquidos muy calientes, del orden de 56 °C, como agua, leche, es beneficioso para descomponer el virus.

Más allá de la estacionalidad, asociada a una mayor difusión de virus parecidos al responsable de COVID-19 en temperaturas frías, no existe ninguna evidencia de que la ingestión de líquidos calientes

tenga efecto alguno sobre el virus, aunque la estabilidad del mismo disminuya a partir de los 30 °C. Pero, además, la ingesta de líquidos a esas temperaturas, además de producir quemaduras, puede suponer más riesgos para la salud. Del mismo modo, tampoco es recomendable el consumo de bebidas alcohólicas como medio de inactivación del virus.

18. Por analogía con la gripe se ha hablado que la llegada del buen tiempo puede ayudar a controlar el COVID-19. ¿Hay datos sobre esto? ¿Bulo? ¿Realidad?

El Ministerio de Sanidad teme que el coronavirus siga transmitiéndose en verano. El virus de la gripe necesita un ambiente frío y seco para extenderse con facilidad. Si el coronavirus se comportara como él, se reduciría con el aumento de las temperaturas en primavera y en verano. Sin embargo, se desconoce si el COVID-19 tendrá un patrón estacional similar al de otros virus respiratorios.

En un documento del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad se señala el temor a que el coronavirus siga transmitiéndose en verano. El documento con información científica-técnica, actualizado el pasado 26 de marzo, muestra cómo el virus se ha seguido extendiendo por el globo pese a la diferencia de temperaturas. Aunque hay noticias contradictorias. En China se observó una relación lineal inversa con la temperatura y la humedad en un estudio con un centenar de ciudades. Por cada aumento en un grado Celsius y un 1 por ciento de humedad, la velocidad de propagación del coronavirus parece reducirse. Investigadores de Estados Unidos y de Irán observaron una expansión geográfica mundial desde China a otras regiones con patrones climáticos similares. Una pista también de que la temperatura podría acabar con el coronavirus es que, en lugares más próximos a China, con mayor intercambio de personas, como India, la expansión no se ha producido del mismo modo, «lo que apoyaría la hipótesis del patrón estacional», se afirma en el documento de Sanidad. Aunque también, se advierte, hay que tener en cuenta el resto de factores que influyen en la transmisión en el curso de esta epidemia. Y cita la alta susceptibilidad a la infección de la población en su conjunto y la relajación de las medidas de distanciamiento social con la llegada del verano. «Por ello, es probable que en verano se seguirá transmitiendo, aunque con menor intensidad», concluye.

Fuente:

- https://www.abc.es/sociedad/abci-ministerio-sanidad-teme-coronavirus-siga-transmitiendose-verano-202003290326_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F.

19. Sabiendo que son virus diferentes, ¿hay algún dato que indique que la incidencia es menor, o los síntomas son menos graves en los pacientes vacunados de gripe estacional?

Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), los expertos recomiendan vacunarse tanto de la vacuna de la gripe como de la neumonía, especialmente en los grupos de riesgo. Argumentan que son más los beneficios que los riesgos, pues mediante la vacunación se puede prevenir la gripe con una eficacia del 40-60 % y, en el caso de contraerla, disminuye su gravedad. Además, en el caso de la vacuna antigripal, también cuenta con un efecto protector frente a la neumonía. Por tanto, debido a que el COVID-19 produce neumonía, sería un estudio muy interesante poder analizar la relación entre la vacunación antigripal de la campaña 2019-2020 y su protección o no frente a la infección por el SARS- CoV-2, la gravedad de la enfermedad y su evolución tras el diagnóstico.

20. Respecto al contagio, ¿qué pasa con las mascotas (especialmente perros)? A pesar de que no puedan ser reservorios, sí podrían transmitir el virus si olisquean materiales usados o esputos de personas infectadas. ¿Qué recomendaciones hay que seguir en estos casos?

Tanto profesionales sanitarios como la Organización Mundial de la Salud han comunicado que no existen evidencias científicas de que las mascotas como perros o gatos puedan padecer o transmitir este virus; y de hecho, recuerdan que aunque exista un coronavirus canino, no es el coronavirus COVID-19. Uno de los primeros bulos que aparecieron en redes sociales hablaba de que las mascotas -perros y gatos principalmente- podían contagiarse. A finales de febrero, un perro dio un "positivo débil" por COVID-19 en Hong Kong, aunque este perro no mostraba signos clínicos relevantes. La Asociación Mundial de Veterinarios de Pequeños Animales (WSAVA) modificó sus recomendaciones en relación al coronavirus y los perros, incluyendo acciones comunes como lavarse las manos con frecuencia y el uso de mascarillas, en el caso de humanos contagiados. La Real Sociedad Canina ha lanzado un comunicado en el que solicita no poner mascarillas a los perros para protegerlos del COVID-19, ya que con ello solo se consigue estresarlos. No obstante, "este hecho no exime de lavarse las manos bien después de tocarles y no frotarse los ojos o la nariz". Del mismo modo, conviene limpiar bien sus patas con agua y jabón en los domicilios cuando han estado en la calle.

21. ¿Los casos positivos que se cuentan incluyen a los que están en casa y no se les ha hecho la prueba?

No, en los casos positivos se incluyen todos aquellos pacientes que han ofrecido un positivo confirmado de PCR, sean domiciliarios u hospitalarios.

22. ¿Cómo se consideran todos aquellos a los que no se les hace la prueba, pero tienen síntomas y se les trata como infectados "por si acaso"?

Son considerados sospechosos, se insta al aislamiento y se prescribe tratamiento sintomático.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

23. ¿Cuándo estarán disponibles los test de anticuerpos IgM/IgG anti COVID-19?

Ya existen y se encuentran disponibles test de anticuerpos, el problema con estos es que no servirán para realizar screening de la patología, ya que solo ofrecen resultados cuando la enfermedad está avanzada o ya han remitido los síntomas.

24. ¿Cuánto tiempo o cuántas veces se puede utilizar una misma mascarilla?

Las mascarillas quirúrgicas pueden utilizarse 4 horas y las mascarillas de alta eficacia autofiltrantes FFP, 8 horas. Disponible en: <https://elautoclave.wordpress.com/2020/03/22/reutilizacion-de-mascarillas/>.

25. ¿Son realmente útiles las mascarillas o el uso de guantes en personas asintomáticas para prevención del contagio?

Desde que se inició el Estado de Alarma, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas médicas defendían que las mascarillas en pacientes sanos no eran necesarias, excepto si se está cuidando a un enfermo. En este caso las adecuadas serían las mascarillas FFP1 o FFP2 (o N95), clasificadas EPI (Equipo de Protección Individual) porque ofrecen protección frente a la inhalación de partículas en suspensión aérea, líquidas o sólidas, sin válvula si se van a utilizar en un corto periodo de tiempo, o con válvula si son para periodos más largos porque permiten exhalar el aire y respirar mejor. Si se tratase de una persona probable (sospechosa) o confirmada como positivo en COVID-19 se recomendaría el uso de mascarilla quirúrgica cuando esté acompañado de otras personas para evitar la propagación del virus y, por tanto, el contagio. Este tipo de mascarillas protege a los demás, filtra las partículas emitidas por el usuario, de dentro a afuera con una efectividad del 95 %, además aísla de enfermedades de transmisión por gotas al cuidador o persona sana cuando vayan a estar a menos de 1 metro del paciente que lleve dicha mascarilla. Las mascarillas autofiltrantes de alta eficacia FFP2 (o N95) con una eficacia de filtración del 92 %, que actúan de fuera hacia dentro evitando la inhalación de partículas y aerosoles del exterior se recomendarían a los profesionales sanitarios, a personas de riesgo y a personas que se encuentren en zonas de gran afluencia de gente. También podrían utilizarse las FFP1, pero su eficacia es menor, del 78 %, y las FFP3 están destinadas más para evitar la inhalación de citostáticos u otros fármacos peligrosos.

Sin embargo, están apareciendo artículos como el recogido en: <https://medium.com/@Cancerwarrior/covid-19-why-we-should-all-wear-masks-there-is-new-scientific-rationale-280e08ceee71> donde, considerando la balística de las gotas para la tos y los últimos hallazgos de la investigación sobre la biología de la transmisión del virus SARS-CoV-2, cualquier barrera física, tal como la proporciona incluso las máscaras improvisadas, puede reducir la propagación del COVID-19. Si la intención es que en un futuro no lejano se reduzcan las medidas restrictivas marcadas por el Gobierno español y las autoridades de salud pública con vistas a permitir interacciones sociales limitadas para revivir la economía, entonces las mascarillas deberían tener un papel relevante en la protección de la población frente al virus y extenderse su uso a la población general.

Fuente:

- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>. Último acceso 23 de marzo de 2020
- Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Mar 23]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221326002030134X>.

Tipos de mascarilla y utilidad

Equipo	Tipo	Foto	Protección del personal que la lleva contra organismos infecciosos	Barrera para no contagiar / evita la emisión de organismos infecciosos al ambiente	Observaciones
Mascarillas auto filtrantes desechables (Reutilizables solo las marcadas con "R" (solo algunos modelos de FFP2 y FFP3). Modelos "NR" (no reutilizable) de uso para un solo turno.  Diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro Norma EN 149	FFP1 sin válvula de exhalación				Es un equipo de protección pero su eficacia de filtración mínima (78%) no garantiza protección suficiente frente a organismos infecciosos. Limita la propagación del contagio.
	FFP2 sin válvula de exhalación				Protege y limita la propagación del contagio.
	FFP3 con válvula de exhalación				Todas las mascarillas auto filtrantes FFP3 disponen de válvula de exhalación. Protege pero no limita la propagación del contagio.
	FFP2 con válvula de exhalación				Protege pero no limita la propagación del contagio.
Mascarilla quirúrgica NO EPI desechable Norma EN 14683. Trabaja de dentro a fuera.	I, II, y IIR				No es un equipo de protección. No protege pero limita la propagación del contagio. El tipo I sólo debe ser utilizado por pacientes, no por personal médico.
Mascarillas higiénicas NO EPI desechable (mascarilla sin marcado CE, no conforme a norma). Trabaja de dentro a fuera.	N.A.				No es un equipo de protección. No protege pero podría limitar la propagación del contagio. No sujeto a norma, eficacia no testada.
Semimáscara buconasal con filtros (diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro) EN 140	Diferentes modelos				Todas disponen de válvula de exhalación. Protege pero no limita la propagación del contagio. Reutilizable

Nota: la válvula de exhalación permite que el aire sea exhalado directamente al ambiente sin ningún tipo de retención y se favorecería, en su caso, la difusión del agente.

Fuente imagen: <https://www.risk21.com/equipos-proteccion-individual-epi-frente-coronavirus/>

26. ¿Se pueden reutilizar las mascarillas?

Las mascarillas FFP2/3 y N95 están fabricadas como material "no reutilizable". Sin embargo, ante la situación actual de epidemia de COVID-19 y el desabastecimiento existente para conseguirlas, un artículo actualizado a 31 de marzo de 2020 (disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid/23560#>) describe algunas recomendaciones que el farmacéutico comunitario y la población general pueden llevar a cabo:

- Re-esterilización mediante calor seco en horno, calentando a 70 ° C durante 30 minutos. Este método que se realizó a través de un estudio (Song Wuhui1, Pan Bin2, Kan Haidong2 & # 31561; Evaluation of heat inactivation of virus contamination on medical mask[J]Journal of Microbes and Infections, February 25, 2020, 15 (1), 31-35. [<http://jmi.fudan.edu.cn/EN/abstract/abstract820.shtml>]) tuvo el menor efecto en dañar el mecanismo de filtración, y el efecto de filtración pudo mantenerse por encima del 95 %.
- Re-esterilización con vapor generado por microondas (MGS).

Tras el proceso de descontaminación o re-esterilización se deberían evaluar las propiedades de las mascarillas y tener en cuenta que las mascarillas mantienen las propiedades de ajuste y capacidad de filtrado (algo que, a priori, nosotros no podemos valorar por falta de medios para llevar a cabo dicho análisis), ya que si está dañada o el respirador no encaja no ayudará a reducir la exposición a partículas en el aire. Además, es muy importante que las mascarillas que se vayan a descontaminar no estén degradadas o rotas y que estén limpias para disminuir la carga viral o bacteriana. No es posible lavar las mascarillas, ya que, al mojarlas, el material filtrante de polipropileno pierde la capa hidrófuga.

27. ¿Las mascarillas pueden contagiarnos las manos y, de ahí, poder contagiarnos nosotros o contagiar a personas que no cumplan con la distancia de seguridad cuando acuden a la farmacia?

No hay estudios que hayan evaluado la posibilidad de pasar patógenos de la mascarilla a las manos del profesional sanitario y que esto suponga un riesgo de contagio. Es evidente que no se puede descartar que esto pueda ocurrir. En este sentido, el uso prolongado no debería tener mucho riesgo, siempre que nosotros no nos toquemos la mascarilla. Algunos estudios evidencian que los sanitarios pueden llegar a tocarse la mascarilla una media de entre 10 y 20 veces en un uso prolongado de 12 horas. Como es evidente, la reutilización supone un mayor riesgo, debido a que hay que manipular la mascarilla cada vez que uno se la pone o se la quita, por lo que hay que ser especialmente cuidadoso. Por tanto, es primordial no tocarse la mascarilla y extremar las medidas de higiene de manos. Existen estudios que concluyen que el riesgo de contagiar a otros compañeros o pacientes cuando toses o estornudas con la mascarilla puesta es muy poco probable.

Fuente:

- <http://enmovimiento.enfermerianavarra.com/reutilizacion-y-uso-extendido-de-mascarillas-fpp-2-cuando-los-recursos-se-agotan/>.

28. En el caso de que no se disponga de mascarillas, ni siquiera quirúrgicas... ¿Serviría una de tela como medio de protección? ¿Hay que poner mamparas de metacrilato en las farmacias o no son necesarias?

Cualquier medida de protección suma para evitar el contagio, por tanto, en caso de no tener mascarillas FFP, el farmacéutico podrá utilizar mascarillas de tela, pero éstas, junto con las de papel, no se recomienda utilizarlas para la atención al paciente. Además, su capacidad de filtración no está demostrada; sin embargo, evita el contacto directo con la persona, igual que las mamparas de metacrilato, que evitan que los aerosoles (gotitas de saliva, estornudos, tos) lleguen al farmacéutico. De hecho, se están elaborando mascarillas con carpetas individuales de plástico duro que se utilizan en papelería como protección adicional a las mascarillas de tela (el problema es que, si se utilizan solas no quedan ajustadas bien a la cara y, por tanto, pueden evitar el contagio de persona a persona de forma frontal, pero no lateral o es muy reducida). En definitiva, podemos decir que cualquier reducción de la transmisión siempre será bienvenida y, por otro, al paciente, cuidador, profesional sanitario y población en general les genera tranquilidad y seguridad, cualidades que siempre suman en situaciones de pandemia como la que estamos viviendo en la actualidad.

MEDICAMENTOS Y TERAPIA

29. ¿Qué pasa con los AINEs? Siguen saliendo publicaciones que los desaconsejan (Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. BMJ. 2020 Mar 17; m1086.)

Por el momento la postura oficial tanto de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y, por tanto, la del Ministerio de Sanidad, es no realizar cambios o modificaciones en los pacientes en tratamiento con AINEs, ya que no existe evidencia científica suficiente. Por otro lado, los tratamientos antipiréticos recomendados para pacientes COVID-19 positivo son paracetamol o

metamizol, por lo que los AINEs están descartados como opción terapéutica y solo en casos especiales se prescribirán.

Fuente:

- <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/2020-medicamentosusohumano-3/la-aemps-informa-que-ningun-dato-indica-que-el-ibuprofeno-agrave-las-infecciones-por-covid-19/>.

30. ¿Es cierto que los antihipertensivos IECA o ARA-II podrían ser un factor de riesgo de gravedad para pacientes hipertensos hospitalizados infectados con el COVID-19?

Estas hipótesis surgen de la observación, en modelos in vitro y en estudios en animales, de que al igual que el coronavirus causante de SARS, el COVID-19 se une a una enzima, la ECA2, para infectar a las células, y que dicha enzima parece estar sobreexpresada en sujetos tratados con IECA o con ARAII.

Sin embargo, hasta la fecha no existen datos clínicos que avalen una mayor gravedad en la evolución de la infección en pacientes tratados con IECA o con ARAII y las recomendaciones se basan principalmente en hallazgos experimentales, sin evidencia de un efecto clínico real en seres humanos.

Los pacientes en tratamiento con medicamentos de estos grupos deben continuar con el tratamiento, sin que actualmente esté justificada una modificación del mismo.

Fuente:

- Vaduganathan M, Vardeny O, Michel T, McMurray JJV, Pfeffer MA, Solomon SD. Renin–Angiotensin–Aldosterone System Inhibitors in Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Mar 30. doi: 10.1056/NEJMSr2005760. [Epub ahead of print].

31. ¿Es cierto que los pacientes empeoran si hacen vahos o si usan aerosoles? Concretamente, hay pacientes que a veces nebulizan solamente suero fisiológico. ¿Es cierto que puede empeorar la evolución de la enfermedad?

El uso de vahos o aerosoles está contraindicado en pacientes COVID-19 positivo. Los vahos y aerosoles se han demostrado como una vía de transmisión del virus muy efectiva por lo que el peligro de su uso radica no solo en la dispersión del virus en la totalidad del tejido pulmonar del paciente, sino por la expansión del virus en las estancias en las que se instalen.

En cuanto a los vahos, no está demostrada su efectividad y la reducción de la respuesta inflamatoria está en entredicho, no existe evidencia para considerar los vahos como una terapia efectiva ante la infección por COVID-19.

Fuente:

- Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez O, Luján M, Egea Santaolalla C y Massa Jiménez F. Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. *Arch Bronconeumol* 2020. En prensa.
- Hui DS, Chow BK, Ng SS, Chu LCY, Hall SD, Gin T, et al. Exhaled Air Dispersion Distances During Noninvasive Ventilation via Different Respiratory Face Masks. *Chest*. 2009;136:998-1005.

32. Se ha visto que la realización de vahos puede empeorar la patología, pero ¿qué hay sobre la humidificación del ambiente con eucalipto radiata, pino silvestre o demás aceites esenciales (sin mentol evidentemente)? ¿No ayudaría al paciente?

No se recomienda humidificar el ambiente en caso de un infectado por la aerosolización del virus.

33. ¿Cuál es la estadística para pacientes intubados que están estables, pero llevan una semana sin cambios? ¿Cuál es la media de días que pueden estar así?

Los pacientes intubados son aquellos que ofrecen mayor gravedad, pero con opciones reales de recuperación. La estancia de un paciente intubado no se plantea como un proceso definido, la intubación se realiza hasta que mejora o hasta que se da por perdida esa oportunidad. Actualmente puede extenderse desde los 7 días hasta que sea necesario. También existen estudios que sí ofrecen mejora en la función pulmonar de los pacientes que realizan pronación, bien durante largos periodos o durante intervalos de 30 minutos; aunque la evidencia todavía está por confirmar y así lo reflejan otros artículos.

Fuente:

- Bloomfield R, Noble DW, Sudlow A. Prone position for acute respiratory failure in adults. *Cochrane Emergency and Critical Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 Nov 13 [cited 2020 Apr 1]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008095.pub2>*
- Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez O, Luján M, Egea Santaolalla C y Massa Jiménez F. Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARSCoV-2. *Arch Bronconeumol* 2020. En prensa.
- Hui DS, Chow BK, Ng SS, Chu LCY, Hall SD, Gin T, et al. Exhaled Air Dispersion Distances During Noninvasive Ventilation via Different Respiratory Face Masks. *Chest*. 2009;136:998-1005.

34. Los pacientes que están intubados, ¿sufren mejoría si se les coloca boca abajo?

En los pacientes de Wuhan se vio mejoría de la función pulmonar y el intercambio gaseoso cuando estaban encamados en posición decúbito prono. Esta técnica no invasiva se ha empezado a utilizar no solo en pacientes en UCI, sino también en todos los hospitalizados por COVID-19, ya que parece que cambia la movilidad diafragmática y mejora la ventilación, aunque o haya suficiente evidencia científica todavía que lo avale.

Fuente:

- Meng L, Qiu H, Wan L, Ai Y, Xue Z, Guo Q, et al. Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*. 2020 Mar;1.

35. ¿Es mejor dormir boca abajo que la recomendación de dormir con cojines bajo la espalda para mejorar la respiración?

Según los estudios los efectos de la posición de pronación en pacientes con oxigenación y fallo respiratorio ingresados en UCI mejoran la ventilación. La posición de pronación se intercala en posiciones de supinación en función de las necesidades y resultados que ofrezcan de los pacientes.

Fuente:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32226390>.

36. Con el aumento del conocimiento sobre el SARS-Cov-2 y la cantidad de pacientes que ya han superado la enfermedad (con anticuerpos en su sistema inmune frente al COVID-19), ¿se está valorando la utilización de la inmunoterapia como medida preventiva hasta la aparición de la vacuna? ¿Hay estudios sobre el uso de la inmunoterapia frente al SARS-Cov-2?

Sí, la inmunoterapia se ha revelado como un método efectivo para el tratamiento de enfermedades infecciosas y actualmente hay ensayos abiertos de anticuerpos monoclonales para el tratamiento del COVID-19, pero todavía ninguno en el mercado.

Fuente:

- Balamurugan S, Konlavat S, Kittikhun W, Waranyoo P. Perspectives on monoclonal antibody therapy as potential therapeutic intervention for Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Asian Pac J Allergy Immunol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]; Available from: http://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2020/03/5_AP-200220-0773.pdf.

37. ¿La recomendación de usar el inhalador con la cámara por qué es exactamente? Si inhalas directamente en la boca no debería pasar aerosol al ambiente. ¿Puede ser porque cuando usas el inhalador queda contaminada la boquilla y si haces un puff al aire entonces se puede transmitir?

Esta recomendación solo aplica a inhaladores presurizados. Usar la cámara, preferentemente con mascarilla, puede garantizar una mejor estanqueidad del procedimiento, por las complicaciones de colocar la boca en la apertura del sistema y por la posible tos producida tras la inspiración. Los sistemas presurizados liberan aerosol y el virus ha demostrado ser persistente en el aire tras ser liberado el aerosol. A mayores se puede producir una mayor diseminación del virus por el tejido pulmonar si se realiza de manera brusca en lugar de manera controlada.

Respecto a la segunda cuestión, sí, esa es una de las razones. La cámara, la mascarilla y el propio inhalador deberían de desinfectarse tras su uso.

Fuente:

- Hui DS, Chow BK, Ng SS, Chu LCY, Hall SD, Gin T, et al. Exhaled Air Dispersion Distances During Noninvasive Ventilation via Different Respiratory Face Masks. *Chest*. 2009;136:998-1005.

38. Se ha indicado que los corticoides están contraindicados, no obstante, prácticamente todos los inhaladores los tienen en su composición, por tanto, ¿estarían los corticoides contraindicados solamente en sus formas orales e intravenosas y sí indicados en terapia inhalatoria?

Es distinto el uso de corticoides en casos leves o moderados, en cuyo caso este uso está contraindicado porque no son útiles y deben evitarse, que en casos severos. Para utilizar corticoesteroides deben seguirse los siguientes principios básicos: 1) Los beneficios y los daños deben sopesarse cuidadosamente antes de utilizar corticoesteroides; 2) los corticoesteroides deben utilizarse con

prudencia en los pacientes en estado crítico con neumonía de 2019-nCoV; 3) en el caso de los pacientes con hipoxemia debida a enfermedades subyacentes o que utilizan regularmente corticoides para enfermedades crónicas, el uso ulterior de corticoides debe ser cauteloso; y 4) la dosis debe ser de baja a moderada ($\leq 0.5-1$ mg/kg por día de metilprednisolona o equivalente) y la duración debe ser corta (≤ 7 días).

El tratamiento con corticosteroides es un arma de doble filo. De acuerdo con el consenso de los expertos, se recomiendan cursos cortos de corticosteroides en dosis bajas a moderadas, utilizados con prudencia, para los pacientes en estado crítico con neumonía 2019-nCoV. Las pruebas existentes no son concluyentes, e incluso las revisiones sistemáticas y los meta análisis sobre este tema llegan a conclusiones diferentes. Por lo tanto, es necesario realizar en el futuro ensayos controlados aleatorios bien diseñados para promover una base más sólida para las recomendaciones de tratamiento.

Fuente:

- Shang L, Zhao J, Hu Y, Du R, Cao B. On the use of corticosteroids for 2019-nCoV pneumonia. *The Lancet*. 2020 Feb;395(10225):683–4.

39. ¿Por qué los corticoides están contraindicados en infección leve?

La respuesta inmune debe actuar. Las infecciones leves lo son porque el sistema inmunológico está funcionando correctamente ante la infección, si le privamos de esas defensas podríamos hacer que la infección prosperase. En las infecciones graves la situación es distinta, ya que el descontrol del sistema inmune puede producir un estado agravado del paciente y por eso se utilizan glucocorticoides.

40. ¿Está indicado el uso de algún antibiótico para el COVID-19?

No de manera específica. Actualmente se están utilizando azitromicina, levofloxacino, moxifloxacino, claritromicina, ceftriaxona, doxiciclina, cefixima... una amplia batería. Aunque parece que el predominante en la mayoría de las terapias, y debido a los recientes artículos que lo evalúan asociado a hidroxiclороquina es la azitromicina.

41. ¿Ante síntomas diarreicos (posible COVID-19), se podría indicar el uso de probióticos?

No están estudiados los beneficios, pero desde luego que la rehidratación es un apartado clave de la recuperación y esta no puede realizarse correctamente si la flora intestinal no es la adecuada.

42. Se está intentando hacer acopio de Dolquine®, sobre todo por personal médico en estos días. En Andalucía se ha comunicado por la Consejería la dispensación restrictiva para pacientes con patologías descritas en la ficha técnica solamente.

En toda España se ha restringido la dispensación de Dolquine® (hidroxoclороquina 200 mg) en farmacia comunitaria y limitado a pacientes crónicos o casos agudos de las patologías que se referencian en ficha técnica. Dolquine® se está utilizando como reductor de la carga viral de una manera bastante efectiva e, incluso, en algunos casos se ha valorado utilizar como profiláctico. En comunidades autónomas como

Madrid hay que registrar todas las dispensaciones crónicas, no las agudas. El objetivo es tener una base de datos fiable de pacientes en tratamiento.

43. ¿Sería recomendable tener algún fármaco de dispensación sin receta o planta medicinal para la apnea en casa? y ¿cuáles?

Según los estudios, algunos fármacos como la acetazolamida, la naltrexona o la fisostigmina han sido investigados para ayudar a paliar los efectos de la apnea obstructiva del sueño, pero no se conocen los efectos a largo plazo. En cuanto a la fitoterapia parece que el hongo pleurotus ha demostrado cierta efectividad en la protección de vías respiratorias altas, pero todavía hay poca evidencia. Respecto a medicamentos sin receta, no está recomendado el uso.

Fuente:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249381>.
- https://www.cochrane.org/es/CD003002/AIRWAYS_farmacoterapia-para-la-apnea-obstructiva-del-sueno-en-adultos.

COVID-19 Y FARMACIAS COMUNITARIAS

44. ¿Se puede solicitar una baja laboral en la farmacia si una empleada está embarazada?

El Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones ha modificado el criterio 2/20 de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social con respecto a las bajas derivadas de coronavirus, de tal forma que estas bajas, tanto los positivos como las personas aisladas de manera preventiva, aunque no estén enfermos, serán tramitadas como bajas de incapacidad temporal por accidente de trabajo. En el caso de la mujer embarazada, se actuaría de igual manera que para el resto de población. A día de hoy no está considerada la baja laboral siguiendo estos criterios por estar embarazada. Sin embargo, si el médico considera que debe dar de baja a una mujer embarazada, se hará siguiendo las directrices generales de baja por enfermedad común o embarazo de riesgo.

Fuente:

- https://www.cofm.es/recursos/doc/portal/2015/04/24/actualizacion-novedades-laborales-sobre-el-coronavirus98019.pdf?utm_campaign=boletin-informativo-19-de-marzo.

45. Con la nueva medida de entrega de medicamentos a domicilio, ¿cómo podemos protegernos si no tenemos mascarillas, ni gafas y escasean los guantes?

Deberemos protegernos manteniendo la distancia mínima con el paciente de al menos 1,5 m para evitar el contagio, independientemente de que el paciente sea un probable o confirmado positivo por COVID-19. Un ejemplo sería dejando los medicamentos en el buzón, al portero, en el ascensor, en la entrada del domicilio. Luego deberíamos desinfectarnos las manos con agua y jabón o cualquier solución higienizante (geles hidroalcohólicos, lejía diluida en agua 1:50, etc.).

46. ¿Cómo transmitir desde la farmacia un mensaje de calma y responsabilidad frente a todo lo que ven en medios de comunicación y redes sociales?

Es difícil transmitir calma en estos momentos difíciles donde los medios de comunicación, prensa y redes sociales únicamente hablan de la pandemia del COVID-19, pero como profesionales sanitarios, los farmacéuticos comunitarios transmiten confianza, veracidad y conocimientos suficientes para llegar a la población y hacerles ver mediante información precisa, sencilla y práctica que, con los avances biotecnológicos y de I+D con los que cuenta la industria farmacéutica, se desarrollarán tratamientos para combatir al coronavirus y prevenirlo mediante la vacunación. El paciente confía en los farmacéuticos.

47. Para evitar más contagios por parte del personal de farmacia, ¿por qué no trabajar como si estuvieran de guardia a través del guardiero?

El guardiero tiene sus ventajas y sus desventajas. Las ventajas serían que evita el contacto estrecho con el paciente, ya que este no entra a la farmacia y no permite que pueda haber más personas de las permitidas en el interior del establecimiento, según las recomendaciones propuestas por la OMS, el Ministerio de Sanidad y otros organismos oficiales como el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y, por último, es un sistema de seguridad en caso de robo, sobre todo, durante las últimas horas de la tarde, en las que debido al confinamiento al que está obligada la población, el número de personas que acuden a la farmacia es escaso o nulo. Desventajas: la distancia entre el paciente y el farmacéutico para poder interrelacionarse probablemente sea menor de 1 m, cuando se ha dicho que la distancia mínima de protección debe ser al menos de 1,5 m. Por otro lado, el guardiero debería desinfectarse en cada dispensación o por cada paciente para evitar la transmisión del virus a través de superficies. Otro inconveniente, resulta mucho más impersonal, donde el consejo sanitario (no es una zona de atención personalizada adecuada) puede verse afectado si se lleva a cabo este modo de atención al público.

48. Ante la carestía de material y equipos de protección en las farmacias y teniendo en cuenta el alto porcentaje de profesionales sanitarios infectados (algunos fallecidos), ¿se puede garantizar la seguridad de los pacientes? ¿Les hacemos a nuestros pacientes mayores más perjuicio que beneficio? ¿Se puede garantizar la seguridad del personal de farmacia?

La farmacia es un centro sanitario y por tanto está sujeto a una serie de normas de limpieza e higiene que deben cumplirse diariamente siguiendo un procedimiento de actuación. Desde que se decretó el Estado de Alarma en nuestro país se extremaron las medidas para la limpieza en la farmacia tales como: la limpieza y desinfección con el detergente habitual y desinfección con distintos productos como solución de hipoclorito sódico con una concentración al 0,1 %, (lejía diluida 1:50) de todas las áreas y de sus materiales con asiduidad (mostradores, ordenadores, y TPV bancarios (mínimo cada hora) y, en la medida de lo posible, no cambiar de mostrador durante el turno de trabajo. También utilizar textiles desechables. Estas medidas, permiten disminuir el riesgo de contagio y transmisión del virus a nuestros pacientes desde un punto de vista del establecimiento. Por otro lado, y en ausencia de mascarillas y guantes, las farmacias han establecido unas medidas de señalización que marcan la distancia mínima entre paciente y personal de la farmacia, mamparas de plástico delante de la zona de dispensación, medidas higiénicas individuales (lavado de manos), evitar aglomeraciones, uso de guardiero si no hubiera alternativas, etc. Por tanto, la seguridad de los pacientes está asegurada. Respecto a las personas de mayor riesgo, como son los mayores, conviene explicarles que deben evitar ir a la farmacia a recoger sus medicinas si no es imprescindible y, si lo hacen, que lo hagan en un solo viaje o que

manden a un familiar, cuidador o persona de confianza a por ellas. También se está permitiendo la posibilidad de que el farmacéutico haga entrega de sus medicamentos en el domicilio sin coste alguno como un servicio asistencial añadido. Si se cumplen todas estas normas el personal de la farmacia está protegido. El problema principal es el desabastecimiento de los materiales individuales de protección como mascarillas de alta eficacia FFP (autofiltrantes).

49. ¿En qué consisten los kits para detección del SARS-CoV-2? ¿Se pueden hacer en farmacias?

Los kits para la detección de SARS-CoV-2 (diagnóstico de COVID-19) tienen la consideración de productos sanitarios de diagnóstico *in vitro*, por lo que para comercializarse en Europa tienen que ir provistos del marcado CE que asegura su conformidad con la legislación de productos sanitarios. *¿Son test de autodiagnóstico? ¿Puede usarlos el propio paciente?* No, son productos sanitarios de diagnóstico *in vitro*. Hasta el momento no se dispone de información sobre ningún kit de autodiagnóstico para COVID-19. Según la AEMPS, “son para uso por profesionales sanitarios de los centros sanitarios y actualmente se están utilizando para hacer test en urgencias, residencias y domicilios”. *¿Son dispensables en farmacia comunitaria?* Las farmacias comunitarias no pueden vender ni realizar estas pruebas, ya que hasta el momento no se dispone de información sobre ningún kit de autodiagnóstico para COVID-19, que son los que se podrían vender en farmacias comunitarias con la correspondiente prescripción. Asimismo, procede indicar que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del RD 1662/2000, la venta al público de los productos para autodiagnóstico se realizará exclusivamente a través de las farmacias comunitarias, no estando permitida su venta ambulante, ni telemática (salvo para las farmacias y solo si son test de embarazo, de determinación de glucemia o de detección de VIH), y se exigirá la correspondiente prescripción (salvo para los productos para la determinación de la glucemia, test de embarazo y detección de VIH).

En otros países como el Reino Unido parece que sí es probable que se puedan realizar las pruebas de autodiagnóstico en las farmacias.

Fuente:

- https://www.cofib.es/fitxers_pagines/Pruebas%20deteccion%20SARS-CoV-2%20en%20el%20diagnostico%20de%20COVID-19.pdf.
- https://www.pharmacymagazine.co.uk/602108-pharmacies-to-sell-covid-19-tests-within-days?utm_source=CRM&utm_medium=Email&utm_content=Article_1&utm_campaign=PM_enews&dm_i=4U5G,BH2A,1XN00N,19FCY,1.

50. ¿Se pueden seguir llevando los medicamentos al punto SIGRE durante el Estado de Alarma?

El Ministerio de Sanidad, a través de la Orden SND/271/2020, ha declarado como “servicio esencial” la recogida y gestión de los residuos municipales, entre los que se encuentran los residuos de medicamentos y sus envases generados en los domicilios particulares. Por lo tanto, no es necesario ni adecuado que la farmacia prescinda del punto SIGRE a pesar de estar en situación de Alarma, pero sí existe una serie de recomendaciones. Los pacientes para los que no sea imprescindible acudir a la farmacia deberían abstenerse de llevar sus medicamentos al punto SIGRE y conservarlos en sus hogares hasta que la situación de la pandemia sea más propicia y se levante el Estado de Alarma. Los pacientes para los que sí resulte imprescindible ir a la farmacia pueden llevar los residuos de sus medicamentos. Los pacientes que han dado positivo en COVID-19, los que han estado en cuarentena o las personas que vivan en hogares donde ha habido un caso de COVID-19 deben quedarse en su domicilio y no deben llevar los residuos de los medicamentos al punto SIGRE. Siguiendo las indicaciones de las autoridades

sanitarias, estos residuos deben colocarse junto con los demás residuos domésticos en la bolsa de fracción resto o rechazo (bolsa negra).