

Preguntas y respuestas sobre la medición del COVID-19

¿Hay más casos de coronavirus en Navarra que en otras comunidades?

¿Por qué se realizan estos PCR solo a profesionales sanitarios, sociosanitarios y profesionales esenciales?

¿Cómo se diagnostica al resto de la población?

¿Qué diferencia hay entre “casos posibles” y “casos confirmados”?

¿Qué diferencia hay entre el PCR actual y el futuro test rápido?

¿Qué es la red centinela? ¿Sirve también como modelo de seguimiento para el coronavirus como con la gripe?

¿Hay más casos de coronavirus en Navarra que en otras comunidades?

El número absoluto de nuevos casos positivos confirmados no es determinante por sí mismo ya que, lógicamente, las comunidades con más población tienen más positivos. En el recuento total de casos positivos aparece en torno al octavo puesto entre todas las comunidades autónomas. El índice resulta más indicativo cuando se pone en relación con los habitantes que tiene la comunidad, lo que se denomina la incidencia acumulada, que el Ministerio de Salud calcula con los datos de los últimos 14 días.

Aquí la Comunidad Foral se sitúa en la parte alta por detrás de Madrid y La Rioja y ya por delante de la CAV. Este indicador puede demostrar que efectivamente la incidencia es mayor que en otras comunidades autónomas, pero también depende del número de pruebas realizadas y de la exhaustividad del sistema de detección.

Si ponemos en relación este indicador con otros, como puede ser la tasa de letalidad, es decir, el porcentaje de casos confirmados que fallecen, vemos que Navarra, a pesar de ser la tercera comunidad en incidencia acumulada, está por debajo de la media en letalidad.

En cuanto a la incidencia acumulada de la enfermedad en los profesionales sanitarios, el sistema empleado hace pensar que el margen de que haya una bolsa de profesionales sin diagnosticar es escaso. Los profesionales sanitarios, sociosanitarios y profesionales esenciales que presentan síntomas de infección respiratoria aguda (tos, fiebre o disnea) disponen de un teléfono de cita previa para que les sean realizadas las pruebas, que se llevan a cabo a un ritmo que no permite la acumulación de casos sin diagnosticar en los citados colectivos, más allá de lo que cuesta procesar las muestras y comunicar los resultados. Además hay que contar con la propia auto vigilancia de los sanitarios y de los servicios de prevención laboral en el caso de contactos estrechos.

¿Por qué se realizan estos PCR solo a profesionales sanitarios, sociosanitarios y profesionales esenciales?

Es una decisión que se tomó en línea con Ministerio y otras autonomías y que quedó plasmada en el protocolo vigente. Al principio, cuando el número de casos en población era reducido, se realizaba la prueba de identificación del virus a todos los casos en investigación, definidos por un criterio epidemiológico (paciente llegado de una zona de riesgo o contacto estrecho con positivo) y un criterio *clínico* (síntomas como tos, fiebre o disnea). Posteriormente se incorporó también a personas hospitalizadas con neumonía de características víricas en las que no se había identificado la causa del contagio.

Sin embargo, al considerarse que en todas las comunidades autónomas había ya una transmisión comunitaria significativa (no está claro quién contagia a quién) se actualizó el protocolo con una doble finalidad. La primera fue la de priorizar los PCR (dan mayor certeza de que se trata de coronavirus) en el ambiente hospitalario y sociosanitario para evitar contagios masivos. Así se realiza el test a personas ingresadas o que van a ingresar en hospitales con cuadros agudos y se considerará su necesidad en poblacionales vulnerables como residencias y psicogeriátricos. Esta misma idea de priorización se extendió también al personal de los diferentes colectivos de profesionales de servicios esenciales (sanitarios, sociosanitarios, bomberos, 112, policías...) para los que se habilitó un circuito propio y rápido. El objetivo es detectar de forma precoz la enfermedad, sobre todo en el ámbito sanitario (al igual que entre el personal de las residencias sociosanitarias) porque resulta fundamental para evitar posibles contagios entre profesionales y de profesionales a pacientes y, también, para minimizar los tiempos de aislamiento en caso de que los resultados sean negativos.

La cifra que se proporciona de sanitarios con infección por coronavirus incluye los positivos en todos los estamentos (personal médico, de enfermería, de administración, de mantenimiento...), una población potencial de 15.000 empleados del sistema público y privado. De aquí salen los datos de “casos positivos confirmados” que se publican cada día en las estadísticas del Ministerio.

¿Cómo se diagnostica al resto de la población?

En cuanto al resto de la población general (que no forma parte de estas profesiones ni se encuentran ingresados en el entorno sociosanitario), ante la imposibilidad ya de seguir con el sistema de recogida de muestras en domicilio ideada desde el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SEU) pese a los refuerzos de los equipos y la gran labor realizada en esta primera fase, común a todas las comunidades autónomas, el Procedimiento de actuación frente a casos de infección por nuevo coronavirus (actualizado a 25 de marzo) definió el concepto de “caso posible” para las personas con infección respiratoria leve. En estos casos es suficiente con el criterio clínico (tener síntomas ya sin necesidad de complementarlo con el criterio epidemiológico) del profesional de Atención Primaria para considerar que podría tratarse de un “caso posible” de coronavirus.

El procedimiento sugerido es el cauce telefónico para garantizar proteger el espacio sanitario y fomentar el aislamiento domiciliario como principal sistema para evitar contagios ya que, en un porcentaje alto, se aplica un tratamiento sintomático durante 14 días en espera de su recuperación y alta. El seguimiento de la evolución del paciente (para comprobar si empeora su estado durante la estancia domiciliaria y si se

requiere otra valoración o un ingreso) se hace por el mismo sistema desde el centro de salud. De hecho si los síntomas en esa primera valoración o los observados durante la evolución sugieren la presencia de complicaciones, son valorados por el Servicio de Urgencias, donde se realiza la prueba en pacientes que cumplan criterios de ingreso hospitalario.

Con esta definición y sistema se trataba de priorizar y agilizar desde un punto de vista sanitario la localización y aislamiento (del “posible caso” y de sus contactos estrechos, en este caso en cuarentena) como mejor forma de tratar de detener una posible expansión del virus en este momento muy delicado y en espera de nuevas herramientas de detección que ampliaran el alcance de los PCR para llegar de nuevo a la mayor parte de masa crítica de la población general. Mientras tanto este bloque es el que genera lo que se llaman “casos posibles” sin confirmar con prueba pero que sí da lugar a medidas preventivas. En conclusión, el nivel de medición y diagnóstico en Navarra desde el punto de vista epidemiológico y de medidas acordes con los protocolos vigentes para contener la epidemia tiene un notable elenco de herramientas disponibles.

¿Qué diferencia hay entre “casos posibles” y “casos confirmados”?

Esta diferencia está explicada en el apartado anterior. Pero, conectando ambos bloques, los técnicos de prevención de riesgos y epidemiología han extraído una interesante conclusión de cara a la medición del impacto y la evolución del coronavirus, según se recoge en el [último informe](#) semanal de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Según se indica, en dicho informe, “los *casos posibles* de COVID-19 en Atención Primaria han aumentado de forma abrupta alcanzando una tasa de 649 por 100.000 habitantes en la semana del 16 al 22 de marzo, magnitud similar o superior al pico de las epidemias de gripe. No obstante, a diferencia de las ondas de gripe, en las que el porcentaje de positividad supera el 60%, en el COVID-19 en poblaciones analizadas con mayor sistemática, como los profesionales sanitarios, el porcentaje de positividad entre los casos sospechosos sintomáticos está siendo del 30%, lo que evidencia que hay otros virus circulantes (Gripe B, virus sincitial, adenovirus etc.) que producen manifestaciones clínicas similares y sólo una cuarta parte de los pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda tienen realmente COVID-19. Según dicho informe, habría en torno a fecha de 22 de marzo a 4.600 casos con una clínica inespecífica notificados desde Atención Primaria como casos posibles con sospecha clínica sin confirmación virológica. Corrigiendo el número de consultas por el

porcentaje de positividad la tasa de la última semana se situaría en 216 por 100.000 habitantes, que en términos de epidemia de gripe nos sitúa en un nivel de actividad viral media”..

Asimismo el informe señala que “muchas de las infecciones por COVID-19 pueden tener síntomas muy leves o ser asintomáticas y podrían no haber consultado al sistema sanitario”. Este porcentaje de un 30% de positivos sobre el total de posibles casos sintomáticos testados pudiera incluso rebajarse al 20% en la población general según los expertos. El análisis resulta bastante ilustrativo para aquilatar el dato del volumen de “casos posibles” (posiblemente tres de cada cuatro de ellos realmente puedan no ser originados por el coronavirus o al menos no hay certeza microbiológica)

Aún y todo, apuntala el dato de “positivos confirmados” como principal referencia homogeneizada a nivel estatal además de ingresos en UCI (referencia también importante), altas y fallecidos. La puesta en marcha prevista para los próximos días por el Ministerio de Sanidad de los llamados “test rápidos”, así como el sistema de red centinela, ofrecerá una información más certera.

¿Qué diferencia hay entre el PCR actual y el futuro test rápido?

A diferencia de las PRC estos “test rápidos” no identifican el ARN del virus sino que detectan o bien anticuerpos producidos frente al virus utilizando una muestra de sangre, que es otra manera de conocer si el paciente está o ha estado infectado, o bien proteínas del virus presentes en las muestras respiratorias de exudado nasofaríngeo. Los resultados están disponibles en apenas 15 minutos en el mismo lugar de la toma en lugar de las 4 horas que se precisa un PCR de laboratorio.

Cuando esté sistematizada esta prueba, cuya implantación en Navarra y en otras autonomías está por concretar, se podrá despejar ese espacio más ambiguo que hay entre los actuales “casos positivos confirmados” (con PCR) y los “casos posibles” en los que, según el protocolo actual que pone el énfasis en la prevención operativa de posibles contagios, basta con el criterio clínico para llegar a esa calificación sin prueba virológica. Por eso, en materia de medición y de manera complementaria a la red centinela, similar al sistema de monitorización de la gripe que se está preparando, el dato de “positivos confirmados” sigue siendo el manejado estadísticamente como más fiable por el Ministerio y las autonomías por encima del número de “posibles casos”.

Está por ver el cómo, cuándo y el quién en la implementación de estos “test rápidos” (que no son los utilizados en el centro de diagnóstico instalado en Refena, que es un “circuito rápido” de PCR) para lo que las autoridades sanitarias navarras están en conexión con el Ministerio. Una cuestión es contar con la tecnología y otra disponer

del personal y el sistema para poder realizarlos de forma eficaz y homogénea, ya que de aquí saldrán nuevos datos compartidos para medir la epidemia además de medidas de prevención.

¿Qué es la red centinela? ¿Sirve también como modelo de seguimiento para el coronavirus como con la gripe?

El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra tiene amplia experiencia en el estudio y seguimiento de otras alertas sanitarias y enfermedades infecciosas. Por ello, en cuanto la atención en los centros de salud se normalice, se articulará un sistema similar al que se utiliza con las epidemias de gripe que dan como producto un informe semanal en el que se observa su evolución con una exactitud muy notable en cuanto a número y tipo de casos.

Esto se consigue mediante un sistema que combina el criterio clínico con el epidemiológico y la recogida de muestras. Tiene la virtud de lograr, a través de una prospección de muestras, una proyección a nivel de toda la población muy fiable. El sistema consiste en fijar en Atención Primaria (con presencia en toda Navarra) una red de determinados médicos “centinela” que deciden tomar muestras a pacientes que clínicamente diagnostican como enfermos de gripe para testar el grado de acierto de ese diagnóstico que se toma por la observación de síntomas etc.

Es decir, de nuevo se recupera el criterio médico+prueba virológica con una proyección general notablemente exacta. De ahí salen una serie de tablas e índices con números absolutos y tasas por población que permiten saber en qué momento de la evolución de la epidemia (inicio, pico y descenso) nos encontramos así como de su incidencia en la población según su edad, género, zona básica de salud y otros parámetros de interés para tomar decisiones.

La red centinela del coronavirus, unido a los test rápidos y el mantenimiento de los PCR en espacios y colectivos claves, darán como resultado una radiografía mucho más exacta del Covid 19 de cara a abordar su prevención y gestionar los escenarios de asistencia sanitaria.