



## Más armas, menos incertidumbre

Raquel del Pozo Valero. UD Noroeste. HUFJD. CS Lavapiés

María Veredas González Márquez. CS Lavapiés

### Antecedentes

Paciente de 78 años, hipertensa. Infección actual por SARS-CoV2.

☎ DÍA +6 del inicio de síntomas, remitida a Urgencias por SpO2 del 94%, malestar y fatiga al hablar. En Urgencias no se objetivan infiltrados, presenta SpO2 del 96% basal y es dada de alta con tratamiento corticoideo.

### Motivo de consulta

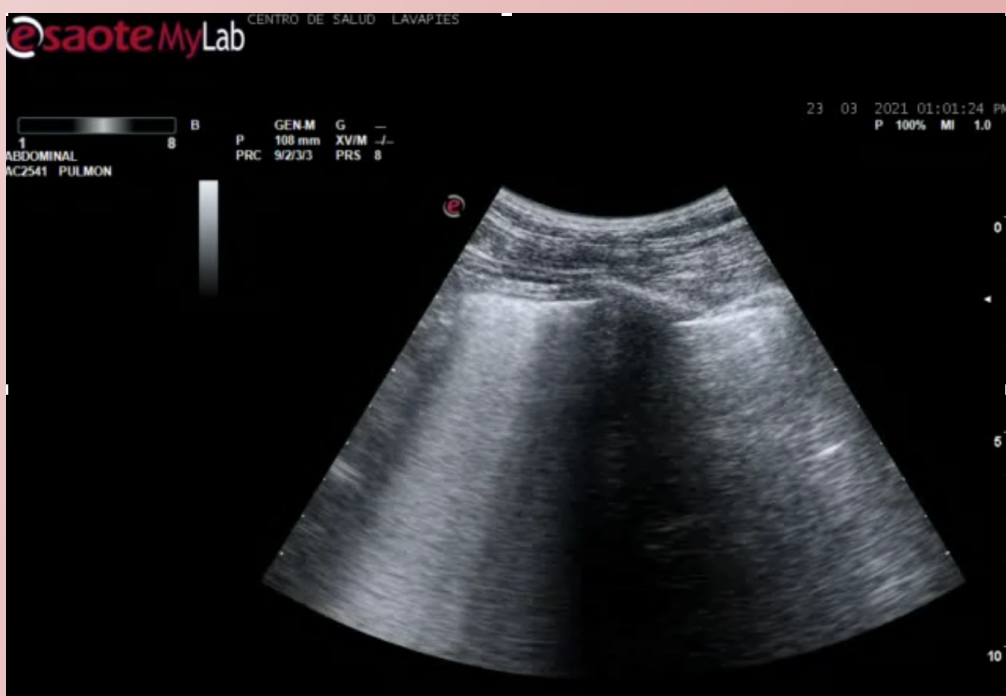
☎ DÍA +11, continúa con disnea, malestar y SpO2 del 90%. Decidimos remitir a la paciente de nuevo a Urgencias, a lo que se niega, por “no encontrarse peor que cuatro días antes”. Le proponemos acudir al centro de salud para evaluar constantes, auscultación y afectación pulmonar a través de ecografía a pie de cama.



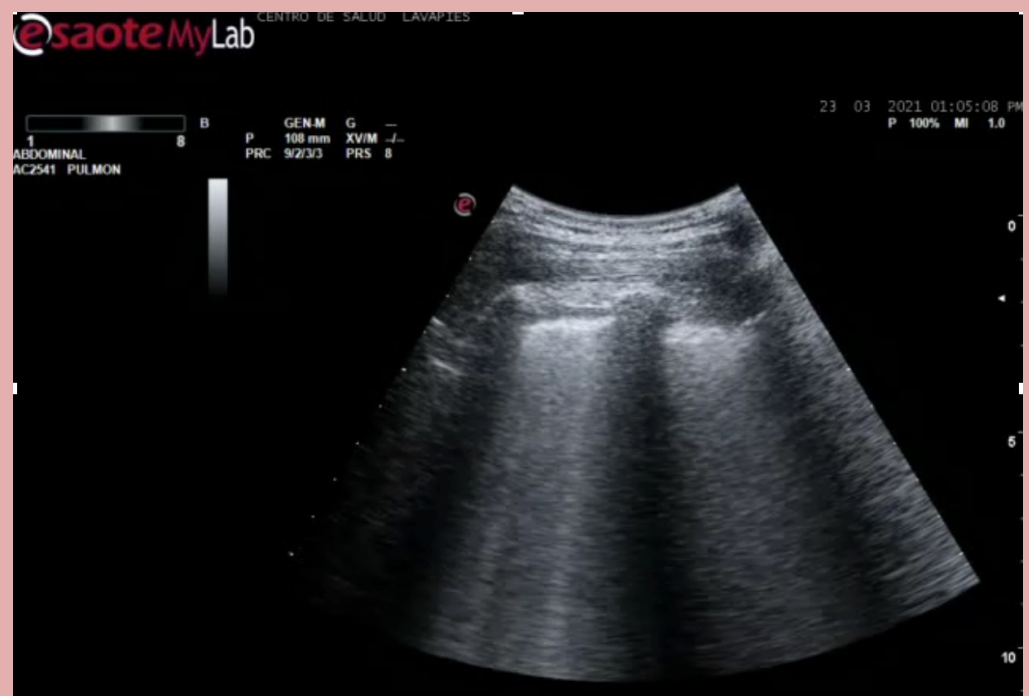
### Exploración y pruebas complementarias

En el centro de salud, constantes en rango, salvo SpO2 93% basal, desaturando al 91-92% con los esfuerzos. Auscultación pulmonar normal.

Ecografía a pie de cama: patrón de líneas B parcheado, irregularidades pleurales y fenómeno de light beam bilateral.



Fenómeno de light beam en área 1 de hemitórax derecho



Irregularidades pleurales y líneas B en área 2 de hemitórax izquierdo

### Juicio clínico y actuación



Alta probabilidad de afectación pulmonar por COVID, con hipoxemia. Decidimos derivación a Urgencias y nuestra paciente ingresa por Neumonía COVID bilateral.

### Conclusiones



El médico de familia debe poner mucha atención en el seguimiento telefónico de los pacientes COVID, para detectar cambios en el estado general que el paciente puede no considerar importantes. Asimismo, la utilización de la ecografía pulmonar a pie de cama como método exploratorio más, puede ayudarnos a decidir instaurar tratamiento con corticoides en pacientes con afectación pulmonar sin repercusión clínica relevante y/o derivar a Urgencias, cuando la situación clínica del paciente así lo precise.