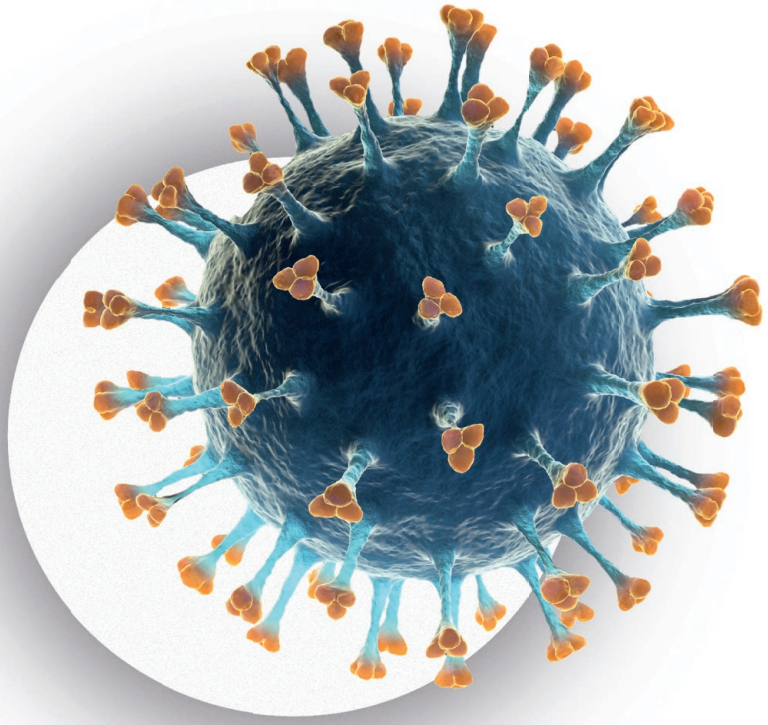
Protocolo de actuación en pacientes con **COVID-19** asistidos en **atención primaria.**

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)



Coordinadores:
Vicente Martín Sánchez
Gustavo C. Rodríguez Roca
Eva Trillo Calvo

Autores:
Alfonso Barquilla García
Francisco Javier Gamir Ruiz
Lisardo García Matarín
Francisca Molina Escribano
Álvaro Morán Bayón
Adalberto Serrano Cumplido
Sonsoles Velilla Zancada

ferrer

Con el aval: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

CNV 00101-2020

Título original
Protocolo de actuación en pacientes con COVID-19 asistidos en atención primaria.
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Coordinadores:
Vicente Martín Sánchez
Gustavo C. Rodríguez Roca
Eva Trillo Calvo

Autores:
Alfonso Barquilla García
Francisco Javier Gamir Ruiz
Lisardo García Matarín
Francisca Molina Escribano
Álvaro Morán Bayón
Adalberto Serrano Cumplido
Sonsoles Velilla Zancada

Passeig de Gràcia, 101, 1.º 3.ª
08008 Barcelona
euromedice@euromedice.net
www.euromedice.net

Edición patrocinada por Ferrer Internacional, S.A.

Depósito legal: B 00000-2020
ISBN: 978-84-16269-52-5

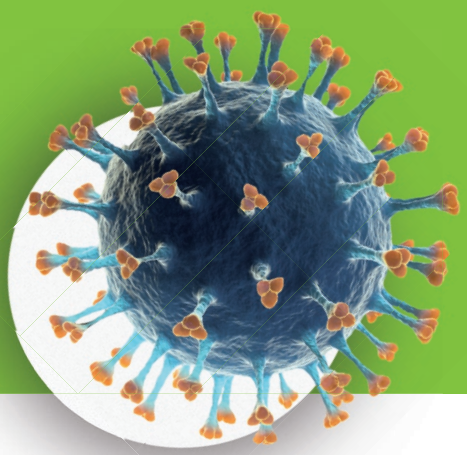
©2020. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

Esta publicación recoge de una manera fiel y honesta la información aportada por los autores y cuyos contenidos se reproducen respetando los derechos de propiedad intelectual sobre los mismos. Los contenidos pueden no coincidir necesariamente con la documentación científica o ficha técnica correspondiente aprobada por las autoridades sanitarias competentes para algunos medicamentos, recomendándose su contraste con la mencionada información. Ferrer se limita exclusivamente a la publicación y difusión de este material.

Protocolo de actuación en pacientes con **COVID-19** asistidos en **atención primaria.**

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)



Coordinadores:

Vicente Martín Sánchez
Catedrático de Universidad, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de León. Editor jefe de Medicina de Familia - SEMERGEN.

Gustavo C. Rodríguez Roca
Médico de familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Director de la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

Eva Trillo Calvo
Médico de familia. Centro de Salud Campo de Belchite, Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud. Responsable de Formación de SEMERGEN.

Autores:

Alfonso Barquilla García
Médico de familia. Centro de Salud de Trujillo, Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Francisco Javier Gamir Ruiz
Médico de medicina interna. Hospital de Poniente, Almería. Servicio Andaluz de Salud.

Lisardo García Matarín
Médico de familia. Centro de Salud Aguadulce Sur, Almería. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Francisca Molina Escribano
Médico de familia. Centro de Salud de Sisante, Cuenca. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

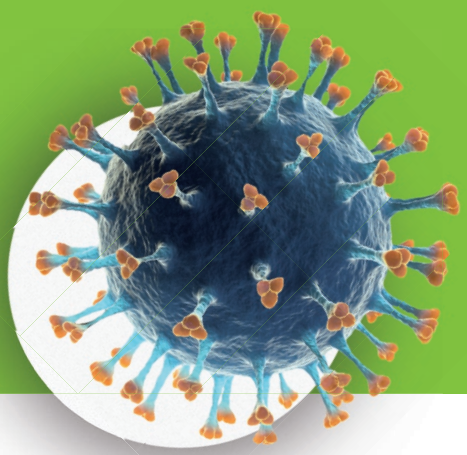
Álvaro Morán Bayón
Médico de familia. Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca. Servicio Castellano y Leonés de Salud. Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública de SEMERGEN.

Adalberto Serrano Cumplido
Médico de familia. Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN.

Sonsoles Velilla Zancada
Médico de familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde, Logroño. Servicio Riojano de Salud. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Protocolo de actuación en pacientes con **COVID-19** asistidos en **atención primaria.**

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)



Índice

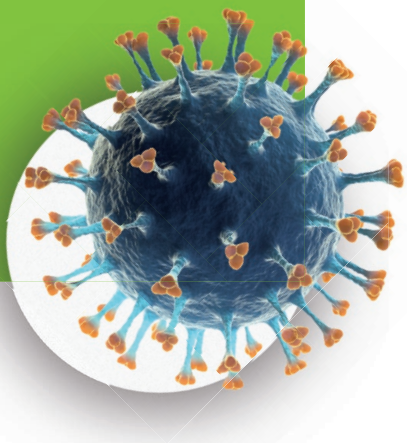
1. Introducción 04

2. Criterios de derivación hospitalaria 09

3. Manejo del paciente con COVID-19 en atención primaria 13

4. Manejo en atención primaria de la fase posterior al alta hospitalaria 20

1. Introducción



La enfermedad conocida como COVID-19 (corona virus disease-2019) está ocasionada por un nuevo virus ARN perteneciente a la familia *Coronaviridae* (CoV) denominado coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). Los primeros casos fueron descritos en Wuhan (China) en diciembre de 2019 y fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020[1]. España ha resultado especialmente afectada por esta pandemia y el papel asignado por las autoridades sanitarias a la atención primaria (AP) ha sido secundario[2]. Sin embargo, se ha desempeñado un trabajo relevante gracias a la entrega de sus profesionales, entre los que se ha producido un elevado número de contagios y fallecidos[3].

El SARS-CoV-2 es un virus con una gran contagiosidad en un contexto de susceptibilidad casi universal y con presentaciones clínicas heterogéneas, aunque predominan los síntomas respiratorios. Se sabe que la mayoría de los pacientes presentan manifestaciones leves (81 %), pero en otros casos pueden llegar a ser graves (14 %) e incluso críticas (5 %), con una letalidad en estos casos del 50 %[4]. También se sabe que en numerosas ocasiones el agravamiento de la enfermedad se produce de manera abrupta y que los pacientes más susceptibles al desarrollo de complicaciones y muerte son los de edad avanzada o con comorbilidades asociadas[5].

Se trata, por tanto, de una enfermedad nueva, para la que la evidencia disponible es escasa y cambiante. A pesar de la gran experiencia de la AP en moverse en escenarios de gran incertidumbre, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria cree necesario elaborar un protocolo de actuación dinámico y actualizado, que oriente a los profesionales del primer nivel asistencial en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes afectados por COVID-19 en todo su proceso, de modo que se aproveche el campo de actuación longitudinal del médico de AP para saber cómo diagnosticar, tratar, derivar y recibir de nuevo al paciente tras el alta hospitalaria.

Esta pandemia también ha puesto de manifiesto la rapidez con la que se han producido cambios profundos en los sistemas de salud y la necesidad de que la AP desempeñe un papel relevante en el control de esta enfermedad y en el tratamiento y seguimiento de los afectados por ella[6,7]. Para ello son precisos recursos humanos y medios diagnósticos y terapéuticos adecuados a las necesidades y al medio[8].

Este documento es fruto del conocimiento actual y está sujeto a los cambios que se vayan produciendo en la investigación sobre COVID-19. Su objetivo es protocolizar el diagnóstico y tratamiento del COVID-19 en la AP de salud, siendo obligado su carácter vivo y cambiante, en la medida en que se vayan generando nuevas evidencias sobre la enfermedad y su abordaje.

Triaje y circuitos de atención

La situación de pandemia obliga a un modelo organizativo que minimice los riesgos de contagio para pacientes y profesionales sanitarios. Mediante cribado telefónico o *in situ*, los casos sospechosos de COVID-19 y sus contactos serán dirigidos a un circuito diferenciado. Estas consultas serán realizadas siempre por profesionales con equipos de protección individual completos y los pacientes estarán dotados de mascarilla quirúrgica y guantes antes de ser atendidos.

Manejo diagnóstico en atención primaria

Anamnesis

En todo paciente con sospecha de COVID-19, debe realizarse una detallada anamnesis, con especial atención a:

1. Signos o síntomas sospechosos de la enfermedad. Los más frecuentes son: disgeusia (89 %), hiposmia (86 %), fiebre (78 %), tos (76 %), cualquier grado de disnea (55 %), escalofríos (32 %), faringodinia (26 %), diarrea (29 %), cefalea (14 %), vómitos (9 %), conjuntivitis (1 %) y malestar general[9,10].

   También se han descrito lesiones cutáneas variadas (*rash* cutáneo, eritema generalizado prurigino-so o no, vesículas o ampollas, lesiones que imitan la *livedo reticularis* o acrocianosis)[11-13].

2. Contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, haciendo hincapié en las fechas en las que se ha producido y en el tipo de contacto:
   - Estrecho: cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso con síntomas o con prueba de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) (+), a una distancia menor a los 2 metros y durante un tiempo de al menos 15 minutos.
   - Esporádico[14].

3. Otras comorbilidades y factores de riesgo: mayores de 60 años, enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular (especialmente la hipertensión arterial), enfermedades respiratorias, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en diálisis[15].

Exploración física

Debe incluir inspección, temperatura termometrada, saturación de oxígeno y auscultación cardiopulmonar.

RT-PCR (del inglés «*Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction*», o reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa): a todo paciente sospechoso de estar infectado se le tomarán muestras de exudado nasal y orofaríngeo (la toma en dos sitios reduce la tasa de falsos negativos[16]) para la realización de una RT-PCR[17].

Pruebas serológicas

No es aún bien conocida la cinética de las diferentes inmunoglobulinas en respuesta a la infección por SARS-CoV-2[18]. La detección de anticuerpos IgM mediante técnicas ELISA (del inglés «*Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay*» o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) en suero puede complementar el diagnóstico ante RT-PCR negativas.

Las pruebas de diagnóstico rápidas pueden usarse de manera complementaria como cribado en caso de acceso limitado a RT-PCR. Tienen una elevada especificidad y no presentan apenas falsos positivos. Su sensibilidad depende del momento de la infección en que se realicen, por lo que, ante resultados negativos y sospecha de infección reciente, deben repetirse a los siete días, en cuyo caso la sensibilidad resulta aceptable (superior al 80 %). Una prueba positiva a IgM (con IgG negativa) confirma la infección por SARS-CoV-2. Una prueba positiva a IgG confirma la infección pasada (si IgM es negativa) o en fase de resolución (si IgM es también positiva)[19].

La interpretación de pruebas diagnósticas para una infección por SARS-CoV-2 se muestra en la **figura 1**.

Otras pruebas complementarias

Se deben realizar aquellas que puedan predecir la evolución de la enfermedad y resulten de utilidad para estratificar el riesgo. Se recomienda realizar analítica de sangre a todo paciente sospechoso de COVID-19, coincidiendo con la toma de la muestra para la RT-PCR, y repetirla a los 8-10 días, salvo que haya precisado ingreso hospitalario.

Un breve resumen de las pruebas analíticas recomendadas (en la situación actual) y de algunos resultados que alertan de un diagnóstico de COVID-19 puede consultarse en la **tabla 1**.

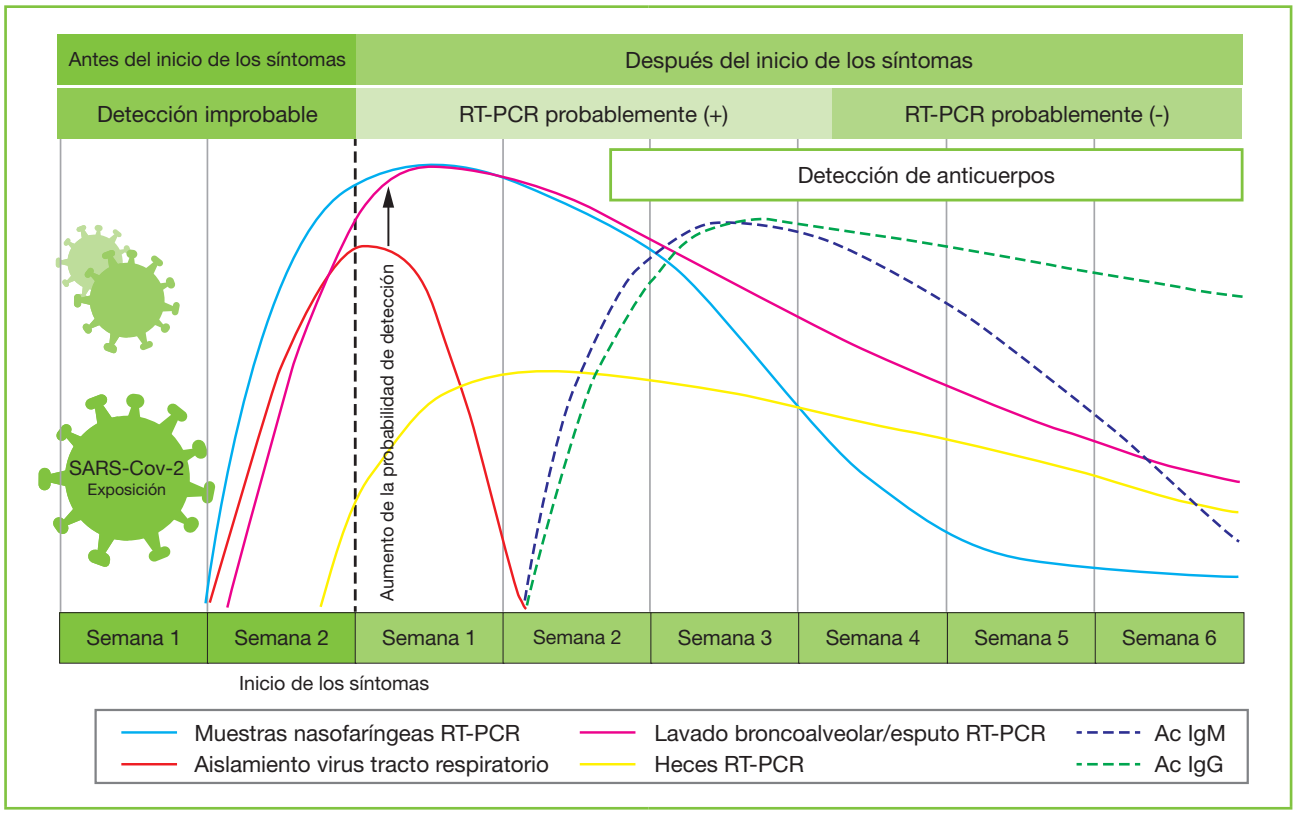
Por último, en caso de observarse una auscultación patológica, se realizará radiografía de tórax[20].

Una aproximación a la posible evolución de los pacientes con COVID-19 es la aplicación de la herramienta EWAS (Early Warning Score), que predice el deterioro clínico de los pacientes en los siguientes 14 días **(tabla 2)**. A pesar de estar diseñada para los pacientes con ingreso hospitalario, podría ser de ayuda en la toma de decisiones en AP, por ser

una herramienta específica para COVID-19, frente a otras diseñadas para las neumonías adquiridas en la comunidad (CURB-65) que se han utilizado tradicionalmente.

Un resumen del manejo del primer contacto con un paciente sospechoso de padecer COVID-19 en AP puede observarse en la **figura 2**.

Figura 1. Interpretación de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2



Ac: anticuerpos; IgG: Inmunoglobulina G; IgM: Inmunoglobulina M; RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa.
Fuente: adaptada de Sethuraman N, Stanleyraj JS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. JAMA. 2020 May 6. doi: 10.1001/jama.2020.8259. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837 [online ahead of print].

Tabla 1. Pruebas analíticas recomendadas y resultados de alerta

Analítica	Alerta
Hematimetría completa, pruebas de coagulación, ferritina, dímero D, PCR, LDH, interleucina 6, troponina, función renal y hepática	• Anemia • Neutrófilos/linfocitos >5 • Alteraciones de la coagulación • Ferritina elevada >2000 µg/l • PCR elevada >25 mg/l • Dímero D >0,8 mg/l (o 6 veces el valor normal)

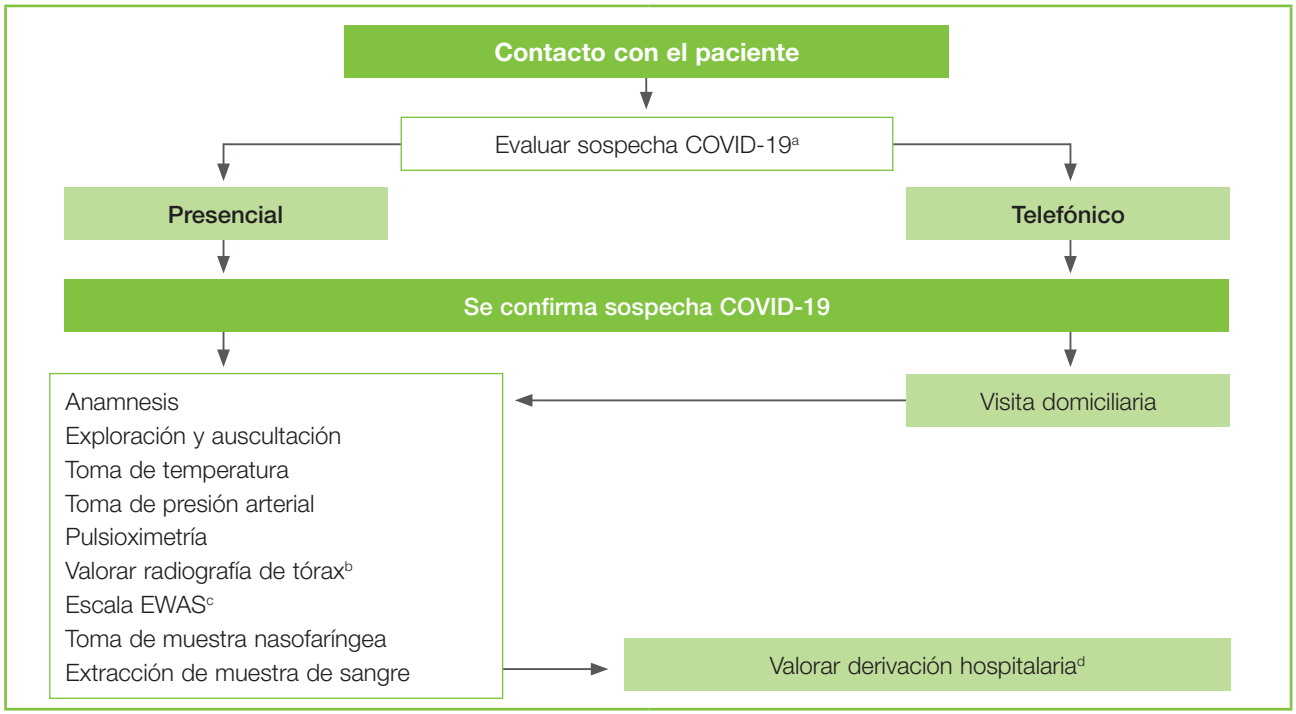
LDH: lactato deshidrogenasa; PCR: proteína C reactiva.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Escala EWAS. Incidencia acumulada de deterioro a los 14 días en COVID-19

Valora 5 variables como (+1) o (0): • Edad (>50 *vs.* ≤50 años) • Comorbilidades (sí *vs.* no) • Neutrófilos/linfocitos (>5 *vs.* ≤5) • Proteína C reactiva (>25 *vs.* ≤25 mg/l) • Dímero D (>0,8 *vs.* ≤0,8 mg/l)	**Riesgo bajo: <2 puntos** • Incidencia acumulada: 1,8 % **Riesgo moderado: 2-3 puntos** • Incidencia acumulada: 14,4 % **Riesgo alto: >3 puntos** • Incidencia acumulada: 40,9 %

EWAS: Early Warning Score.
Fuente: Yabing Guo, Yingxia Liu, Jiatao Lu, Rong Fan, Fuchun Zhang, Xueru Yin, et al. Development and validation of an early warning score (EWAS) for predicting clinical deterioration in patients with coronavirus disease 2019. medRxiv preprint Abril 2020. doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.17.20064691

Figura 2. Algoritmo para el manejo del primer contacto con un paciente sospechoso de padecer COVID-19



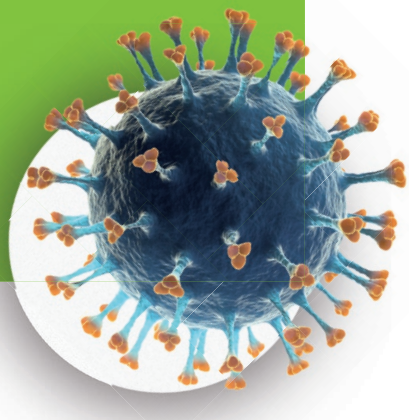
EWAS: Early Warning Score.
[a] Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos son la odinofagia, la anosmia, la ageusia, los dolores musculares, las diarreas, el dolor torácico, las cefaleas o la dificultad para hablar o moverse.
[b] Ante auscultación compatible con neumonía, se realizará radiografía de tórax.
[c] Early Warning Score.
[d] Se aconseja derivación hospitalaria valorando los siguientes criterios:
1. Clínicos: más de 60 años o con comorbilidades o criterios de gravedad: afectación del estado general, frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno <93 %, y presión arterial sistólica ≤90 o presión arterial diastólica ≤60 mmHg. Signos de coagulación intravascular diseminada: hemorragias (cutáneo-mucosas generalizadas o por pequeña herida); trombosis (púrpura fulminante, acrocianosis periférica, gangrena en extremidades).
2. Radiológicos: infiltrados bilaterales, condensaciones, opacidades en vidrio deslustrado.

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

1. Esta es la que figuraba en origen WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020. 16-24 de febrero 2020. Consultado 9 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf
2. Posicionamiento de SESPAS sobre el rol de la atención primaria de salud ante la epidemia de COVID-19 [Internet] [consultado: 7 de mayo de 2020]. Disponible en: https://sespas.es/wp-content/uploads/2020/04/Posicionamiento-SESPAS-Rol-Atención-Primaria-COVID-19.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 04 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) [consultado: 9 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2004%20de%20mayo%20de%202020.pdf
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
5. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med. 2020 May. doi: 10.1007/s00134-020-05991-x.
6. Llisterri Caro JL. La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud. SEMERGEN. 2020;46:149-50.
7. McCartney M. Medicine: before COVID-19, and after. Lancet. 2020;395:1248-9.
8. Decálogo de SEMERGEN de recomendaciones y necesidades de Atención Primaria para afrontar con garantías el nuevo escenario sanitario que plantea la COVID-19. Disponible en: https://www.semergen.es/?seccion=covid-19&subSeccion=detalleNoticia&idN=640 [consultado: 9 de mayo de 2020].
9. Ministerio de Sanidad. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 nº 25. 23 de abril de 2020 [consultado: 25 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%c2%ba%2025.%20Situaci%c3%b3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%c3%b1a%20a%2023%20de%20abril%20de%202020.pdf
10. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020;1-11. https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1
11. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020.34(5):e212-e213.
12. Otto AM. Skin manifestations are emerging in the coronavirus pandemic [consultado: 10 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/220183/coronavirus-updates/skin-manifestations-are-emerging-coronavirus-pandemic
13. Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br J Dermatol. 2020 Apr 29. doi:10.1111/bjd.19163.
14. Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 [consultado: 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
15. Ministerio de Sanidad. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en España Informe COVID-19 nº 26. 27 de abril de 2020 [consultado el 29 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%c2%ba%2026.%20Situaci%c3%b3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%c3%b1a%20a%2027%20de%20abril%20de%202020.pdf.
16. Xie C, Lu J, Wu D, Zhang L, Zhao H, Rao B, et al. False negative rate of COVID-19 is eliminated by using nasal swab test. Travel Med Infect Dis. 2020 Apr 11. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101668.
17. Lippi G, Plebani M. The critical role of laboratory medicine during coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other viral outbreaks. Clin Chem Lab Med. 2020 Mar 19. doi: 10.1515/cclm-2020-0240.
18. Quan-Xin L, Bai-Zhong L, Hai-Jun D, Gui-Cheng Wu, Kun D, Yao-Kai Chen, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients with COVID-19. Nat Med. 2020 Apr 29.doi.org/10.1038/s41591-020-0897-1.
19. Zhang G, Nie S, Zhang Z, Zhang Z. Longitudinal change of SARS-Cov2 antibodies in patients with COVID-19. J Infect Dis. 2020 May 2. doi: 10.1093/infdis/jiaa229.
20. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH, Leung ST, Chin TW, Lo CSY, et al. Frequency and distribution of chest radiographic findings in COVID-19 positive patients. Radiology. 2019 Mar 27. doi: 10.1148/radiol.2020201160.

2. Criterios de derivación hospitalaria



En la visita inicial (tabla 1)

Debe valorarse la derivación al hospital en aquellos pacientes que presenten:

- Algún signo o síntoma de gravedad: afectación general que impresione de gravedad, más de 30 respiraciones por minuto, más de 100 latidos por minuto, disnea moderada-grave, dolor torácico-pleurítico, hemoptisis persistente, saturación de oxígeno <93 %, presión arterial sistólica ≤90 mmHg o presión arterial diastólica ≤60 mmHg[1-3].
- Radiografía de tórax con infiltrados bilaterales, condensaciones, opacidades en vidrio deslustrado extensas o signos de coagulación intravascular diseminada (CID)[4,5].
- Comorbilidades: enfermedad respiratoria crónica, enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular), cáncer, inmunosupresión (incluida la farmacológica), obesidad grave, diabetes, hipertensión, enfermedad renal o hepática[6,7].
- Embarazo[8].
- Edad: 60 o más años (como único criterio no es suficiente)[9].

Puede utilizarse la escala EWAS (Early Warning Score) para valorar la gravedad en pacientes con neumonía por COVID-19[10]. En esta escala se adjudica un punto

Tabla 1. Indicaciones de traslado al hospital

En la primera consulta	Durante el seguimiento en domicilio
• Afectación general que impresione de gravedad • >30 respiraciones/minuto • >100 latidos/minuto • Disnea moderada-grave • Saturación de oxígeno <90 % • PAS ≤90 mmHg o PAD ≤60 mmHg • Si se dispone de radiografía de tórax: - Infiltrados bilaterales - Condensaciones - Opacidades en vidrio deslustrado • Datos de CID: hemorragias (cutáneo-mucosas generalizadas o por pequeña herida), trombosis (púrpura fulminante, acrocianosis periférica, gangrena en extremidades)	• Ante la duda, es preferible adelantar la decisión • Empeoramiento del estado clínico • Constantes vitales que indiquen ingreso • Aumento progresivo de la disnea • Aparición de datos de CID • Alteraciones analíticas: dímero D elevado (6 veces el valor normal o 4 veces el valor normal con datos de CID), PCR, ferritina, LDH, linfocitos bajos o relación neutrófilos/linfocitos >5

CID: coagulación intravascular diseminada; LDH: lactato deshidrogenasa; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PCR: proteína C reactiva.
Fuente: elaboración propia.

si la edad es superior a 50 años, hay presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes), el cociente neutrófilos/linfocitos es mayor de 5, la proteína C reactiva (PCR) es mayor de 25 mg/l o el **dímero D** es mayor de 0,8 mg/l; por debajo de dos puntos, el riesgo de deterioro es del 1,8 % y con dos o más puntos resulta superior al 14 %.

Soluciones diferentes deben considerarse en los residentes en instituciones cerradas, en los pacientes dependientes o inmovilizados y en aquellos que carecen de domicilio. En estos dos últimos tipos de pacientes, la ayuda domiciliaria, el ingreso en instituciones cerradas u otras soluciones deben plantearse a los servicios sociales.

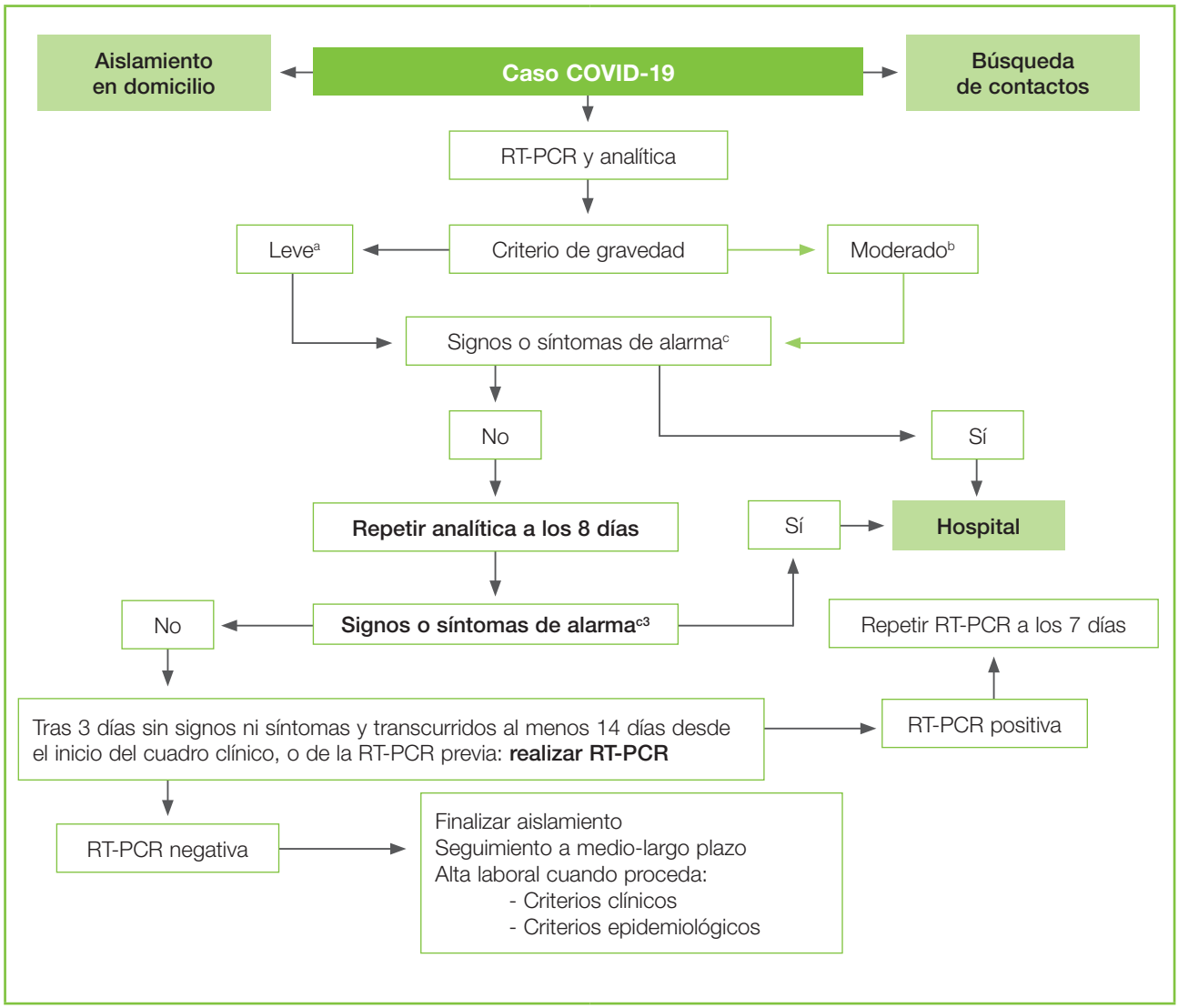
En el seguimiento (tabla 1)

COVID-19 puede tener una rápida progresión hacia estadios de mayor gravedad, especialmente a partir del séptimo día de la aparición de los síntomas. Debe realizarse una analítica de control entre el octavo y el décimo día tras la aparición de los síntomas compatibles. Son signos de alarma que deben analizarse para valorar la derivación hospitalaria los siguientes:

- Deterioro del estado general.
- Disnea de reposo, progresiva y no manejable (puede no existir a pesar de presentar una saturación de oxígeno <90 %).
- Aparición de hemoptisis, anosmia, ageusia, dolor pleurítico, torácico o precordial o de lesiones cutáneas que recuerden la CID o acrocianosis.
- Fiebre >40 ºC que no cede con antitérmicos.
- Fiebre >38 ºC durante más de siete días con antitérmicos.
- Vómitos o diarrea incoercibles.
- Signos o síntomas de gravedad: afectación general que impresione de gravedad, más de 30 respiraciones por minuto, más de 100 latidos por minuto, disnea moderada-grave[3]; saturación de oxígeno <93 %, y presión arterial sistólica ≤90 mmHg o presión arterial diastólica ≤60 mmHg.
- Auscultación pulmonar patológica que no existía anteriormente.
- Radiología con infiltrados pulmonares bilaterales u opacidades en vidrio deslustrado, consolidaciones, afectación de lóbulos inferiores, lesiones pulmonares en el 30 % o más de los pulmones o progreso igual o superior al 50 % en 72 horas.
- Detección de arritmias, soplos o ruidos añadidos no existentes previamente o aparición de signos de CID (trombosis venosa o de embolia pulmonar).
- Analítica: anemia, cociente de neutrófilos/linfocitos >5, alteraciones de la coagulación, ferritina elevada (>2000 µg/l), PCR elevada (>25 mg/l), **dímero D** > 0,8 mg/l (o 6 veces su valor normal).

Un resumen del seguimiento en atención primaria de un paciente con diagnóstico de COVID-19 que no requiere ingreso hospitalario puede observarse en la **figura 1**.

Figura 1. Algoritmo para el seguimiento en atención primaria de un paciente con diagnóstico de COVID-19 que no requiere ingreso hospitalario



RT-PCR: *Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction*.

[a] Control telefónico cada 24-78 horas: temperatura termometrada y evolución clínica.

[b] Control telefónico cada 24 horas: temperatura termometrada, saturación de oxígeno (con pulsioxímetro), frecuencia cardíaca y respiratoria, evolución de los síntomas, en especial la disnea mediante el test de Roth y el estado anímico. Presencial cada 72 horas.

[c] Se aconseja derivación hospitalaria si:

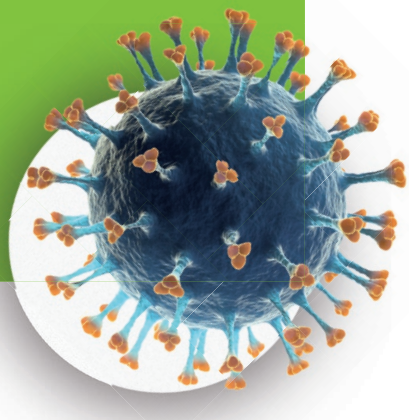
1. Criterios de gravedad: afectación del estado general, frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno <93 %, presión arterial sistólica ≤90 mmHg, presión arterial diastólica ≤60 mmHg o signos de coagulación intravascular diseminada.
2. Radiológicos: mala evolución radiológica.
3. PCR >25 mg/l, dímero D >0,8 mg/l, anemia, neutrófilos/linfocitos >5, ferritina >2000 µg/ml o anemia.

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
2. Ministerio de Sanidad. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria [19 de marzo de 2020; consultado: 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
3. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;128:e240-327.
4. Wong H.Y.F, Lam H.Y.S, Fong A.H, Leung S.T, Chin T.W, Lo C.S.Y, et al. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. Radiology. In press 2020. https://doi.org/10.1148/radiol.2020201160
5. Meng H , Xiong R , He R , Lin W , Hao B , Zhang L, et al. CT imaging and clinical course of asymptomatic cases with COVID-19 pneumonia at admission in Wuhan, China J Infect. 2020;81:e33-e39. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.004
6. Rahman A and Sathi N.J. Risk Factors of the Severity of COVID-19: a Meta-Analysis. Medrvix preprint 2020. doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.30.20086744
7. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. AGING (Albany, NY). 2020; 12: 6049-6057. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185114/pdf/aging-12-103000.pdf
8. Ellington S, Strid P, Tong V.T, Woodworth K, Galang R.R, Zambrano L.D, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. June 26, 2020. Weekly; 69 (25) [consultado el XX de XX de 2020]. Disponible en: . Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6925a1-H.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Manejo en urgencias del COVID-19 [versión de 27 de marzo de 2020; consultado: 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
10. Guo Y, Liu Y, Lu J, Fan R, Zhang F, Yin X, et al. Development and validation of an Early Warning Score (EWAS) for predicting clinical deterioration in patients with coronavirus disease 2019. medRxiv [publicado online: 21 de abril de 2020]. doi.org/10.1101/2020.04.17.20064691.

3. Manejo del paciente con COVID-19 en atención primaria



Una vez establecido el diagnóstico de COVID-19, si el paciente no presenta criterios de derivación hospitalaria o sociosanitaria, el tratamiento y seguimiento será realizado por el equipo de atención primaria (AP).

Aislamiento

Se debe ordenar el aislamiento domiciliario adaptado a las condiciones del paciente (vivienda, convivientes y recursos), así como facilitar información verbal y escrita sobre las medidas que deben observarse.

Búsqueda de contactos y convivientes

En el momento en que se detecte un caso sospechoso, se iniciarán las actividades de identificación de contactos y convivientes con el caso[1,2].

Seguimiento

En los casos leves, se monitorizarán la temperatura y la evolución de los signos y síntomas mediante contacto telefónico personal cada 48-72 horas durante 14 días.

En casos moderados y en pacientes con comorbilidades que no hayan sido derivados, se recomienda realizar seguimiento diario telefónico, interrogando sobre la existencia de fiebre (temperatura termometrada), saturación de oxígeno (con pulsioxímetro), frecuencias cardíaca y respiratoria, y evolución de los síntomas; también se prestará especial atención a la disnea (mediante el test de Roth)[3] y el estado anímico. Se deberá realizar visita domiciliaria según la evolución clínica al menos cada 72 horas. Este seguimiento se llevará a cabo durante 14 días como mínimo. Es preciso ser muy exhaustivos y estar pendientes de los signos y síntomas de alarma, especialmente entre los días 7 y 10 tras la aparición de los síntomas, para valorar la continuación del control presencial en el domicilio del enfermo o la derivación al hospital **(tabla 1)**.

Alta y curación

El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre (sin toma de antitérmicos) y del cuadro clínico, y al menos hasta que hayan pasado 14 días desde la fecha del diagnóstico. Para el cese del aislamiento en las personas que no desarrollan actividad laboral y para proceder al alta laboral en los trabajadores, se deberán cumplir los requisitos que marque la legislación vigente en cada momento, que pueden ser variables según el puesto de trabajo, asegurando siempre la minimización del riesgo de transmisión de la infección[1,4].

Manejo terapéutico en atención primaria

No existe tratamiento específico para la enfermedad originada por el virus SARS-CoV-2. Se están desarrollando guías o publicaciones sobre el ma-

nejo de COVID-19 en AP, como por ejemplo la disponible en la Junta de Castilla y León (https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria).

Se aconseja sincronizar el tratamiento a las diferentes etapas de la enfermedad. En el ámbito hospitalario se han utilizado, empíricamente y con resultados variables, una serie de fármacos ya conocidos y utilizados en otras patologías **(tabla 2)**[5-10].

Tabla 1. Signos de alarma en el seguimiento del paciente con COVID-19

Demográficos - Edad >60 años - Varones	**Comorbilidades** - Hipertensión arterial - Enfermedades cardiovasculares - Enfermedades renales - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma - Diabetes mellitus
Anamnesis - Deterioro del estado general - Disnea de reposo, progresiva y no manejable (puede no existir a pesar de saturación de oxígeno <90 %) - Aparición de hemoptisis - Vómitos o diarrea incoercibles - Aparición de anosmia o ageusia - Aparición de dolor pleurítico, torácico o precordial - Aparición de lesiones cutáneas que recuerden la CID o acrocianosis	**Exploración** - Frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min - Frecuencia cardíaca >100 latidos/min - Saturación de oxígeno <93 % - PAS ≤90 mmHg o PAD ≤60 mmHg - Detección de crepitantes, arritmias, soplos o ruidos añadidos no existentes previamente - Fiebre >40 ºC que no cede con antitérmicos - Fiebre >38 ºC durante más de 7 días con antitérmicos
Analítica - Anemia - Neutrófilos/linfocitos >5 - Alteraciones de la coagulación - Ferritina elevada >2000 mg/l - PCR elevada >25 mg/l - Dímero D >0,8 mg/l (o x6 valor normal)	**Radiología** - Infiltrados pulmonares bilaterales - Opacidad en vidrio deslustrado - Consolidaciones - Afectación de lóbulos inferiores - Lesiones pulmonares ≥30 % o progreso ≥50 % en 72 horas

CID: coagulación intravascular diseminada; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PCR: proteína C reactiva.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Fármacos que se utilizan o se han utilizado en el tratamiento de COVID-19 (a 20 de abril de 2020)

Fármaco	Justificación	Dosis	Comentarios
Metilprednisolona	Antiinflamatorio. Iniciar si infiltrados pulmonares y PCR >5 mg/l	0,5 mg/kg/12 h durante 3 días	
HCQ/CQ	Resultados contradictorios. Mejor HCQ que CQ. Dosis altas de CQ no aportan beneficio y pueden aumentar los efectos secundarios. Pendientes de resultados de ensayos clínicos que avalen su uso.	1.er día: 400 mg/12 h Resto: 200 mg/12 h Duración total: 5 días Se han utilizado variadas posologías	Contraindicado en: insuficiencia renal intervalo QT alargado o tratamiento con antiarrítmicos Se ha aprobado su uso durante 10 días
Azitromicina	Asociada a HCQ/CQ. Su asociación con HCQ ha mostrado beneficios respecto a HCQ sola. Pendientes de resultados de ensayos clínicos	500 mg/24 h durante 3 días	Precaución cuando se estén tomando otros fármacos que alarguen el intervalo QT
Antibióticos betalactámicos	Asociar a HCQ/CQ cuando se sospeche infección bacteriana asociada al COVID-19 y no esté indicada azitromicina. No hay ensayos clínicos que hayan demostrado su beneficio	Durante 7 días: amoxicilina/clavulánico 875/175 mg/8 h o amoxicilina 1 g/12 h Como alternativa: levofloxacino 500 mg/12 h el 1.er día seguido de 500 mg/24 h durante 4 días	
Acetilcisteína	Se ha utilizado, junto a otros fármacos, en COVID-19. No hay ensayos clínicos	600 mg/8 h	
Lopinavir/ritonavir	Se han utilizado en el tratamiento de COVID-19. No aportaron beneficio cuando se evaluó en 199 pacientes hospitalizados clasificados como graves	400/100 mg/12 h durante 14 días	
Remdesivir	Resultados positivos frente a otros coronavirus. Se ha utilizado en COVID-19, ocasionando mejoría clínica en el 68 % de los pacientes y menor tiempo en su logro. Los resultados preliminares de un estudio son esperanzadores	Solo se permite su uso en el contexto de ensayos clínicos	
Faviparavir	Inhibidor de la proteasa viral. Se ha utilizado en COVID-19. No se han realizado ensayos clínicos que avalen su uso. No hay beneficio al compararlo con uminofenovir en COVID-19	1.er día: 1600 mg/12 h Resto: 600 mg/12h Duración total: 10 días	

CQ: cloroquina; HCQ: hidroxicloroquina; PCR: proteína C reactiva; *(continúa)*

Tabla 2. Fármacos que se utilizan o se han utilizado en COVID-19 (a 20 de abril de 2020). *Continuación*

Fármaco	Justificación	Dosis	Comentarios
Uminofenovir	Antiviral de amplio espectro frente a la gripe. No existen ensayos clínicos que avalen su uso	200 mg/8 h Duración: 10 días	
Oseltamivir	Inhibe selectivamente las neuraminidasas del virus de la gripe. Utilizado en COVID-19 junto a otros fármacos. No hay ensayos clínicos que avalen su uso	75 mg/12 h durante 5 días	
Atazanavir	Ensayos clínicos han demostrado su unión a múltiples componentes del ARN polimerasa del SARS-CoV-2. No hay ensayos clínicos que avalen su uso	300 mg junto a 100 mg de ritonavir/24 h	Alteraciones del ritmo cardíaco y hepáticas, erupciones cutáneas. Posibles interacciones
Tocilizumab	Inhibe la IL-6. Estaría indicado en neumonías por COVID-19 con insuficiencia respiratoria que precisan oxigenoterapia, con saturaciones por debajo de 93 %, elevación de parámetros inflamatorios, como la IL-6, o cuando aumenta el dímero D	Si peso ≥75 kg: 600 mg/i.v. en dosis única Si peso <75 kg: 400 mg/i.v. en dosis única Si la respuesta es favorable, valorar una 2.ª dosis a las 12 h	
Sarilumab	Inhibe la IL-6. Se han iniciado ensayos clínicos en SARS-CoV-2	200 a 400 mg/i.v. en dosis única	
Anakinra	Antagonista del receptor humano para la IL-1. Se ha utilizado tras comprobar la falta de eficacia de tocilizumab. Iniciados estudios en COVID-19	1.er día: 100 mg/12 h; continuar con 100 mg/24 h durante 5 días. Administración s.c. Al 6.º día, decidir si suspender tratamiento o reiniciar a 100 mg/12 h	Contraindicado si existe neutropenia o infecciones graves asociadas
Interferón	β-1b y α-2b. Actividad antiviral, antiproliferativa e inmunomoduladora. Estudios en desarrollo; pendientes de resultados	β-1b: 250 mg/48 h s.c. durante 14 días α-2b: en nebulización c/12 h durante 5-7 días Leve: 100 000-200 000 U/kg Grave: 200 000-400 000 U/kg	α-2b: 5 millones de unidades agregando 2 ml de suero estéril, dos veces al día, inhalado
Heparina de bajo peso molecular	Beneficios observados en COVID-19	Valorar si dosis profiláctica o terapéutica	

IL: interleucina; i.v.: intravenoso; s.c.: subcutáneo.
Fuente: creada a partir de las referencias 5-10.

Se recomiendan las siguientes pautas[10,11]:

Tratamiento sintomático:

- Paracetamol: ante la presencia de fiebre o como analgésico.
- Antiinflamatorios no esteroideos: no hay evidencias que contraindiquen su uso, pero parece más prudente utilizar paracetamol cuando se precisen antitérmicos o analgésicos; deben tenerse siempre en consideración los riesgos digestivos, renales e hipertensivos de los antiinflamatorios no esteroideos.

Revisar tratamientos previos:

- Suspender la medicación que no sea esencial.
- No hay evidencias para retirar los inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina ni los antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Únicamente debe iniciarse tratamiento con estos fármacos si existe una indicación específica (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, etc.).
- Deben sustituirse los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa en los pacientes diabéticos con síntomas de COVID-19 y reintroducirlos tras su recuperación.
- En caso de precisar inhaladores, deben usarse con cámara espaciadora.
- Debe mantenerse el tratamiento con corticoides en pacientes con insuficiencia suprarrenal y valorar la necesidad de aumento de dosis en casos de estrés.

Inicio del tratamiento de COVID-19:

- No hay evidencias suficientes para recomendar tratamientos con hidroxicloroquina o cloroquina asociadas o no a azitromicina en pacientes con COVID-19 leve-moderada que sean asistidos fuera del ámbito hospitalario.
- Tampoco hay evidencias suficientes para recomendar tratamientos con corticoides en pacientes con enfermedad leve-moderada que sean atendidos fuera del ámbito hospitalario; no está claro el momento en que deben introducirse estos fármacos para detener la tormenta de citocinas.
- Ante la sospecha de infección bacteriana asociada, pueden utilizarse antibióticos betalactámicos (amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante siete días por vía oral o amoxicilina 1 g cada 12 horas durante siete días por vía oral) o, como alternativa, una quinolona (levofloxacino 500 mg cada 12 horas el primer día seguido de 500 mg cada 24 horas otros cuatro días).

Tromboprofilaxis:

- La trombosis es un factor fundamental en el agravamiento de la neumonía de COVID-19, debido a situaciones de hipercoagulabilidad[12-15]. E imprescindible identificar el riesgo de trombosis e instaurar tratamiento anticoagulante cuando sea preciso. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) han mostrado utilidad en la prevención de estos fenómenos **(tabla 3)**[16-18] y el uso de dosis profilácticas están indicadas en pacientes:

  - Con un dímero D que supere dos veces su valor normal.
  - Encamados o con patología previa que favorezca la trombosis.
  - Tratados con acenocumarol, warfarina o cualquier otro anticoagulante (retirar el tratamiento y sustituirlo por HBPM).

Las dosis recomendadas de heparina serían las especificadas en función de las características del paciente y su riesgo[19]. Los expertos se inclinan, en pacientes con COVID-19, por el empleo de enoxaparina[20], basándose en los resultados del estudio MEDENOX[21].

Tabla 3. Tromboprofilaxis en pacientes con COVID-19 que permanecen en domicilio

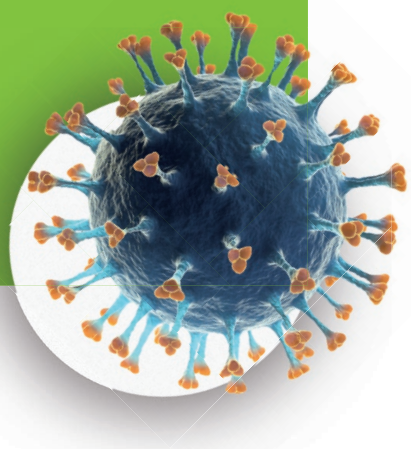
		Peso del paciente		
		<80 kg	80-100 kg	>100 kg
Enoxaparina	**Pacientes en general**	40 mg s.c./24 h	60 mg s.c./24 h	40 mg s.c./12 h
	Paciente en insuficiencia renal (filtrado glomerular <30 ml/min)	20 mg s.c./24 h	20 mg s.c./24 h	20 mg s.c./12 h
	Elevado riesgo de trombosis (preferible ingreso hospitalario) - Infección grave + al menos 1 de los siguientes: PCR >15 mg/dl, interleucina 6 >40 pg/dl, ferritina >1000 µg/l, dímero D >0,15 mg/l o linfopenia <800/mm^3. - Pacientes con dímero D ≥0,3 mg/l (≥6 veces el límite del valor normal)	1 mg/kg/día Si filtrado glomerular <30 ml/min, emplear 0,5 mg/kg/día		
	Sospecha de TEP/TVP (cuando no ingreso hospitalario)	1 mg/kg/12 h o 1,5 mg/kg/día		
Valorar profilaxis mecánica con medias de compresión, especialmente en pacientes con hemorragia activa o con plaquetas <30000/mm^3.				

PCR: proteína C reactiva; s.c.: subcutáneo; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda.
Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Documento técnico manejo en atención primaria del COVID-19 [versión del 17 de marzo de 2020; consultado: 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento [documento del 6 de mayo de 2020; consultado: 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
3. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, Birati E.Y, Shacham Y, Milman A, et al. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clinical Cardiology 2016; 39:636–639. Disponible en: https://doi.org/10.1002/clc.22586.
4. Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria (documento del 19 de marzo de 2020; [consultado: 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
5. Ministerio de Sanidad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 (consultado: 11 de mayo de 2020). Disponible en: https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/
6. Grein J, Ohmagari N, Shin D, Diaz G, Asperges E, Castagna A, et al. Compassionate use of remdesivir for patients with severe COVID-19. N Engl J Med. 2020 Apr 10. doi: 10.1056/NEJMoa2007016.
7. Wang Y, Zhang D, Du G, Du R, Zhao J, Jin Y, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. 2020;395:1569-78.
8. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A trial of lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe COVID-19. N Engl J Med. 2020;382:1787-99.
9. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Preliminary Report. N Engl J Med. 2020 May 22. doi: 10.1056/NEJMoa2007764 [online ahead of print].
10. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Disponible en: https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/. Consultado: 11 de mayo de 2020.
11. Isidori AM, Arnaldi G, Boscaro M, Falorni A, Giordano C, Giordano R, et al. COVID-19 infection and glucocorticoids: update from the Italian Society of Endocrinology Expert Opinion on steroid replacement in adrenal insufficiency. J Endocrinol Invest. 2020 Apr 25. doi: 10.1007/s40618-020-01266-w.
12. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers DAMPJ, Kant KM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thromb Res. 2020;191:145-7.
13. Oxley TJ, Mocco J, Majidi S, Kellner CP, Shoirah H, Singh IP, et al. Large-vessel stroke as a presenting feature of COVID-19 in the young. N Engl J Med. 2020;382:e60.
14. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020;18:1094-9.
15. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. J Thromb Haemost. 2020;18:844-7.
16. Vivas D, Roldán V, Esteve-Pastor MA, Roldán I, Tello-Montoliu A, Ruíz-Nodar JM, et al. Recomendaciones sobre el tratamiento antitrombótico durante la pandemia COVID-19. Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Trombosis Cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2020. doi: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.006.
17. Marietta M, Ageno W, Artoni A, De Candia E, Gresele P, Marchetti M, et al. COVID-19 and haemostasis: a position paper from Italian Society on Thrombosis and Haemostasis (SISET). Blood Transfus. 2020;18:167-9.
18. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones de tromboprofilaxis y tratamiento antitrombótico en pacientes con COVID-19. [actualizado: 29 de abril de 2020; consultado: 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.covid-19.seth.es/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-pacientes-COVID-19_2020-04-29.pdf
19. Sebaaly J, Covert K. Enoxaparin dosing at extremes of weight: literature review and dosing recommendations. Ann Pharmacother. 2018;52:898-909.
20. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica CLEXANE 2.000 UI (20 mg)/0,2 ml solución inyectable en jeringa precargada. Fecha de revisión del texto: abril de 2018. [consultado: 21 de mayo de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/58502
21. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, Desjardins L, Eldor A, Janbon C, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. N Engl J Med. 1999;341:793-800.

4. Manejo en atención primaria de la fase posterior al alta hospitalaria[1-3]



Seguimiento temprano tras el alta hospitalaria[4,5]

Se realizará un primer contacto telefónico con el paciente a las 24-48 horas del alta hospitalaria, con el fin de valorar:

- Valorar:
  - El estado clínico global.
  - La red de cuidadores.
  - El estado anímico.
- Revisar:
  - Comorbilidades.
  - Nueva medicación pautada.
  - Medicación previa mantenida.
  - Medicación previa retirada.
  - Adherencia terapéutica.
  - Necesidad de empleo de heparinas de bajo peso molecular (la dosis y duración de la anticoagulación dependerá del estado del paciente, de las comorbilidades, de las alteraciones analíticas y de la movilidad).
  - Electrocardiogramas previos y hospitalarios (especial atención al intervalo QT si ha estado en tratamiento con cloroquina, hidroxicloroquina, azitromizina, lopinavir/ritonavir).
  - Analíticas realizadas al alta (especial atención a la coagulación, la función renal y los enzimas hepáticos).
  - Últimas radiografías.
  - Situación laboral: realizar partes de incapacidad temporal, si precisa.
  - Estado de contagiosidad, valorando la última RT-PCR realizada.
  - Normas de aislamiento, si procede, en función de los valores de la RT-PCR.
- Analizar el estado nutricional y realizar las recomendaciones específicas si el ingreso ha sido largo o ha precisado cuidados en la unidad de cuidados intensivos.
- Valorar la incorporación progresiva individualizada de ejercicio físico (aeróbico, resistencia, musculatura).
- Proporcionar teléfonos de contacto y pactar el seguimiento telefónico (proponer cada 24-48 horas, según evolución).
- Valorar si es recomendable una visita en domicilio o en consultorio en los primeros días tras el alta hospitalaria, que se debería repetir ante la sospecha de empeoramiento tras alguna de las llamadas telefónicas.

Check list telefónico propuesto para las llamadas durante el seguimiento:

- Valoración global (autopercepción de salud).
- Disnea (ausencia, mejoría, reaparición).
- Temperatura (termometrada, en grados centígrados).
- Tos.
- Dolor pleurítico.
- Expectoración (tipo).
- Hemoptisis.
- Náuseas, asco, vómitos, diarrea.
- Confusión o letargia.
- Peso.
- Astenia, anorexia, mialgias, debilidad.
- Calidad del sueño.
- Estado anímico y cognitivo.
- Adherencia terapéutica.
- Efectos secundarios de los fármacos.
- Control de comorbilidades.
- Comprobación de que recibe los cuidados adecuados.
- Medidas de aislamiento e higiene apropiadas.

Se mantendrá hasta que el estado del paciente sugiera que puede finalizarse, quedando siempre abierto a las demandas de atención que necesite.

Si al alta el paciente aporta informe de realización de una RT-PCR negativa, se procederá al alta laboral cuando sus condiciones físicas y anímicas lo permitan. No obstante, deberá tenerse en cuenta la normativa específica en ese momento.

Si no trae informe de RT-PCR o esta ha sido positiva, se realizará nueva RT-PCR (en muestra oro nasofaríngea) a los 14 días del alta. Si es de nuevo positiva, se debe realizar otra 14 días después. Mientras los resultados de la RT-PCR sigan siendo positivos, se debe mantener un aislamiento estricto.

Se realizarán:

- Electrocardiograma de control a los siete días tras el alta a los pacientes en tratamiento previo con cloroquina, hidroxicloroquina, azitromizina, lopinavir/ritonavir (especial atención al intervalo QT).
- Radiografía de tórax de control a las 4-8 semanas a los pacientes que sufrieron neumonía moderada o grave.
- Analítica de control a los 15-30 días tras el alta (que incluya coagulación, función renal y hepática, bioquímica e iones), individualizando según el estado previo del paciente (comorbilidades) y el estado al alta.

Seguimiento tardío del paciente: control a los 3 y 6 meses[6,7]

No se tiene aún perspectiva suficiente para conocer las complicaciones a largo plazo de COVID-19. Por ello, debe mantenerse una actitud de vigilancia periódica hasta que se disponga de información al respecto.

Se debe prestar especial atención a la evolución de la función pulmonar y valorar la capacidad funcional que comuniquen los pacientes, midiendo la saturación y realizando espirometrías y radiografías si se observara algún déficit.

Igualmente, se debe estar atento a la posibilidad de encontrar trastornos depresivos o de ansiedad, así como insomnio, realizando cribados periódicos de estas áreas.

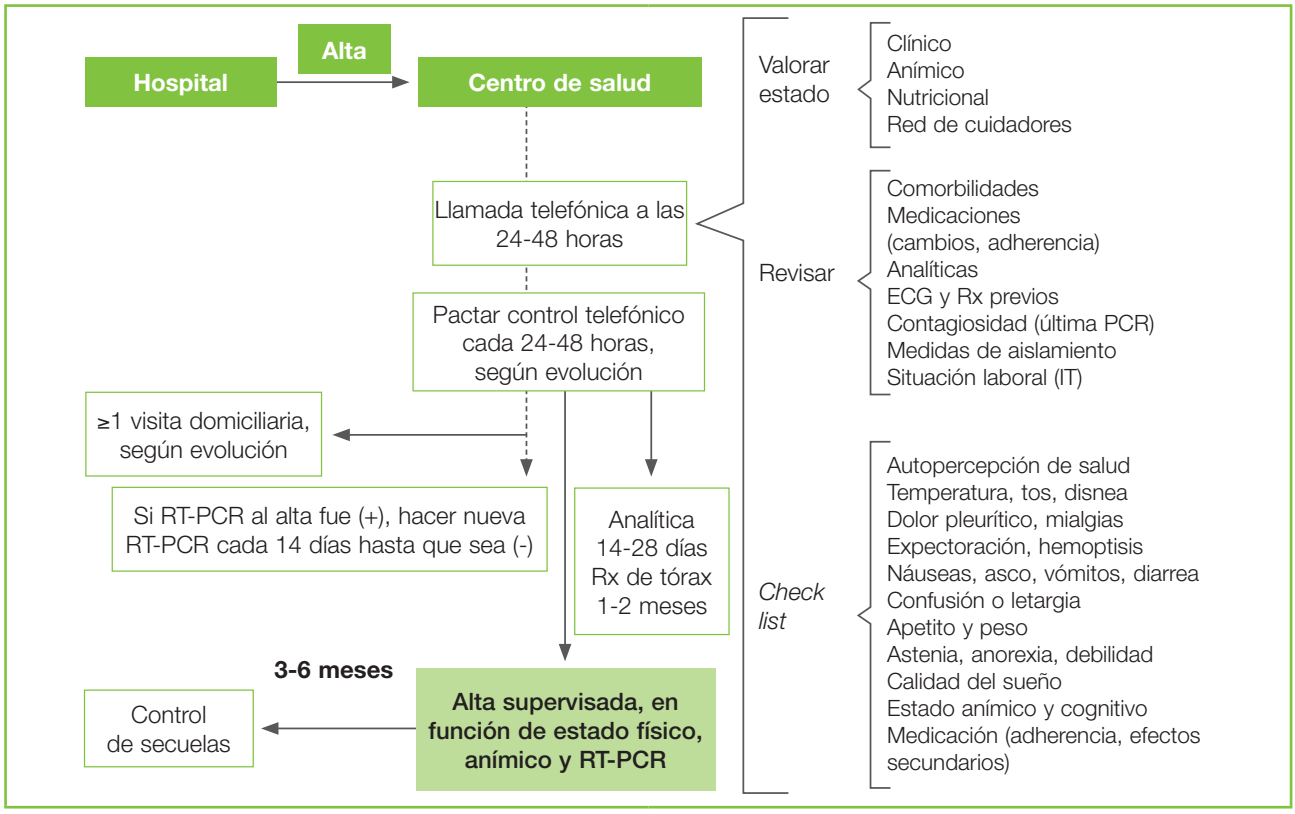
Tras la permanencia en una unidad de cuidados intensivos, independientemente del motivo de ingreso, se ha observado, en situaciones distintas al COVID-19, la persistencia de ciertas secuelas cuya sintomatología puede perdurar hasta un año. Además, se deben identificar las secuelas propias originadas por COVID-19 que, en la actualidad, son desconocidas tanto en su presentación como en su duración.

Por último, deben realizarse valoraciones:

- Neuro cognitivas: afectación de hasta el 80 % al año. Realizar cribado a los seis meses.
- De la esfera mental: cribado de depresión o ansiedad; problemas del sueño. Hacer cribado a los tres meses.
- De la función pulmonar: normalización en torno al año. Se debe solicitar una espirometría a los tres meses.
- Neuromuscular: la astenia y las polineuropatías son frecuentes. Se debe realizar cribado a los seis meses.
- Estudio cardiológico: solicitar ecocardiograma a los seis meses si la evolución clínica es tórpida.

Un resumen del manejo poshospitalario del paciente con COVID-19 en atención primaria puede observarse en la **figura 1**.

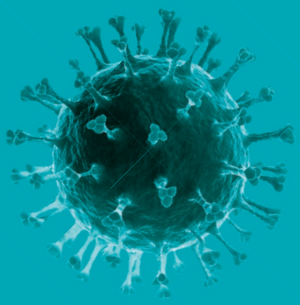
Figura 1. Manejo poshospitalario del paciente con COVID-19 en atención primaria



ECG: electrocardiograma; IT: incapacidad temporal; PCR: proteína C reactiva; Rx: radiografía.
Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Chapter 12. Alternatives to hospital care. Emergency and acute medical care in over 16s [publicado: 7 de septiembre de 2018; consultado: 24 de mayo de 2020]). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/qs174
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for implementing home care of people not requiring hospitalization for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [consultado: 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/guidance-home-care.pdf
3. Llywodraeth Cymru Welsh Government. COVID-19 Hospital Discharge Service Requirements (Wales). Update to guidance in respect of step-up & step-down care arrangements during the COVID-19 period. April 2020 [consultado: 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://gov.wales/sites/default/files/publications/2020-04/covid-19-hospital-discharge-service-requirements.pdf
4. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Manejo en Atención Primaria del COVID-19. Versión del 17 de marzo de 2020. [consultado: 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
5. Fernández de Sanmamed Santos MJ, Riera Armengol L, Serrano Ferrández E. ¿Y después de la fase aguda de la COVID-19, qué…? AMF-semFYC. Abril 2020 [consultado: 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628
6. Sheehy LM. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. JMIR Public Health Surveill. 2020;6:e19462.
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. Marzo de 2020 [consultado: 24 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf



ferrer

FERR-COVSEMERGEN1-JUL20