

CARTA CLÍNICA

Disnea como síntoma de alarma. Importancia de la atención primaria en un nuevo modelo de atención a pacientes COVID-19



Dyspnea as an alarm symptom. Importance of primary care in a new model of care for COVID-19 patients

Paciente varón de 49 años sin antecedentes de interés, salvo obesidad grado 2, personal de servicios aeroportuarios, contacto reciente con caso confirmado de COVID-19. Refiere situación de estrés laboral durante los últimos meses, con ansiedad y trastorno del sueño reactivos, con malos hábitos nutricionales y escaso autocuidado de su salud.

Contacta telefónicamente con su equipo de atención primaria (EAP) por síndrome febril de 3-4 días de evolución asociado a dolor osteomuscular generalizado, astenia, cefalea, tos seca y diarreas sin productos patológicos (3-4 diarias), con buena tolerancia oral.

Aplicando el protocolo de actuación de COVID-19¹, al no presentar inicialmente ningún síntoma/signo de alarma se pauta tratamiento sintomático, reposo relativo, hidratación abundante y aislamiento domiciliario, con controles telefónicos desde su centro de salud cada 48 h de manera proactiva, informándole de los síntomas de alarma con la indicación de contactar inmediatamente con el servicio de urgencias caso de que aparezcan.

Se realiza una evaluación individualizada del riesgo trombotico de la enfermedad tromboembólica venosa en base a las escalas de Padua² e IMPROVE³, y también del riesgo hemorrágico en base a la escala IMPROVE⁴. El objetivo de valorar el riesgo trombotico es para establecer la necesidad de una profilaxis antitrombótica, con el método adecuado y a la dosis correcta. Nuestro paciente tiene bajo riesgo de trombosis, por lo que se decide no pautar tromboprofilaxis farmacológica y realizar un seguimiento continuo del riesgo.

Al noveno día de iniciar la sintomatología comienza con dificultad respiratoria que progresa a mínimos esfuerzos. En triaje telefónico se percibe habla entrecortada, refiriendo «falta de aire extrema» al mínimo movimiento. Se decide valoración presencial urgente y se visita al paciente en su propio domicilio, con el equipo de protección individual correspondiente, objetivando a la exploración física mal estado general, palidez cutánea sin cianosis, presión arterial

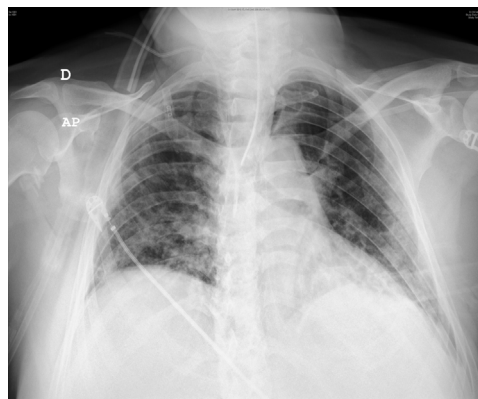


Figura 1 Radiografía posteroanterior de tórax. Imagen compatible con neumonía bilateral por COVID-19.

120/73 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 lpm y frecuencia respiratoria de 24 rpm, 37,3 °C de temperatura y saturación O₂ aire ambiente del 84% (corrigiéndose, con mascarilla reservorio, al 100%). No alteración del nivel de conciencia, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Resto de exploración sin hallazgos de interés. Es trasladado al servicio de urgencias del hospital de referencia por insuficiencia respiratoria secundaria a posible infección por SARS-CoV-2 y alta sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP)⁵. Definitivamente ingresa en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 confirmado por PCR positiva en urgencias con evolución a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y seguimiento por el servicio de Neumología.

Estudio de la situación: a nivel pulmonar, en la radiografía de tórax destaca patrón alveolointerstitial pulmonar bilateral respetando ambos vértices pulmonares, compatible con neumonía por COVID-19 (fig. 1). En la TAC torácica (realizada el 10.º día de ingreso en la UCI) se aprecia dudoso defecto de repleción en rama segmentaria del lóbulo inferior derecho (LID), opacidades pulmonares parcheadas en vidrio deslustrado y pequeñas consolidaciones bilaterales difusas, con engrosamiento de septos interlobulillares en lóbulo inferior izquierdo (LII), en relación con neumonía por COVID-19, informándose como posible TEP periférico en LID y hallazgos compatibles con COVID-19 (fig. 2)⁶.

A nivel analítico, en analíticas realizadas se aprecian las siguientes alteraciones: leucocitosis con neutrofilia y

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.015>

1138-3593/© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

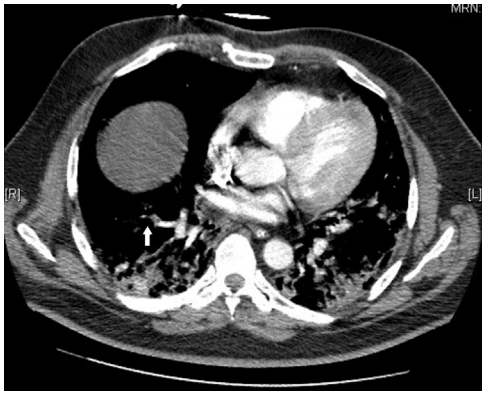


Figura 2 TAC torácica. Imagen compatible con TEP periférico en LID.

linfopenia, aumento de reactantes de fase aguda con fibrinógeno (máximo 2.º día) 1,059 mg/dl, ferritina (máxima 9.º día) 2.860, LDH (máxima 11.º día) 477, IL-6 (máxima 2.º día) 22,49 pg/ml. Estudio complemento (máximo el 3.º día): C3, 139; C4, 14. Dímero-D (máximo día 9): 1.934 ng/ml. Triglicéridos: 496 mg/dl. Antifactor X activado: 0,64 UI/ml.

Hemocultivos, cultivo de orina, de esputo y de aspirado traqueal: negativos. EKG: RS a 95 lpm. PR 0,16 s. QRS 0º. No alteraciones agudas de la repolarización. QTc 457 ms.

Abordaje de la situación clínica: se realiza tratamiento con hidroxiquina y corticoides. Pauta de azitromicina y lopinavir + ritonavir, suspendida por QT alargado. Enoxaparina a dosis profilácticas durante el ingreso, pasando a dosis anticoagulantes desde el diagnóstico de TEP.

Se realiza estudio neurológico durante el ingreso por presentar debilidad crural izquierda, sin que se aprecien hallazgos patológicos en TAC craneal, mostrando posible compresión de nervio ciático en electromiografía; es diagnosticado de miopatía del paciente crítico y posible compresión del nervio ciático.

Evolución: tras 30 días de ingreso es dado de alta con aislamiento domiciliario (última PCR SARS-CoV-2 durante el ingreso positiva) y anticoagulación con rivaroxabán 20 mg/24 h hasta valoración en consultas externas. Inicia fisioterapia-rehabilitación domiciliaria al 37.º día al negativizarse la PCR. El control y el seguimiento serán por su EAP, quien asegurará la correcta cumplimentación y adherencia al tratamiento pautado y vigilará la ausencia de incidencias y complicaciones.

Cabe reseñar el papel de atención primaria (AP), puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, siendo el primer eslabón de la cadena asistencial y filtro eficaz que contiene la demanda y evita el colapso hospitalario innecesario, al tiempo que supone el eje vertebrador sobre el que orientar la gestión de la salud a nuestra población, y más ahora durante la pandemia.

Resulta primordial la nueva forma de organizar la AP con creación de dos circuitos diferenciados: COVID-19 y no COVID-19. Debe potenciarse la consulta telefónica no presencial así como las consultas telemáticas, evaluando el papel que pueden tener en el nuevo modelo asistencial sanitario. Este caso muestra la eficacia del protocolo actual, siendo clave en la evolución del paciente, con la ágil actuación del EAP.

No debe olvidarse desde AP la valoración del estado nutricional, que contribuye de manera significativa al curso evolutivo de todo proceso infeccioso, inclusive la COVID-19. Las personas con un estado nutricional adecuado, con un balance apropiado entre macro y micronutrientes, presentan menos probabilidades de desarrollar cuadros graves de esta enfermedad⁷. Además, nuestro paciente sufrió la pérdida del 20% de su peso corporal, siendo necesario un estudio de su situación nutricional previo al alta y un estrecho seguimiento por parte de su EAP, teniendo en cuenta sus condicionantes psicosociales.

Interesa destacar cómo los pacientes infectados por SARS-CoV-2 sufren un mayor número de eventos trombóticos que la población general, con formación de múltiples microtrombos que dañan todo el territorio vascular, con afectación sistémica y multiorgánica. El estado de hipercoagulabilidad observado en estos pacientes predispone a la enfermedad tromboembólica venosa y arterial⁸. A todos los pacientes con infección por SARS-CoV-2 se les debe evaluar el riesgo trombótico y hemorrágico, pautando terapia anticoagulante si procede. Es importante incidir en la correcta profilaxis tromboembólica desde AP, porque puede cambiar el curso evolutivo de la enfermedad y evitar complicaciones. A nuestro paciente le pautaron HBPM a dosis profilácticas desde el momento del ingreso y a dosis terapéuticas con la sospecha de TEP.

Sorprende la pauta al alta de un anticoagulante de acción directa a pesar de que no hay ningún estudio que avale su uso en el momento actual. El tratamiento de elección en los pacientes diagnosticados de TEP son las HBPM a dosis terapéuticas⁹. Habrá que esperar nuevas investigaciones que puedan avalar esta indicación.

Responsabilidades éticas

El paciente ha facilitado su consentimiento y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la información de los pacientes para la publicación de este caso clínico.

Bibliografía

1. Algoritmo de derivación de Atención Primaria a Atención Hospitalaria, para pacientes con infección respiratoria aguda sugestiva de COVID-19 en AP. Conselleria de Salut i Consum. Servei Salut Illes Balears. Abril 2020.
2. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost.* 2010;8:2450–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x>.
3. Spyropoulos AC, Anderson F, FitzGerald G, Decousus H, Pini M, Chong BH, et al. Predictive and associative models to identify hospitalized medical patients at risk for VTE. *Chest.* 2011;140:706–14, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.10-1944>.
4. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA, et al. Prevention of VTE in nonsurgical patients. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2012;141 Suppl 2:e195S–226S, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.11-2296>.
5. Murillo L, Pérez F. *Medicina de urgencias y emergencias.* 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

6. Azpeitia Armán J, Puig Domingo J, Soler Fernández R. *Manual para Técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear*. Madrid: Médica Panamericana; 2016.
 7. Posicionamiento de expertos sobre el manejo nutricional del coronavirus COVID-19. www.iidenut.org/cienut.org.
 8. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel A, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1417–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5).
 9. Recomendaciones de trombo profilaxis y tratamiento antitrombótico en pacientes con COVID-19. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia [online]. Actualizado a 21 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.covid-19.seth.es/recomendaciones-de-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-en-pacientes-con-covid-19/>.
- J.F. Peiró Morant^{a,*}, M. Frías Vargas^b, A. Piera Carbonell^c, O. García Vallejo^b y E. Carrasco Carrasco^d
- ^a *Centro de Salud Ponent, Andratx, Islas Baleares, España*
^b *Centro de Salud Comillas, Madrid, España*
^c *Centro de Salud Luanco, Gozón, Asturias, España*
^d *Centro de Salud de Abarán, Abarán, Murcia, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juanpeiro70@gmail.com
(J.F. Peiró Morant).