ALACANT HOSPITAL GENERAL
DEPARTAMENT DE SALUT

Comisión Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica

Protocolo de manejo clínico y gestión de casos y contactos de COVID-19 en Atención Primaria

Datos del documento	
Versión:	3.0[a]
Fecha:	16/11/2020
URL descarga:	bit.ly/apcovid19
Seguir:	@proahgua

Protocolo Consensuado

Atención Primaria Departamento 19 y Equipo COVID del Hospital General Universitario de Alicante

Contenido

1. MANEJO CLÍNICO 3

1.1. Evaluación clínica 3

1.1.1. Definición de caso 3
1.1.2. Manifestaciones clínicas 3
1.1.3. Anamnesis y pruebas complementarias 5

1.2. Diagnóstico microbiológico 5

1.2.1. Diagnóstico microbiológico de la infección respiratoria 5
1.2.2. Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 5
1.2.3. Diagnóstico microbiológico de gripe 9

1.3. Control evolutivo 10

1.3.1. Seguimiento clínico 10
1.3.2. Estrategia de seguimiento 12
1.3.3. Derivación a urgencias 13
1.3.4. Criterios de realización de Rx tórax 14
1.3.5. Traslado hospitalario 15
1.3.6. Alta clínica 15

1.4. Seguimiento post COVID-19 15

1.4.1. Seguimiento del paciente hospitalizado por COVID-19 15
1.4.2. Seguimiento paciente ambulatorio 16

2. GESTIÓN DE CASOS Y CONTACTOS 17

2.1. Gestión de casos 17

2.1.1. Detección de casos covid-19 17
2.1.2. Manejo de aislamiento de casos covid-19 18
2.1.3. Pautas específicas de manejo de aislamiento de casos covid-19 18

[a] Versión previa 2.0, "Protocolo Manejo COVID-19: Derivación desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias" (14/07/2020)

2.2. Gestión de los contactos de un caso 19

2.2.1. Detección de los contactos 19
2.2.2. Manejo de aislamiento de los contactos: 19
2.2.3. Estudio de contactos en el centro educativo 20
2.2.4. Estudio de contactos en exposiciones sociales amplias 20

Anexo 1: Manejo en Atención Primaria 22

Anexo 2: Esquema de seguimiento telefónico 23

Anexo 3: Valoración por Enfermería 24

1. MANEJO CLÍNICO

1.1. Evaluación clínica

1.1.1. Definición de caso

*Tabla 1. Códigos CIE para Medicina (*Enfermería)*

CASOS	DEFINICIÓN
Caso sospechoso Z20.828 (CIE-10) 0004 (NANDA)*	- Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad.
Caso probable Z20.828 (CIE-10) 0004 (NANDA)*	- Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PCR negativos. - Caso sospechoso con PCR no concluyente.
Caso confirmado con infección activa U07.1 (CIE-10) 0004 (NANDA)*	- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso con PCR positiva. - Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PCR negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos). - Persona asintomática con PCR positiva con IgG negativa o no realizada.
Caso confirmado con infección resuelta U07.1 (CIE-10) 0004 (NANDA)	- Persona asintomática con serología Ig G positiva independientemente del resultado de la PCR (PCR positiva, PCR negativa o no realizada).
Caso descartado Z03.818 (CIE-10) 0004 (NANDA)*	- Caso sospechoso con PCR negativa e IgM también negativa, si esta prueba se ha realizado, en el que no hay una alta sospecha clínica.

1.1.2. Manifestaciones clínicas

La principal sintomatología es:

- Fiebre, puede estar ausente en el 15-20% de los casos.
- Tos, generalmente no productiva, ocasionalmente hemoptoica
- Disnea: generalmente la insuficiencia respiratoria se desarrolla alrededor del 6-8º día del inicio.
- Diarrea, dolor abdominal
- Otros: ageusia, disgeusia, cefalea, artromialgias, diarrea…

La clínica se ha estratificado en sintomatología de bajo y alto riesgo de infección por SARS-CoV2, que puede ser útil para estratificación de los pacientes, con mayor o menor riesgo de la infección.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas de la COVID-19 y valor predictivo

Síntomas con alto valor predictivo		Síntomas sin valor predictivo
Tipo A	Tipo B	Tipo C
(síntomas del tracto respiratorio bajo, de inicio agudo) - Tos seca o productiva - Dificultad respiratoria sin otra causa que lo justifique	- Fiebre (T° ≥ 38°C) o febrícula (T° ≥ 37,5°C) con/sin escalofríos - Mialgias/artromialgias - Astenia - Cefalea - Pérdida del gusto u olfato (hiposmia-anosmia, hipogeusiadisgeusia)	- Dolor de garganta - Síntomas intestinales (Náuseas o vómitos, diarrea) - Síntomas nasales (congestión, secreción nasal, estornudos). - Síntomas oculares (congestión conjuntival, sensación de cuerpo extraño, sequedad ocular)

Alta sospecha	Baja sospecha
- Cualquier síntoma tipo A con/sin otros síntomas tipo B o C - ≥ 2 síntomas tipo B con/sin otros del tipo C - ≥3 síntomas tipo C	- Cualquier síntoma tipo C como síntoma único o combinados

Lan FY, Filler R, Mathew S, et al. COVID-19 symptoms predictive of healthcare workers' SARS-CoV-2 PCR results. PLoS One. 2020;15(6):e0235460. Published 2020 Jun 26. doi:10.1371/journal.pone.0235460

En la evaluación clínica, es importante considerar el antecedente epidemiológico de exposición (confirmada o probable) a personas con infección por SARS-CoV-2.

Se puede establecer una clasificación de gravedad en:

- Infección leve: sin disnea o ausencia de hipoxemia (Sat O2>95%)
- Infección moderada: disnea de moderados esfuerzos o saturación 90-95%, con valoración de la edad y presencia de comorbilidad.
- Grave: disnea de mínimos esfuerzos o de reposo, con Sat O2 < 90% y/o afectación del estado general.

1.1.3. Anamnesis y pruebas complementarias

Se realizará historia clínica como en cualquier infección respiratoria, pero en esta infección es muy importante determinar **la fecha de inicio de los síntomas**, así como la **comorbilidad,** que permitan orientar la probabilidad de complicación de la infección. Así mismo, los antecedentes epidemiológicos y síntomas presentes, orientarán hacia mayor o menor probabilidad de la infección.

Ante la situación actual, con aumento progresivo de la incidencia, debe establecerse elevado nivel de sospecha ante cualquier cuadro clínico de infección respiratoria, gastroenteritis o síndrome febril sin claro foco filiado.

1.2. Diagnóstico microbiológico

1.2.1. Diagnóstico microbiológico de la infección respiratoria

De forma consensuada en el grupo COVID del HGUA, así como con los coordinadores de los Centros de Atención Primaria del Departamento, la solicitud de test microbiológicos en el diagnóstico de la infección respiratoria se estratifica según la siguiente tabla.

Tabla 3. Solicitud de test microbiológicos en infección respiratoria de etiología viral

		SARS-Cov-2	Influenza
Centros sociosanitarios		X	X
Personal esencial*	Centros residenciales	X	X
	Resto	X	
Atención Primaria	Población general	X	
	Red centinela**	X	X
	Excepcional: factores de riesgo y tto<48-72h	X	X

* Personal esencial: sanitarios, cuerpos y fuerzas seguridad el Estado, docentes.

** En el caso de solicitud de PCR para Influenza por un facultativo de la Red Centinela, deberá escribir a mano en la petición de PCR para SARS-Cov-2 el siguiente texto: "Solicitud de PCR para Influenza por Red Centinela"

1.2.2. Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2

Se solicitarán test de diagnóstico microbiológico para SARS-CoV-2 en las siguientes situaciones:

- Pacientes con síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2
  - Infección respiratoria aguda.
  - Diarrea o síndrome febril sin clara focalidad clínica.
- Asintomáticos, en estudio de contactos según Salud Pública y Medicina Preventiva.

a) PCR de SARS-CoV-2

Es el método diagnóstico de referencia, basado en la detección de genes del SARS-CoV2. Su detección **no implica transmisibilidad**, puesto que es una prueba extremadamente sensible en la detección de material genético, que no implica presencia de virus viables, y puede permanecer positivo hasta 4-8 semanas tras el inicio de la infección. Actualmente se informa de forma semicuantativa:

- PCR positiva con Ct>30: implica baja carga viral, y menos probabilidad infectividad.
- PCR positiva con Ct<30: carga viral alta, infección activa.
- PCR negativa

La PCR puede determinarse en diferentes muestras:

- Aspirado nasofaríngeo: de elección test inicial.
- En hospitalización, ante alta sospecha con cuadro clínico moderado-grave también se realiza en esputo, heces o lavado broncoalveolar.

b) Detección de Ag SARS-Cov-2

El test rápido de detección de Antígeno (PANBIO COVID-19 de Abbott) es una técnica sencilla, basada en inmunocromatografía, que se realiza sobre muestra de **frotis nasofaríngeo con torunda especial, y con una lectura rápida en 15-30 minutos.**

Se ha realizado formación al personal de los Centros de Salud para su realización y lectura en el mismo lugar (*point-of-care)*. Sólo podrá realizar el test de Antígeno en los centros de salud el personal formado por microbiología para ello.

Según los informes de validación del fabricante presenta una sensibilidad del 93% y especificidad del 99%, con mayor rentabilidad en la primera semana tras inicio de los síntomas. Estudios preliminares realizados por el Instituto de Salud Carlos III y en diferentes hospitales de Madrid, confirman una especificidad cercana al 100%, pero una sensibilidad que oscila entre el 85-90%, realizados principalmente en población atendida en Servicios de Urgencias hospitalarios y unidades de hospitalización (infección moderada-grave).

Durante el mes de septiembre en el Hospital General de Alicante, se ha realizado un estudio de validación del Ag comparado con la PCR en aspirado nasofaríngeo, en población asintomática (N= 140), y en población con infección leve evaluada en Atención Primaria (N=352), con muestras obtenidas de forma centralizada en el hospital de campaña. La especificidad fue del 99% para todas las poblaciones, con diferencias en cuanto a la sensibilidad, en función de la presencia o no de síntomas, y de los días de evolución desde el inicio de la sintomatología.

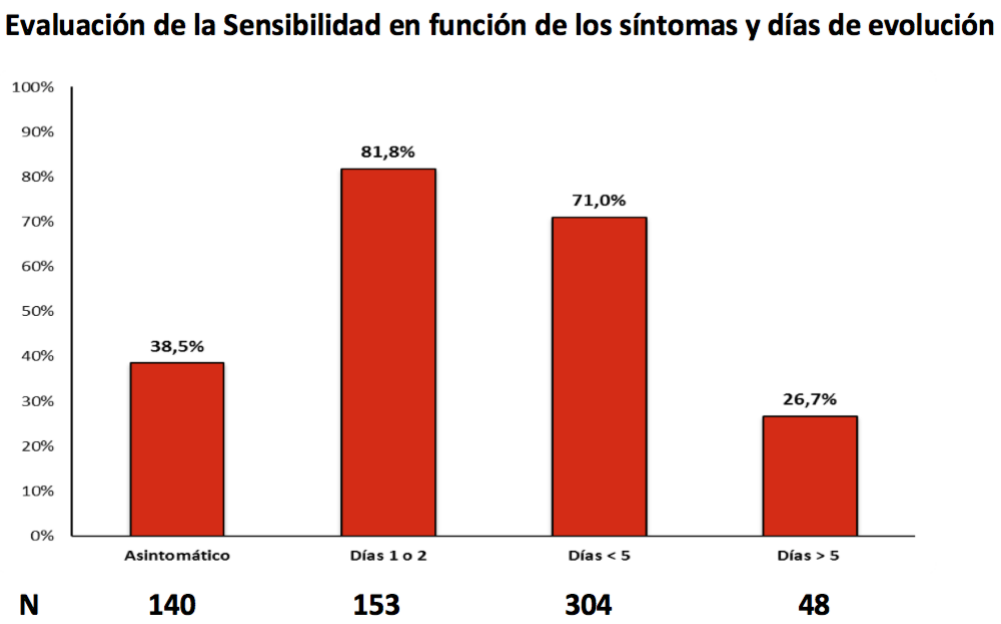


Figura 1. Validación del test rápido PANBIO COVID-19 en el HGUA

Por tanto, el antígeno ofrece sencillez en la toma de muestra, en su procesamiento directamente, pero debe realizarse idealmente en los primeros días de inicio de la sintomatología, por lo que se recomienda, plantear en la medida de lo posible circuitos de acceso rápido que permitan obtener la mayor rentabilidad de esta prueba.

Tabla 4. Características técnicas diagnósticas SARS-CoV-2: PCR y Ag

Clínica	PCR	Antígeno
Muestra	Aspirado nasofaríngeo	Torunda nasofaríngea específica
Procesamiento muestra	Laboratorio Microbiología (HGUA)	Punto de toma de muestra
Tiempo resultado	12-24 h (Variable, según número muestras a procesar)	30 minutos
Sensibilidad	85-90% Mínima variación con días de evolución	40% asintomáticos. 80% en días 1-2 evolución 70-75% días 3-5 26% con >5 días síntomas

Tabla 5. Posicionamiento del test PANBIO COVID-19 en el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2

Clínica		Antígeno	PCR
Asintomático		No indicado	Primera elección*
Sintomático	1 – 2 días	Primera elección	Alternativa (no indicada si Ag. negativo y baja sospecha clínica)
	3 – 5 días	Primera elección	Complementaria (si Ag. negativo y alta sospecha clínica) ¤
	> 5 días	No indicado	Primera elección

* Dentro de estudio de contactos

¤ Contacto epidemiológico, clínica muy sugestiva (ver Tabla 2, página 4)

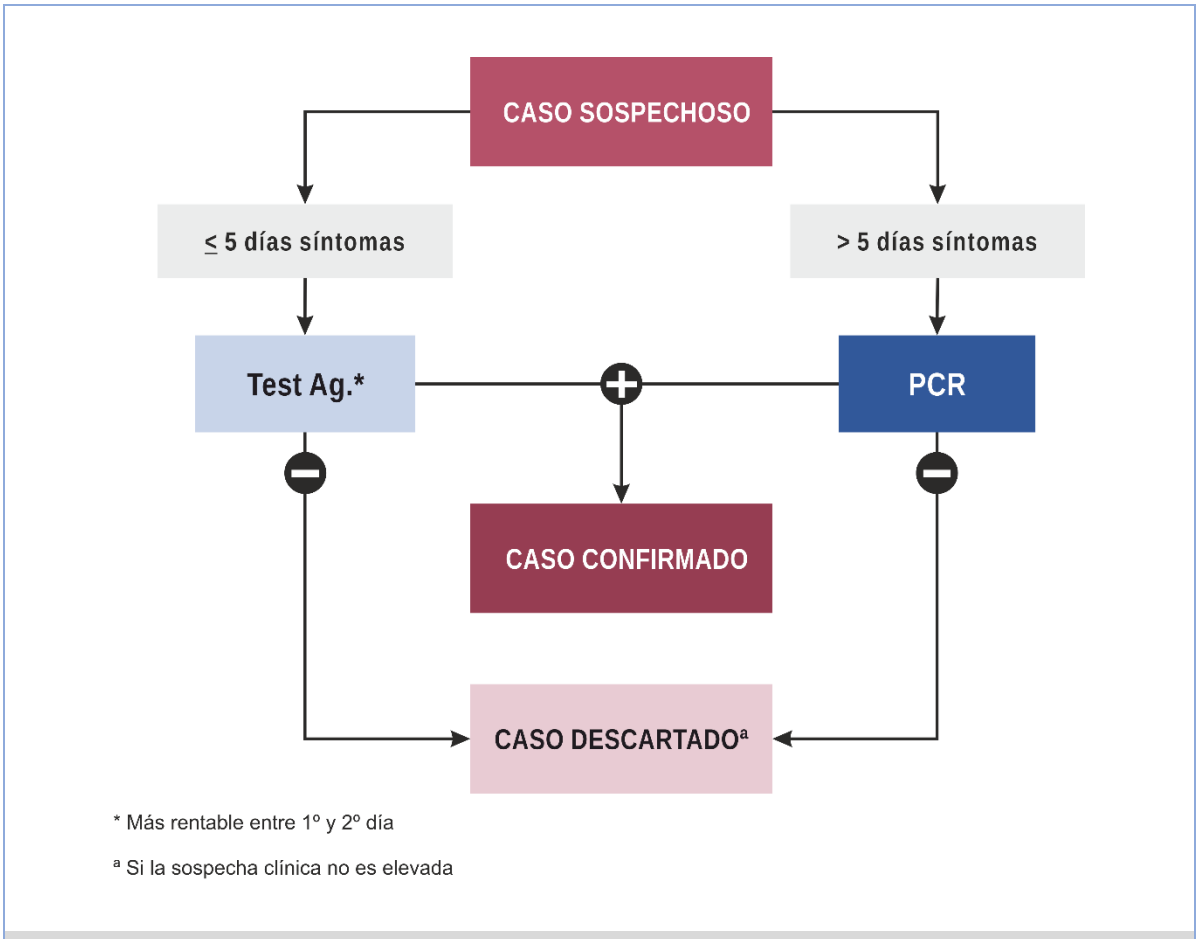


Figura 2. Flujograma de estudios microbiológicos disponibles desde Atención Primaria para diagnóstico de COVID-19

c) Serología

Indicada **a partir de la 2ª semana de inicio de sintomatología.** No está indicada para el diagnóstico de infección aguda.

Tabla 6. Serología SARS-CoV-2: interpretación y recomendaciones

Resultado		Interpretación	Recomendación
IgM	IgG		
-	+	Infección previa	No precisa medidas diagnósticas adicionales
+	+	infección reciente/pasada*	No precisa medidas diagnósticas adicionales
+	-	Sintomatología compatible: infección reciente	Realización de PCR para su confirmación
		Asintomáticos: probable falso positivo	
-	-	Ausencia de infección Infección muy reciente (< 14 días) Inmunodepresión: ausencia de respuesta serológica	Asintomático: no medidas diagnósticas adicionales Sintomático o alta sospecha clínica: realizar PCR

* IgM puede permanecer positiva entre 2-6 meses.

1.2.3. Diagnóstico microbiológico de gripe

La indicación del diagnóstico microbiológico de gripe en tiempo y forma adecuado está recomendada en **pacientes que se beneficien de tratamiento antiviral precoz;** según criterios establecidos por el CDC

- Paciente hospitalizado por gripe
- Enfermedad grave, complicada o en progresión.
- Pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones

Los **factores de riesgo de complicaciones**: los factores de riesgo de complicaciones de gripe se han publicado en las diferentes guías de manejo de la gripe, basados en los pacientes que desarrollan enfermedad grave, estableciendo grupos generales de patología, no bien definidos.

- Inmunodepresión severa: pacientes onco-hematológicos (especialmente LLC y MM), tratamiento con corticoides a dosis altas crónicas, esplenectomizados o con asplenia funcional.
- Mujeres embarazadas o puerperio (2 semanas post-parto)
- Obesidad mórbida (IMC > 40)
- Enfermedad pulmonar crónica: EPOC y asma grave.

- Otros (valoración individualizada): enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica avanzada y enfermedad metabólica: diabetes.

El **beneficio del tratamiento antiviral** está en relación directa con el **momento de la administración.** Así en infección leve con factores de riesgo: máximo en la administración tras las 48h (como mucho a las 72h) del inicio de la sintomatología.

Por todo ello, en Atención Primaria las indicaciones del diagnóstico microbiológico de gripe, quedan establecida en el marco de la Red Centinela, en personal de centros sociosanitario y de forma excepcional en pacientes con factores de riesgo muy seleccionado y de elevada gravedad (preferentemente remitidos para valoración hospitalaria), en los que se asegure la iniciación del tratamiento antes de las 48h (como mucho 72h), tras inicio de la sintomatología, puesto que no existe beneficio en infección leve y administración de tratamiento superior a tres días.

El diagnóstico se realiza mediante **PCR en aspirado naso-faríngeo.**

1.3. Control evolutivo

1.3.1. Seguimiento clínico

Se incluye el cuestionario telefónico, recomendado por la SEMFYC para seguimiento de los pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2 **(Tabla 7).**

Tabla 7. Cuestionario de evaluación telefónica para seguimiento domiciliario de paciente con COVID-19 (Adaptado a partir de cuestionario recomendado por la SEMFYC

Cuestionario de evaluación clínica telefónica en el seguimiento domiciliario del paciente infectado o con sospecha de infección por SARS-CoV-2			
Respecto a la última vez que contactamos con usted, ¿cómo se encuentra hoy?	Mejor	Igual	Peor
PREGUNTAS		SI	NO
Temperatura			
Fiebre alta ≥ 39 ºC			
Tos			
- Tos persistente que le dificulta la alimentación e hidratación			
Disnea grave a severa (clases III-IV de la escala NYHA)			
- Se fatiga al levantarse y empezar a caminar o en reposo			
- Duración de dificultad respiratoria no grave más allá de 10 días			
- Taquipnea: habla entrecortada o dificultad para mantener la conversación			
- Incapacidad para realizar cualquier tipo de actividad física			
Dolor torácico tipo pleurítico			
- Dolor costal que le dificulta la respiración, de nueva aparición o empeoramiento de dolor previo			
Hemoptisis			
Deterioro de nivel de consciencia (si existen dudas en entrevista con enfermo, preguntar siempre que sea posible a otra persona que esté en ese momento con el enfermo)			
- Deterioro de nivel de consciencia y nivel de alerta			
- Responde de forma confusa a las preguntas			
Vómitos incoercibles que le impiden la alimentación			
Diarrea abundante (≥ 10 deposiciones en un día o entre 5-10 durante más de 3 días)			
En los seguimientos posteriores al 72 día deben considerarse:			
- Duración de la fiebre (> 38 2C) superior a 7 días			
- Duración de la tos superior a 14 días			

En relación a este cuestionario, consideramos que **debe evaluarse de forma sistemática cualquier grado de disnea.**

Dado que la **insuficiencia respiratoria en pacientes COVID19 es paucisintomática**, y la importancia de valorarla desde su inicio, proponemos añadir al cuestionario de la SEMFYC, las siguientes preguntas:

- ¿Disnea al ir al baño o caminar por casa?
- ¿Taquipnea o mayor dificultad respiratoria al moverse por su casa?
- Pedirle que camine, y observe si comienza con taquipnea o habla entrecortada.

Se propone establecer diferente estrategia de seguimiento telefónico, teniendo en cuenta dos factores:

- Estratificación del riesgo.
- Cronología: fecha de inicio de síntomas.

Actualmente se han establecido principales **factores de riesgo** de desarrollo de enfermedad grave, por lo que es importante identificarlos en la valoración inicial, que permita catalogar a un paciente como de alto riesgo de complicaciones **(Tabla 8).**

La cronología de la enfermedad es característica, con el **inicio de síntomas de gravedad** (principalmente la disnea) entre el **día 7-10 tras inicio de los primeros síntomas,** por lo que, **en pacientes de riesgo, debe realizarse un seguimiento /entrevista exhaustiva en este período temporal.**

1.3.2. Estrategia de seguimiento

Se propone, por tanto, diferente estrategia de seguimiento en función de la identificación del riesgo del paciente. Se plantea la realización de seguimiento telefónico por parte de enfermería de forma inicial, con valoración médica (presencial o telefónica), en función del tiempo de evolución y de la presencia de signos alarma, según el cuestionario estructurado propuesto por la SEMFYC.

Ante signos de alarma (según cuestionario anterior), el paciente debe ser valorado por MFYC para considerar derivación al Servicio de Urgencias hospitalario.

En pacientes con **inmunosupresión severa** (pacientes hematológicos, oncológicos con quimioterapia activa, trasplantes), aunque presenten cuadro clínico leve, se contactará con su Servicio correspondiente para valoración clínica en consulta en el hospital.

Tabla 8. Estratificación de riesgo y propuesta de seguimiento en Atención Primaria de casos COVID-19

Estratificación	Seguimiento telefónico	Valoración médica
Riego alto - ≥ 65 años - Institucionalizado - Inmunodeprimido - Enfermedad pulmonar crónica o asma moderada a severa - Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión) - Obesidad severa (IMC ≥ 40 kg/m2) - Diabetes mellitus - Enfermedad renal crónica (en diálisis) - Enfermedad cerebrovascular - Hepatopatía crónica - Tabaquismo	Cada 48 horas Considerar c/24 horas entre el 7-10 días según situación clínica	- Programar cita (telefónica/presencial) MFYC o Pediatría (agenda 002) para 7º día desde inicio de síntomas y/o ante la mínima duda de descompensación del paciente
Riesgo moderado - 20 a 64 años sin ninguna de las comorbilidades listadas en riesgo alto - < 20 años con enfermedades de base distintas de las enumeradas anteriormente	Cada 72 horas.	- Si signos de alarma*
Riesgo bajo - <20 años sin enfermedades de base	Inicial, 7º día y 10º día del inicio de síntomas	- Si signos de alarma*

1.3.3. Derivación a urgencias

Dado que actualmente disponemos de un tratamiento como Remdesivir, cuya eficacia solo se ha demostrado entre los primeros 7-10 días de inicio del cuadro clínico (autorizado por el Ministerio solo

en los primeros 7 días tras inicio de síntomas) en pacientes con neumonía e insuficiencia respiratoria, consideramos dos aspectos:

- Es importante derivar de forma precoz a los pacientes al hospital.
- Dado que la insuficiencia respiratoria en estos pacientes es paucisintomática, es importante evaluar la taquipnea o disnea ante moderados-grandes esfuerzos, como expresión de inicio de insuficiencia respiratoria.

Por tanto, se plantean los siguientes criterios de derivación a Urgencias, en función de que la valoración sea presencial o telefónica.

a) Mediante valoración presencial

- Saturación basal O2 <95% (pacientes jóvenes/sin comorbilidad) o < 92-93% para pacientes >60 años o con comorbilidad cardiopulmonar.
- Disnea u otros signos de compromiso respiratorio (cianosis, utilización musculatura accesoria, habla entrecortada) o disnea progresiva.
- Frecuencia respiratoria >20 rpm
- FC>100 lpm (valoración si coexistencia de fiebre).
- Hipotensión: PAS <90mHg o PAD<60mmHg
- Signos de confusión aguda, letargia o desorientación.
- Dolor costal pleurítico o signos clínicos de sospecha de neumonía.
- Vómitos incoercibles o diarrea intensa.

b) Mediante valoración telefónica

- Disnea de moderados esfuerzos o disnea rápidamente progresiva.
- Dolor torácico opresivo.
- Disminución significativa de la diuresis.
- Hemoptisis
- Deterioro del estado general.

1.3.4. Criterios de realización de Rx tórax

En pacientes con cuadros clínicos leves, sin factores de riesgo de gravedad, pero con persistencia de la sintomatología en el tiempo (fiebre, tos >1 semana de evolución), se valorará la realización de radiografía tórax postero-anterior y lateral. Se solicitará al Servicio de Radiología en el que habitualmente se realicen las radiografías urgentes del centro. Ante presencia de infiltrados se remitirá al Servicio de Urgencias para valoración. En caso de radiografía normal, continuará su seguimiento en Atención Primaria.

1.3.5. Traslado hospitalario

Para el traslado al hospital, bien desde un centro extrahospitalario o bien desde el domicilio, se contactará con el 112 que organizará el traslado en condiciones adecuadas. De forma orientativa:

- Pacientes leves: medios propios.
- Pacientes con infección moderada: medios propios o transporte no asistido (TNA-ambulancia convencional).
- Pacientes con infección grave: contactar con CICU a través del 112.

1.3.6. Alta clínica

Se dará el alta clínica desde Atención Primaria, cuando se cumplan estos tres criterios clínicos:

- Tras 14 días desde el inicio de los síntomas, puesto que se sobrepasa el período crítico de la enfermedad.
- Al menos tres días afebril.
- Clara mejoría de la clínica respiratoria: ausencia de disnea y de taquipnea (<22rpm) y saturación de O2 basal adecuada a las características del paciente.

Vale recordar que al alta de seguimiento no es necesario solicitar PCR ni estudio serológico *(ver Manejo de aislamiento de casos covid-19, pag 18)*

1.4. Seguimiento post COVID-19

1.4.1. Seguimiento del paciente hospitalizado por COVID-19

De forma sistemática, se ha establecido por parte del equipo COVID una consulta de seguimiento de todos los pacientes hospitalizados por COVID19.

En el informe de alta hospitalaria, se informa de la consulta VIRTUAL que se realizará a las 8 semanas desde el alta hospitalaria. Se realizará un cuestionario estructurado, telefónico de evaluación de síntomas. En ausencia de síntomas y recuperación completa del estado del estado de salud, se dará el alta completa. En caso de presencia de sintomatología persistente, de cualquier tipo (sistémica, respiratoria, neurológica, etc…) se citará presencialmente en una consulta coordinada por nuestro equipo, que se realiza los miércoles en el hospital de campaña, en la que se realizará:

- Evaluación clínica y exploración física completa.
- Analítica, con hemograma, bioquímica completa y perfil inflamatorio.
- Rx tórax.
- Espirometría, de forma individualizada en pacientes con persistencia de disnea.
- Derivación en función de los síntomas a consultas especializadas: Neumología, Medicina Interna, Neurología, Dermatología, etc.

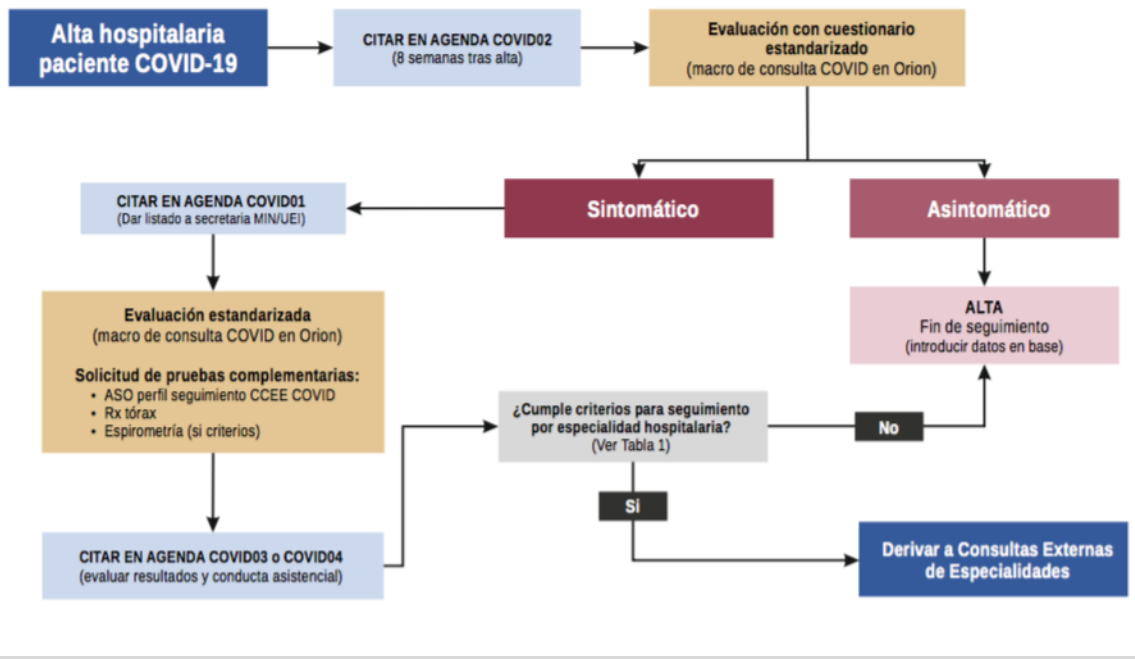


Figura 3. Seguimiento al alta hospitalaria COVID-19 (Ver. 1; última versión en: bit.ly/altacovid19)

1.4.2. Seguimiento paciente ambulatorio

Los pacientes con infección por COVID-19 que no han precisado ingreso hospitalario, realizarán seguimiento clínico en función de la sintomatología que presenten en Atención Primaria.

Como datos orientativos, durante el mes de junio y julio, se ha realizado en nuestro centro una consulta de seguimiento de COVID en la que se han en evaluado cerca de 300 pacientes, con incidencia de sintomatología residual del 58% para pacientes con neumonía grave y del 37% para paciente con neumonía leve, fundamentalmente síntomas sistémicos (mialgias, astenia cerca del 30%) respiratorios (tos, disnea, 25%) que disminuye progresivamente en intensidad con en las 4-8 semanas posteriores.

Por tanto, se recomienda seguimiento en Atención Primaria, con derivación a la consulta COVID hospitalaria, ante la presencia de síntomas de elevada intensidad (tos, disnea, mialgias, astenia…) sin otras alteraciones clínicas que los justificaran, o ante la **persistencia durante más de 12-16 semanas.**

Para ello, se realizará una **interconsulta a Medicina Interna**, especificando para citación en **consulta seguimiento COVID.**

2. GESTIÓN DE CASOS Y CONTACTOS

2.1. Gestión de casos

2.1.1. Detección de casos covid-19

- Cuando se solicite una PCR o test de Antígeno (atención a indicaciones manejo del test de Ag) a cualquier CASO SOSPECHOSO:
  - Se utilizará el código diagnóstico CIE-10: Z20.828-CASO POSIBLE COVID-19 SIN PCR (facultativos) y el código diagnóstico NANDA:0004-RIESGO DE INFECCIÓN (enfermería).
  - Se indicará el **aislamiento domiciliario** del caso de sospecha y de sus convivientes/contactos estrechos, hasta conocer el resultado de la PCR.
  - En el caso en el que el caso sospechoso o alguno de los convivientes del caso sospecho se trate de un trabajador sanitario del Departamento de Salud Alicante-Hospital General, se comunicará al Servicio de Medicina Preventiva del HGUA al teléfono 965933346/699 439 131 (indicando el nombre, teléfono y SIP del trabajador) donde se indicará cómo proceder.
- **Si la PCR resulta negativa**, y **NO** hay **alta sospecha clínica**, el caso sospechoso pasará a ser CASO DESCARTADO y se suspenderá la recomendación de aislamiento del caso y de los convivientes.
- **Si la PCR resulta negativa** pero **SÍ** existe **alta sospecha clínica** de COVID-19, se mantendrá el aislamiento del caso y de sus convivientes/contactos estrechos y se repetirá la PCR a las 48 horas con una nueva muestra. Si la PCR continúa siendo negativa, y la sospecha clínica alta y han transcurrido varios días (al menos 7-10 días) desde el inicio de los síntomas, se podrá plantear la realización de serología para la detección de IgM. Durante este tiempo se mantendrá el aislamiento del caso y de sus convivientes/contactos estrechos.
- Si la **PCR resulta positiva,** el caso sospechoso pasará a ser un CASO CONFIRMADO:
  - Se utilizará el diagnóstico CIE-10:U07.1 COVID-19 (facultativos) y el código NANDA: 0004-RIESGO DE INFECCIÓN (enfermería).
  - Se realizará el estudio de contactos identificando a convivientes y no convivientes (ver punto 2). Para los casos confirmados se utilizará la hoja de Seguimiento CASO COVID-19 y para los contactos se utilizará la hoja de seguimiento CONTACTO COVID-19. Se introducirán los nombres, teléfonos y SIP de los contactos (muy importante que conste el número de SIP). Si alguno de los contactos es de otra Comunidad Autónoma, se comunicará a Salud Pública al correo electrónico: epi_cspalacant@gva.es.
- **Si se ha realizado el test de Antígeno:**
  - Si está realizado entre los días 1 o 2 desde el inicio de los síntomas: el resultado obtenido será aceptado. Si positivo pasa a considerarse CASO, si negativo para a ser CASO DESCARTADO. Valorar solicitar PCR solo si alta sospecha clínica.
  - Si está realizado entre los días 3 y 5 de inicio de los síntomas: si el resultado es positivo pasa a considerarse CASO. Si el resultado es negativo, es conveniente realizar una PCR.

2.1.2. Manejo de aislamiento de casos covid-19

- **Casos sintomáticos que NO han requerido ingreso hospitalario**: Se mantendrá hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. No será necesario realizar PCR ni serología para levantar el aislamiento.
- **Casos asintomáticos**: el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico. Si en algún momento del seguimiento el caso asintomático presentara síntomas, pasará a considerarse caso sintomático y el aislamiento se retiraría según la recomendación del punto anterior. No será necesario la realizar una PCR ni serología para levantar el aislamiento.
- **Casos que han requerido ingreso hospitalario**: aquellos pacientes dados de alta de hospitalización desde el Hospital General Universitario de Alicante, tendrán seguimiento por Medicina Preventiva, quien dará las recomendaciones para retirada de aislamiento. En cualquier caso, si antes del alta se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo, se podrá desaislar al paciente. El seguimiento clínico de estos pacientes podrá ser realizado de forma concomitante por el MFyC o PEAP del paciente.

2.1.3. Pautas específicas de manejo de aislamiento de casos covid-19

Si el caso COVID-19 se trata de:

- **Un alumno o docente de un centro educativo**: podrá incorporarse al centro cuando se haya cumplido el periodo de aislamiento, según los puntos previos. En ningún momento será necesario un certificado médico para la reincorporación al centro educativo.
- **Trabajador Sanitario del Departamento de Salud Alicante-Hospital General**: se comunicará al Servicio de Medicina Preventiva del HGUA (teléfono 965 93 33 46/699 439 131), que realizará la indicación de aislamiento, seguimiento y retirada del mismo. Esta actuación será complementada por el seguimiento clínico por parte del profesional sanitario que esté realizando el seguimiento desde Atención Primaria.
- **Trabajador socio-sanitario:** para la reincorporación a su puesto de trabajo será necesaria una PCR con resultado NEGATIVO o una serología con IgG POSITIVA.
  - Si se trata de un caso asintomático: Se realizará la PCR transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.
  - Si se trata de un caso sintomático que no requirió ingreso hospitalario: se realizará PCR transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.
  - Si el caso requirió ingreso hospitalario y fue dado de alta sin PCR negativa: se realizará PCR transcurridos 3 días desde la resolución de los síntomas y con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas.

- Si la PCR continúa siendo positiva, se solicitará serología. Si se detecta IgG POSITIVA, se considerará infección resuelta (fuera del periodo de transmisibilidad) y se retirará el aislamiento. En esta interpretación no se tendrá en cuenta el resultado del IgM ni de la IgA.

- **Trabajadores que NO sean sanitarios o sociosanitarios**, serán manejados de la misma forma que la población general en cuando al aislamiento.

2.2. Gestión de los contactos de un caso

Ante un CASO SOSPECHOSO, está indicado el aislamiento en sus contactos estrechos/convivientes hasta conocer el resultado de la prueba (NO está indicado el aislamiento de sus contactos estrechos NO convivientes, con excepción de contactos muy estrechos como la pareja). **NO se solicitará PCR a los contactos hasta que el caso sea confirmado**.

Ante un CASO CONFIRMADO se realizará estudio de contactos, identificando contactos estrechos convivientes y no convivientes.

2.2.1. Detección de los contactos

- Se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante más de 15 minutos (sin protección). En entornos en los que se pueda valorar el seguimiento de las medidas de prevención, incluido el uso correcto y continuado de la mascarilla, se realizará una valoración individualizada.
- El periodo a considerar será **desde 2 días antes del inicio de los síntomas** del caso, hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico (fecha de petición de la PCR).
- Se introducirán los datos de los contactos en la hoja de seguimiento del CASO COVID-19 del CASO CONFIRMADO (importante que incluya el nombre, teléfono y SIP). Para el seguimiento de los contactos se utilizará la hoja de seguimiento CONTACTO COVID-19.

2.2.2. Manejo de aislamiento de los contactos:

- Vigilancia y **cuarentena durante 10 días** a partir del día del último contacto con el caso confirmado. En caso de ser conviviente y no poder garantizar el aislamiento del caso, la cuarentena se prolongará 10 días desde el final del aislamiento del caso. Una vez concluido el aislamiento de 10 días y hasta el día 14, la persona deberá mantener una vigilancia estrecha sobre si misma por la posible aparición de síntomas y consultar con su centro de salud si así ocurriese. También se compromete a extremar las medidas de precaución durante este tiempo.
- NO está indicado el aislamiento de los contactos de un contacto asintomático.
- Si la persona se encuentra desplazada fuera de su localidad de residencia, **se permitirá el retorno a su lugar de residencia** para la finalización de la cuarentena, siempre y cuando el desplazamiento se realice en un medio de transporte privado.

- Está indicada la realización de **PCR a todos los contactos estrechos** en el momento de la identificación del contacto:
  - Que la PCR realizada a un contacto resulte NEGATIVA, NO le exime de la cuarentena.
  - Si la PCR realizada a un contacto resultara POSITIVA, el contacto pasaría a ser considerado CASO CONFIRMADO, y a ser manejado como tal.
- Durante el **seguimiento y cuarentena** de los contactos estrechos con PCR NEGATIVA:
  - Si un contacto presentara algún SÍNTOMA, pasará a ser considerado CASO SOSPECHOSO y a ser manejado como tal (realizándose de nuevo una 2ª PCR si la primera resultó negativa e indicando el aislamiento de sus contactos estrechos/convivientes).
  - Si el contacto sigue ASINTOMÁTICO al finalizar su periodo de cuarentena, se retirará la recomendación de aislamiento y podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual. No será necesario realizar PCR ni serología para levantar el aislamiento.

2.2.3. Estudio de contactos en el centro educativo

Ante un CASO SOSPECHOSO en un paciente de un centro educativo (alumno o profesor):

- Los CONTACTOS estrechos/convivientes del caso sospechoso deberán realizar aislamiento hasta conocer el resultado de la PCR. Si el resultado es negativo, y la sospecha clínica es baja, se retirará la recomendación de aislamiento.
- NO está indicado el aislamiento de los CONTACTOS del centro educativo (sólo se realizará tras la confirmación del caso).
- NO está indicado el aislamiento de los hermanos/as o familiares convivientes de UN CONTACTO.

Ante un CASO CONFIRMADO en un centro educativo (alumno o profesor):

- Se realizará el estudio de contactos de los convivientes y no convivientes, de la misma manera antes expuesta.
- Para la realización del estudio de contactos dentro del centro educativo el responsable COVID del mismo y Salud Pública realizarán el censo de contactos del alumnado (tanto del aula, comedor y como transporte colectivo) y/o de los trabajadores del centro educativo y enviará la ficha correspondiente al centro de Salud Pública. A partir de entonces será solicitada la PCR a los contactos de forma centralizada.

2.2.4. Estudio de contactos en exposiciones sociales amplias

El estudio de contactos de las exposiciones sociales que involucren a más de 20 personas serán tratados como eventos con exposición masiva y serán coordinados por el Centro de Salud Pública correspondiente. Si se detecta desde Atención Primaria una exposición de estas características, se avisará a Salud Publica a través del correo electrónico: epi_cspalacant@gva.es.

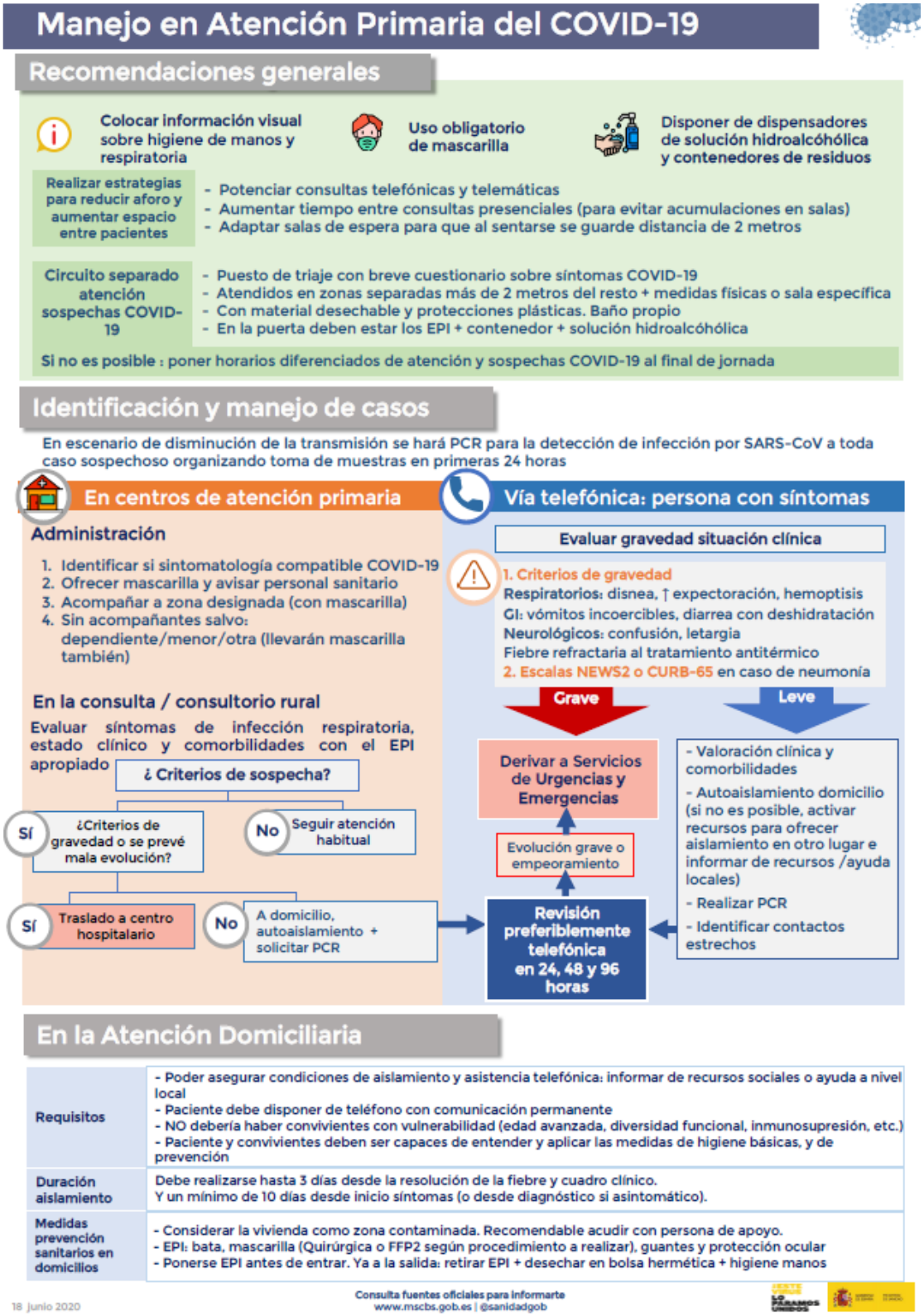
El presente escrito constituye un resumen en continua actualización de aplicación interna en el ámbito de la Atención Primaria del Departamento de Salud-Alicante Hospital General de las recomendaciones basadas en los siguientes documentos:

- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Actualizado del 04 de noviembre de 2020.

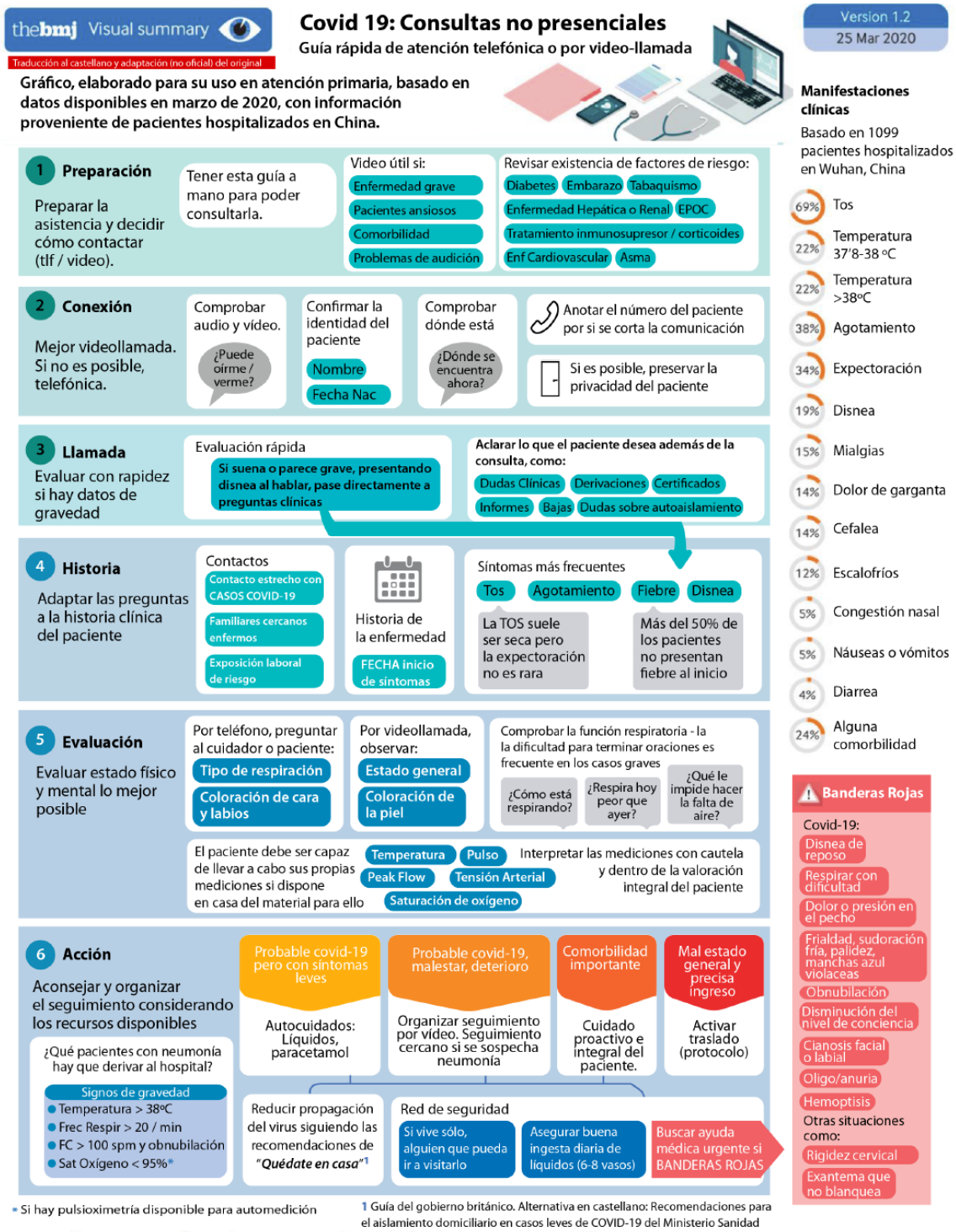
- Casos y contactos de COVID-19 en los centros educativos de enseñanzas no universitarias de la Comunitat Valenciana durante el curso 2020-2021. Actuaciones del Sistema Sanitaria. Fecha 08-09-2020.

- Criterios para la organización asistencia en la nueva normalidad en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. Fecha 03-09-2020

Anexo 1: Manejo en Atención Primaria



Anexo 2: Esquema de seguimiento telefónico



Anexo 3: Valoración por Enfermería

"ES POSIBLE QUE RECIBA LLAMADAS DE TELEFONO CON NUMERO OCULTO O PRIVADO, DEBIDO A LA SATURACION DE LAS LINEAS"

PRIMERA VISITA

Buenos días, soy EL ENFERMERO/A ..... Y le llamo del centro de salud DE San Vicente 1 para realizar el seguimiento de los síntomas que tiene a consecuencia de la infección que tiene posiblemente por el Coronavirus, ya que su médico EL DR ..... le ha citado conmigo ¿Me puede facilitar su número de tarjeta sanitaria SIP, por confidencialidad?

- El paciente se niega a hablar conmigo por teléfono, ya que opina que es una estafa telefónica. Se le insiste en que le estoy hablando desde Conselleria de Sanidad, pero me cuelga el teléfono.
- Mañana, volveremos a intentar contactar con el paciente e informar al médico

- Sabe que se tiene que poner el termómetro dos veces al día. ¿Qué fiebre ha tenido?
    - Se refleja la última lectura en la gráfica y la anterior en la historia clínica. Tras la toma de antitérmico le tiene que bajar la fiebre en dos horas. Si tiene fiebre llamar cada día.
    - Si la fiebre permanece por encima de 39º y los antitérmicos que está tomando (paracetamol y similares) no están consiguiendo disminuirla. Citación al médico.
    - Debido a que la fiebre no le baja ni con la administración oral de antitérmicos, se cita con su médico.

- ¿Tiene dolor de garganta?

- ¿Tiene tos o ha tenido tos? ¿Qué tal va? ¿Se ha agravado en el último día?
    - Debido a que se ha agravado la tos en el último día, se cita con su médico.

- ¿Tiene dificultad para respirar?
    - Debido a que se ha agravado la dificultad, se cita con su médico.

- Cualquier signo de gravedad de otra índole (alteración de la consciencia, ...)
    - Debido a que se ha agravado su estado de consciencia o similar, se cita con su médico.

- ¿Está aislado/a en una habitación? Tenga en cuenta la ventilación y que tiene que tener una papelera para desechar los pañuelos desechables.

- ¿Tiene un aseo para usted solo/a? Si no es así cada que lo utilice habrá que lavarlo con lejía.

-
- Si tiene contacto con los familiares usa las medidas protección mascarilla y el lavado de manos con agua y jabón y solución hidroalcohólica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA:

- 00004 Riesgo de infección
- 00007 Hipertermia
- 00013 Diarrea
- 00093 Fatiga

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- 6610 Identificación de riesgos
- 5240 Asesoramiento
- 8180 Contacto telefónico
- 8190 Seguimiento telefónico
- 8100 Derivación