



**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO  
EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS  
EL ALTA HOSPITALARIA DE  
PACIENTES ADULTOS CON  
INFECCIÓN POR COVID-19**

**23 de abril 2020**

Dirección técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios.

Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria

Gerencia Regional de Salud



**23 de abril de 2020**

## **PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN POR COVID-19**

El presente documento pretende ser una ayuda a los profesionales de atención primaria en el seguimiento de los pacientes que han presentado una infección por SARS-CoV-2 grave o moderada, que ha requerido ingreso hospitalario, y trata de ser un complemento a las recomendaciones que figuren en el informe de alta hospitalaria.

Existen escasas evidencias disponibles y esta propuesta puede cambiar según se adquieran nuevos conocimientos o si la situación epidemiológica así lo requiriese.

En cada paciente con infección por COVID-19 siempre se tendrá en cuenta la clínica que ha presentado el enfermo durante su ingreso hospitalario y las indicaciones de seguimiento aconsejadas en el informe de alta hospitalaria. Se deberán controlar las alteraciones y afectaciones orgánicas descritas en el informe de alta, además del control del resto de las comorbilidades que ya padecía el enfermo antes de la infección por COVID-19

Los hospitales deberán contactar con Atención Primaria y remitir el informe clínico lo más completo posible al EAP responsable del seguimiento del paciente.

### **PACIENTES CON PCR POSITIVA AL ALTA HOSPITALARIA**

El paciente con PCR positiva al alta precisa aislamiento y seguimiento antes de considerarlo como alta microbiológica o epidemiológica.

Según se describe en el documento “Procedimiento de actuación frente enfermedad por SARS-CoV-2” de fecha 11/04/2020 del Ministerio de Sanidad, *“los casos probables y confirmados que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener **aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria**, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.”*

Para esto es necesario valorar si el domicilio o residencia del paciente presenta las condiciones necesarias para ese aislamiento, y de no ser así, completarlo en la hospitalización o en un recurso intermedio.



Según la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), *“el hecho de dar positivo en una prueba de PCR no significa necesariamente que la persona aún pueda contagiar. La PCR detecta material genético del virus, no necesariamente virus infeccioso”*. Por tanto, no sería necesario confirmar la negativización de la PCR para finalizar el aislamiento. No obstante, la falta de certidumbre no es asumible en algunos profesionales, como sanitarios y sociosanitarios, por lo que en esos casos es muy aconsejable la confirmación de la negativización.

Por tanto en esos profesionales (o en situaciones asimilables en las que se considere imprescindible), para finalizar el aislamiento y siempre que haya permanecido afebril sin antitérmicos los últimos tres días, se realizarán PCR con la frecuencia que se establezca, que no debe ser inferior a 3 días.

#### **PACIENTES CON PCR NEGATIVA AL ALTA HOSPITALARIA**

El paciente que sea dado de alta tras PCR de control negativa no requiere aislamiento domiciliario siempre que tenga mejoría clínica y haya permanecido afebril durante los últimos tres días.

Hay un porcentaje de pacientes, con alta sospecha de infección por COVID y PCR repetidamente negativas durante el ingreso. En estos casos, debería realizarse un test de anticuerpos IgM e IgG si no se ha realizado previamente, para valorar situación inmunológica y confirmar el diagnóstico. Se deberá mantener aislamiento hasta resultados serológicos.

El paciente que sea dado de alta con PCR seriadas negativas (por elevada sospecha de infección COVID) y con serología IgM + e IgG + deberá repetirse la serología hasta seroconversión de IgM y mantener aislamiento hasta la misma.

El paciente que sea dado de alta con PCR seriadas negativas y con serología IgM negativa e IgG positiva no precisa aislamiento domiciliario.

## SEGUIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

### EN CASO DE PERMANECER CON PCR POSITIVA

- Se realizará un primer contacto telefónico a las 24- 48 horas después del alta.
- Seguimiento telefónico sucesivo: cada 48 horas la primera semana, cada 72 horas la segunda semana.
- Para programar el seguimiento tanto telefónico como presencial (en consulta de respiratorio), o domiciliario, siempre se tendrá en cuenta el estado clínico del paciente.
- El equipo de atención primaria decidirá si dicho contacto telefónico es realizado por el personal médico o de enfermería, en función de la organización del mismo y las características del paciente.

### EN CASO DE PRESENTAR PCR NEGATIVA

En función del estado clínico del paciente se programará seguimiento telefónico, atención domiciliaria o visita presencial, con la cadencia y organización relatada en el anterior punto

### ASPECTOS A VALORAR EN EL SEGUIMIENTO

<b>Informe de alta hospitalaria</b>	Afectación orgánica, alteraciones analíticas, radiológicas, coagulación, QT...
<b>Entrevista clínica y exploración</b>	Apetito, fuerza, movilidad, alteraciones cognitivas, síntomas y signos respiratorios, cardiacos, digestivos, neurológicos, dermatológicos,...
<b>Criterios de gravedad o empeoramiento</b>	Disnea (si ha aumentado o ha vuelto a aparecer), dolor pleurítico, aumento de tos, reaparición de la fiebre, taquipnea, confusión o desorientación, expectoración purulenta o con sangre, dificultad para comer o beber, vómitos incoercibles, diarrea abundante, signos de enfermedad trombotica (dolor torácico, dolor abdominal, dolor e inflamación de extremidades)
<b>Revisión de la medicación</b>	Adherencia, tolerancia, reacciones adversas, control de riesgos e interacciones medicamentosas.
<b>Anamnesis sobre enfermedades concomitantes y factores de riesgo</b>	Enfermedades cardiovasculares, EPOC, insuficiencia renal crónica, diabetes, etc.



<b>Evaluar estado emocional y valorar la necesidad de apoyo psicológico</b>	Estado de ansiedad, insomnio, depresión...
<b>Valoración de la dependencia y de situaciones de especial vulnerabilidad</b>	Sí precisa, derivar a Trabajador Social.
<b>Valoración del cumplimiento de medidas de aislamiento</b>	Informar sobre protocolo de aislamiento/cuarentena en domicilio. Insistir en la importancia de mantener y cumplir las medidas de aislamiento domiciliario. Valorar la situación de convivientes

Ante la presencia criterios de gravedad y/o empeoramiento de los síntomas el médico de atención primaria valorará la necesidad de seguimiento telefónico diario, visita a domicilio o derivación a hospital.

**En todo caso el personal sanitario adoptará las medidas de protección adecuadas.**

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

- Cuando se realice valoración clínica presencial ésta comprenderá inspección del paciente, auscultación respiratoria, medición de la frecuencia respiratoria y cardiaca, Y pulsioximetría. Se valorará la necesidad de auscultación cardíaca y medición de la presión arterial.
- **Se realizará con el profesional adecuadamente protegido y desinfección posterior del material.**

#### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- **Radiografía de tórax**
  - Las neumonías leves o los cuadros respiratorios leves no precisaran seguimiento radiológico a no ser que presenten un empeoramiento clínico.
  - En **neumonías graves se precisa control radiológico a las 6-8 semanas**, salvo otras indicaciones en informe de alta.
- **Analítica**
  - Se recomienda a las dos semanas o cuando esté indicado según alteraciones analíticas al alta o comorbilidad del paciente.
  - Se recomienda, **hemograma, función renal y función hepática**
  - Seguimiento de las alteraciones que existieran al alta (LDH, CK, Dímero D, coagulación, ferritina, alteraciones hidroelectrolíticas, etc.).



- Se tendrán en cuenta las comorbilidades del paciente y cualquier otra indicación que conste en el informe de alta.
- **ECG**
  - Se revisará si en el informe de alta figura la existencia de un alargamiento de espacio QT atribuible a la medicación administrada (hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir, azitromicina).
  - En todo caso repetir ECG especialmente si el  $QT \geq 480$  ms, si se mantiene medicación que prolongue QT, o si hay alteraciones hidroelectrolíticas, alteración de la función renal.
- **Otras pruebas**
  - Programar las pruebas necesarias para el control de las enfermedades concomitantes

#### **ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO:**

**Se recomienda una estrategia de revisión y deprescripción de fármacos que no mejoren el pronóstico vital ni sean fundamentales para el control sintomático.**

- **Tratamiento antitrombótico**
  - Algunos pacientes durante el ingreso realizan tromboprofilaxis con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), sobre todo en casos de infección severa debido a una elevación del dímero D y fibrinógeno..
  - En los pacientes que no han tenido problemas tromboembólicos, durante el ingreso, se suele aconsejar continuar en su domicilio con la profilaxis que tuviera durante el ingreso, al menos durante 7 días, salvo otra indicación que figure en el informe de alta
  - Si la inmovilización va a ser prolongada, se considerará mantener más tiempo, a dosis profiláctica, especialmente en pacientes con factores de riesgo previsto para Enfermedad tromboembólica.
  - Se recomendará la deambulacion y realización de ejercicios de extremidades inferiores.
- **Otras consideraciones sobre tratamientos farmacológico:**
  - Se recomienda no introducir **IECA/ARA-2** hasta superar la infección, siempre que haya otras alternativas disponibles, y **evitar AINE**. Si se está ya en tratamiento con ellos y con buen control, se mantendrá.
  - Tener precaución con el uso de **diuréticos**, revisando la función renal al alta
- **Efectos adversos de fármacos utilizados en el tratamiento**



- Valorar las interacciones entre medicamentos con especial vigilancia con lopinavir/ritonavir, por sus numerosas interacciones.
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
  - Entre las reacciones adversas frecuentes destacar la diarrea, náuseas, vómitos, alteraciones de la glucosa, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, ansiedad, cefalea, aumento tensión arterial, hepatitis, erupciones cutáneas, mialgias, pancreatitis, infección del tracto respiratorio superior, discrasias sanguíneas.
- Cloroquina/hidroxiclороquina
  - La hidroxiclороquina puede prolongar el intervalo QT del ECG, por lo que se debe de extremar la precaución en pacientes con síndrome congénito de intervalo QT largo, desequilibrio hidroelectrolítico, cardiopatía, o en tratamiento simultáneo con medicamentos que pueden alargar el intervalo QT. Si el tratamiento se prolonga más de 5 días, se debería realizar un ECG, especialmente si concurre alguna de las circunstancias especificadas anteriormente.
  - No se recomienda su uso en pacientes con déficit de la glucosa-6-fosfato-desidrogenasa, por el riesgo de aparición de anemia hemolítica.
  - Son frecuentes los trastornos digestivos (náuseas, vómitos y diarrea). Puede producir pérdida del apetito y de peso, trastornos oculares (reversibles tras interrumpir el tratamiento de forma temprana) y neuropsiquiátricos, hipoglucemia, discrasias sanguíneas, cefalea, sordera, acúfenos, alteración de la función hepática y fotosensibilidad.
  - El tratamiento podría exacerbar los cuadros de porfiria y miastenia gravis.
  - Para más información consultar fichas técnicas
- **Ejercicio físico**
  - Tras la inmovilización prolongada es necesario realizar ejercicio físico.
  - Se introducirán pautas regladas de ejercicio físico y rehabilitación respiratoria adaptadas a la situación basal del paciente y las posibilidades de su entorno, para lo cual se puede contar con el apoyo de fisioterapia de Atención Primaria.