

# MANUAL DE SUPERVIVENCIA PARA MEDICINA

## Epidemia SARS-CoV-2 (CoViD-19)

Dr. Pérez Ramírez, JE.

28 de marzo de 2020

### Introducción

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión de Salud y Sanidad de Wuham (provincia de Hubei, China) informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, identificada posteriormente como una infección viral causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2. El cuadro clínico asociado a este virus se ha denominado Coronavirus Disease 19 —por el año de su aparición— (CoViD-19). El 11 de marzo la OMS declaró la pandemia mundial. A fecha 26 de marzo, según datos oficiales, se han registrado 64059 casos en España, de los cuales 36239 casos se encuentran hospitalizados y 4858 han fallecido .

Este documento pretende ser un documento vivo, cambiante, adaptado a las circunstancias igualmente variables en la epidemia por SARS-CoV-2. Se intentará resumir de manera concisa informaciones, instrucciones y otra documentación que pudiera ser interesante tanto directa como indirectamente sobre la situación epidémica que padecemos.

Se abrirán cuatro grandes apartados

- Información General
- Atención Sanitaria
- Procedimiento
- Situaciones Especiales

y sobre ellos intentaremos explicar los pasos a seguir.

## 1. Información General

### 1.1. Reorganización de la Atención Sanitaria

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, ha reordenado la actividad asistencial de los centros de salud de la Comunidad de Madrid en función de la disponibilidad de los recursos humanos. La reordenación implica priorizar la atención en centros de salud de referencia, en base a criterios geográficos y de demanda asistencial, con el objetivo fundamental de garantizar la atención telefónica de pacientes por coronavirus y la atención domiciliaria de estas personas y pacientes crónicos que precisan asistencia en su domicilio.

Recordemos que, aunque debido a la situación de pandemia que estamos padeciendo, por el SARS-CoV-2, **los servicios sanitarios están reducidos al máximo**. Ello no quiere decir que no se atienda lo realmente **urgente** (ya sea por problemas respiratorios acordes con el estado epidemiológico actual, como por otro tipo de patología), sino que la situación actual exige priorizar.

## **1.2. Servicios de Urgencias de Atención Primaria —SUAP—**

Por su parte, la Gerencia del SUMMA 112 ha anunciado también una reordenación asistencial, ya que han dejado de funcionar temporalmente los SUAP (los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, que abren por las noches y los fines de semana). Durante los primeros días, permanecerá un técnico celador en su interior para informar a las personas que se acerquen al no tener conocimiento de este cierre, que acudan a su domicilio y llamen por teléfono al 112 en caso de urgencia.

## **1.3. Niño sano // Vacunaciones**

*Se hablará con Pediatría para trasladar la información respecto a las revisiones del niño sano, y vacunaciones según calendario vacunal*

## **1.4. Reorganización de la atención Obstétrica, Ginecológica y Neonatológica urgente**

Con motivo de evitar posibles contagios por coronavirus, la Comunidad de Madrid ha reorganizado, desde el día 22 de marzo, la atención urgente de Obstetricia, Ginecología y Neonatología en 3 hospitales, correspondiendo a nuestro área de influencia el Hospital Gregorio Marañón para la atención neonatal y la Clínica Puerta de Hierro para la Ginecológica-Obstétrica.

Esto quiere decir que:

1. Los partos normales se atenderán en cada centro hospitalario correspondiente (es decir FHA u HRJ)
2. Sólo los partos de alto riesgo se derivarán a los centros de referencia (es decir Clínica Universitaria Puerta de Hierro-Majadahonda).

## **1.5. Renovación automática de las recetas electrónicas de pacientes crónicos**

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha renovado de forma automatizada todas las recetas crónicas prescritas —aquellas que su médico ha puesto como crónica, no aguda o con fecha de finalización— a los pacientes con enfermedades crónicas, por un periodo de 90 días.

Esta medida ha sido implementada con objeto de minimizar el riesgo de transmisión entre los profesionales y la población más vulnerable, como son los pacientes mayores y crónicos (hipertensos, diabéticos, bronquíticos, etc. . .).

Con ello también evitamos distraer recursos hacia tareas no asistenciales y menos importantes.

## 1.6. Partes de baja por enfermedad

Los médicos de familia de los centros de salud podemos tramitar por teléfono los partes de Incapacidad Temporal (IT) o bajas laborales de nuestros pacientes afectados, tanto por patologías CoViD19 como por el resto de patologías, así como los partes de confirmación y altas. Con esta medida, la Comunidad de Madrid evita, tanto a los familiares como al propio afectado, el acudir al centro de salud a retirar dicho documento. Estos documentos quedarán guardados en el centro de salud hasta que pase la crisis o la Comunidad de Madrid indique otra orden.

Será el médico quién periódicamente se pondrá en contacto con el paciente de forma telefónica para evaluar la situación y prescribir la baja, confirmación o alta; inclusive con efectos retroactivos

Es importante señalar que, con objeto de no perder procesos de incapacidad temporal, por no emitir los partes de confirmación a tiempo, **citemos al paciente** en la fecha correspondiente a la revisión inmediatamente hallamos emitido el parte, con objeto de que nos se nos olvide.

## 2. Atención Sanitaria

### 2.1. Epidemiología

Los coronavirus son una familia de virus esféricos de 100-160 nm, con envuelta y contenido ARN monocatenario (ssRNA), que causan infección en los seres humanos transmitidos de los animales al hombre [Nidoviridae  $\Rightarrow$  Coronaviridae  $\Rightarrow$  Orthomixoviridae] que producen cuadros clínicos semejantes al resfriado común hasta otros más graves como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS-CoV —Severe Acute Respiratory Syndrome—) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (por sus siglas en inglés, MERS-CoV —Middle East Respiratory Syndrome—) y letalidades que oscilan entre el 3 % al 34 %.

#### 2.1.1. Transmisión

**Reservorio:** Animal  $\Rightarrow$  Murciélago

**Fuente de infección:** Animal  $\Rightarrow$  No Conocido (NC).

**Transmisión animal-humano:** Contacto directo con el animal o sus secreciones.

**Transmisión humano-humano:** Gotas de Pflugge ( $5\mu$ ,  $2m$ ), contacto con secreciones.

**Permanencia en superficies:** 4 a 72 horas dependiendo superficies (cobre  $\Rightarrow$  plástico).

**Inactivación:** Hipoclorito sódico al 0.1 % (conocida vulgarmente como lejía).

#### 2.1.2. Datos Epidemiológicos

**Periodo de incubación:** 5-6 días (con amplio rango).

**Intervalo Serial:** 7,5 días  $\pm$  6,4 días (IC 95 % 4.3-19).

**Número básico de reproducción( $R_0$ ):** 2-2,5. La transmisión intrafamiliar es frecuente.

**Transmisión casos asintomáticos:** Se asume que la transmisión comienza 1-2 días antes del inicio de los síntomas (periodo prodrómico).

**Periodo infectivo:** Se puede concluir que de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección ocurriría en la primera semana de manifestación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después.

## 2.2. Información sobre la Enfermedad

### 2.2.1. Sintomatología y Evolución Clínica

En la serie más larga publicada por el Centro de Control de Enfermedades de China, el 1.2% fueron asintomáticos. En el barco Diamond Princess, cuarentenado en Japón, el porcentaje de verdaderos asintomáticos fue del 18%.

A continuación se resumen los datos clínicos según diversas series.

Cuadro 1: Síntomas clínicos según diversas series (en porcentajes)

Síntoma	China	Europa	España
Fiebre	87,9 %	47,0 %	68,7 %
Tos Seca	67,7 %	25,0 %	68,1 %
Astenia	38,1 %	6,0 %	
Expectoración	33,4 %		
Hemoptisis	0,9 %		
Disnea	18,6 %		31,0 %
Odinofagia	13,9 %	16,0 %	
Cefalea	13,6 %		
Mialgia o Artralgia	14,8 %		
Escalofríos	11,4 %		27,0 %
Diarrea	3,7 %		14,0 %
Náuseas/Vómitos	5,0 %		6,0 %
Congestión Nasal	4,8 %		
Congestión Conjuntival	0,8 %		
Anosmia/hiposmia	5,0 %		
Ageusia/hipogeusia	5,6 %		

Los síntomas más frecuentes en el momento del ingreso en todas las series son la fiebre, la astenia y la tos.

El principal marcador de inflamación fue la Proteína C Reactiva (PCR) -86%-, la velocidad de sedimentación (VSG) -85%-, y la ferritinemia elevada -63%-. Las alteraciones de la coagulación, especialmente el dímero D y el tiempo de protrombina (TP) fueron más frecuentes en pacientes con mayor gravedad. Es frecuente (1/3) la citolisis hepática.

**La linfopenia grave fue el hallazgo hematológico más frecuente en los pacientes críticos (mediana  $630/mm^3$ ).**

El patrón radiológico más frecuente en todas las series fue el infiltrado alveolar (unilateral -25%-, bilateral -75%-, y patrón en vidrio esmerilado -14%-.).

### 2.2.2. Información acerca de casos pediátricos

Aunque en un principio se estimó una tasa de ataque muy baja en los niños, parece que los datos actuales indican una tasa equivalente a los adultos. Sin embargo, lo que sí parece claro es que los niños desarrollan un curso clínico mucho más leve, con tasas de desarrollo de la enfermedad entre el 0.2 % y 2 %.

La clínica leve o asintomática se observa en casos de niños positivos con carga viral alta e incluso en presencia de alteraciones radiológicas importantes.

### 2.2.3. Evolución Clínica

Según las series

- Sintomatología leve o moderada 80 % de los casos confirmados
- Sintomatología grave 13,8 % (disnea, taquipnea  $\geq 30/min$  , sat O<sub>2</sub>  $\leq 93\%$ , FiO<sub>2</sub>  $\leq 300$ , y/o infiltrado pulmonares de  $\geq 50\%$  de los campos radiológicos pulmonares.
- 6,1 % presentaron un curso crítico (SARS, shock séptico y/o fallo multiorgánico).

En España, de los pacientes confirmados, 43 % requirieron ingreso hospitalario y 3,9 % ingreso en UCI.

La edad (> 70 años) y la comorbilidad parecen ser factores para una evolución peor y de requerimiento de ingreso. En España, el 44,6 % de los pacientes ingresados presentaban alguna comorbilidad, siendo la enfermedad cardiovascular (ECV) y sobre todo la HTA y la Diabetes las comorbilidades mas frecuentes.

### 2.2.4. Grupos con mayor riesgo por CoViD-19

Según lo anteriormente expuesto, los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por CoViD son las personas que tienen:

Paciente > 60 años (OR: 1,10; IC95 %: 1,03-1,1 por cada año de incremento;  $p < 0,0043$ ) con  $\geq 1$  comorbilidades:

- HTA
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Cardiovasculares crónicas (CI, ICC, FA).
- Enfermedades Cerebrovasculares crónicas (Ictus).
- Enfermedades Pulmonares Crónicas (EPOC, Bronquiesctasias, Fibrosis Pulmonar, Asma).
- Hepatopatía crónica (cirrosis hepática).
- Enfermedad renal crónica (FG 3-5).
- Cáncer (Tumor maligno sólido o Neoplasia hematológica activa)
- Inmunosupresión (incluida la farmacológica con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos).
- Embarazo

### 2.2.5. Tratamiento

Es importante tener en cuenta que:

- Aunque existen numerosos ensayos clínicos en marcha, no existe evidencia de ensayos controlados
- La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) está monitorizando los datos relativos al uso de medicamentos para el tratamiento o la profilaxis de la infección respiratoria por SARS-CoV-2.
- Hasta la fecha, solo hay datos parciales, preliminares, a veces únicamente *in vitro* o incluso contradictorios, sobre la eficacia de uno u otro producto.
- La Agencia recomienda a los profesionales sanitarios que consulten las fichas técnicas de los medicamentos que estén autorizados en lo relativo a las recomendaciones de dosis, advertencias y precauciones, posibles reacciones adversas e interacciones.

Los fármacos que se están utilizando son:

**Remdesevir:** Es un análogo de nucleótido no autorizado que interfiere con la polimerización del ARN del virus. Se desarrolló inicialmente como tratamiento para la enfermedad del virus del Ébola, pero presenta también actividad *in vitro* frente a éste y otros virus, incluyendo el coronavirus. Dosis de carga 200 mg *qd. iv.* seguida de dosis de mantenimiento de 100 mg *qd. iv.*

**Lopinavir/ritonavir (LPV/r):** Nombre comercial Kaletra®. Ha sido el tratamiento recomendado por las autoridades sanitarias chinas durante la crisis en este país. La dosis recomendada es 400/100 mg (2 comprimidos) *bid per os.*

**Hidroxicloroquina/Cloroquina:** Nombres comerciales Dolquine®/Resochin®. respectivamente. La cloroquina parece ser efectiva para limitar la replicación del SARS-CoV-2 *in vitro*. Se considera su posible papel para la profilaxis post-exposición de contactos y para los profesionales sanitarios. La dosis recomendada son 400 mg (2 comprimidos) *bid per os.*

En esta última línea y como agentes inmunosupresores de interleukinas (IL-6) se están utilizando Tocilizumab (TCZ), Sarilumab.

Algunas observaciones clínicas en humanos y animales han mostrado que la infección por el MERS-CoV está mediada por la replicación del virus y por la respuesta inflamatoria del hospedador. Esto condujo al estudio de los dos tipos de interferones (1 y 2) que mostraron actividad *in vitro*.

Para mayor información se puede visualizar la página de la AEMP <sup>1</sup>.

Como resumen me sigue pareciendo interesante la chuleta sobre CoViD que se presenta en las siguientes páginas.

---

<sup>1</sup><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/?lang=en>

### SEQUENCE FOR PUTTING ON PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

The type of PPE used will vary based on the level of precautions required, such as standard and contact, droplet or airborne infection isolation procedures. The procedure for putting on and removing PPE should be tailored to the specific type of PPE.

- 1. GOWN**
  - Fully cover torso from neck to knees, arms to end of wrists, and wrap around the back.
  - Fasten in back of neck and waist.
- 2. MASK OR RESPIRATOR**
  - Secure ties or elastic bands at middle of head and neck.
  - Fit flexible band to nose bridge.
  - Fit snug to face and below chin.
  - Fit-check respirator.
- 3. GOGGLES OR FACE SHIELD**
  - Place over face and eyes and adjust to fit.
- 4. GLOVES**
  - Extend to cover wrist of isolation gown.

### SEQUENCE FOR REMOVING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

Except for respirator, remove PPE at doorway or in anteroom. Remove respirator after leaving patient room and closing door.

- 1. GLOVES**
  - Outside of gloves is contaminated!
  - Grasp outside of glove with opposite gloved hand; peel off.
  - Hold removed glove in gloved hand.
  - Slide fingers of ungloved hand under retaining glove at wrist.
  - Peel glove off over first glove.
  - Discard gloves in waste container.
- 2. GOGGLES OR FACE SHIELD**
  - Outside of goggles or face shield is contaminated!
  - To remove, handle by head band or ear pieces.
  - Place in designated receptacle for reprocessing or in waste container.
- 3. GOWN**
  - Gown front and sleeves are contaminated!
  - Unfasten ties.
  - Pull away from neck and shoulders, touching inside of gown only.
  - Turn gown inside out.
  - Roll or roll into a bundle and discard.
- 4. MASK OR RESPIRATOR**
  - Front of mask/respirator is contaminated - DO NOT TOUCH!
  - Grasp bottom, then top ties or elastic and remove.
  - Discard in waste container.

## NECESARIO FFP2

### Procedimientos de ALTO RIESGO de transmisión vírica

- Aerosolterapia, nebulización
- Gafas nasales de alto flujo
- Ventilación manual con mascarilla
- Ventilación no invasiva CPAP/BiPAP
- Intubación orotraqueal
- Traqueotomía quirúrgica > percutánea
- Broncoscopia, gastroscopia
- Aspiración de secreciones
- Resucitación cardiopulmonar

## NO NECESARIO FFP2

### Procedimientos de BAJO RIESGO de transmisión vírica

- Colocación de tubo de Guedel
- Colocación de mascarilla facial de oxigenoterapia con filtro espiratorio
- Compresión torácica
- Desfibrilación, cardioversión, colocación de marcapasos transcutáneo
- Inserción de vía venosa o arterial
- Administración de fármacos o fluidos intravenosos

## OXIGENOTERAPIA

Gafas (FIO<sub>2</sub> 22-40%, flujo de 1 a 6 litros)

- 1 litro por minuto = 24%
- 2 litro por minuto = 28%
- 3 litro por minuto = 32%
- 4 litro por minuto = 36%
- 5 litro por minuto = 40%

Mascarilla (50-60% de 6 a 10 litros)

- 5 litro por minuto = 40%
- 6 litro por minuto = 50%
- 7 litro por minuto = 60%

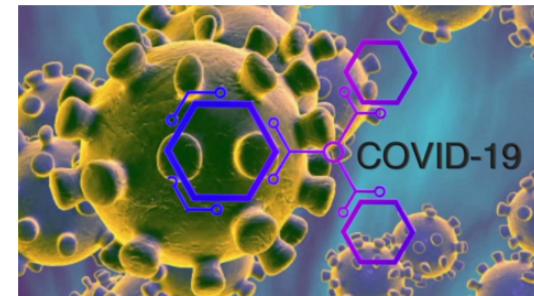
Mascarilla con reservorio:  
Con respiración parcial del aire exalado  
8-12 litros por minuto = 40-70% FIO<sub>2</sub>

Sin respiración del aire exalado  
10-15 litros por minuto = 60-80% FIO<sub>2</sub>

Mascarilla Venturi:  
Van graduadas con escala por cada fabricante

Si FIO<sub>2</sub> 60% avisar a UCI para que lo conozcan  
Si el paciente está con reservorio 100% y la saturación es <90 criterio de IOT UC!!!

## CHULETA COVID-19



### Evaluación del riesgo de muerte en neumonía Escala CURB-65/ CRB-65

CURB 65	CRB 65	Factores clínicos (1 punto por cada ítem)
C	C	Confusión mental.
U	-	BUN ≥ 20 mg/dl
R	R	F Respiratoria ≥ 30 rpm
B	B	Low Blood Pressure: PAS < 90 mmHg ó PAD < 60 mmHg
65	65	Edad ≥ 65 años

Puntos	Riesgo de Muerte (30 días)	Manejo clínico
0	0,7%	<b>Bajo riesgo.</b>
1	2,7-3,2%	Considerar tratamiento en el domicilio
2	6,8-13%	<b>Valoración en hospital</b> Corta hospitalización o Tto. estrechamente supervisado
3	14-17%	<b>Neumonía severa</b> Ingresar y considerar UCI
4	27-41%	
5	57%	

CRB-65 estratifica bien la severidad y riesgo de 30 días en el ámbito hospitalario

Sobrestima la probabilidad de mortalidad a los 30 días en todos los estratos de riesgo, en la comunidad

Se puede hacer sin el BUN valorando la función renal

#### CUIDADO:

- Varón obeso
- >60 años con HTA, DM, Insuf. renal y PG Pulmonar (EPOC...)

### CLÍNICA:

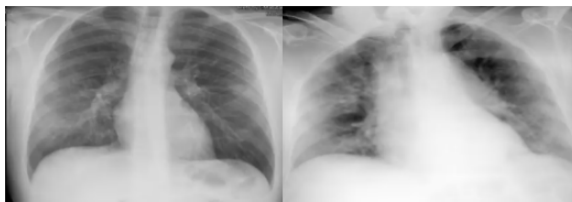
- Incubación 4 días (2-7 días)
- **Fiebre 88%**
- Tos 60-80%
- Disnea 35-50%
- Mialgias 28%
- Cefalea 6-8%
- Diarrea 4-6%
- Aneusmia + disgeusia

### EXPLORACIÓN:

- **Crepitantes** (disociación entre la exp. y la Rx, aunque la Rx sea normal si escuchamos crepitantes puede ser criterio de ingreso)
- Tiempo hasta aparición de DISNEA: 5-10 días
- Tiempo hasta aparición de SDRA: 8-14 días

### DIAGNÓSTICO:

- **Enf. de transmisión comunitaria sostenida**, realizar PCR solo si:
  - A. Cuadro clínico de infec. resp. aguda que se encuentre hospitalizada o cumpla criterios de ingreso.
  - B. Infec. resp. aguda de cualquier gravedad de los siguientes grupos:
    - a. Personal sanitario y socio-sanitario
    - b. Otros servicios esenciales
- **ANALÍTICA DE SANGRE:**
  - \* Solicitar al ingreso y solicitar nueva cada 2-3 días o con cambios en la evolución.
  - o **Linfopenia 83%** (pronóstico, mantenida en tiempo peor)
  - o Trombopenia 36%
  - o PCR elevada (pronóstico, mantenida mayor riesgo de cuadro grave)
  - o Transaminasa elevadas
  - o LDH elevada (pronostica)
  - o CK elevada (mialgias, pronostica)
  - o Troponina elevada en fase avanzada (solicitar en alguna analítica por la aparición de la miocarditis en pacientes evolucionados)
  - o Dímero-D elevada
  - o
- **ANALÍTICA DE ORINA:**
  - \* Solicitar al ingreso con antígeno de neumococo y legionela (orientará el tratamiento del paciente)
- **Fiebre:** persistente y de difícil control (pronostica)
- **IMAGEN:**
  - o **Radiografía simple:**
    - **NO produce:** masas, cavitación, adenopatías ni derrame pleural (solo el 5%)
    - Produce distintos patrones:
      - Vidrio deslustrado
      - Intersticial bilateral
      - Consolidación parcheada
  - o **TC:** Solo para los pacientes con PCR (-) y alta sospecha de COVID-19



Nivel de gravedad	Descripción
<b>Enfermedad no complicada</b>	Cursa con síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos
<b>Neumonía leve</b>	Confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO <sub>2</sub> aire ambiente >90%. CURB65 ≤1
<b>Neumonía grave</b>	Fallo de ≥1 órgano o SaO <sub>2</sub> aire ambiente <90% o frecuencia respiratoria de ≥30
<b>Distrés respiratorio</b>	Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación: -Leve: 200 mmHg < PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> ≤300 -Moderado: 100 mmHg < PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> ≤200 -Grave: PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> ≤100 mmHg Si PaO <sub>2</sub> no disponible SaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> ≤315
<b>Sepsis</b>	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA >2 puntos. Un quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, Presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La insuficiencia orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: -Estado confusional agudo -Insuficiencia respiratoria -Reducción en el volumen de diuresis -Taquicardia -Coagulopatía -Acidosis metabólica -Elevación del lactato
<b>Shock séptico</b>	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM ≥65 mmHg y lactato ≥2mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.

### TRATAMIENTO

- ANTITERMICOS**
  - 1º Paracetamol
  - 2º Nolotil de rescate
  - 3º AINE (no evidencia de aumento de riesgo con Ibuprofeno)
- OXIGENOTERAPIA** (Sat <90 tratar con O2)
- BROCODILADORES**
  - Cartucho presurizado y con cámara de espaciadora (evita aerosoles)
- FLUIDOTERAPIA**
  - Cuidado con insuficiencia resp. aguda SIN shock (empeora oxigena.)
- CORTICOIDES** (NO de forma rutinaria) Solo si broncoespasmo
- DORMIR EN PRONO** (Recomendar al paciente dormir en prono, mejora oxigenación)
- ANTIBIOTICOS (tras confirmación con PCR)**
  - Solo si sobreinfección bacteriana
  - Pedir Antígeno de neumococo G + en orina antes
  - Elección **azitromicina** (alarga QT), **ceftriaxona** o **doxiciclina** (no alargan QT)
- DOLQUINE (Hidroxicloroquina)**
  - Dosis inicial de 400mg/12h el primer día
  - Mantenimiento con 200mg/12h hasta 5 días
- KALETRA (Lopinavir/Ritonavir)**
  - Hacer serología VIH (si positivo triple terapia)
  - Se comienza sin resultado de serología
  - 400/100mg/12h
  - Puede dar diarrea y aumento del QT
- INTERFERON BETA 1B**
  - Puede producir fiebre
  - Contraindicado si enf. psiquiátrica o depresión
  - 0,25mg/48h subcutáneo 14 días
- TOCILIZUMAB** (Sí Dímero D >1500)
- REMDESIVIR** (Permitido en investigación, para solicitar mediante uso compasivo >24h)

### SEGUIMIENTO EN PLANTA

ECG basal y repetir cada 72h (muchas medicaciones alargan el QT)

Constantes **cada 8 horas** con control de FR hasta **estabilización:**

- FC < 100 lpm
- FR <24 rpm
- < 37,2°C
- TA Sistólica >90 mmHg
- Sat O2 >90 AA
- Adecuado nivel de consciencia

### A TODO PACIENTE QUE INGRESE CON PCR POSITIVA DE COVID:

- Determinación VIH antes de empezar Kaletra
- Antígeno neumococo y legionela en orina
- Hacer ECG y revisar si QT largo (mujeres >460 y hombres >440)
  - o Aumentan QT y se deberían de evitar con kaletra:
    - Domperidona (motilium)
    - Ondasetrom
    - Procainamida
    - Amiodarona/Dronedarona
    - Flecainida
    - Sotalol
    - Azitromicina/Claritromi/Eritromi
    - Ciprofloxa/Levofloxa/Moxifloxa
    - Fluconazol
    - Clorpromazina (Largactil)
    - Haloperidol
    - Sulpirida
    - Escitalopram
    - Donepezilo

### RESUMEN TRATAMIENTO PRÁCTICO

Leve: NO PCR

Leve con algún dato de alarma y PCR positivo:

- Dolquine 5 días:
  - o Dosis inicial de 400mg/12h el primer día
  - o Mantenimiento con 200mg/12h hasta 5 días

Leve con Neumonía pequeña asociada:

- Dolquine + Azitromicina 500/24h 5días
- Si neumococo positivo: añadir ceftriaxona 2g/24h

Neumonía moderada:

- Dolquine + Azitromicina + Kaletra 400/100mg/12h (2comp/12h)

Neumonía grave:

- Dolquine + Azitromicina + Kaletra + Interferon beta B1 0,25mg/48h 14 días)

### CRITERIOS DE INGRESO EN UCI

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores
<b>Criterios mayores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de ventilación mecánica invasiva</li> <li>• Shock con necesidad de vasopresores</li> </ul>
<b>Criterios menores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria &gt;30 RPM</li> <li>• PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> &lt; 250</li> <li>• Infiltrados multilobares</li> <li>• Confusión/desorientación</li> <li>• Uremia (BUN &gt;20 mg/dL)</li> <li>• Leucopenia &lt;4.000 cels/mm3</li> <li>• Trombocitopenia: plaquetas &lt;100.000 cels/mm3</li> <li>• Hipotermia (T central &lt;36.8)</li> <li>• Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos</li> </ul>



### 3. Gestión Procedimental

#### 3.1. Diagnóstico

En la situación actual el diagnóstico de la enfermedad es de carácter epidemiológico al ser la Comunidad de Madrid zona de transmisión comunitaria. Por tanto, toda persona con cuadro clínico de infección respiratoria aguda (Fiebre, tos y /o disnea) residente en la Comunidad de Madrid es caso posible de infección por SARS-CoV-2.

La confirmación se realiza mediante dos pruebas positivas (de *screenig* y *gen alternativo*) mediante la técnica RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction). *La RT-PCR sólo puede realizarse a pacientes hospitalizados —valora su ingreso como afecto de CoViD-19—, o a personal sanitario sintomático.*

**Los casos se clasifican en:**

**Caso Posible:** Caso epidemiológico sin criterio para la realización de test diagnósticos.

**Caso Probable:** RT-PCR no concluyente.

**Caso Confirmado:** RT-PCR positiva. Los resultados nos llegan por correo electrónico al buzgen y/o a través de AP-Madrid a través de «Informes externos». Sería interesante habilitar un procedimiento para capturar estos pacientes.

**Caso Descartado:** RT-PCR negativa.

**Contacto :** Persona que haya realizado cuidados a un caso posible, probable o confirmado (familiares, personal sanitario) y/o convivientes familiares y personas cercanos a un paciente sintomático menos de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.

El registro en AP-Madrid se realizar a través de los tres siguientes epígrafes

**A77:** Sospecha infección coronavirus (para casos posibles).

**A77.01:** Infección por CoViD-19 (para casos confirmados).

**A23.19:** Contacto CoViD-19

En la imagen siguiente puede apreciarse

Código	Problema	Duplicado	Lateralidad	Info Documental	Activo	CIE10
A23.19	CONTACTO COVID-19	SI	No			Ver CIE10
A77	SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS	SI	No			Ver CIE10
A77.01	INFECCIÓN POR COVID-19	SI	No			Ver CIE10

Figura 1: Codificación diagnóstica CoViD-19 en AP-Madrid

### 3.2. Valoración Clínica

Son criterios de derivación hospitalaria del paciente los siguientes:

- Frecuencia respiratoria  $\geq 30$  rpm.
- Saturación basal de  $O_2 < 92\%$ .
- Frecuencia cardíaca  $\geq 125$  lpm.
- Hipotensión (PAS  $> 90$  mmHg o PAD  $> 60$  mmHg).
- Disnea intensa (mínimos esfuerzos o reposo).
- Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria).
- Hemoptisis.
- Alteración del estado de alerta: letargia, desorientación, confusión aguda.
- Incapacidad para la ingesta oral por vómitos incoercibles o número importante de deposiciones ( $\geq 10$  al día) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas
- Importante afectación del estado general.
- Elevada sospecha clínica de neumonía que requiera la realización de radiografía.

Los criterios que habría que considerar son:

- Empeoramiento de la disnea.
- Persistencia de la fiebre  $> 7$  días o reaparición de fiebre tras un período afebril.
- Frecuencia respiratoria  $> 22$  rpm.
- Modificación y alteración de la auscultación.

A continuación se muestran los criterios de gravedad para Atención Primaria:

Cuadro 2: Criterios de gravedad

Síntomas	Ejemplos
Respiratorios	Aumento disnea, expectoración, hemoptisis
Gastrointestinales	Vómitos incoercibles, diarrea con deshidratación.
Neurológicos	Confusión, letargia.

### 3.3. Registro

Se realizará en AP-Madrid mediante el protocolo «CoViD-19. Sospecha de infección por coronavirus»

**COVID-19 - SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS**

**Valoración**

Protocolos de manejo de casos en la Comunidad de Madrid Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19

**CRITERIOS DE SOSPECHA** Tipo de atención:

Viaje a zonas de transmisión:  Sí  No Fecha regreso:

Contacto estrecho:  Sí  No Lugar de contacto:

Sínt. de infección respiratoria:  Sí  No No (26/01/2016)

Fiebre:  Sí  No Tos:  Sí  No No (26/01/2016) Disnea:  Sí  No No (26/01/2016)

Criterios de gravedad:  Sí  No

Expectoración:  Sí  No No (26/01/2016) Hemoptisis:  Sí  No Confusión:  Sí  No

Vómitos incoercibles:  Sí  No Diarrea con deshidratación:  Sí  No Letargia:  Sí  No

Comentarios:

**EXPLORACIÓN**

Temperatura:  Saturación de oxígeno:  Fr. Respiratoria:

**PLAN DE ACTUACIÓN**

Caso en investigación:  Sí  No Toma de muestras:  Sí  No

Aislamiento preventivo:  Sí  No Derivación hospitalaria:  Sí  No

Comentarios:

**CONSEJO - INFORMACIÓN** Uso de mascarillas

Recomendaciones generales Recomendaciones sobre viajes Recomendaciones tratamiento

Figura 2: Valoración clínica CoViD19

### 3.4. Seguimiento

Con objeto de no perder a los pacientes, es muy importante que el profesional cite en la agenda de enfermería para seguimiento del caso posible, probable o confirmado.

A continuación se muestran los protocolos y algoritmos para su seguimiento.

El seguimiento se realizará mediante el protocolo «CoViD-19. Seguimiento» que se abre en el plan personal del paciente confirmados o que hay que buscar en los casos sospechosos.

**COVID-19 - SEGUIMIENTO**

Episodio: A03 - FIEBRE  
Cambiar por otro episodio existente...  
Cambiar por nuevo episodio...

**Valoración**

Protocolos de manejo de casos en la Comunidad de Madrid      Criterios y requisitos mínimos de Atención Domiciliaria      Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19

EXPLORACIÓN - SINTOMATOLOGÍA

Tipo de seguimiento: [v]

Temperatura: [ ]      Sat. oxígeno: [ ]      Fr. Respiratoria: [ ]

Sínt. de infección respiratoria:  Sí  No

Fiebre:  Sí  No      Tos:  Sí  No      Dinosa:  Sí  No

Criterios de gravedad:  Sí  No

Expectoración:  Sí  No      Hemoptisis:  Sí  No      Confusión:  Sí  No

Vómitos incoercibles:  Sí  No      Diarrea con deshidratación:  Sí  No      Letargia:  Sí  No

Comentarios: [ ]

**PLAN DE ACTUACIÓN**

Toma de muestras:  Sí  No      Resultado: [v]

Sínt. de empeoramiento:  Sí  No      Derivación hospitalaria:  Sí  No

Fecha final aislamiento: [ ]

Comentarios: [ ]

**CONSEJO - INFORMACIÓN**

Lugar de aislamiento: [ ]      Duración aislamiento: [ ]

Manejo de residuos y limpieza: [ ]      Medidas de protección: [ ]      Medidas de protección cuidadores: [ ]

Figura 3: Registro seguimiento CoViD-19

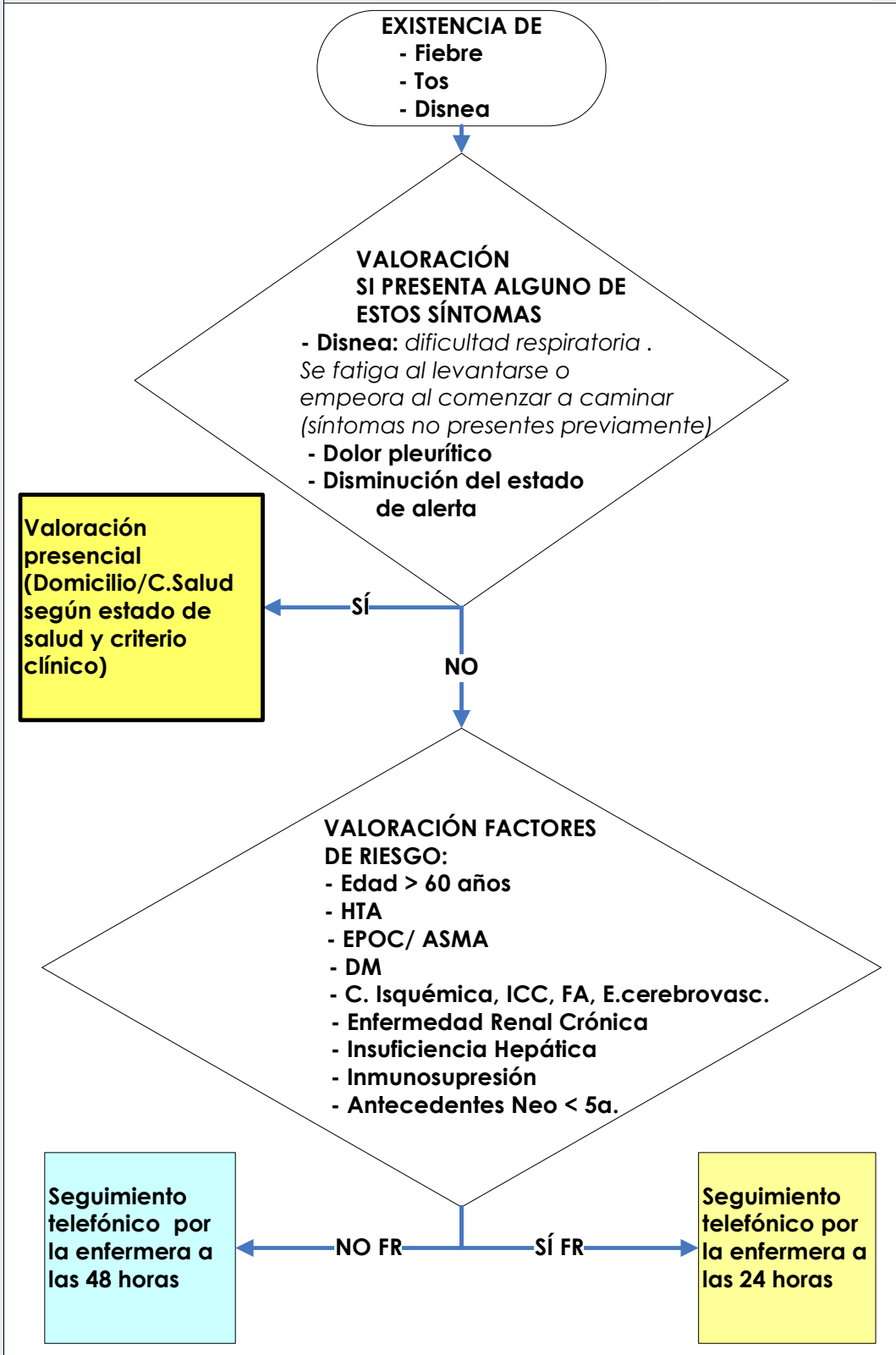
El protocolo de atención telefónica y los pasos a seguir se presentan a continuación.

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA AL PACIENTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR COVID-19

Versión 01- 17/03/2020



Gerencia Asistencial de Atención Primaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



## GUIA DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA EN EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DEL PACIENTE INFECTADO POR COVID-19

VALORACIÓN CLÍNICA	PREGUNTA / IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE	SI	NO
<b>Hacer una primera valoración global que recoge la percepción del paciente</b>	<p><b>¿Cómo se encuentra usted hoy?</b></p> <p>Si el paciente no refiere mejoría o estabilidad preguntar si ha empeorado de forma importante desde el último contacto</p>		
<b>Disnea grave a severa</b> (Clases III y IV, Escala NYHA)	¿Se fatiga al levantarse y al empezar a caminar o cuando está en reposo?		
<b>Taquipnea</b>	En la conversación se le nota el habla entrecortada y presenta dificultad para mantener la conversación.		
<b>Dolor pleurítico</b>	¿Tiene dolor que le dificulte la respiración?		
	¿Es un dolor nuevo?		
	¿Ha empeorado un dolor que tenía previo?		
<b>Estado de alerta alterado</b>	Si durante la entrevista sospecha alteración en el estado de alerta del paciente, hable con un acompañante del paciente para corroborarlo, siempre que sea posible.		
<b>Fiebre alta <math>\geq 39,5</math> °C</b>	Indicar al paciente que se tome la temperatura durante la entrevista.		
<b>Tos persistente</b>	¿Tiene tos?		
	¿La tos que tiene le dificulta para comer o beber?		

<b>Vómitos incoercibles</b>	¿Tiene vómitos?  ¿Los vómitos son tan continuos que le impiden alimentarse?		
<b>Diarrea abundante</b>	¿Tiene diarrea?  ¿Ha tenido más de 10 deposiciones en un día o entre 5 y 10 durante más de 3 días?		
<b>Expectoración abundante y purulenta</b>	¿Tiene expectoración? ¿Es abundante, verdosa o marrón, con pus?		
<b>Hemoptisis</b>	¿La expectoración tiene cierto color rojo como con sangre?		

**Ante la presencia de una respuesta afirmativa debe remitirse al paciente para valoración por el Médico de Familia.**

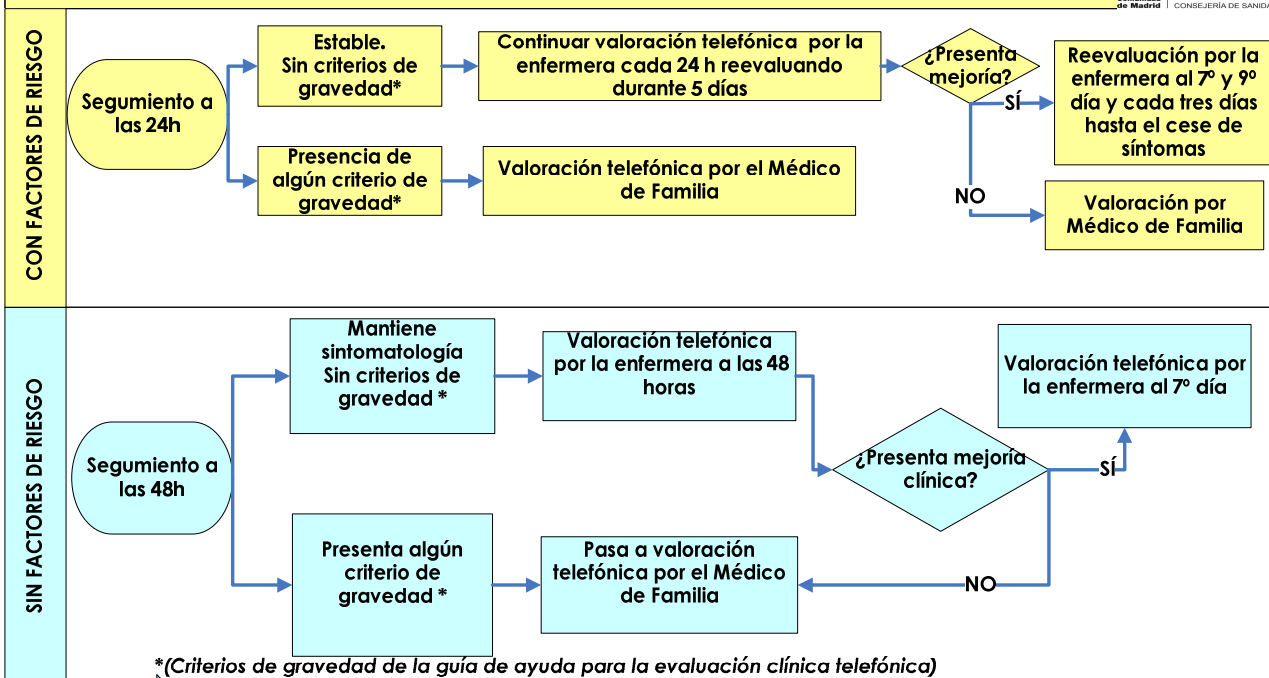
**En los seguimientos posteriores al 7º día deben considerarse:**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
• Duración de <b>dificultad respiratoria</b> superior a 14 días		
• Duración de la <b>fiebre</b> ( $\geq 38$ °C) superior a 7 días		
• Duración de la <b>tos</b> superior a 14 días		

**Ante la presencia de una respuesta afirmativa debe remitirse al paciente para valoración por el Médico de Familia.**

## SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD



Versión 01- 17/03/2020



\*(Criterios de gravedad de la guía de ayuda para la evaluación clínica telefónica)

**AMBOS SEGUIMIENTOS** Informar al paciente que si empeora entre las llamadas de seguimiento, contacte con el Centro de Salud.





 <p><b>Comunidad de Madrid</b></p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	 <p>PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS EN INVESTIGACIÓN PROBABLES O CONFIRMADOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 2 EN VIGOR: 10/03/2020</p>	<p>Fecha: 10/03/2020 SUSTITUYE A: Procedimiento de actuación de fecha 05/03/2020</p>	<p>Código:      Página: 26 de 33</p>

## ANEXO IV. Recomendaciones de aislamiento en el domicilio y plan de seguimiento para el paciente.

### ¿QUE TENGO QUE HACER SI ESTOY EN AISLAMIENTO PREVENTIVO?

- Deberá permanecer preferiblemente en una **estancia o habitación de uso individual** o, en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una **distancia mínima de 2 metros** con el resto de los convivientes.
- La **puerta de la habitación deberá permanecer cerrada**. En caso de que sea imprescindible ir a las zonas comunes del domicilio deberá utilizar mascarilla quirúrgica y **realizar higiene de manos** al salir de la habitación. Se mantendrán bien ventiladas las zonas comunes.
- La estancia o habitación deberá tener una **ventilación adecuada** directa a la calle. No deben existir corrientes forzadas de aire provenientes de sistemas de calor o refrigeración.
- Deberá disponer de un **baño para uso exclusivo**, o en su defecto, deberá ser limpiado con lejía doméstica tras cada uso que haga el paciente.
- Debe **lavarse las manos** con frecuencia con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar o manipular pañuelos que haya usado para cubrirse al toser. También puede utilizar **soluciones hidroalcohólicas** si las tuviera disponibles.
- Sería importante que pudiese disponer de un **intercomunicador** (como los utilizados para la vigilancia de los bebés) para comunicarse con los familiares, sin necesidad de salir de la habitación. También se puede hacer a través del móvil.
- En el interior de la estancia o habitación deberá colocarse un **cuadro de basura**, con tapa de apertura de pedal, y en su interior una **bolsa de plástico que cierre herméticamente para los residuos**.
- Se recomienda disponer **utensilios de aseo de uso individual** y de productos para la higiene de manos como **jabón o solución hidroalcohólica**.
- Las **toallas** deberán cambiarse periódicamente siempre que se encuentren húmedas.
- Deberá seguir en todo momento las medidas de **higiene respiratoria**: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables o el codo flexionado, lavándose las manos inmediatamente después.
- **No deberá recibir visitas** durante el periodo de aislamiento.
- Se recomienda disponer de un **registro de entrada y salida** diario de personas que accedan a la habitación.
- Todos los convivientes deben **lavarse las manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica** después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
- En el caso de una **madre lactante**, deberá **llevar una mascarilla** cuando esté cerca de su bebé y realizar una cuidadosa higiene de manos antes del contacto cercano con el bebé.

 <p><b>Comunidad de Madrid</b></p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	 <p>PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS EN INVESTIGACIÓN PROBABLES O CONFIRMADOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 2 EN VIGOR: 10/03/2020</p>	<p>Fecha: 10/03/2020 SUSTITUYE A: Procedimiento de actuación de fecha 05/03/2020</p>	<p>Código:      Página: 27 de 33</p>

## ¿QUE TENGO QUE HACER SI SOY CUIDADOR DE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO PREVENTIVO?

Se ha de procurar que sea una única persona la que proporcione atención al paciente:


- El paciente llevará una  **mascarilla quirúrgica**  mientras el cuidador permanezca cerca de él.
- La persona que realice los cuidados  **no debe tener factores de riesgo**  de complicaciones para el COVID-19: enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares, renales, inmunodepresión, diabetes o embarazo.
- Deberá  **extremar las medidas de precaución**  cada vez que entre en contacto con el caso o con sus fluidos (sangre, heces, orina, vómitos, saliva...) para lo cual deberá llevar idealmente:
  - **Mascarilla quirúrgica.**  No hay que tocar ni manipular la mascarilla mientras se lleve puesta. Si se moja o se mancha de secreciones, se cambiará de inmediato. Se desechará después de su uso en un contenedor de residuos con tapa y  **se realizará higiene de manos.**
  - **Guantes desechables.**  Se utilizarán para cualquier contacto con las secreciones del enfermo y tras su uso se desecharán y se lavará inmediatamente las manos.

## ¿QUE TENGO QUE HACER CON LOS RESIDUOS EN EL DOMICILIO?

- **Lavar la ropa de cama, toallas,**  etc. de las personas enfermas con jabones o detergentes habituales a  **60-90 °C**  y dejar que se seque completamente. Esta ropa deberá colocarse en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla. Evitar sacudir la ropa antes de lavarla.
- El  **material desechable utilizado**  por la persona enferma y sus cuidadores (guantes, pañuelos, mascarillas), el EPI del personal sanitario (excepto gafas y mascarilla) y cualquier otro residuo del paciente, se eliminará en el  **cubo de basura dispuesto en la habitación,**  preferiblemente con tapa y pedal de apertura.  **La bolsa de plástico debe tener cierre hermético**  y cerrarse antes de sacarse de la habitación.
- **La bolsa con los residuos**  podrá descartarse con el resto de los residuos domésticos siempre que estén introducidos en una bolsa cerrada herméticamente.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se lavarán con  **agua caliente y jabón**  o preferiblemente en el lavavajillas.
- Tras el contacto con los residuos siempre se deberá realizar  **higiene de manos.**

## ¿CÓMO TENGO QUE LIMPIAR LAS SUPERFICIES DE LA VIVIENDA?

- Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, somieres, muebles del dormitorio), las superficies del baño y el inodoro  **deberán ser limpiadas con material desechable**  y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lejía a una dilución 1:100 (1 parte de lejía y 99 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.

 <p><b>Comunidad de Madrid</b></p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	 <p>PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS EN INVESTIGACIÓN PROBABLES O CONFIRMADOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 2 EN VIGOR: 10/03/2020</p>	<p>Fecha: 10/03/2020 SUSTITUYE A: Procedimiento de actuación de fecha 05/03/2020</p>	<p>Código:      Página: 28 de 33</p>

- La persona encargada de la limpieza deberá **protegerse con mascarilla y guantes**.
- Tras realizar la limpieza se deberá realizar **higiene de manos**.

### ¿CÚANTO DURA EL AISLAMIENTO?

- Tras la resolución de los síntomas se recomienda realizar **dos tomas de muestras con una separación mínima de 48 horas** de la orofaringe y su envío al laboratorio según el procedimiento descrito para envío de muestras.
- Una vez obtenidos los resultados, y tras dos muestras seguidas negativas de un caso confirmado, **se valorará la finalización del aislamiento conjuntamente** con las autoridades de salud pública de la comunidad autónoma correspondiente. Según el resultado de dicha valoración, **se informará al caso y sus convivientes sobre la finalización del aislamiento**.
- Se continuará la asistencia sanitaria si el paciente la precisara.

### ¿QUÉ HAGO SI EMPEORO?

- Si las **condiciones clínicas empeoraran** o las situaciones en el domicilio hicieran insostenible el correcto manejo clínico a juicio del equipo sanitario, se contactará con el SUMMA 112 para **su derivación al hospital**.
- Se recomienda que el paciente vaya **sin acompañantes en la ambulancia**. En el supuesto de que sea imprescindible que el paciente esté acompañado (dependiente, menor u otra circunstancia) el acompañante necesitará una **mascarilla quirúrgica**.

## 4. Situaciones Especiales

### 4.1. Paciente con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo en Atención Primaria

Las previsiones estimadas para los próximos días señala un aumento de pacientes con CoViD-19 y del número de caos con síndrome respiratorio agudo grave (en sus siglas en ingles, SARS).

Es necesario disponer de recomendaciones que ayuden a priorizar la asistencia, dar la respuesta más adecuada a cada caso procurando el mayor bien al mayor número de personas posible.

La Comunidad de Madrid ha distribuido con fecha 23/03/2020 las siguientes recomendaciones que se encuentran más adelante.

Aquí mostramos una chuleta con la medicación más importante para la disnea que nos han aportado nuestros compañeros del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS		
SÍNTOMA	TTO. FARMACOLÓGICO	OBSERVACIONES
DOLOR	Morfina: Di 2,5-5 mg cada 4 horas, s.c.	
DISNEA	Morfina: Di 2,5 – 5 mg cada 4 horas, s.c. Midazolam: Di 2,5-5 mg cada 4 horas, s.c.	
AGITACIÓN/DELIRIUM	Haloperidol: Di 2,5 mg cada 6-8-12 horas Levomepromacina: Di 6,25-12,5 mg cada 8 horas Midazolam: Di 5 mg cada 4 horas.	Descartar RAO, dolor.
SECRECIONES RESPIRATORIAS	Buscapina, ampolla de 20 mg (1 ml). Una ampolla cada 4-6-8 horas. (max 120 mg/día)	Medidas no farmacológicas: elevación de la cabecera de la cama
NÁUSEAS/VÓMITOS	Metoclopramida: 10 mg cada 6 h, s.c.	Antieméticos acción central: haloperidol, levomepromacina.

Figura 4: Utilización medicación para pacientes con disnea

# ALGORITMO DE MANEJO AL PACIENTE CON INFECCION POR COVID-19 Y SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS EN ATENCION PRIMARIA



Gerencia Asistencial de Atención Primaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Premisas:

- Sí es posible, las decisiones deben ser tomadas por dos profesionales
  - La comunicación debe ser clara, honesta y empática
  - La toma de decisiones debe quedar documentada en la Hª Clínica

**Criterios de manejo domiciliario:** Sospecha /Confirmación de infección por COVID-19 + Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria). Y además :

- **Paciente ≥ 80 años con enfermedad de órgano terminal** (insuficiencia cardiaca crónica avanzada, enfermedad obstructiva crónica grave, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica grave) y/o CFS ≥5.
- **Paciente con escala clínica de fragilidad (CFS) de 8-9.**
- **Paciente con demencia moderada – grave.**
- **Paciente con cáncer en fase terminal.**
- **Paciente con cualquier enfermedad y una expectativa de vida inferior a un año.**

8. Con fragilidad muy grave: Totalmente dependientes, cerca del final de vida, no se recuperan de afecciones menores.



9. Enfermo terminal: Se aproximan al final de vida. Personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.

## PRESENTACIONES

Cl.Mórfico 1% 1ml = 10mg

Midazolam 3ml = 15mg

Haloperidol 1ml = 5mg

Levomepromazina 1ml = 25mg

Butilescopolamina 1ml = 20mg

Dexketoprofeno 2ml = 50mg

## MANEJO DE PACIENTE **SUSCEPTIBLE** DE TRASLADO AL HOSPITAL

- Solicitud de recurso prioridad 0 (emergencia) al SUMMA 112 (061)
- Permanecer con el paciente hasta la llegada del recurso solicitado.
  - Administrar de 3 a 5 mg de Cloruro Mórfico por vía SC + O2

## MANEJO DE PACIENTE **NO SUSCEPTIBLE** DE TRASLADO AL HOSPITAL

**OBJETIVO:** Confort del paciente con tratamiento sintomático

- Colocar una vía SC o palomilla de vialón/teflón 24G
- Administrar medicación en forma de:

### BOLOS DE MANERA FJJA PAUTADA

#### CLORURO MÓRFICO

Bolo de 2.5 - 5mg cada 4-6 horas

#### MIDAZOLAM

Bolo de 2.5 - 5mg cada 4-6 horas

#### ESTERTORES

Bolo de 20mg de **Butilescopolamina**  
Cada 6- 8 horas

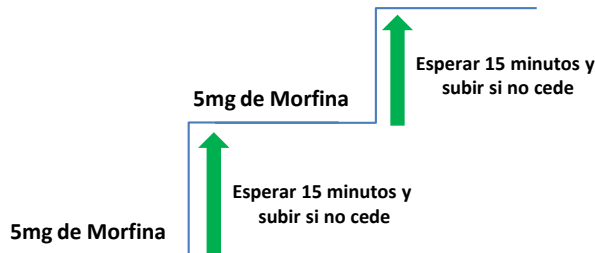
#### FIEBRE

Bolo de 25mg de **Dexketoprofeno**  
Cada 6-8 horas

### RESCATES SI CRISIS DE

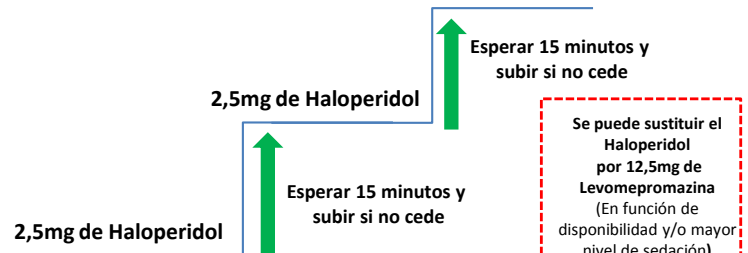
#### DISNEA/DOLOR

5mg de Morfina + 5mg de Midazolam



#### AGITACIÓN/INQUIETUD/VÓMITOS

2,5 mg de Haloperidol + 5mg de Midazolam



Se puede sustituir el Haloperidol por 12,5mg de Levomepromazina (En función de disponibilidad y/o mayor nivel de sedación)

3. Desprescribir todo aquella medicación que no sea necesaria

4. Reevaluar la situación del paciente en las siguientes horas.

(Fuera del horario de apertura del centro de salud se dará continuidad a través del SUMMA 112)

5. En caso de fallecimiento : registrar en la historia clínica con el código CIAP A96 FALLECIMIENTO.

**SÍ SE PRECISA APOYO TELEFÓNICO PARA EL MANEJO DE ESTA SITUACIÓN, CONTACTAR CON EL BUSCA DE GUARDIA DE ESAPD HORARIO DEL CENTRO DE SALUD (DE A 09.00 a 21:00)**

## ANEXO. TÉCNICA COLOCACIÓN VÍA SUBCUTANEA

### ZONAS DE PUNCIÓN

- Cara anterior del tórax.
- Pared abdominal anterior.
- Cara externa del brazo.
- Cara anterior del muslo.

### EJECUCIÓN

- Informar al paciente y/o familia.
- Elegir la zona de punción.
- Desinfectar la zona elegida.
- Purgar la palomilla con la medicación que vamos a administrar por ella (Morfina, Midazolam,.....).
- Pellizcar la piel e insertar el catéter con un ángulo de 45°.
- Fijar el catéter con apósito transparente.
- Fijar sistema de la palomilla, haciendo un bucle, con una banda adhesiva.

### BIBLIOGRAFIA.

*Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Marzo, 2020.*

*Grupo Infecciones en Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Criterios para descartar la derivación al hospital. Marzo, 2020.*

*Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili - versione 01 Pubblicato il 06.03.2020.*

*Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-CoV-19. Marzo, 2020.*

*Procedimientos internos realizados por hospitales de la Comunidad de Madrid con recomendaciones para el manejo de la situación excepcional de catástrofe generada por la epidemia de COVID-19.*

## 4.2. Fallecimiento del Paciente con CoViD-19

En los cadáveres de personas fallecidas en el ámbito de la Comunidad de Madrid durante el Estado de Alarma se procederá de la siguiente manera.

El cadáver será introducido en el lugar de fallecimiento seleccionando una de las dos opciones expuesta a continuación:

- Una bolsa sanitaria estanca (féretro especial), la cual se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).
- Un doble sudario de plástico que garanticen la manipulación de los cadáveres de manera segura hasta introducirlo en el féretro; igualmente, se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

La introducción en la bolsa sanitaria estanca o en el doble sudario será realizada por el personal asistencial que haya estado administrando los tratamientos o cuidados al fallecido (tanto en hospitales como en residencias). En los casos en que en el lugar de fallecimiento no exista personal asistencial, la introducción será llevada a cabo por el personal funerario o autorizado al efecto.

## 4.3. Incapacidad Temporal

En el caso de trabajadores casos posibles, probables o confirmados, como en el caso de contactos, el paciente puede solicitarnos la baja laboral.

El procedimiento se regirá según indicaciones de la «Dirección General de Inspección y Ordenación sanitaria».

Recordar que no es necesario realizar la IT inmediatamente y que se puede hacer con efectos retroactivos, que no es necesario entregar la baja y los partes de confirmación al paciente, sino que quedarán guardados en la UAU y , sobre todo, es importante señalar que, con objeto de no perder procesos de incapacidad temporal, por no emitir los partes de confirmación a tiempo, **citemos al paciente** en la fecha correspondiente a la revisión inmediatamente hallamos emitido el parte, con objeto de que nos se nos olvide.



## MANEJO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA POBLACIÓN TRABAJADORA

INSTRUCCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA, SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN INCAPACIDAD TEMPORAL FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL NUEVO CORONAVIRUS (SARSCOV2) EN LA COMUNIDAD DE MADRID (19/3/2020)

Tendrá la consideración de **ENFERMEDAD COMÚN**  
(independientemente de que a efectos económicos se asimile a accidente de trabajo)

Los partes de baja y confirmación podrán ser emitidos sin la presencia física de la persona trabajadora

REFLEJARLO TODO EN AP-MADRID

**ENTRAR EN EL MÓDULO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EMITIR LA BAJA LABORAL CON LOS CÓDIGOS CIE 10 (Z20.828 Y B34.2)**

**CASO CONFIRMADO**  
(CUMPLE CRITERIO DE LABORATORIO)

**IT POR ENFERMEDAD COMÚN**  
**B34.2 (CIAP 2: A77.01) Infección debida a coronavirus, no especificada sin grupo diagnóstico**

**CASO PROBABLE**  
(RESULTADOS DE LABORATORIO PARA SARS-COV-2 NO SON CONCLUYENTES)

**CASO POSIBLE**  
(CASO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA LEVE SIN CRITERIO PARA REALIZAR TEST DIAGNÓSTICO)  
Aislamiento domiciliario de 14 días.

**CONTACTO ESTRECHO DE CASOS POSIBLES, PROBABLES O CONFIRMADOS:**  
Aislamiento domiciliario de 14 días.  
Siempre y cuando se trate de un trabajador que en las circunstancias actuales de estado de alarma esté obligado a acudir a su centro de trabajo.

El Médico de Atención Primaria puede emitir la baja laboral por aislamiento (Z20.828).

SIN NECESIDAD de indicación por parte de Salud Pública

**IT POR ENFERMEDAD COMÚN**  
**Z20.828**  
**CIAP 2: A23.19**  
**Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**

La duración estimada se fija entre 5 y 30 días (procesos de corta duración del RD 625/2014)

**Personas que formen parte de grupos de riesgo sin clínica ni criterios de contacto estrecho: NO ESTÁ INDICADA BAJA LABORAL\***

Se consideran **PERSONAS ESPECIALMENTE SENSIBLES** aquellas que sufran patología que pudieran verse agravadas por el COVID-19, en base a las recomendaciones dadas por el Ministerio de Sanidad, tal como se establece en el Procedimiento de Actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS – CoV-2) Editado por el citado Ministerio, que indica como factores de riesgo y enfermedades de base las siguientes:

- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular, (incluida hipertensión)
- Enfermedad hepática crónicas
- Enfermedad pulmonar crónicas
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad neurológica o neuromuscular crónicas
- Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)
- Cáncer
- Mujeres que estén embarazadas o en periodo de lactancia.
- Mayores de 60 años.

**DERIVAR AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE SU EMPRESA**

(debe instaurar las medidas pertinentes para la protección de la salud del trabajador)

\*Salvo con Informe del respectivo SPRL, tal y como indica el Mº de Sanidad, quede acreditada la indicación de aislamiento por imposibilidad de reubicación en puesto exento de riesgo COVID 19 de manera individualizada que si será IT Z20.828