
**CRITERIOS
DE ATENCIÓN CLÍNICA
Y DE DERIVACIÓN
HOSPITALARIA
DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS
COMO CASOS PROBABLES
DE INFECCIÓN POR**

SARS-CoV-2



semFYC

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-2

En el momento actual, la principal puerta de entrada de los posibles casos de COVID-19 son los centros de Atención Primaria (centros de salud, consultorios rurales y puntos de atención continuada).

El objetivo de este documento es servir de guía de actuación clínica para el manejo de casos probables de COVID-19 en Atención Primaria.

Se estima que más del 80% de los pacientes con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14% una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos. En los casos graves, puede complicarse con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SARS), sepsis y *shock* séptico, insuficiencia renal y afectación cardíaca.

La edad avanzada y la comorbilidad (especialmente enfermedad cardiovascular, diabetes y EPOC) constituyen factores de riesgo de gravedad y muerte.

Escenarios posibles:

1. **Criterios de valoración clínica por el médico de familia tras el cribado del paciente que acude al centro de salud**
2. **Criterios de derivación hospitalaria del paciente valorado clínicamente en el centro de salud o en su domicilio**
3. **Criterios de necesidad de valoración clínica durante el seguimiento telefónico de atención domiciliaria**

1. Criterios de valoración clínica por el médico de familia tras el cribado del paciente que acude al centro de salud

Los signos y síntomas son muy inespecíficos: fiebre, tos (productiva o no), disnea, anorexia, malestar general, mialgias. Más raramente: dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, náuseas o diarrea. Los ancianos e inmunodeprimidos pueden presentar signos y síntomas atípicos.

En este momento no hay pruebas de que las mujeres embarazadas presenten un mayor riesgo de enfermedad grave o de compromiso fetal, pero parece razonable que las gestantes con sospecha o infección por COVID-19 sean valoradas en el ámbito hospitalario.

1.1. Signos clínicos y pulsioximetría

- Saturación O₂ < 95%, respirando aire ambiental (salvo EPOC ya conocida)
- Disnea u otros signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria, habla entrecortada)
- Taquipnea: frecuencia respiratoria > 20 rpm
- Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm
- Signos de confusión o desorientación
- Dolor costal pleurítico
- Vómitos incoercibles o diarrea abundante o número importante de deposiciones (≥ 10 al día)

1.2. Factores de riesgo de vulnerabilidad a la infección por SARS-CoV-2 en ausencia de signos clínicos (si se dispone de acceso a la historia clínica en el punto de cribado)

- Edad > 60 años con ≥ 1 comorbilidades:
 - HTA
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad cardiovascular crónica (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular)
 - Ictus
 - Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, asma)
 - Hepatopatía crónica (cirrosis hepática)
 - Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estadios 3-5)
 - Tumor maligno sólido o neoplasia hematológica activa
 - Inmunosupresión (incluida la farmacológica con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos)
- Embarazo

2. Criterios de derivación hospitalaria del paciente valorado clínicamente en el centro de salud o en su domicilio

- Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm
- Saturación basal de $O_2 < 92\%$
- Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm
- Hipotensión (PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg)
- Disnea intensa (mínimos esfuerzos o reposo)
- Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesorio)
- Hemoptisis
- Alteración del estado de alerta: letargia, desorientación, confusión aguda
- Incapacidad para la ingesta oral por vómitos incoercibles o número importante de deposiciones (≥ 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. Criterios que hay que considerar:
 - 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

3. Criterios de necesidad de valoración clínica durante el seguimiento telefónico de atención domiciliaria

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		SÍ	NO
Temperatura:			
Fiebre alta ≥ 39 °C			
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			
Estado de alerta (si existen dudas en entrevista con enfermo, preguntar siempre que sea posible a otra persona que esté en ese momento con el enfermo)			
• Está consciente y en alerta			
• Responde con normalidad 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 7º día deben considerarse:			
Duración de la fiebre (≥ 38 °C) superior a 7 días			
Duración de la tos superior a 14 días			
Han cambiado las condiciones psicosociales del aislamiento domiciliario			

3.1. Actuación

La presencia de una respuesta afirmativa obligaría a una valoración por el médico de familia (telefónica o presencial).

En el caso de que hayan cambiado las condiciones psicosociales domiciliarias debería derivarse, si la situación clínica lo permite y si se dispone de ellos, a centros de apoyo a la hospitalización («hoteles medicalizados», u otros equipamientos habilitados) o incrementar medidas de soporte comunitario (comida a casa, reparto de medicinas, acompañamiento, llevar la compra, subir leña, paseo de mascotas, etc.) siempre que sea posible.

Valorar la necesidad de sustituir el seguimiento en domicilio por un **seguimiento en centro de apoyo a la hospitalización convencional y al seguimiento en domicilio a nivel comunitario, con monitorización clínica presencial, siempre que se disponga de esta posibilidad.**

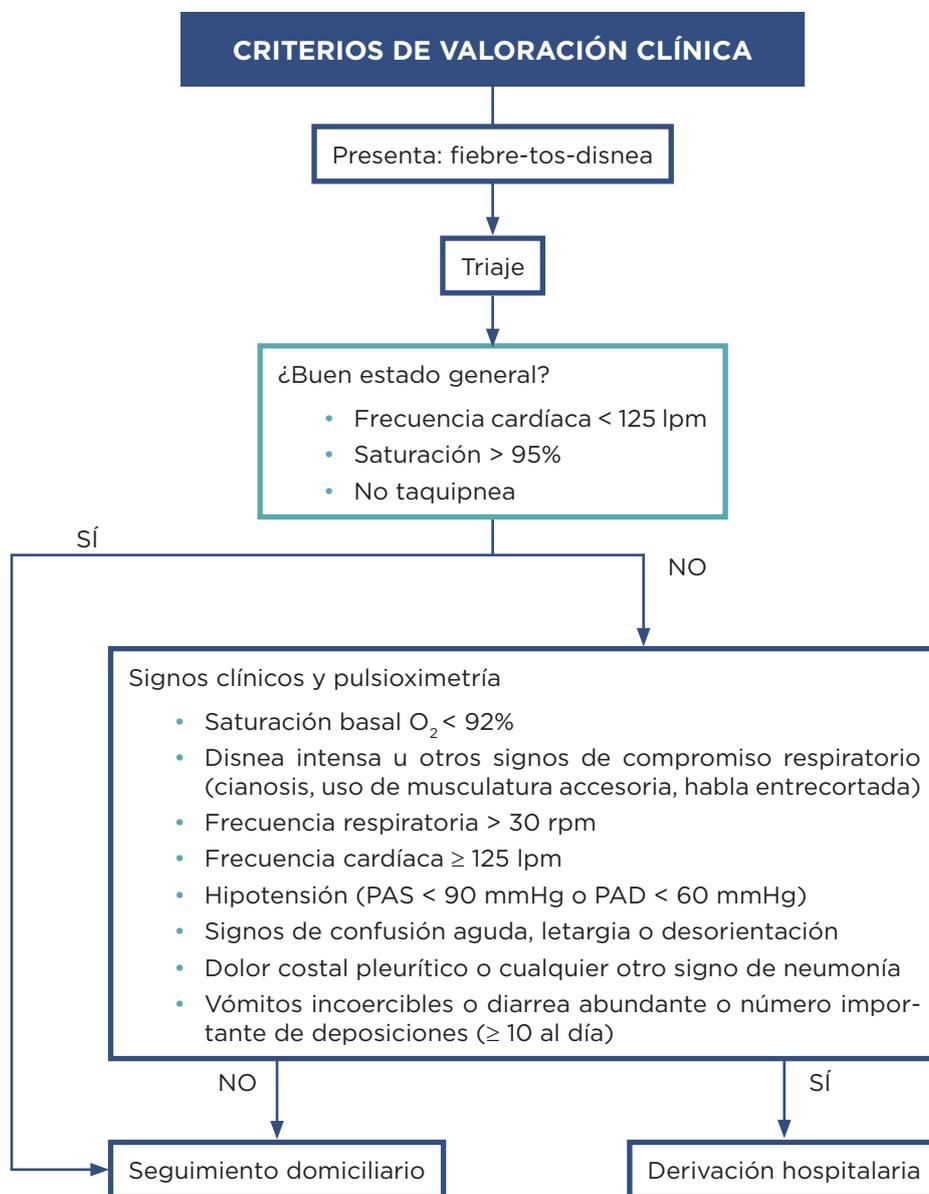
- Edad > 80 años con o sin factores de riesgo de vulnerabilidad a la infección por SARS-CoV-2
- Edad > 70 años con ≥ 2 comorbilidades
- Vulnerabilidad psicosocial que impida un adecuado manejo ambulatorio (> 75 años que vive solo, enfermedad mental grave, adicciones, sin hogar)

Derivar al paciente al hospital ante la presencia de criterios de valoración clínica hospitalaria.

Anexo. Duración de los síntomas en pacientes graves que requieren ingreso hospitalario, sin pronóstico fatal

Síntomas	Días después del inicio de los síntomas (pacientes graves, curso clínico no fatal)																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Fiebre	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Tos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Disnea							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Severidad*													■	■	■	■	■	■	■					

*Necesidad de ingreso en UCI/ventilación mecánica.
Fuente: Zhou F et al 2020.



Bibliografía

1. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. V 1.2. [Internet] Segunda edición. WHO; 2020. [Consultado 17 de marzo 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
2. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate. [Internet]. Febrero 2020. [Actualizado el 16 de marzo de 2020; consultado el 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>
3. Procedimiento de atención al paciente con sospecha de infección por COVID-19, en el centro de salud. Versión 02-18/03/2020. Madrid: Gerencia Asistencial de AP, Consejería de Sanidad de Madrid; 2020.
4. Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por COVID-19, para los gestores de Servicios Sociales de Atención a Personas sin Hogar. Versión 1 (18/03/2020). Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
5. Indicaciones de pruebas de imagen urgentes en COVID-19. Sociedad Española de Radiología de Urgencias. Disponible en https://www.seram.es/images/site/Indicaciones_de_pruebas_de_imagen_urgentes_en_COVID-19.pdf
6. ACR Recommendations for the Use of Chest Radiography and CT for Suspected COVID-19 Cases. Disponible en <https://www.itnonline.com/content/acr-recommendations-use-chest-radiography-and-ct-suspected-covid-19-cases>
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult in Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. Lancet, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

Autores

José M^a Molero García. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

Jesús Molina París. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias

Daniel Ocaña Rodríguez. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias

Magdalena Canals Aracil. Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada

Nel-lo Monfort Lázaro. Grupo de Trabajo de Medicina Rural

Salvador Tranche Iparraguirre. Grupo de Trabajo de Neurología