

SEGUIMIENTO AL ALTA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR COVID 19

ACTUACIONES A REALIZAR EN EL SEGUIMIENTO

* Casos posibles, probables o confirmados	Días de seguimiento respecto al alta hospitalaria														
	1-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1. Alta en urgencias comunicada a AP de paciente CON diagnóstico de neumonía por Covid*, SIN SEGUIMIENTO HOSPITALARIO DOMICILIARIO (CON Y SIN FR).	Llamada a las 24 y 48 horas del alta (según momento de captación)	24 horas de la llamada anterior	x	48 horas de la llamada anterior	x	48 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	14	Día 15 o día del FINAL del aislamiento domiciliario	
2. Alta de hospitalización (ingreso o domiciliaria post urgencia) comunicada a AP de paciente CON diagnóstico de neumonía por Covid*, CON FACTORES DE RIESGO	Llamada a las 24 y 48 horas del alta (según momento de captación)	x	48 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	14	Día 15 o día del FINAL del aislamiento domiciliario	
3. Alta de hospitalización (ingreso o domiciliaria post urgencia) comunicada a AP de paciente CON diagnóstico de neumonía por covid*, SIN FACTORES DE RIESGO	Llamada a las 24 y 48 horas del alta (según momento de captación)	x	48 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	x	x	72 horas de la llamada anterior	14	Día 15 o día del FINAL del aislamiento domiciliario	
4. Alta de urgencias o de hospitalización de paciente con diagnóstico de infección por Covid* SIN neumonía.	Llamada a las 24 y 48 horas del alta (según momento de captación)														

Alta hospitalaria en cualquiera de los supuestos previos comunicado a AP por hospital, paciente o familiar

Primer Seguimiento telefónico según "Guía de seguimiento al alta adaptada al COVID-19"

¿Se identifica algún problema clínico o criterios de gravedad*?

Valoración por el Médico de Familia (derivación hospitalaria si sospecha de empeoramiento o recaída o control estrecho cada 24 horas)

Seguimientos telefónicos sucesivos:

Se identificará el paciente según supuestos de la tabla superior y se hará acorde a la pauta establecida y con apoyo del documento: "Guía de seguimiento al alta adaptada al COVID-19"

A partir del día 13 se seguirán haciendo seguimientos cada 72 horas hasta el final del aislamiento domiciliario cuando se prolongue más de 14 días.

Valoración:

- Presencia de síntomas
- Criterios de gravedad según guía
- Adherencia al tratamiento y reacciones adversas al tratamiento COVID
- Otros problemas concurrentes
- Detección de contactos directos

En el **último seguimiento** telefónico se programará una cita para la realización de la analítica al final del periodo de aislamiento o, en su caso, individualizar según el informe de alta y

En el caso de diagnóstico de neumonía se solicitará una RX de tórax en la 6ª semana desde el inicio de la neumonía o a los 14 días del alta en caso de ingreso prolongado o cuando el informe de alta lo recomiende

¿Presencia o empeoramiento de síntomas y/o presencia de criterios de gravedad*?

Al finalizar el periodo de aislamiento*:

- Realización de analítica
- Si diagnóstico de neumonía: Realizar RX la 6ª semana del inicio de la neumonía o a los 14 días del alta en ingresos prolongados o cuando el informe clínico lo recomiende (Ver tabla adjunta)

*Salvo atención en consulta monográfica de seguimiento de su hospital de referencia

Cuando estén disponibles los resultados, valoración por el médico de familia (estado de salud y resultados de pruebas)

¿Normalización parámetros analíticos?
¿Resolución RX?
¿Ausencia síntomas?

Mantener seguimiento del médico de familia y valorar derivación

Alta clínica Fin de seguimiento activo

Informar al paciente que, ante empeoramiento grave entre las llamadas del Centro de salud, debe llamar al 112

GUÍA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO AL ALTA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN ADAPTADA AL COVID-19

CRITERIOS DE GRAVEDAD	PREGUNTA / IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE	SI	NO
Valoración global que recoge la percepción del paciente	¿Cómo se encuentra usted hoy? Si el paciente no refiere mejoría o estabilidad preguntar si ha empeorado desde el alta.		
Disnea	¿Ha reaparecido o empeorado la fatiga?, ¿Se fatiga al levantarse y empezar a caminar o cuando está en reposo?		
Taquipnea	¿Se le nota el habla entrecortada y presenta dificultad para mantener la conversación?		
Dolor pleurítico	¿Tiene dolor que le dificulte la respiración? ¿Es un dolor nuevo? ¿Ha empeorado un dolor que tenía previo?		
Estado de alerta alterado	Si durante la entrevista se sospecha alteración en el estado de alerta del paciente, se debe hablar con un acompañante del paciente para corroborarlo, siempre que sea posible.		
Reaparición de fiebre	¿Ha vuelto a tener fiebre desde el alta? ¿Tiene sensación de escalofríos y/o tiritonas?		
Aumento de tos	¿Ha aumentado la tos?, ¿La tos que tiene le dificulta para comer o beber?		
Vómitos incoercibles	¿Tiene vómitos? ¿Los vómitos son tan continuos que le impiden alimentarse?		
Diarrea abundante	¿Tiene diarrea? ¿Ha tenido más de 10 deposiciones en un día o entre 5 y 10 durante más de 3 días?		
Expectoración purulenta	¿Tiene expectoración? ¿Es abundante, verdosa o marrón, o purulenta?		
Hemoptisis	¿La expectoración tiene cierto color rojo como con sangre?		
Hipotensión	Preguntar al paciente si tiene tensiómetro para que se tome la tensión. Preguntar si tiene mareo incapacitante y persistente		
Conocimiento de criterios de gravedad	¿Sabe identificar el paciente/ cuidador los criterios de gravedad preguntados anteriormente? *Si la respuesta es NO, explicar criterios de gravedad.		

Derivar para valoración por el Médico de Familia ante la **presencia de una respuesta afirmativa en alguno de los criterios de gravedad en cualquier momento del seguimiento**. (No extensivo al ítem de conocimiento de los criterios de gravedad que se incluye para aclarar su comprensión).



SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y OTROS PROBLEMAS CONCURRENTES	PREGUNTA / PACIENTE O CUIDADOR (EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO PUEDA RESPONDER)	SI	NO
Valoración de la adherencia terapéutica	¿Tiene medicación prescrita? ¿Conoce la indicación y la posología? ¿Está tomando correctamente la medicación? ¿Está siguiendo el paciente las indicaciones no farmacológicas que figuran en el informe de alta hospitalaria?		
Valoración de efectos secundarios o reacciones adversas a los medicamentos	¿Tolera bien la medicación? ¿Ha notado alguna reacción adversa con los nuevos medicamentos que está tomando? Si es así ¿cuál? <i>(Incluyen las reacciones adversas de estos dos fármacos por no ser de uso habitual hasta el momento).</i> *Anexo 1: REACCIONES ADVERSAS DE LOPINAVIR/RITONAVIR (KALETRA®) REACCIONES ADVERSAS DE HIDROXICLOROQUINA Enlace interacciones farmacológicas		
Valoración de la dependencia	¿Requiere el paciente disponer de un cuidador? ¿Quién es su cuidador principal? ¿Convive con alguna persona de especial riesgo (enfermedades crónicas, edad avanzada, embarazo, inmunodeprimidos, pacientes oncológicos, etc)?		
Seguimiento de enfermedades crónicas	Valoración individualizada del grado de control de enfermedades crónicas (si las presenta)		
Valoración de la necesidad de continuidad de cuidados	¿Precisa el paciente continuidad de cuidados los fines de semana y festivos?		
Valoración del estado emocional del paciente	¿Se encuentra bien a nivel emocional? ¿Tiene ansiedad, tristeza, miedo u otros síntomas? ¿Cree que necesita ayuda para manejar estos síntomas?		
Valoración de situaciones de especial vulnerabilidad	¿Existe en el domicilio alguna situación que por sus características complique el cuidado y convalecencia del paciente y pueda afectar a su evolución? *Si la respuesta es SÍ , derivar a Trabajador Social.		



DETECCIÓN DE CONTACTOS DIRECTOS DEL PACIENTE	PREGUNTA / PACIENTE O CUIDADOR (EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO PUEDA RESPONDER)	SI	NO
Valoración de Los síntomas de las personas que conviven en el domicilio con el paciente	¿Convive con otras personas? ¿Alguna de ellas presenta síntomas de infección por coronavirus?		
Registro del episodio en la HC	¿Tienen registrado en la HC los convivientes los episodios que correspondan a su situación de contacto, caso posible o caso confirmado según indiquen en la entrevista? *Si la respuesta es NO , crear el episodio y registro en la HC de cada conviviente y proceder según protocolo clínico o indicar que se pongan en contacto con su centro de salud para comunicar su situación: A77 sospecha infección coronavirus A77.01 Infección por COVID 19 A23.19 contacto COVID 19		
Valoración del cumplimiento de las medidas de aislamiento	¿Están aplicando el protocolo de cuarentena/aislamiento en domicilio, para el paciente y todos los convivientes, así como todas las recomendaciones? *Insistir en la importancia de mantener el aislamiento y cumplir todas las recomendaciones. https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf		

VALORACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA AL FINALIZAR EL AISLAMIENTO DOMICILIARIO AL ALTA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN POR COVID 19

SEGUIMIENTO AL FINALIZAR EL PERIODO DE AISLAMIENTO *

*Salvo atención en consulta monográfica de seguimiento de su hospital de referencia

PRUEBA	CUÁNDO REALIZAR
Analítica en el centro de salud¹	<p>Programar para el día que finaliza el aislamiento. Debe incluir:</p> <p>Función hepática</p> <p>LDH</p> <p>Función renal</p> <p>Hemograma</p> <p>Coagulación, Dímero D (si disponible), CK</p> <p>PCR (si disponible)</p> <p>Otros parámetros que se requieran por las comorbilidades del paciente</p>
RX PA tórax de control si neumonía	<p>Programar en la 6º semana del inicio de la neumonía o 14 días tras el alta en ingresos prolongados o cuando el informe de alta lo recomiende</p>

¹ Se puede individualizar la decisión de **adelantar la analítica** si así lo recomienda el informe de alta de hospitalización (ingreso u hospitalización domiciliaria) o urgencia o si el facultativo lo considera necesario a la luz de los últimos análisis realizados. En este caso se realizarán **en el domicilio del paciente**.

ANEXO 1

REACCIONES ADVERSAS DE LOPINAVIR/RITONAVIR (KALETRA®)

MUY FRECUENTES (> 1/10)	FRECUENTES ($\geq 1/100$ a $< 1/10$)	POCO FRECUENTES Y RARAS (< 1/100)
<ul style="list-style-type: none"> - Infección del tracto respiratorio superior - Diarrea, náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> - Infección del tracto respiratorio inferior, infecciones de la piel incluyendo celulitis, foliculitis y forúnculo. - Anemia, leucopenia, neutropenia y linfadenopatía. - Hipersensibilidad incluyendo urticaria y angioedema. - Trastornos de la glucosa en sangre incluyendo diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, pérdida de peso, disminución del apetito. - Ansiedad. - Cefalea (incluyendo migrañas), neuropatía (incluyendo neuropatía periférica), mareos, insomnio. - Hipertensión. - Pancreatitis. - Vómitos, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis y colitis, dolor abdominal (superior e inferior), distensión abdominal, dispepsia, hemorroides, flatulencia. - Hepatitis, incluyendo aumento de AST, ALT y GGT. - Erupción, incluyendo erupción maculopapular, dermatitis/exantema incluyendo eczema y dermatitis seborreica, sudoración nocturna, prurito. - Mialgia, dolor musculoesquelético incluyendo artralgia y dolor de espalda, trastornos musculares como debilidad y espasmos. - Disfunción eréctil, alteraciones menstruales, amenorrea, menorragia. - Fatiga, incluyendo astenia 	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune. - Hipogonadismo - Aumento de peso, aumento del apetito. - Sueños anómalos, disminución de la lívido. - Accidente cerebrovascular, convulsiones disgeusia, ageusia, tremor. - Alteración visual. - Tinnitus, vértigo. - Arteriosclerosis tal como infarto de miocardio, bloqueo auriculoventricular, insuficiencia de la válvula tricúspide. - Trombosis venosa profunda. - Hemorragia gastrointestinal incluyendo úlcera gastrointestinal, duodenitis, gastritis y hemorragia rectal, estomatitis y úlceras orales, incontinencia fecal, estreñimiento, sequedad de boca. - Ictericia, esteatosis hepática, hepatomegalia, colangitis, hiperbilirrubinemia. - Alopecia, capilaritis, vasculitis. - Síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme - Rabdomiolisis, osteonecrosis. - Disminución del aclaramiento de creatinina, nefritis, hematuria.

Se pueden consultar las interacciones farmacológicas en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/01172006/FT_01172006.html

REACCIONES ADVERSAS DE HIDROXICLOROQUINA

FRECUENTES (≥1/100 A <1/10)	POCO FRECUENTES (≥1/1.000 A <1/100)	RARAS Y MUY RARAS (<1/1.000)	DESCONOCIDAS (NO PUEDE ESTIMARSE CON LOS DATOS DISPONIBLES)
<ul style="list-style-type: none"> - Anorexia. - Cefalea. - Alteraciones en la córnea que incluyen edema y opacidad², con o sin síntomas (visión borrosa, halo visual o fotofobia), alteración de la acomodación visual con síntomas de visión borrosa³, agudeza visual disminuida. - Náuseas, diarrea, dolor abdominal y vómitos⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erupción - Trastorno emocional, trastorno psicótico. - Confusión, nistagmus. - Sordera, acúfenos y vértigo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mielosupresión (pancitopenia). - Psicosis. - Convulsiones. - Retinopatía con cambios en la pigmentación y defectos del campo visual¹, maculopatía, escotoma, ceguera para los colores, alteraciones en el fundus. - Cardiomiopatía, que puede provocar insuficiencia cardíaca, en algunos casos con desenlace fatal. - Desviaciones de T-top en ECG. - Erupciones bullosas incluidas; Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, pustulosis exantemática generalizada aguda, generalmente asociado con fiebre e hiperleucocitosis. Prurito. Cambios de color del pelo (encanecimiento), reacción de fotosensibilidad. - Psoriasis. - Durante la terapia a largo plazo con el fosfato de cloroquina estructuralmente relacionado, se produjo una fosfolipidosis reversible (aumento de la acumulación de fosfolípidos intracelulares), incluida la fosfolipidosis renal. Debido a la similitud estructural, este efecto secundario puede ocurrir también para hidroxicloroquina. En este caso se puede intensificar una función renal alterada. - Función hepática anormal e insuficiencia hepática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia, anemia aplásica, granulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, porfiria precipitada o exacerbada. Hemólisis (en individuos con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa). - Hipoglucemia. - Mareos, inestabilidad de carácter, irritabilidad y fatiga. - Fenómenos extrapiramidales como distonía, disquinesia, temblor, pesadillas, ataxia. - Los pacientes con cambios retinianos pueden ser inicialmente asintomáticos, o pueden tener visión escotomatosa con tipos de anillo paracentral, pericentral, escotomas temporales y visión anormal del color. - Oftalmoplejia. - Reflejo macular anormal (pérdida del reflejo foveal). - Alteración de la conducción y (bloqueo de rama/bloqueo cardíaco atrioventricular). - Hipertrofia biventricular. - Prolongación del intervalo QT en pacientes con riesgo, que puede provocar arritmia (torsades de pointes, taquicardia ventricular). - Pruebas anormales de la función hepática, insuficiencia hepática fulminante. - Cambios de la pigmentación de la piel y membranas mucosas y alopecia. - Reacciones cutáneas similares al liquen plano, dermatitis exfoliativa. Reducción de medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos. - Miopatía (del músculo esquelético)⁵. Neuromiopatía que conduce a una debilidad progresiva y atrofia de los grupos musculares proximales con hiporreflexia y posible alteración sensorial asociada. Se pueden observar cambios sensoriales leves, depresión de los reflejos tendinosos y conducción nerviosa anormal - Urticaria, angioedema y broncoespasmo. Insuficiencia respiratoria (relacionado con la miopatía).

¹En su forma temprana, aparece reversible en la interrupción de hidroxicloroquina. Si se permite que se desarrolle, puede haber riesgo de progresión incluso después de la retirada del tratamiento.

²Los cambios son asintomáticos o pueden causar trastornos como halos, visión borrosa o fotofobia. Pueden ser transitorios y son reversibles al suspender el tratamiento.

³Esto es dependiente de la dosis y reversible.

⁴Estos síntomas generalmente desaparecen después de la reducción de la dosis o después de la interrupción del tratamiento.

⁵Esto puede ser reversible si se termina el tratamiento, sin embargo, la recuperación puede llevar muchos meses.

Se pueden consultar las interacciones farmacológicas en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/83938/FT_83938.html#4-8-reacciones-adversas y en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/74904/FT_74904.html

BIBLIOGRAFÍA

1. The First Affiliated Hospital ZUS of M. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment [Internet]. 2020. Available from: <https://video-intl.alicdn.com/Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment> (último acceso 27 de marzo 2020)
2. Wang C, Horby PW, Hayden FG, et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern [J]. *Lancet* 2020;395(10223):470-473. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9
3. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. WHO/nCov/IPC_HomeCare/2020.1
4. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA United States*; 2020
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients With COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. *Lancet* 2020; Mar 11,2020
7. J. L. Rodríguez Hermosa, M. Calle Rubio y J. L. Álvarez-Sala. Neumonías de lenta resolución. *Rev Clin Esp*;2004;204(7):375-8
8. Shah A, Kashyap R, Tosh P, Sampathkumar P, O'Horo JC. Guide to Understanding the 2019 Novel Coronavirus. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2020;1-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.003> (último acceso 27 de marzo 2020)
9. P. Resano Barrio. Neumonías adquiridas en la comunidad. *Medicine*. 2018;12(64):3751-62.
10. Ministerio de Sanidad. Manejo clínico del Covid 19. Atención Hospitalaria. 1 marzo 2020. (Último acceso 27 de marzo 2020) Disponible en https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
11. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) Actualizado a 15 de marzo de 2020 (último acceso 30 marzo 2020)
12. Ministerio de Sanidad. Documento Técnico. Manejo domiciliario del COVID-19. Versión del 17 de marzo de 2020 (último acceso 30 marzo 2020)
13. Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo clínico del COVID-19: Atención hospitalaria. 19 de marzo de 2020 (último acceso 30 marzo 2020)
14. CDC Interim Guidance for Discontinuation of Home Isolation for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (último acceso 30 marzo 2020)
15. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Protocolo de AP del la Comunidad de Madrid "Seguimiento telefónico al alta" (último acceso 27 de marzo 2020)
16. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Guía de seguimiento telefónico a pacientes con Covid 19. (último acceso 27 de marzo 2020)
17. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria. Procedimiento de gestión social para situación de aislamiento preventivo por casos de coronavirus (último acceso 27 de marzo 2020)