



## Revisión

# Protocolo de gestión de casos de covid-19 en atención primaria

Maite Jorge Bravo<sup>a,\*</sup>, Lorenzo Armenteros del Olmo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Arturo Eyries (Valladolid). <sup>b</sup>CS Islas Canarias (Lugo).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 6 de junio de 2020

Aceptado el 16 de junio de 2020

On-line el 16 de julio de 2020

#### Palabras clave:

Atención primaria

SARS-CoV-2

Clínica

Vigilancia

### R E S U M E N

El 31 de diciembre de 2019 se declararon 27 casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan (provincia de Hubei, China), tras una exposición común en un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de 6ª Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo de 2020 lo declaró como pandemia. El agente causante de esta neumonía se ha identificado como un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* denominado SARS-CoV-2.

El objetivo de este artículo es servir de guía en la práctica clínica del médico de familia (MF) mediante la actualización de los criterios clínicos, las herramientas diagnósticas, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del SARS-COV-2. En resumen, la atención primaria (AP) se ha convertido en el nivel asistencial prioritario para la correcta gestión de la covid-19 con la detección temprana de casos, evitando la transmisión de los mismos y, si esta ocurre, identificar los contactos a través de una estrategia de vigilancia epidemiológica, plasmada en algoritmos de actuación.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Management protocol of COVID-19 cases in primary care

#### A B S T R A C T

On 31 December 2019, 27 cases of pneumonia of unknown etiology were reported in Wuhan (Hubei Province, China) after a common exposure in a wholesale market for seafood, fish and live animals. On 30 January 2020, the World Health Organization (WHO) declared the outbreak as the 6th Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) and on 11 March 2020, declared it a pandemic. The causative agent of this pneumonia has been identified as a new virus in the *Coronaviridae* family called SARS-CoV-2.

The aim of this article is to provide clinical practice guidelines for general practitioners (GP) by updating clinical criteria, diagnostic tools, surveillance and epidemiological monitoring of SARS-COV-2. In summary, primary care (PC) has become the priority care level for the

#### Keywords:

Primary care

SARS-CoV-2

Clinical practice

Epidemiological surveillance

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mjorgeb@semg.es](mailto:mjorgeb@semg.es) (M. Jorge Bravo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.030>

2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

proper management of COVID 19 with early detection of cases, avoiding their transmission and, if this occurs, identifying contacts through a strategy of epidemiological surveillance specified in algorithms of proceedings.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

El 31 de diciembre de 2019 se declararon 27 casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan (provincia de Hubei, China), 7 de ellos graves, tras una exposición común en un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de 6ª Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo de 2020 lo declaró como pandemia.

El agente causante de esta neumonía se ha identificado como un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* bautizado como SARS-CoV-2. Es un virus RNA recombinante, procedente de un coronavirus de un murciélago y de otro coronavirus aún no conocido, que origina una zoonosis cuyo cuadro clínico se ha denominado covid-19.

La vía de transmisión entre humanos es a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 µm.

De este modo, el médico de familia (MF) se enfrenta a una nueva enfermedad emergente. El objetivo de este artículo es servir de guía a la práctica clínica del MF.

## Objetivo

Actualizar y familiarizar a los MF en el abordaje de los casos de covid-19 que se presentan en atención primaria (AP).

## Criterios diagnósticos

### Definición de caso

- **Caso sospechoso.** Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita, de cualquier gravedad, que cursa con fiebre, tos, disnea u otros síntomas atípicos, como odinofagia, anosmia, ageusia, mialgias, diarrea, dolor torácico, cefalea o dificultad para hablar o moverse.
- **Caso confirmado.** Se consideran dos situaciones:
  - Caso con o sin clínica y PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) positiva.
  - Caso que cumple criterio clínico, con PCR negativa e IgM positiva por serología (no por test rápidos).
- **Caso probable.** Caso de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con covid-19,

con resultado negativo de PCR o caso sospechoso con PCR no concluyente.

- **Caso descartado.** Caso sospechoso con PCR negativa e IgM también negativa, en el que no hay una alta sospecha clínica.
- **Caso de infección resuelta.** Persona asintomática o con antecedentes de clínica compatible con covid-19 durante los 14 días previos a la realización de prueba serológica para SARS-CoV-2 y resultado positivo de infección pasada (IgM negativa e IgG positiva).

### Cuadro clínico

El periodo de incubación oscila de 1 a 14 días, con un promedio de 5. Se estima que en un 97,5 % de los casos los síntomas aparecen a los 11,5 días de la exposición.

La prevalencia de los síntomas más frecuentes de los casos de la serie China y de la española se describe en la [tabla 1](#).

Así mismo se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas:

- **Neurológicos:** mareo (17 %), alteración del nivel de conciencia (7 %), accidente cerebrovascular (2,8 %), ataxia (0,5 %), epilepsia (0,5 %), neuralgia (2,3 %) y síndrome de Guillain-Barré.
- **Cardiológicos:** síntomas de fallo cardiaco o daño miocárdico agudo.
- **Oftalmológicos:** ojo seco (21 %), visión borrosa (12,7 %), sensación de cuerpo extraño (11,8 %) y congestión conjuntival (4,7 %).
- **Otorrinolaringológicos:** dolor facial, obstrucción nasal, hiposmia, disgeusia; en muchos casos la anosmia y la disgeusia son el primer síntoma.
- **Dermatológicos:** erupciones tipo *rash*, urticariformes, vesiculosas (similares a varicela) o púrpura; se han descrito lesiones acro-cianóticas, similares a la perniosis, en los dedos de las manos y los pies, más frecuentes en niños y adolescentes.
- **Hematológico:** mayor incidencia de sangrados y de fenómenos trombóticos, como infarto cerebral, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda.

La neumonía es la entidad clínica más frecuente (54 %), sobre todo en hombres, personas mayores de 60 años y con enfermedades de base (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades respiratorias e hipertensión arterial).

**Tabla 1 – Síntomas de covid-19 comparados entre los casos de la serie China y los notificados en España.**

Síntomas	Serie China (55.924 casos)*	Serie española (250.287 casos)**
Fiebre	87,9 %	72,8 %
Tos	67,7 %	69 %
Disnea	18,6 %	47,4 %
Escalofríos	11,4 %	23 %
Odinofagia	13,9 %	21,8 %
Digestivos (diarrea, vómitos)	8,7 %	35,2 %
Congestión nasal	0,8 %	4,7 %
Hiposmia-disgeusia	***	43 % <sup>1</sup>

Fuente: elaboración propia.  
 \* Datos del informe de la misión de la OMS en China.  
 \*\*Casos de datos covid-19 Notificados a la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica).  
 \*\*\* Falta dato.  
<sup>1</sup>Estimado de los datos preliminares de la encuesta de seroprevalencia (ENE)

La covid-19 tiene un curso leve o moderado en el 80 % de los casos; el 15 % precisa ingreso hospitalario y el 5 % cuidados intensivos. Según los datos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la gravedad aumenta en las personas mayores de 70 años con enfermedades de base y factores de riesgo cardiovascular, y es mayor en los hombres.

#### Signos y síntomas de alarma

- Respiratorios: disnea, hemoptisis, aumento de la expectoración.
- Digestivos: diarrea con deshidratación, vómitos incoercibles.
- Neurológicos: letargia, confusión.
- Fiebre refractaria al tratamiento antitérmico.

#### Material y herramientas necesarias para el diagnóstico

- Ropa de trabajo: pijama, zuecos, bata.
- Dispensador de jabón líquido y de solución hidro-alcohólica.
- Guantes de nitrilo.
- Mascarillas quirúrgicas.
- Mascarilla FFP2.
- Equipo de protección individual (EPI).
- Alcohol de 70 ° para desinfección de las herramientas.
- Solución de lejía diluida (1:50) para desinfección de las superficies de contacto.
- Toallas desechables.
- Contenedor de pedal con tapa.
- Pulsioxímetro.
- Tensiómetro digital.
- Termómetro digital.
- Fonendoscopio.
- Aprendizaje de la técnica de lavado de manos en 5 pasos e higiene respiratoria (Figs. 1 y 2).

Siempre hay que mantener la distancia de seguridad de 2 metros, excepto para la exploración.

#### Confirmación diagnóstica del caso

A todas las personas sospechosas de covid-19 se les realizará la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección de ARN viral durante las primeras 24 horas de su detección.

Las muestras para el diagnóstico por PCR serán del tracto respiratorio superior: exudado nasofaríngeo u orofaríngeo. El personal que recoja las muestras, precisa usar un EPI. Las muestras deben introducirse en un medio de transporte para virus, refrigeradas a 4 °C y transportadas en triple embalaje



**Figura 1 – Higiene correcta de manos.**



Figura 2 – Higiene respiratoria.

Si la PCR fuera negativa y continúa la sospecha clínica, deberá repetirse la PCR al cabo de 48-72 horas; si persiste negativa, se sigue sospechando caso de covid-19 y han transcurrido más de 7 días, se solicitará la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

A luz de las últimas experiencias científicas, la OMS solo recomienda el uso de test rápidos en determinadas situaciones, estudios o investigación.

- Aislamiento en el domicilio, de no ser posible en establecimiento adecuado al efecto, si a pesar de la PCR negativa hay alta sospecha de enfermedad. En estos casos, debería realizarse un test de anticuerpos para valorar la situación inmunológica y confirmar el diagnóstico. Preferentemente con un test serológico tipo ELISA IgM/IgG SARS-CoV-2, dadas las limitaciones de los test rápidos. En este caso se deberá mantener el aislamiento hasta conocer los resultados.
- Si en el momento del alta se precisa mantener medicación de uso hospitalario, esta se entregará desde el servicio de farmacia hospitalaria, incluso a domicilio del paciente cuando sea necesario.

## Seguimiento de pacientes con covid-19

No solo tras el alta, sino en diferentes estadios de la enfermedad, la AP se ha convertido en el nivel asistencial prioritario para la correcta gestión de esta enfermedad. Con las experiencias existentes hasta este momento, y conforme a los protocolos actuales, el seguimiento telefónico será la herramienta fundamental. La periodicidad de las llamadas variará según el estado clínico del paciente y de las normas emitidas por cada servicio de salud o área sanitaria.

### Seguimiento tras el alta hospitalaria

#### Pacientes con PCR negativa

- Alta al menos con una prueba PCR negativa y comunicado al responsable de covid-19 del centro de AP; informe de alta y habilitación de sistema de comunicación.
- Con mejoría de síntomas respiratorios, afebril al menos durante 3 días, estabilidad de infiltrados pulmonares en la imagen radiológica con mejoría evidente, saturación basal por encima de 94 % y frecuencia respiratoria menor de 22.
- 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.

#### Pacientes con PCR positiva

Los pacientes con PCR positiva pueden ser alta hospitalaria o no precisar ingreso si su evolución es favorable o su sintomatología es escasa. Si su situación socio-familiar lo permite, podrán permanecer en aislamiento domiciliario durante un mínimo de 14 días, tras de los cuales se les realizará una PCR de control de acuerdo con las normas específicas de cada área sanitaria (Tabla 2).

Este seguimiento se realizará mediante cuestionarios estructurados y adecuados para cada situación clínica, manejados por personal de medicina o enfermería. Ante la modificación sintomática de empeoramiento o la aparición de criterios de gravedad, se valorará la necesidad de seguimiento telefónico diario, la visita a domicilio o la remisión al hospital (Tabla 3).

### Vigilancia epidemiológica: estudio y abordaje de contactos

El objetivo es realizar un diagnóstico temprano en los contactos estrechos que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático o con formas clínicas con escasa o poco expresiva sintomatología.

Tabla 2 – Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con covid-19.	
Informe de alta hospitalaria	Afectación orgánica, alteraciones analíticas, radiológicas, coagulación, QT.
Entrevista clínica y exploración	Apetito, fuerza, movilidad, alteraciones cognitivas, síntomas y signos respiratorios, cardíacos, digestivos, neurológicos, dermatológicos.
Criterios de gravedad o empeoramiento	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)
Valoración de tratamientos y medicación previa	Adherencia, tolerancia, reacciones adversas, control de riesgos e interacciones medicamentosas. Se recomienda una estrategia de revisión y deprescripción de fármacos que no mejoren el pronóstico vital ni sean fundamentales para el control sintomático. Valoración de tratamiento antitrombótico Efectos secundarios del tratamiento y/o interacciones
Anamnesis sobre enfermedades concomitantes y factores de riesgo	Enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, enfermedad inmunológica, cáncer. Embarazo.
Evaluar estado emocional y valorar la necesidad de apoyo psicológico	Estado de ansiedad, insomnio, depresión. Realizar test validados de ansiedad y depresión y explorar ideas de suicidio.
Valoración de la dependencia y de situaciones de especial vulnerabilidad	Si es necesario, derivar a Trabajo Social.
Valoración del cumplimiento de medidas de aislamiento	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
Ejercicio físico	Introducir pautas de ejercicio físico y rehabilitación respiratoria.
Vigilancia de secuelas o de consecuencias tras enfermedad	Fibrosis pulmonar. Enfermedades cardiovasculares. Trastornos neurológicos. Afectación emocional
Fuente: Adaptada del Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con covid-19. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. SACYL. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León	

Tabla 3 – Seguimiento según situación clínica.		
Situación clínica	Seguimiento	Profesional
Estable	Telefónico	Medicina de familia/enfermería
Con necesidad de atención	Presencial	Medicina de familia/enfermería
Con síntoma refractarios	Plantear sedación	Medicina de familia/enfermería

Se considera contacto estrecho a cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso:

- Personal sanitario o sociosanitario que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros de la familia o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (convivientes, visitas...) y durante más de 15 minutos.
- Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso y a la tripulación que haya tenido contacto con dicho caso.

En el momento en que se detecte un caso sospechoso se iniciarán las actividades de identificación de contactos estrechos.

El periodo a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

Cualquier persona que cumpla la definición de contacto estrecho de un caso confirmado deberá ser informada y se iniciará un seguimiento activo o pasivo siguiendo los protocolos establecidos en cada comunidad autónoma.

En caso de convivientes se iniciará el seguimiento desde el momento de la detección del caso sospechoso (Figs. 3 y 4).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. who.int. [Citado el 28 de febrero 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

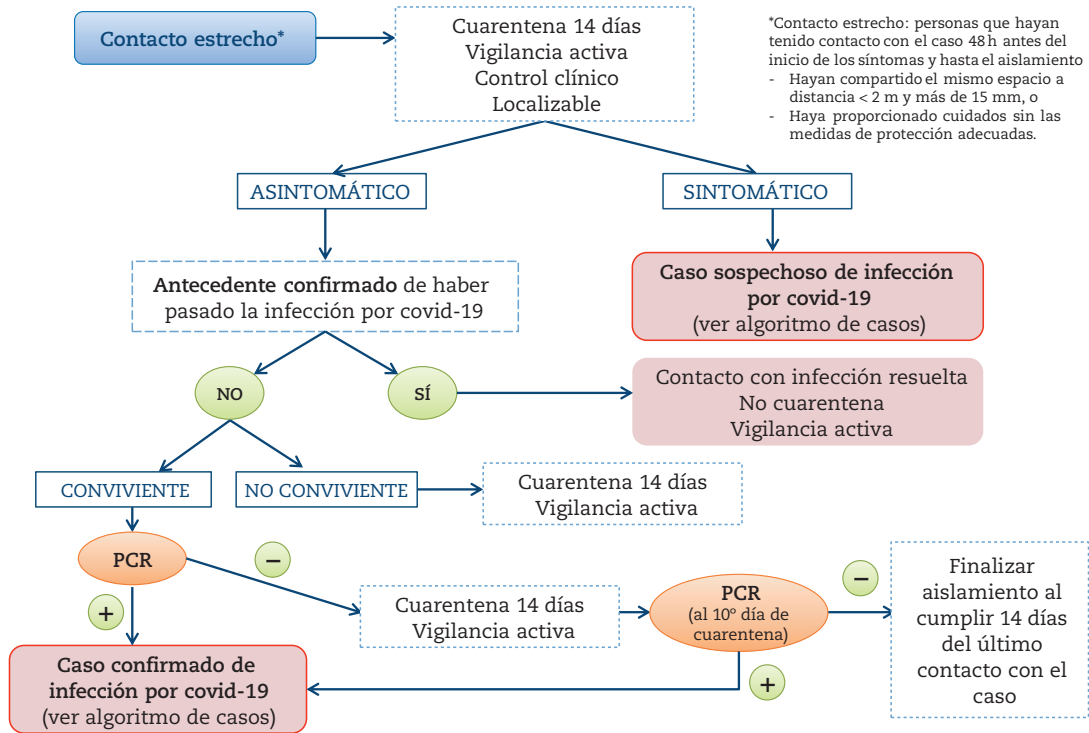


Figura 3 – Algoritmo seguimiento epidemiológico de los contactos en atención primaria. (Fuente: modificado del algoritmo de vigilancia epidemiológica de los contactos en atención primaria en desescalada Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. SACYL. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León).

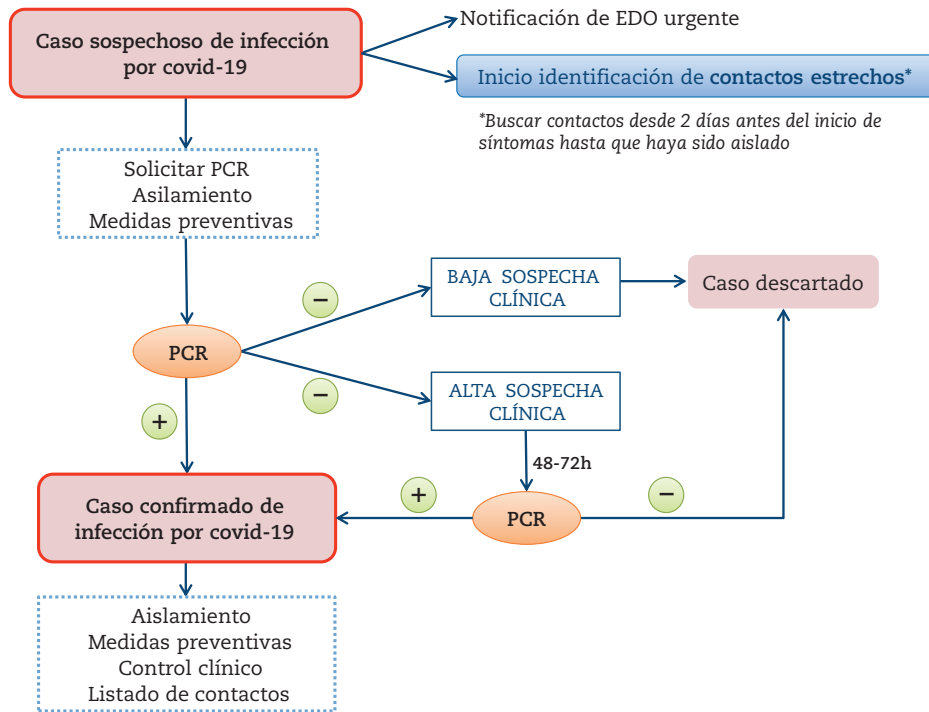


Figura 4 – Algoritmo seguimiento epidemiológico de los casos en atención primaria. (Fuente: modificado del algoritmo de vigilancia epidemiológica de los casos en atención primaria en desescalada Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. SACYL. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León).

2. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de la covid-19 en España. Informe covid-19 n° 32 [Internet]. Iscii.es. Actualizado 21 de mayo de 2020 [Citado 30 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.iscii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2032.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
3. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Informe científico-técnico, enfermedad por coronavirus, covid-19. [Internet]. mscbs.gob.es. Actualizado 18 de mayo de 2020. [Citado el 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ITCoronavirus/home.htm>
4. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Guía para la toma y transporte de muestras para diagnóstico por PCR de SARS-COV-2. [Internet]. mscbs.es. Actualizado 18 de mayo de 2020. [Citado 30 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/202005018\\_Toma\\_muestras.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/202005018_Toma_muestras.pdf)
5. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19 indicadores de seguimiento [Internet]. Madrid Actualizado 12 de mayo de 2020 [citado el 31 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)
6. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y familias. Procedimiento de atención y seguimiento telefónico de contactos, casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (covid-19). [Internet]. Revisión 8 de abril 2020 [citado el 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.semergenandalucia.org/docs/noticias/atencionTelCovid.pdf>
7. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud. Manejo en Atención Primaria de covid-19 en Asturias. [Internet]. Versión 2.0. 11 de mayo de 2020 [citado el 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/1002704/Procedimiento+de+atencio%C3%81n+y+seguimiento+domiciliario+de+casos+confirmado+COVID19.pdf/57a088d2-e672-39fd-0537-5185d1b752ff>
8. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con covid-19. [Internet]. Actualizado a 23 de abril 2020 [citado el 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1586864-Seguimiento%20en%20AP%20tras%20el%20alta%20hospitalaria%20230420.pdf>