

RECOMENDACIONES COVID-19 PARA ATENCIÓN PRIMARIA (12/04/2020)

Valoración del paciente y esquema general de estudio y derivación al hospital
<p>Escenario 1. Pacientes con síntomas leves y edad < 50 años, sin disnea ni signos de alarma (tabla 1) y sin comorbilidad.</p>
<p>Tratamiento sintomático en domicilio. Hidratación y paracetamol 500-1000 mg/6h si dolor o fiebre mal tolerados (ancianos o IR grave: máx. 3g/24h, IH: máx. 2 g/24h)</p> <p>Aislamiento domiciliario + IT correspondiente + seguimiento /24-48h</p>
<p>Escenario 2. Pacientes con síntomas leves, sin disnea ni signos de alarma (tabla 1) y edad ≥ 50 años o factores de riesgo (HTA, DM, cardiopatía isquémica, FA, ECV, patología pulmonar, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, inmunodepresión o antecedente de neoplasia en los últimos 5 años) o personal sanitario.</p>
<p>Tratamiento sintomático + Hidroxicloroquina (HCQ) + N-acetilcisteína. Ver dosis en tabla 2.</p> <p>En caso de no disponer de hidroxicloroquina, pautar TRUVADA (emtricitabina/tenofovir 200 mg/245 mg). Ver dosis en Tabla 2.</p> <p>Aislamiento domiciliario + IT correspondiente + seguimiento /24h</p>
<p>Escenario 3. Pacientes con SatO₂ < 92% (basal o con oxígeno a su flujo habitual en portadores de OCD) u otros signos de alarma (tabla 1).</p>
<p>Remitir al Servicio de urgencias hospitalarias.</p>
<p>Escenario 4. Pacientes con disnea leve, bien tolerada, SatO₂ basal ≥ 92%, sin signos de alarma (tabla 1) o con persistencia de fiebre más de 5 días</p>
<p>Realizar radiografía de tórax^(*) y valorar analítica (preferentemente a partir del 5º día del inicio de los síntomas) que incluya hemograma, perfil hepático, función renal, K, Ca, LDH, CK, Proteína C Reactiva, ferritina y dímero-D (este parámetro es necesario solicitarlo a bolígrafo y resaltarlo en lugar visible).</p> <p>Considerar tres situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin afectación radiológica: tratamiento como en escenario 2 2. Afectación radiológica leve. Se puede indicar tratamiento sintomático en domicilio con vigilancia estrecha y añadir la siguiente pauta: <ul style="list-style-type: none"> -Primera opción: Hidroxicloroquina (HCQ) + azitromicina + N-acetilcisteína (**) -Segunda opción, en caso de no disponer de HCQ: TRUVADA (emtricitabina/tenofovir 200 mg/245 mg) + azitromicina + N-acetilcisteína. -Aislamiento domiciliario + IT correspondiente + seguimiento /24h <p>En ambas situaciones, valorar según los parámetros analíticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dímero D 500-1000: Enoxaparina^(***) (tabla 2). Dímero D > 1000: Remitir al Servicio de urgencias hospitalarias. b. Ferritina 400-1000: Prednisona (tabla 2). Ferritina > 1000: Remitir al Servicio de urgencias hospitalarias. <ol style="list-style-type: none"> 3. Afectación radiológica moderada o severa: remitir al Sº urgencias hospitalarias.

Observaciones:

1. Consultar dosis y período de administración en Tabla 2.
2. La Proteína C Reactiva servirá para monitorizar el curso clínico pero no para implementar el tratamiento o remitir al paciente al S^o. de urgencias hospitalarias.
3. (*) En el informe radiológico se especificará el grado de severidad:
 - Leve: infiltrados casi imperceptibles. Afectan a menos de un 25% del pulmón.
 - Moderada: infiltrados evidentes y múltiples. Afectan entre el 25% y el 50%.
 - Severa: infiltrados extensos. Afectan a más del 50%
4. (**) La hidroxiclороquina y la azitromicina son dos fármacos que, por si solos, pueden prolongar el intervalo QT y, por tanto, provocar arritmias, por lo que se debe valorar el riesgo-beneficio de su uso concomitante según la situación clínica y evidencias disponibles y tomar las precauciones oportunas sobre todo en pacientes:
 - Con prolongación de intervalo QT documentada o congénita. Si QTc \geq 0,50 s se debe reevaluar la indicación.
 - Que actualmente estén recibiendo tratamiento con otras sustancias activas que prolonguen el intervalo QT, tales como antiarrítmicos clases IA y III, cisaprida o terfenadina.
 - Con alteración en los electrolitos, particularmente con hipopotasemia e hipomagnesemia.
 - Con bradicardia clínicamente relevante, arritmia cardíaca, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca grave.

Siempre que sea posible, es recomendable realizar un ECG al menos al 2^o y 5^o días de tratamiento. Si el QTc se prolonga $>$ 0,06 s con respecto al basal, sobrepasa los 0,50 s o aparecen taquicardias polimorfas, se debería interrumpir la medicación hasta normalización.

5. (***) Este tratamiento se aplicaría en pacientes que no están anticoagulados previamente. En los pacientes que ya toman acenocumarol, habría que valorar el INR: si está en rango se continuarían controles estrechos y no sería necesario añadir HBPM, mientras que si está por debajo del rango se añadiría la enoxaparina hasta que lo alcance.

Tabla 1. Signos de alarma

- Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm
- SaO₂ < 92%
- Frecuencia cardiaca ≥ 125 lpm
- Hipotensión (PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg) Valorar en el contexto de cifras de PA habituales del paciente
- 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 (≥ 10 al día) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas
- Importante afectación del estado general
- Elevada sospecha clínica de neumonía

Tabla 2. Dosificación de fármacos y tiempo de administración

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Tiempo</i>
Hidroxiclороquina 200 mg	2 comp. cada 12 h primer día y 1 comp. cada 12 h 5-7 días más	6-8 días (según evolución y disponibilidad)
TRUVADA (Emtricitabina 200 mg/Tenofovir 245 mg)	1 comprimido al día, preferiblemente con alimentos Si FGe 30-49: 1 comp / 48 h Si FGe < 30: no utilizarlo. Consultar interacciones y ficha técnica	10 días
Azitromicina 500 mg	500 mg el primer día y 250 mg al día 4 días más	5 días
N-Acetilcisteína	600 mg / 24 h o 200 mg / 8 h	5-7 días
Enoxaparina	1 mg/kg/día s.c.	Dos semanas
Prednisona	15 mg/día	Dos semanas y reducción progresiva de dosis en 7-10 días hasta suspender

Notas:

1. Protección gástrica con IBP si enoxaparina y/o prednisona.
2. Enoxaparina: considerar reducción de dosis en presencia de insuficiencia renal o antecedente reciente de hemorragia (consultar ficha técnica).
3. Si el paciente ya está con anticoagulación oral, continuarla (no añadir enoxaparina, salvo en el caso de pacientes con acenocumarol con INR por debajo del rango).

Estas recomendaciones no pretenden ser un documento rígido y de obligado cumplimiento, sino una herramienta práctica para poder aplicar siempre tras valoración de ventajas e inconvenientes por parte del médico de familia.

Estas recomendaciones no pretenden sustituir las recomendaciones específicas desarrolladas en el ámbito de las residencias sociosanitarias.

LECTURAS RECOMENDADAS:

- Información científico-técnica, enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200404_ITCoronavirus.pdf
- Procedimiento de actuación frente a enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Ministerio de Sanidad. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf
- Ficha técnica Hidroxicloroquina. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/83938/FT_83938.html
- Ficha técnica Azitromicina. Disponible en:
<https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65600/FichaTecnica>
- Ficha técnica Truvada. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/04305001/FT_04305001.html
- Ficha técnica Enoxaparina. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62470/FT_62470.pdf
- Luis Carlos Saiz Fernández. Cloroquina e hidroxicloroquina como potenciales terapias frente al COVID-19. Boletín de Información Terapéutica de Navarra. Disponible en:
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/cochrane_navarra_covid-19_cloroquina_hidroxicloroquina_02.pdf
- JM Molero García et al. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-Cov-2. SEMFYC 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/03/Criterios-SARS-COV-2-20200320.pdf>
- John R. Giudicessi, Peter A. Noseworthy, Paul A. Friedman, Michael J. Ackerman. Urgent Guidance for Navigating and Circumventing the QTc Prolonging and Torsadogenic Potential of Possible Pharmacotherapies for COVID19. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.03.024>
- Fei Zhou et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study *Lancet* 2020; 395: 1054–62.
<https://doi.org/10.1016/>