

DOCUMENTO DE PROPOSTAS PARA A DESESCALADA

1.-[INTRODUCCIÓN](#)

2.-[ORGANIZACIÓN DESESCALADA ASISTENCIAL](#)

[Previsións nas necesidades da asistencia en AP](#)

[Procesos na desescalada](#)

[Cita previa](#)

[Relación co 2º nivel asistencial](#)

[Relación con outros recursos asistenciais](#)

[Protocolo de Traballo Social \(\[documento\]\(#\) \)](#)

[Aportacións COFIGA \(\[documento\]\(#\) \) e SOGAFI \(\[documento\]\(#\) \)](#)

[Pacientes crónicos](#)

[Salubrízate \(\[enlace externo\]\(#\) \)](#)

[Novas Tecnoloxías](#)

[Información para pacientes crónicos](#)

[Información colectivos vulnerabeis](#)

3.-[VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA](#)

3.1 [Xustificación](#)

3.2 [Medidas diagnósticas para a detección e illamento de casos e contactos](#)

[Implantación de un sistema para detección de casos agudos a gran escala](#)

[Implantación de un sistema para detección de contactos a gran escala](#)

3.3 [Seguemento de pacientes sintomáticos](#)

3.4 [Medidas de prevención](#)

3.5 [Información en IANUS](#)

4.-[RECOMENDACIÓNS PARA RESIDENCIAS](#)

4.1 [Monitorización continua](#)

4.2 [Coordinación](#)

4.3 [Circuito incidencias](#)

5.-[NECESIDADES PRIORITARIAS DE RECURSOS](#)

[PROFESIONAIS](#)

[RECURSOS MATERIAIS](#)

[FORMACIÓN](#)

6 [MANEXO E SEGUEMENTO CLÍNICO COVID-19 POR ESCENARIOS:](#)

A [Manexo do paciente que acode ao Centro de Saúde/PAC \(sospeita COVID\)](#)

B [Manexo do paciente no domicilio:](#)

[Caso posible sen criterios confirmación por test](#)

[COVID positivo con cadro leve](#)

[COVID positivo con enfermidade moderada/alta de Urgencias](#)

[COVID positivo ao alta hospitalaria](#)

[Conciliación medicación](#)

[Interaccións](#)

Atención no domicilio a caso posible/probable/confirmado([documento anexo](#))

Manexo en coidados paliativos ([documento anexo](#))

7.- TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA COVID:

- 4.1 [Pacientes ambulatorios](#)
- 4.2 [Pacientes vulnerables no domicilio](#)
- 4.3 [Pacientes institucionalizados](#)

[Tratamiento con hidroxiclороquina/azitromicina](#)

INTRODUCCIÓN

A Agamfec presenta neste documento un conxunto de propostas para o afrontamento da situación xerada pola Covid-19. As mesmas xorden da análise do xa acontecido dende o inicio da pandemia, da revisión do coñecemento actual para o mellor abordaxe da mesma e da necesidade de definir, coa maior claridade posible, as condicións nas que se deben desenvolver os fondos cambios necesarios a afrontar unha situación que se alongará no tempo.

Dende o principio da crise posicionámonos nunha actitude proactiva, tentando achegar o noso coñecemento e traballo. Nesa liña queremos seguir. O que aquí presentamos nace dun compromiso fondo coa Saúde, coa sanidade pública e coa Atención Primaria. E nace tamen dun esforzo colectivo e persoal, que se suma ao que levamos mantendo no noso traballo diario nas consultas.

Para a elaboración deste documento partimos da análise do acontecido ate o momento. E o primeiro que atopamos e que esta situación puxo en maiúsculas o que viñamos manifestando como eivas do sistema sanitario nos últimos anos.

E non so nos, de feito a propia Consellería pública no documento “Por unha atención primaria vertebradora do sistema de saúde” que existe unha: “Actitude centralizadora e desconfiada das xerencias, centralizan as decisións hasta o máis mínimo detalle, sin deixar márxenes para os centros de saúde”. Esta actitude hiperbolizouse na actual situación, xerando unha manifesta ineficacia e enorme ineficiencia.

Todo centralizado, a toma de decisións, o diseño de protocolos continuamente cambiantes, a utilización de probas complementarias e as probas para a detección do virus, a toma de mostras (equipos desplazándose a domicilios no canto de mobilizar os cercanos recursos dos centros de saúde), as prácticas de coidados aos encamados provisionadas por enfermería del hospital, creación de equipos xestores de probas para a fiscalización das solicitadas dende AP mentras as solicitadas en hospital fanse sen ningún control ao criterio exclusivo do solicitante....

Ademais explicitase: “O organigrama das Áreas Sanitarias é excesivamente vertical e centralizado. As direccións temáticas: enfermería, recursos humanos, loxística, sistemas de información, etc., están contribuíndo a fragmentar o traballo organizativo nos centros de saúde” e ademais “no modelo actual, esa xestión é imposible xa que cada disciplina profesional reporta a unha xerarquía diferente. Isto é una anomalía inexistente noutras organizacións de calquer sector.”

Entón, vaia por diante, que o rocollido neste documento non será posible desenvolve-lo con intención de éxito, se non se afronta dende xa un cambio organizativo real tal e como se recolle no documento auspiciado pola Consellería: “Reformular os organigramas das Áreas Sanitarias para elevar a atención primaria a su máximo nivel executivo (dirección), que conte con presupuesto económico específico e que poda reordenar as competencias e líneas de mando”. Precisamos xa unha dirección de atención primaria que realmente exerza as súas funcións para todos e para todo.

E vaia tamén por diante que “se deberá estandarizar e establecer os mecanismos necesarios para mitigar a variabilidade”. Non podemos afrontar a pandemia dende unha diversidade, non explicable, de protocolos e plans de actuación. Debemos “Traballar por lograr unha boa

estandarización dos procesos asistenciais, incluído o acceso a probas complementarias". De ahí que se deben unificar as grandes liñas de actuación, e monitorizar o seu seguimento de xeito que as modificacións precisas se apliquen de xeito axil e unitario.

E vaia tamén por diante que nada se poderá conseguir sen recursos. Recursos ordenados, ben distribuídos e accesibles.

Sen estas premisas, dirección con capacidade, acción unitaria e coordinada e recursos disponibles, non será posible abordar a incommensurable labor que temos por diante para dar reposta a maior reto nunca enfrentado polo Sistema Sanitario, e no que ao entender de todas as Institucións sanitarias Internacionais, comités de Expertos, Comisions de estudo, Comites de crises... precisa dunha decidida intervención da ATENCIÓN PRIMARIA

ORGANIZACIÓN DESESCALADA ASISTENCIAL

Como primeira premisa, será imprescindible que os servizos de Atención Primaria (SAP) manteñan un responsable do COVID 19, que deberá tomar as decisións sobre a organización do centro de maneira áxil e consensuada. Estas deben ser asumidas por TODO o equipo, sen cortocircuitos con mandos externos ao centro.

Tamén se crearán por centro as seguinte figuras de responsabilidade

Responsable/s de suministros:

Idealmente unha equipa formada por enfermería e auxiliar que coordinarán pedidos, supervisión e custodia de material, supervisión de limpeza.

Responsable de residencia:

Encargado da supervisión da residencia de maiores/centro sociosanitario

Debe primar a axilidade, pois a organización pode ser cambiante en función de la evolución da situación epidemiolóxica. Para iso será conveniente realizar reunións organizativas curtas diarias a primeira hora para axustar o confirmar actuaciónes. Tamén se fai imprescindible recibir información diaria en cada servizo da situación diaria que debe incluír necesariamente: cambios nos protocolos de asistencia clínica, valoración social e tarefas burocráticas máis relevantes, así como previsión de novas tarefas. Esta información pode ser elaborada por unha grupo ad hoc de médicas de familia a nivel de Consellería e remitida a todos os responsables COVID de tódalas áreas sanitarias (cunha listaxe de correo unificada para evitar retrasos en mandos intermedios)

Os equipos de Atención Primaria (EAP) revélanse como a forma máis eficaz e eficiente para o control de saúde da poboación e moito máis en situacións críticas. A continuidade e lonxitudinalidade que ofrece a Atención Primaria son fundamentais para o control de saúde da poboación .Sen o profundo coñecemento dos pacientes, non tería sido posible a xestión

telemática e contención en domicilio que durante a pasada fase da pandemia se realizou dende AP

Porén, detectamos unha perda na ACCESIBILIDADE, tal e como a viñamos entendendo, i é hora de recuperala. Para iso son necesarios cambios nos EAP que deben ser impulsados dende a Consellería con implicación de todos os axentes sociais e SSCC e idénticos para todas as áreas de saúde (non é posible que cada Xerencia de Atención Integrada teña os seus propios protocolos).

A organización da asistencia debe responder a criterios de **seguridade**: manter as distancias físicas, **resolutividade**: tratando de resolver no mesmo acto todas as demandas e **promoción da saúde** para conseguir compromiso por pare dos doentes, asegurandonos que comprenden as nosas indicacións e dedicando máis tempo a quen máis o necesita (evitar a lei de coidados inversos)

As leccións da pandemia ensínanos:

Os centros de Saúde teñen unha gran capacidade de autoorganización e a administración debe entendelo e cere competencias, nun clima de confianza, debendose monitorizar en función de indicadores de calidade e resultados.

A zonificación dos domicilios nas urbes galegas é imprescindible, co mesmo médico e enfermeira de referencia se se quere manter unha atención domiciliaria áxil e de calidade. Debe facilitarse transporte adecuado (taxi ou vehículo) para a atención domiciliaria

Todos os dispositivos asistenciais (Urxencias, PAC e xornada ordinaria) deben traballar con obxectivos comúns e protocolos compartidos.

PREVISIÓNS DE NECESIDADE DE ASISTENCIA EN AP:

- Aumento das necesidades de demanda por motivos de saúde non consultados durante la pandemia
- Seguemento de afectados por COVID telefónico e presencial, tanto no CdS como no domicilio.
- Retomar o seguemento de pacientes con patoloxías crónicas e o agravamento producido pola falta de control e o confinamento.
- Atención a urxencias i emerxencias.
- Retomar o seguimento de pacientes incapacitados no domicilio e aos seus coidadores
- Atender o aumento de consultas de Saúde men mental derivados da pandemia: confinamento, perda de familiares e amigos, perda de emprego, problemas de convivencia familiar, problemas económicos, ... (Importante neste punto o papel dos psicólogos clínicos dentro do EAP).
- Retomar o seguemento de programas suspendidos: vacunas, citoloxías, embarazo, tabaco, ...
- Vixilancia epidemiolóxica, detectando novos casos de COVID e facendo seguemento de contactos

-Retomar e potenciar a atención comunitaria

PROCESOS NA DESESCALADA:

CITA PREVIA:

Debe existir un filtro que determine cal es el tipo de consulta idónea e o profesional que a realiza. Para isto es necesario formar ao persoal do área administrativa. É importante recoller o motivo da demanda e rexistralo para permitir un manexo posterior. óptimo

Para consulta presencial de medicina ou enfermería só se citarán demandas de tipo clínico. O persoal administrativo determina que tipo de cita y con que profesional.

Consultas telefónicas médico ou enfermería segundo proceda (para informes de saúde, resultados de probas complementarias, resultados de e-consultas, dúbidas dos pacientes,...)

Consulta administrativa telefónica: somentes renovación de recetas de tratamento crónico ou IT que non precise valoración presencial (indicado así previamente polo médico)

Urxencias: cita con enfermería, que resolve ou filtra ao médico ou recurso que proceda.

Citas programadas: serán citadas polo propio médico ou a enfermeira cando así o precise.

As consultas por síntomas respiratorios derivaranse de forma inmediata ao circuito correspondente

Deberá manterse una **consulta específica para pacientes respiratorios** con sus equipos de protección.

Crearánse citas específicas para o seguemento no CdS e no domicilio de pacientes diagnosticados e/ou sospeitosos de COVID

Garantirase o acceso de todos os médicos de familia ás probas necesarias para o seu control e seguemento (PCR, seroloxías, TAC torácico, Ecocardio,...) O acceso a todas as probas complementarias debe ser a norma a partir de agora.

Estableceránse protocolos de seguemento segundo gravidade dos casos dados de alta no hospital xunto con Medicina Interna, Rehabilitación, Neumoloxía e Saúde Mental.

Estableceránse protocolos para detección de contactos

Aproveitaránse as consultas telefónicas que supoñen unha alta porcentaxe e as que se realicen de maneira proactiva para ir reconvirtíndoas en presenciais para o control clínico ou seguemento telefónico (según precise) e incluso xerar novos circuitos cara o persoal administrativo, farmacia, enfermería, traballador social, cando a característica do paciente e a súa necesidade así o aconsellen.

Manteránse mensaxes claros nos centros con cartelería, aproveitando os paneis informativos das salas de espera

Crearase un sistema telemático e sinxelo para remitir os **partes de IT**, se entendemos que o mail non é seguro, a un circuito telemático que poida ser consultado e capturado polos usuarios a través de e-saude https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/232/Partes_IT.pdf

Relación co 2º nivel asistencial:

Precisamos

Potenciar sistemas de e-consulta axiles e resolutivos

Realización por parte do especialista hospitalario de todos os informes, prescricións de transporte e medicamentosas necesarias, co gallo de evitar dobres desprazamentos,

As citas de revisión anuladas ou non resoltas por non acudir o paciente durante o período de alerta COVID, así como as pospostas vía telefónica por alerta COVID débense recitar dende Atención Hospitalaria

Protocolos de derivación e seguemento deben ser consensuados entre a Atención Primaria e Hospitalaria

Relación con outros recursos asistenciais:

Dada a situación de crise derivada da pandemia, crearase un circuito especial con traballo social para atender e seguir aqueles problemas derivados das situacións de precariedade. Crearase unha red de apoio comunitario con asociacións e ONG do ámbito de influencia.

AXENDAS

Recomendamos a xestión personalizada das axendas por parte dos profesionais

A característica desta etapa va a ser a axilidade no cambio para evitar aglomeracións e asegurar resolutiveidade

De entrada, parece recomendable empezar por unha consulta de 15 minutos mínimo cada media hora intercalando entre elas consultas telefónicas para valorar e en 10-14 días pasar a consultas cada 15 minutos. O número máximo ao día non debería de superar los 20-25 pacientes.

Las telefónicas manteranse de 7 minutos

Manter consultas programadas de 20 minutos. Ahora serán para temas complexos de saúde mental, altas de pacientes fráxiles do COVID, ou procesos crónicos que se han desestabilizado durante la pandemia.

Fundamental: manter uns cupos de tamaño óptimo que permitan unha adecuada atención á poboación e substitución dos profesionais en periodo vacacional/IT.

PACIENTES CRÓNICOS

A lonxitudinalidade demostrou ser un valor inestimable e debe ser a clave do segmento, en equipo medicina-enfermería. Isto permíteo, en moitos casos, a atención telefónica, sen embargo consideramos fundamental o contacto cos pacientes, que é insustituible e reclamado por eles.

Débase recomenzar o segmento dos pacientes crónicos, poñendo maior énfase na promoción dos autocoidados e dotando aos domicilios de medios de autocontrol como glicómetros, pulsioxímetros e tensímetros

Poderíanse elaborar listaxes de comprobación (Check-lists) de patoloxías crónicas para asegurar un mellor seguemento telefónico

Consultas de “ACTO UNICO” EN PRIMARIA, multiprofesionais e de valoración integral, de especial interese en pacientes pluripatolóxicos para evitar aglomeracións e maior exposición dos pacientes e profesionais.

É fundamental o papel da poboación: EDUCAR PARA A SAÚDE, facendo á poboación máis autónoma e capaz de autocoidarse . Un exemplo podería ser a iniciativa [SALUBRIZATE](#)

Fomentar a educación sanitaria e a información dirixida á poboación sobre os principais motivos polos que acudir a consulta de AP/urxencias: utilización de redes sociais, medios de comunicación habituais, mensaxería instantánea... **A cidadanía aprendeu e debe seguir aprendendo a distinguir entre o urxente, o demorable e o importante, permitindo reorganizar os recursos.**

Convén transmitir mensaxes de “autodiagnóstico” sobre os síntomas: “¿Esto que lle sucede, pasaralle anteriormente ou é un síntoma novo?”

Consulta proactiva de crónicos, identificados mediante listaxe de traballo de Ianus e realizada por persoal de risco onde alomenos se lles dará [informacións sobre a súa patoloxía](#)

NOVAS TECNOLOXÍAS

É evidente que se poden mellorar moitos procesos asistenciais coa axuda das TIC, poderanse realizar teleconsultas, videochamadas, controis de constantes e parámetros telemáticamente. Sin embargo este tipo de seguemento posiblemente beneficiará en maior medida a un subgrupo de pacientes con boa competencia tecnolóxica, máis cumpridores e de maior nivel sociocultural

Polo tanto, a consulta telemática, non debe substituír senon complementar, a atención directa. E non debe consumir o tempo que ésta precisa que sempre será escaso se falamos de pacientes con menos recursos e menos capacitación.

Acceso a sistemas de videoconferencia e videoreunión para a formación, polo menos en aula de reunións, en todos os centros.

Crear sistema de **chamada e video-chamada** desde o ordenador e integrados en IANUS, sen necesidade de marcar teléfonos.

INFORMACIÓN CRÓNICOS:

- [Cardiovascular](#)
- [HTA](#)
- [Asma](#)
- [EPOC](#)
- [Dislipemias](#)
- [Actividade física](#)
- [Saúde mental en epidemias](#) (PAPPS) Vídeos e documento
- [-Diabetes mellitus](#)
- [-Anticoagulados](#)
- [-Epilepsia](#)
- [-Alteracións condutuais](#)
- [-ERC en diálise](#)
- [-Enfermidades CV](#)
- [-Alerxia e asma](#)
- [-Cancro](#)
- [-Recomendacións embarazadas](#)

INFORMACIÓN COLECTIVOS VULNERABLES

Violencia de xénero: aplicaranse as [recomendacións do Ministerio](#)

VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA

Xustificación

As medidas de intervención poderíanse ter que estender de forma prolongada ou intermitente durante 12-18 meses para evitar o colapso da capacidade dos hospitais e de facer fronte aos brotes epidémicos recorrentes da Covid-19. As análises sobre o risco de rebrote teñen en conta variables aínda pouco coñecidas, tales como a estacionalidade, a duración da inmunidade, e a posibilidade dunha inmunidade cruzada con outros betacoronavirus. Tamén se prevé que se produzan brotes recorrentes no inverno, que seguirán a este primeiro -e máis intenso- brote epidémico.

A partir de modelos matemáticos teóricos e da experiencia empírica de diferentes países (Hong Kong, Singapur) atopouse que a detección e illamento precoz de casos e contactos podería ser tan efectiva como as medidas de distanciamento social.

Esta estratexia supón modular a actuación de vixilancia, control e intervención nos ámbitos sanitarios, sociosanitarios e comunitarios (1).

Medidas diagnósticas para a detección e illamento de casos e contactos

1. Implantación de un sistema detección de casos agudos a gran escala

Hai que fortalecer de forma significativa a capacidade de detección de casos e o establecemento de esquemas de tests masivo, polo que calquera persoa que teña síntomas respiratorios leves poida ser atendida e obter o resultado do test en poucas horas. Esta estratexia só é factible se a taxa de novos casos é baixa (aproximadamente por baixo de 3500 casos cada 5 días). A UE propón que se cren algoritmos de tests sobre a combinación de probas que se deben levar a cabo e en que fase hai que facelo, priorizando a realización das probas en poboacións de risco. É urxente que o sistema de atención Primaria e servizos de urxencias dispoñan da **capacidade de realizar os tests PCR e serolóxico. É prioritario realizar o test a persoas sintomáticas e poboación de risco no punto de contacto co sistema, é dicir, en atención primaria.**

É necesario garantir o acceso ás probas diagnósticas de infección aguda nas seguintes circunstancias:

- Poboación con sintomatoloxía, tanto grave como non grave (100%). Considérase sintomatoloxía positiva a presenza de febre (> 37,5 ° C), tose seca, disnea, perda olfacto / gusto, síndrome de infección respiratoria aguda
- Persoas en contacto* con casos SARS- CoV-2 positivos confirmados (100%).

- Traballadores sanitarios ou de residencias (100%), incluíndo residencias de anciáns, discapacitados e cárceres, tanto se estiveron en contacto con algún caso posible coma se non.
- Residentes en residencias de anciáns (100%, valorando repetición).
- Persoas con factores de risco médicos que predispongan a un maior risco de mortalidade en caso de infección por SARS- CoV-2 (100%): persoas maiores de 65 anos e persoas con comorbilidades graves como enfermidades cardiovasculares, enfermidades respiratorias crónicas ou cancro .
- Persoas con potencial de vectorizar a enfermidade (persoas con alta mobilidade - transportistas, asistentes / as do fogar-, ou que teñen moitos contactos diarios -persoal de fronte ao público-).

* De acordo coa definición da OMS, a efectos de implementar corentena, un contacto é unha persoa que participa en calquera dos seguintes 2 días antes e ata 14 días despois do inicio dos síntomas no paciente: Ter contacto cara a cara cun paciente con COVID-19 dentro de 1 metro e por > 15 minutos; brindar atención directa a pacientes coa enfermidade COVID-19 sen usar o equipo de protección persoal adecuado; permanecer no mesmo contorna próxima que un paciente con COVID-19 (incluíndo compartir un lugar de traballo, aula ou fogar ou estar na mesma reunión) por calquera cantidade de tempo; viaxar nas proximidades (é dicir, dentro de 1 m de separación de) un paciente COVID-19 en calquera tipo de transporte; e outras situacións, como o indican as avaliacións de riscos locais.

[https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

É necesaria a información sobre a utilidade diagnóstica do test en situacións de prevalencia pretest elevada como os anteriores (2). Nesta fase, a participación de AP centro de saúde e PAC, presencial e domicilio, mantense de acordo cos protocolos clínicos detallados entre sección. Ademais, **é imprescindible a realización de test serolóxicos con dobre banda ou PCR, segundo sexan pacientes sintomáticos ou asintomáticos** (3).

A realización de test pode ser asumido polos profesionais de enfermería. Con todo, débese ter en conta o elevado número de profesionais con informes de saúde laboral que recomentan a súa non participación na realización de test nin consultas a pacientes sospeitosos ou positivos. Doutra banda, pronto entramos en período vacacional, e son necesarias estas vacacións máis que nunca.

Así pois, recoméndase **incrementar de forma progresiva a toma de mostras a través de dispositivos móbiles**. Deberase planificar o seu número e localización. Requirirá contratación de profesionais de enfermería ou retribuír con prolongacións de xornada aos profesionais que se adscriban a esa actividade de forma voluntaria. **Non atenderán pacientes por demanda espontánea** pero si os derivados por unidades de saúde laboral e algunhas organizacións/institucións acordadas previamente.

2. Implantación de un sistema seguimento de contactos a gran escala

Seguimento de contactos: nunha fase con baixa incidencia de casos, podería ser asumido polos profesionais do centro, se a dispoñibilidade de recursos permíteo.

Con todo, débese ter en conta o elevado número de profesionais con informes de saúde laboral que recomentan a súa non participación na realización de test nin consultas a

pacientes sospechosos ou positivos. Doutra banda, pronto entramos en período vacacional, e son necesarias estas vacacións máis que nunca.

Por iso, recoméndase crear un **equipo de vixilancia epidemiolóxica por área de saúde**.

Estarían conformados por:

Dous-tres técnicos de saúde pública. (requisitos: especialista de medicina preventiva e saúde pública ou outro especialista/enfermería con máster en saúde pública).

Profesionais para o seguimento de contactos telefonicamente: Profesionais de saúde da área en prolongación de xornada.

Se fose preciso o desprazamento a domicilio, profesionais de enfermería do propio centro.

A valorar participación de voluntarios.

É esencial a **coordinación** dos equipos co grupo COVID-19 da área, os servizos de Saúde Pública e os responsables COVID-19 dos centros, tanto con reunións periódicas, con protocolos compartidos e únicos para Galicia, e sistema de rexistros completo (rexistro individual, seguimento de actuacións, indicadores, alertas a profesional responsable clínico).

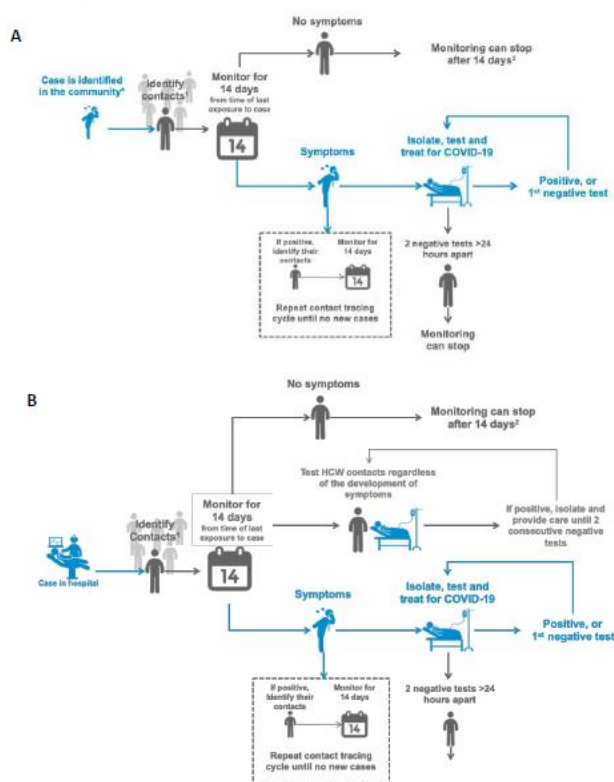
Débense planificar, formar e implantar progresivamente os equipos canto antes (4).

No protocolo da OMS (3), cabe destacar:

Identifique sistematicamente todos os contactos sociais, familiares / domésticos, laborais, de atención médica e calquera outro contacto que tivese contacto cun caso probable ou confirmado desde 2 días antes do inicio dos síntomas do caso e ata 14 días despois do inicio dos síntomas (ou no caso de casos asintomáticos, 2 días antes ata 14 días despois de que se tomou a mostra, o que conduciu a confirmación da infección por COVID-19). Cre unha lista, que inclúa información demográfica, data da primeira e última exposición común ou data de contacto co caso confirmado ou probable, e data de inicio se se desenvolven febre ou síntomas respiratorios. As exposicións comúns e o tipo de contacto co caso confirmado ou probable deben documentarse a fondo para calquera contacto que se infecte con COVID-19.

De todos os casos sospeitosos, débese colleitar e analizar unha mostra respiratoria canto antes. Para os contactos, débense colleitar mostras se teñen síntomas. Se é factible, as mostras respiratorias de persoas en corentena, independentemente de se desenvolven síntomas, deben enviarse para probas de laboratorio ao final do período de coren

Examples of contact tracing in the community (A) and in health care settings (B)



3. Seguemento de pacientes sintomáticos

Protocolos clínicos únicos para todas as áreas.

Presentado [en outras seccións](#) de este documento.

Aos contactos estreitos identificados:

- [Proporcionaráselles información](#), en xeral recoméndase unha corentena durante 14 días.
- Rexistrarse na súa historia clínica o código A23.19, informando asimismo do caso índice e do tipo de contacto
- Deben ser citados na axenda da súa médica de cabeceira, para tramitar IT se procede, así como para informalos de se o caso índice é un caso confirmado/probable ou descartado.

Máis información no documento [NO CENTRO DE SAÚDE / PAC](#)

4 . Medidas de prevención

Segundo protocolos da SEMPSPH (1).

5. Información en IANUS

Codificación en IANUS (CIAP-2)

- Codifícanse **todos os casos posibles** como **A77.00** Infección vírica NE. Ademais empregáranse outros a maiores en función do cadro clínico, asociando os episodios.
- Os casos confirmados codifícanse como **A77.01**, pechando en ese momento o episodio A77.00
- Os contactos estreitos codifícanse como **A23.19**

Códigos novos en CiE-10

https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf

<https://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/25/03/20>

- U07.1 COVID-19, virus identificado (caso confirmado con resultado positivo de la prueba).
- U07.2 COVID-19, virus no identificado:
 - Diagnosticado clínicamente y epidemiológicamente con COVID-19
 - Caso probable de COVID-19
 - Caso sospechoso de COVID-19

Codificación para IT

- Caso confirmado (PCR) ou Caso probable (clínica + Rx): **B34.2** Infección debida a coronavirus non especificada
- Caso posible/contacto/ traballadores sanitarios: **Z20.828** contacto e (sospeita de) exposición a outras enfermidades víricas transmisibles.

Sistema de información

- Rexistro de información en IANUSAP

- Formulario rexistro caso
- Formulario rexistro contacto
- Datos de risco COVID-19 (frec. resp., frec.card., TAS, TAD, pulsioximetría)
- Escala disnea
- Test de Roth
- Comunicación: plataforma que permita compartir la información a todos los participantes del sistema de vigilancia integrando todas las posibles fuentes de datos (historia clínica electrónica, pruebas, IT, etc.)
- Informes/consultas de seguimiento a profesionais dos pacientes da cota..
- Informes/consultas agregados para o servicio de atención primaria/municipio/área.
- Sistema de apoio a toma de decisións (alertas, incidencias, etc.).

Bibliografía

Informe SEMPSPH. Propuesta de medidas y aspectos a considerar en la fase de transición.

<https://www.sempsph.com/es/noticias/118490-la-sempsph-recomienda-mas-de-140-medidas-para-la-fase-de-desescalamiento.html>

Ministerio de Sanidad. [Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2 24.04.2020](#)

SACYL. Algoritmos para personas sintomáticas y asintomáticas. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria>

World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19: interim guidance, 2 April 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331668>

ECDC. Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

RECOMENDACIÓNS RESIDENCIAS

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE RESIDENTES E RESIDENCIAS

Nas residencias de maiores e outros centros sociosanitarios manterase o sistema de monitorización continua do estado de saúde dos e das residentes, levado a cabo polos equipos de atención primaria, pero diminuíndo a frecuencia de seguimento diaria cando a situación epidemiolóxica o permita.

Este seguimento é diferente en función de se o recurso residencial dispón de persoal médico propio ou non:

- Se o centro residencial conta con persoal médico propio, será este quen avaliará diariamente o estado de saúde das persoas residentes. O equipo de atención primaria responsable do centro realizará seguimento compartido co persoal médico da residencia, para coñecer a situación dos pacientes.
- Se o centro residencial carece de persoal médico propio, o equipo de atención primaria responsable do centro residencial realizará o seguimento diario para descartar a presenza de novos síntomas nas persoas residentes, que poidan alertar sobre un caso de infección COVID-19.

Este seguimento será telefónico a diario e presencial según informes. Se evitarán derivacións innecesarias ao hospital, aumentando a medicalización controlada por parte de Atención Primaria. Ademais se favorecerá o cambio de tratamentos con sintrom a ACOD para evitar desprazamentos innecesarios aos centros de saúde.

O equipo será responsable do seguimento de casos novos e contactos, de maneira integrada na Rede de Vixiancia Epidemiolóxica, con realización dos test que se precisen.

Facilitar a formación en Xeriatría e a creación de consultas directas cos servizos de Xeriatría hospitalaria para a abordaxe clínica conxunta dos residentes.

Desde o hospital se coordinarán os envíos de materiais para curas, absorbentes e suplementos alimenticios sin que sexa o persoal da residencia o que se teña que por en risco de contaxio ao desprazarse ao hospital para a súa recollida.

Os equipos sanitarios encargados de supervisar a saúde nas Residencias, en función do número de residentes asignados ao seu cupo, deberían ter unha **disminución importante do seu cupo** de pacientes para poder dedicarlle o tempo que precise a súa atención na residencia

COORDINACIÓN

Débense crear equipos técnicos de Atención Primaria-Hospitalaria que en coordinación cos directivos das residencias e outros responsables colaboren na creación e implantación dos PLANS DE CONTINXENCIA en cada residencia. De maneira que se realicen visitas periódicas ás residencias co fin de identificar e resolver posibles dificultades nas medidas de aillamento, medidas de hixiene e EPIS necesarias, separación de residentes nos espazos comúns, programar posibles formacións para o persoal traballador da residencia, etc. Se crearán informes destas visitas para o coñecemento de todos os responsables.

Creación de estruturas de coordinación socio sanitarias entre profesionais de atención primaria, centrada nos traballadores sociais, e profesionais referentes de asuntos sociais das Administracións Públicas (concellos, consellerías, etc) É imprescindible establecer un circuito cunha comunicación fluída e multidireccional a nivel de todos os responsables. Este circuito debería incluír responsables a nivel da comunidade, e o protocolo e as tarefas asignadas a cada un dos responsables debería ser coñecido por todos.

1. A NIVEL LOCAL:

- Responsable residencia: director/a
- Responsable médico: médico/a residencia/centro de saúde
- Responsable concello: concellería área benestar social
- Responsable traballo social: traballador/a social concello/centro de saúde

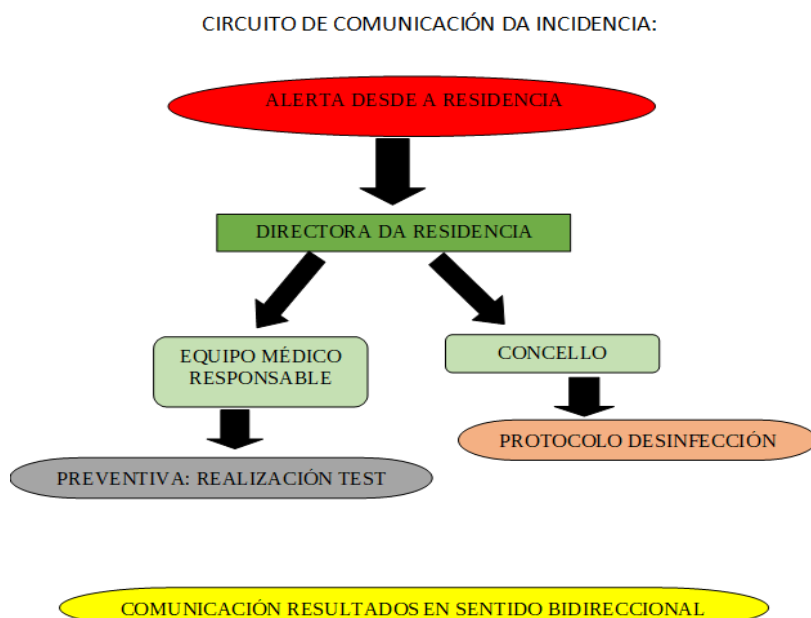
2. A NIVEL HOSPITAL:

- Responsable Saúde Pública e Medicina Preventiva
- Responsable Residencias de Maiores (no CHUS é Calidade)

É preciso un circuito claro para a xestión de posibles incidencias onde cada responsable teña asignada a súa tarefa. Debe constar un teléfono (interno e externo) só para as incidencias con atención as 24h. Posibles incidencias:

- Residente con síntomas covid like
- Traballador con síntomas covid like
- Traballador covid positivo contacto cos residentes

Circuito incidencias:



NECESIDADES PRIORITARIAS DE RECURSOS

Antes de iniciarse a pandemia por SARS- CoV-2, Atención Primaria atopábase nunha situación extremadamente tensionada pola insuficiencia de recursos humanos.

A pesar diso adaptouse nun tempo brevísimo ás necesidades xurdidas da pandemia. Dedicáronse moitas horas á preparación dos circuitos, á adaptación dos centros, ao estudo da nova patoloxía, a reunións, comités, etc. E fíxose fóra de horario laboral. Nunha situación extrema ninguén escatimou esforzos. O traballo levado a cabo por Atención Primaria, non tan evidente, non tan rechamante como o hospitalario, foi crucial para detectar e atender aos pacientes, moitas veces no seu domicilio, evitando o risco que supoñen os centros sanitarios complexos.

Prevese que durante un tempo que non será breve, os centros necesitarán avaliar e reorganizarse se cada dúas semanas, seguindo as recomendacións da OMS para adaptarse á situación.

No desconfinamiento, será crucial o estudo de contactos e Atención Primaria é o escenario para facelo. Estímase que precisará un volume importante de horas de traballo, para identificar casos, testar e estudar os contactos no domicilio, no traballo ou na comunidade.

O persoal de AP ten un importante número de efectivos maiores de 60 anos e/ou con patoloxías que desaconsellan que participen na atención de pacientes con sospeita ou certeza de COVID.

A recuperación das actividades habituais de AP requirirá novas formas de traballo con tempos de atención maiores para garantir a seguridade de todos, evitando salas de espera completas.

Todo iso implica a necesidade dun reforzo de persoais, non soamente de forma puntual se se producen picos de traballo por causa da pandemia senón de forma definitiva. A UE, a OMS e a sociedade, instan os gobernos a reforzar a AP. Xa o facían antes da pandemia, agora con maior motivo.

PROFESIONAIS

Todas as categorías profesionais deberán aumentar os seus efectivos e adaptar as súas competencias ao novo marco:

As **áreas administrativas** terán que dar resposta eficaz telefónica. A consulta a demanda non poderá ter acceso directo ás axendas; terá que pasar o triaxe telefónico administrativo. Por tanto terán capacidade para citar a actual cita directa da internet e centrais. necesitarán maior tempo por chamada. Ademais farán triaxe de todos as persoas que acudan ao centro.

Auxiliares de enfermería encargaranse da xestión do almacén e de circuitos de calidade que realizan actualmente as enfermeiras.

O persoal de **fisioterapia** terá consultas telefónicas/telemáticas de pacientes COVID, e a súa demanda aumentará polo traballo acumulado e os problemas novos xerados pola drástica redución da mobilidade da poboación.

Persoal de **Odontoloxía, hixiene dental e matronas** deberán recuperar o traballo pendente e necesitarán tempos maiores por consulta pola posibilidade de xeración de aerosois que precisarán de utilización de EPI e de limpeza de salas.

O **persoal de enfermería** ten e terá o maior aumento da actividade; o documento “Por unha Atención vertebradora do sistema de saúde” xa obxetivaba unha serie de tarefas que serán da súa competencia, á que hai que sumar o aumento desexable e necesario da atención domiciliaria en pacientes fráxiles e COVID, a xestión enfermeira da demanda dos pacientes que acudan ao centro, o seguimento de casos COVID telefónico/telemático, o estudo de contactos en colaboración con outros perfís profesionais (técnicos de saúde, expertos en saúde pública, médicos de familia, etc). É imposible pretender que estas tarefas as fagan sen aumento de persoal. Non soamente haberá que contratar enfermeiras para reducir as súas cotas, senón que haberá que facelo con contratos estables e é imprescindible que se priorice a contratación de enfermeiras especialistas en familia e comunitaria (EFeC), categoría que se está manifestando clave nos servizos nos que dispoñen destas profesionais polas súas competencias, entre outras, en Saúde Pública. Cando non haxa dispoñibilidade destas profesionais, priorizaráse a experiencia en Atención Primaria

En **medicina de familia** teñen por diante tempos difíciles. É necesario que os pacientes poidan acudir aos centros de forma presencial canto antes. Pero débese manter a valoración telefónica previa. Deberán contar con apoio telemático pero as TIC son ferramentas que aínda que útiles, non substitúen a valoración biopsicosocial do paciente presencial; sen esquecer as diferentes competencias dixitais da poboación. Se xa os persoais eran claramente insuficientes, agora coa atención de casos e contactos COVID, o aumento necesario da atención domiciliaria, a diminución de horas efectivas de atención presencial pola adaptación de postos de traballo, a recuperación do tempo perdido, a inevitable modificación de axendas, fan imprescindible o aumento de efectivos. E non é admisible que se realice traballo fóra de horario non remunerado como está a ocorrer nestes momentos (seguimento de pacientes desde domicilio fóra de horario laboral, en fins de semana, formación en EPIs e protocolos clínicos). Haberá que utilizar fórmulas novas de pago por horas como prolongacións de xornadas ou outras durante as fluctuacións de actividade consecuencia das ondas de COVID e/ou a recuperación na desescalada.

Traballo social é crucial nesta fase. necesitan desburocratizar a súa actividade, deixando a xestión da dependencia nas áreas administrativas. O tempo recuperado é necesario para detectar, monitorizar e visitar aos pacientes vulnerables e promover coidados e axudas. Durante o confinamento xurdiron activos comunitarios, voluntariado, bancos de axuda de xeito espontáneo que é necesario estabilizar cara o futuro desde os centros de saúde.

Farmacia de Atención Primaria solucionará as incidencias en receitas, e a renovación de crónicos. Participará tamén na conciliación da medicación ao alta hospitalaria.

As cotas médicas e de enfermería deben reducirse a 1000-1200 pacientes. Non é desexable que existan demoras maiores de 48 horas nin saturar as urxencias.

Propoñemos contemplar fórmulas para a remuneración do traballo de xubilados voluntarios, e de calquera colaborador necesario pola atención telefónica desde o domicilio ou outras fórmulas para estudar.

RECURSOS MATERIAIS

- Equipos de Protección Individual (EPI) necesarios para a protección dos traballadores.
- Test diagnósticos para todos os pacientes con sintomatoloxía compatible e os contactos para realizar en Atención Primaria, sen pasar ningún filtro para a súa solicitude.
- Test diagnósticos para todos os profesionais de AP.
- Termómetros e pulsioxímetros para o seguimento de pacientes no seu domicilio.
- Sistema de transporte para a atención domiciliaria mentres non se solucione a zonificación nas cidades
- Teléfonos adecuados para a consulta telefónica con mans libres, rellamada e pantalla de visualización do número.
- Webcams para as consultas, e en sala de reunións, que permitan videollamadas reunións e colectivas.

FORMACIÓN

- Formación COVID online progresiva coas adaptacións necesarias en cada momento.
- Formación para estandarizar o seguimento de casos e contactos, integrado na Rede de Vixilancia Epidemiolóxica.
- Áreas administrativas: formación en técnicas de comunicación e triaxe.
- Auxiliares de enfermería: formación en control de calidade e subministracións.

MANEXO E SEGUIMIENTO CLÍNICO COVID-19 POR ESCENARIOS

MANEXO E SEGUIMIENTO DO PACIENTE NO CENTRO DE SAÚDE/PAC

No paciente con síntomas respiratorios priorizáranse no centro dúas actuacións: evitar contactos e definir se o paciente é susceptible de control domiciliario ou debe ser derivado ao hospital.

Asemade, intentarase recabar durante a presenza no centro información dos seus contactos estreitos

Actuacións priorizadas no centro

1.-EVITAR CONTACTOS ENTRE PACIENTES, CONTACTOS SANITARIOS

A atención débese realizar SEMPRE na área específica con axenda específica (idealmente con separación física) (Ver condicións da sala en [condicións sala](#))

Proporcionar ao paciente máscara e luvas (permiten valorar pulsoximetría) e máscara ao acompañante

Se traen máscara con válvula exhalación darlles unha cirúrxica e que a cubran

FACER hixiene de mans con solución hidroalcohólica

Evitar contacto con outros doentes e superficies

Deberanse evitar as exploracións innecesarias

Atención médica imprescindible a paciente con síntomas respiratorios (sempre con [EPI completo](#))

Exemplos de actuacións:

Auscultación pulmonar só se aporta e por detrás do doente

EVITAR NEBULIZACIÓNS: Se se precisara por broncoespasmo administrar mediante inhalación con cámara espaciadora

2.- DEFINIR SE O PACIENTE É SUSCEPTIBLE DE SER CONTROLADO EN DOMICILIO (CADRO LEVE ou MODERADO SEN NEUMONÍA) OU DEBE SER DERIVADO (CADRO GRAVE)

A) CADRO LEVE

Se o paciente non presenta criterios de gravidade na anamnese, febre 1-3 días que cede con antitérmicos FC<100 SpO₂>95%, FR<22, daráselle o alta e derivarase a domicilio e se fará seguimento domiciliario do mesmo por enfermaria

Débense valorar as posibilidades de illamento domiciliario (condicións da vivenda, posibilidade de coidados, posibilidade de seguimento, conviventes de risco...)

Tamén valorar as condicións de volta a domicilio (a pé, vehículo propio) SEMPRE evitar novos contactos

Para unha información máis extensa sobre criterios de gravidade, ver documento [CRITERIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA Y DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA](#) (semFYC) ou [check- list](#) (AGAMFEC) .

Tamén de interese os documentos do [BMJ](#)

B) CADRO MODERADO

SpO₂ 93-95%

FR 22-25

FC 100-125

Febre>38º máis de 4 días

Valorar Rx se dispoñible no Centro, en caso de pneumonía indicárase derivación hospitalaria

Se non presentara pneumonía podería ser alta a domicilio con seguimento estreito

C) CADRO GRAVE

- Disnea intensa/Cianose
- FR>25
- FC>125
- Dor pleurítica/hemoptise
- Diminución nivel de consciencia
- Vómitos incoercibles /diarrea intensa
- Hipotensión (TAS<90-TAD<60)
- SpO₂<93%

Para a derivación hospitalaria chamarase ao 061 ou teléfono sombra

ALGORITMO DE ACTUACIÓN NO [CDS](#) E NO [PAC](#) . [Documento completo](#) de atención no CDS

Outras actuacións

1.-PROPORCIONAR INFORMACIÓN

1. [Protocolo de illamento domiciliario](#) para entregar a pacientes
2. Protocolo de [información para contactos](#)
3. [Instrucións para o cuidador](#)
4. [Recomendacións de limpeza da vivenda](#)

2.-PROGRAMAR ESTUDO CONTACTOS ([ver](#))

3.-INCAPACIDADE TEMPORAL se precisar ([ver codificación](#))

Condicións da sala de atención do circuito respiratorio:

Sempre que os espazos entre atención o permitan ventilaranse as consultas.

De ser posible, utilizaranse dúas consultas, unha para a atención ao paciente e outra para ordenador

Deben conter o mínimo material imprescindible:

- Mesa con ordenador (se consulta única)
- Silla orientada lateralmente e alonxada da mesa.
- Material de exploración: exclusivamente fonendo, termómetro (ifravermellos), pulsioxímetro e tensímetro.
- Os [EPI](#) e a [instrucción de colocación correcta](#) no exterior de la consulta e o caldeiro de residuos con tapa e a [instrución de retirada de EPI](#) no interior dla consulta.
- Tras cada atención limparase a sala.

Eliminaranse por tanto todos os aparatos non indispensables (podómetros, tallímetros, básculas, carros de curas,) Se hai cortinas exploratorias, hai que retiralas.

Non terá material á vista, estará todo gardado. Aquel material que non se poida

proteger o non sexa refugábel e teña que estar en contacto con outros pacientes, debe ser desinfectado posteriormente

Os aparatos da estancia (ECG, carro paradas) preferiblemente tapados con plásticos para evitar a súa contaminación

Exemplo de circuito en Centro de Saúde (SACYL)

O doente entrará ate zona administrativa (2) daráselle luvas e máscara e pasará a zona de illamento



MANEXO E SEGUEMENTO DO PACIENTE NO DOMICILIO

Débense realizar as seguintes actuacións:

1.- Proporcionaráselle información ao paciente:

1. [Protocolo de illamento domiciliario](#) para entregar a pacientes
2. Protocolo de [información para contactos](#)
3. [Instrucións para o cuidador](#)
4. [Recomendacións de limpeza da vivenda](#)

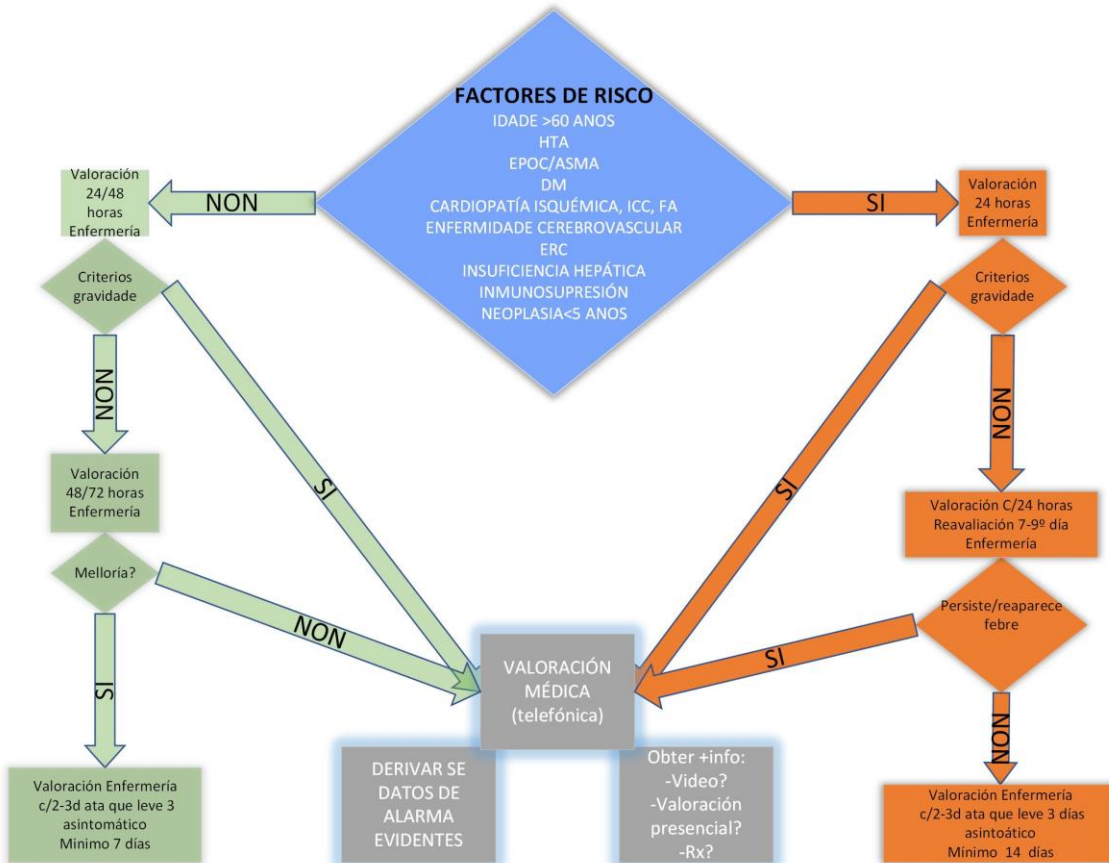
2.- Programarase seguemento segundo situación:

Atopámonos perante a 4 posibilidades clínicas: caso posible sen criterios de confirmación por test, caso COVID+ con cadro leve, COVID+ con enfermidade moderada /alta de Urxencias ou seguemento de COVID positivo tras alta hospitalaria.

1.-Caso posible/probable COVID (sen [criterios confirmación por test](#))

Seguemento según [algoritmo 1](#)

Algoritmo 1



En cada consulta enfermmería valorará a [check list](#).

Valoración médica telefónica:

Se se detectan na anamnese datos de alarma ou se considera que o paciente require avaliación máis profunda valorarase:

- 1.-Derivación para ingreso hospitalario (ver criterios)
- 2.-Circuito ¿Urxencias? para probas complementarias
- 3.-Cambio na modalidade de seguemento (pasar a alto risco)
- 4.- Valoración presencial

De detectárense síntomas ou signos de posible infección non COVID, actuarase en consecuencia: por exemplo, en caso de expectoración purulenta--- tratar como pneumonía

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA (POLO MENOS UN):

- Frecuencia respiratoria ≥ 30
- Frecuencia cardiaca ≥ 125 lpm
- Saturación basal O₂ $<92\%$
- Hipotensión (TAS <90 mmHg o TAD < 60 mmHg)
- Alteración do nivel de consciencia
- Incapacidade para inxesta oral por vómitos incoercibles ou número importante de deposicións.(≥ 10 ao día)
- CRB65 ≥ 1

CRITERIOS DE ALTA SOSPEITA DE PNEUMONÍA (ACONSELLAN RX)

- Empeoramento da disnea
- Persistencia da febre > 7 días ou reaparición tras período afebril
- Frecuencia respiratoria > 22 rpm

2.-Caso COVID positivo con [cadro leve:\(ver criterios\)](#)

Seguemento como caso posible con factores de risco (rama esquerda do [algoritmo 1](#))

Comprobación de [check- list](#)

3.-Caso COVID positivo con [enfermidade moderada/alta](#) de Urxencias:

Seguemento TELEA/telefónico segundo algoritmo 2

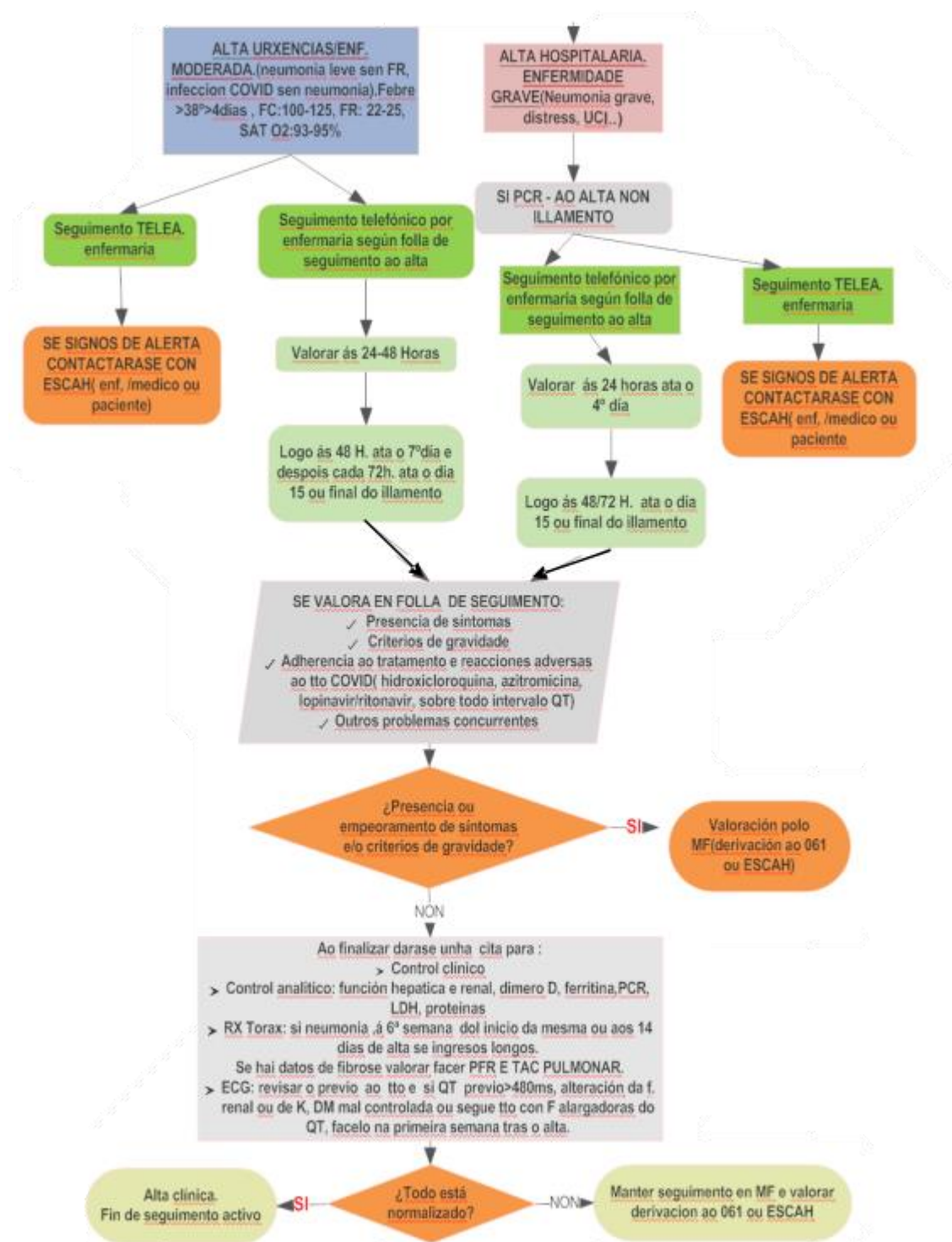
Comprobación segundo [Folla de seguemento ao alta](#)

4.-COVID positivo ao alta hospitalaria

Seguemento segundo algoritmo 2

Comprobación segundo [Folla de seguemento ao alta](#)

Algoritmo 2



CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AO ALTA

Para máis información revisar [documento semfyc continuidade asistencial](#)

[Volver ao índice](#)

RECOMENDACIÓNS XERAIS (NON FARMACOLÓXICAS)

En todos os casos se revisarán e reforzarán periódicamente as recomendacións xerais non farmacolóxicas

- Sobre o exercicio físico, en pacientes sintomáticos en illamento domiciliario, recoméndase manterse activo o maior tempo posibel i evitar períodos prolongados de sedestación ou inmovilidade. Realizárase exercicio físico a diario (a intensidade e o volume dependerán da disnea, agás que o doente teña febre. Favorecerase unha boa hidratación. Valorárase a derivación a [fisioterapia de Atención Primaria](#)

- Sobre as recomendacións nutricionais: valorar que son numerosas as causas que poden provocar malnutrición nestes pacientes, especialmente naqueles con enfermidade grave que precisaron ingreso en UCI, i en anciáns fráxiles. Se se detecta débese recomendar dieta hipercalórica e hiperproteica progresiva.

- Información a familiares/convivintes sobre [limpeza no domicilio](#)

RECOMENDACIÓNS XERAIS NO EMPREGO DE MEDICAMENTOS

- Nos doentes con cadros leves de infección por COVID-19 recoméndase tratamento sintomático e seguemento telefónico.

- Non se atopan contraindicados os AINES, aínda que se recomenda empregar paracetamol

- O emprego de IECA/ARA2 non está contraindicado nen se recomenda modificar tratamento

- Non se dispón de estudos fiables sobre o emprego de corticoides.

- En pacientes previamente anticoagulados con antagonistas da vitamina K, recoméndase establecer medidas organizativas para facilitar os controis, espaciar as citas en doentes estables (ata 6-8 semanas). Se se necesitan controis frecuentes, considerar ACO de acción directa ou HBPM. Ver [normas respecto á anticoagulación](#)

- O uso dos iSGLT2 en pacientes diabéticos, substituíranse en caso de sospeita de enfermidade activa por COVID-19.

- O uso de estatinas, pese á pouca evidencia, non parece relacionarse con unha peor evolución. Débense prestar especial atención ás [interaccións](#) con antivirais

- A evidencia actual non avala o emprego de vitamina D en enfermidades infecciosas, non se recomenda suplementar se os niveis son normais

CONCILIACIÓN DE TERAPÉUTICA TRALA ALTA HOSPITALARIA/ URXENCIAS

- Individualizar en cada paciente en función das súas características e nova situación ao alta (evolución clínica e complicacións durante o ingreso, capacidade funcional e pronóstico vital, adherencia terapéutica esperable, condicionantes da súa residencia habitual, apoio familiar e social, etc.).

- Valorar cambios nas persoas cuidadoras para o seguemento e adherencia ao tratamento: cambios de domicilio (grupo familiar) ou ingreso en residencias.

- Detectar posibles problemas: fármacos omitidos (por erro ou fármacos necesarios non incluídos en receita electrónica), erros (de dose, vía ou frecuencia de administración), duplicidades, interaccións relevantes, contraindicacións, fármacos innecesarios (se a

deprescripción non require un seguemento estreito) e posibles reaccións adversas atribuíbles a cambios durante o ingreso.

- Valorar a reintroducción de fármacos temporalmente interrompidos durante o ingreso (hipotensores, antidiabéticos orais, anticoagulantes orais, etc.).
- Revisar tratamentos que pueden requirer ajustes: inhaladores (uso de cámara espaciadora), analxesia adecuada, necesidade de laxantes en tratamentos concomitantes con opioides o con movilidad reducida e duración do tratamento de HBPM segundo situación do doente.

PUNTOS CLAVE:

1. O tto con HBPM debe manterse ao alta durante un mes a dose profiláctica
2. Comprobar interaccións
3. Comprobar fármacos que alongan QT

Tratamiento de infección respiratoria COVID

Pacientes ambulatorios

CADRO CLÍNICO LEVE

Tratamiento sintomático: Paracetamol e hidratación adecuada.

CADRO CLÍNICO MODERADO

Sólo en caso de sospeita de coinfección/sobreinfección bacteriana instaurar tratamento antibiótico:

Tratamiento de elección

Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral ou Amoxicilina- clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección se Asma Bronquial o EPOC)

Alternativa :

Levofloxacino 500 mg/12h 1º día oral + 500 mg/24h oral 4 días

CADRO CLÍNICO GRAVE Valorar remisión a centro hospitalario

Pacientes vulnerables* no domicilio

*Consideramos vulnerable ao doente que cumpra criterios de ingreso hospitalario e permaneza no domicilio por propia vontade ou contexto social ou sanitario

CADRO CLÍNICO LEVE

Tratamento sintomático: Paracetamol e hidratación adecuada

Só en caso de sospeita de coinfección/sobreinfección bacteriana instaurar tratamento antibiótico.

Tratamento de elección

Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral ou Amoxicilina- clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección se Asma Bronquial o EPOC)

Alternativa :

Levofloxacino 500 mg/12h 1º día oral + 500 mg/24h oral 4 días

CADRO CLÍNICO MODERADO-GRAVE

1. OSÍXENO: con insuficiencia respiratoria: SpO2 <90%
2. ANTIBIÓTICOS: Só no caso de sospeita de coinfección/sobreinfección bacteriana instaurar tratamento antibiótico:

Tratameento de elección

Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral ou Amoxicilina- clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección si Asma Bronquial o EPOC)

Alternativa :

Levofloxacino 500 mg/12h 1er día oral + 500 mg/24h oral 4 días

3. HIDROXICLOROQUINA:

Hidroxicloroquina 400 mg/12 h 1º día + 200 mg/12 ata 5 días (suxeito a autorización e disponibilidad AEMPS) +/- Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días

A evidencia deste tratamento é escasa. Uso compasivo.- Segundo a gravidade poderase prolongar a duración ata un máximo de 10 días-

Prolongación intervalo QT: extremar precaución en síndrome conxénito de intervalo QT longo,- desequilibrio hidroelectrolítico non correxido, cardiopatía ou en tratamento simultáneo con medicamentos que poidan alongarel intervalo QT.

Realizar ECG previo ao emprego de hidroxicloroquina + azitromicina (maior risco) e si o tratamento con hidroxicloroquina se prolonga máis de 5 días. Non iniciar si QT- > 450 mseg. Vixiancia síntomas de alerta (palpitacións, vértixe, mareo).

Outros efectos secundarios: hipoglicemia, toxicidade hematolóxica, alteración musculoesquelética- e ocular. Os comprimidos poden triturarse para pacientes con sonda nasogástrica ou con dificultades de- deglución. Administrar con comida ou con un vaso de leite. Antiácidos: separarse un intervalo de alomenos 4 horas.-

4. BRONCODILATADORES: Administración preferentemente en cartucho presurizado con cámara espaciadora individual, para evitar a xeración de aerosois. Salbutamol 100 mcg/inh + Ipratropio bromuro 20 mcg/inh: 2 inhalacións cada 4-6 h.Ø Corticoides inhalados: Só se Asma Bronquial o EPOC.Ø

5. CORTICOIDES SISTÉMICOS: NON RECOMENDADOS de forma xeral en infeccións víricas. O seu emprego podería estar xustificado na fase inflamatoria para evitar desenvolvemento de síndrome de distrés respiratorio aguda (SDRA). Identificar aos pacientes en os que a relación beneficio/risco sexa favorable e nos que se observe empeoramento. Valorar aspectos clínicos (desaturación grave con necesidade de máscara reservorio e infiltrados pulmonares bilaterais extensos) se no hai radiografía poderíanse sospeitar pola auscultación)), radiolóxicos analíticos (PCR, ferritina, dímero D...) que indiquen proceso inflamatorio. A pauta máis adecuada sería: Metilprednisolona 1-2 mg/kg durante 5 días e 0,5 mg/kg durante outros 5 días.

6. PROFILAXE ANTITROMBÓTICA: Heparina de baixo peso molecular a dose profilácticas para pacientes inmovilizados: Enoxaparina 4.000 UI (40 mg) vía s.c. una vez ao día. Si ClCr entre 15-30 ml/min: Enoxaparina 2.000 UI (20mg) vía s.c. unha vez ao día. Non se recomenda se ClCr<15ml/min

Pacientes institucionalizados

CADRO CLÍNICO LEVE

Tratamento sintomático: Paracetamol e hidratación adecuada

Só en caso de sospeita de coinfección/sobreinfección bacteriana instaurar tratamento antibiótico.

Tratamento de elección

Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral ou Amoxicilina- clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección se Asma Bronquial o EPOC)

Alternativa :

Levofloxacino 500 mg/12h 1º día oral + 500 mg/24h oral 4 días

CADRO CLÍNICO MODERADO-GRAVE

1. OSÍXENO: con insuficiencia respiratoria: SpO2 <90%

2. ANTIBIÓTICOS: Só no caso de sospeita de coinfección/sobreinfección bacteriana instaurar tratamento antibiótico:

Tratameento de elección

Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral ou Amoxicilina- clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección si Asma Bronquial o EPOC)

Alternativa :

Levofloxacino 500 mg/12h 1er día oral + 500 mg/24h oral 4 días

3. HIDROXICLOROQUINA:

Hidroxiclороquina 400 mg/12 h 1º día + 200 mg/12 ata 5 días (suxeito a autorización e disponibilidade AEMPS) +/- Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días

A evidencia deste tratamento é escasa. Uso compasivo.- Segundo a gravidade poderase prolongar a duración ata un máximo de 10 días-

Prolongación intervalo QT: extremar precaución en síndrome conxénito de intervalo QT longo,- desequilibrio hidroelectrolítico non correxido, cardiopatía ou en tratamento simultáneo con medicamentos que poidan alongarel intervalo QT.

Realizar ECG previo ao emprego de hidroxiclороquina + azitromicina (maior risco) e si o tratamento con hidroxiclороquina se prolonga máis de 5 días. Non iniciar si QT- > 450 mseg. Vixiancia síntomas de alerta (palpitacións, vértixe, mareo).

Outros efectos secundarios: hipoglicemia, toxicidade hematolóxica, alteración musculoesquelética- e ocular. Os comprimidos poden triturarse para pacientes con sonda nasogástrica ou con dificultades de- deglución. Administrar con comida ou con un vaso de leite. Antiácidos: separarse un intervalo de alomenos 4 horas.-

4. BRONCODILATADORES: Administración preferentemente en cartucho presurizado con cámara espaciadora individual, para evitar a xeración de aerosois. Salbutamol 100 mcg/inh + Ipratropio bromuro 20 mcg/inh: 2 inhalacións cada 4-6 h.∅ Corticoides inhalados: Só se Asma Bronquial o EPOC.∅

5. CORTICOIDES SISTÉMICOS: NON RECOMENDADOS de forma xeral en infeccións víricas. O seu emprego podería estar xustificado na fase inflamatoria para evitar desenvolvemento de

síndrome de distrés respiratorio aguda (SDRA). Identificar aos pacientes en os que a relación beneficio/risco sexa favorable e nos que se observe empeoramento. Valorar aspectos clínicos (desaturación grave con necesidade de máscara reservorio e infiltrados pulmonares bilaterais extensos) se non hai radiografía poderíanse sospeitar pola auscultación), radiolóxicos analíticos (PCR, ferritina, dímero D...) que indiquen proceso inflamatorio. A pauta máis adecuada sería: Metilprednisolona 1-2 mg/kg durante 5 días e 0,5 mg/kg durante outros 5 días.

6. PROFILAXE ANTITROMBÓTICA: Heparina de baixo peso molecular a dose profiláctica para pacientes inmobilizados: Enoxaparina 4.000 UI (40 mg) vía s.c. unha vez ao día. Si ClCr entre 15-30 ml/min: Enoxaparina 2.000 UI (20mg) vía s.c. unha vez ao día. Non se recomenda se ClCr < 15 ml/min

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO CON HIDROXICLOROQUINA +/- AZITROMICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Segundo a AEMPS “hasta la fecha, solo hay datos parciales, preliminares, a veces únicamente in vitro o incluso contradictorios, sobre la eficacia de uno u otro producto por lo que, en la medida de lo posible, debe priorizarse la posibilidad de realizar estudios clínicos que, al tiempo que ofrecen una alternativa de tratamiento plausible, generen conocimiento útil”. Hai, polo tanto, moi pouca evidencia a favor de empregar tratamento farmacolóxico en esta nova enfermidade.

O 80 % dos pacientes evolucionan favorablemente sen él; son moi poucos os estudos e con moi poucos casos, os que avogan por realizalo. Non se coñece como terían evolucionado os casos que o fixeron favorablemente con tratamento, de non telo recibido, ni se dispoñen de elementos para saber que pacientes se van beneficiar do mesmo. Por outra parte, é un tratamento que non está exento de efectos secundarios, que obriga á realización de un electrocardiograma nun contexto no que se aconsella a menor manipulación posible do paciente.

A AEMPS limita o tratamento a pacientes ingresados no hospital ou en centros onde se está prestando asistencia a estes pacientes baixo dependencia hospitalaria. Por isto, os profesionais que decidan utilizar este tratamento, deben expor ao paciente esta falta de evidencias, e os posibles efectos secundarios, valorando xunto con él o beneficio e risco do tratamento, recabando o consentimento verbal do paciente e deixando constancia por escrito na historia de estas circunstancias. Aínda que a evidencia clínica actual non abonda para recomendar o desaconsellar o uso de Cloroquina ou Hidroxicloroquina nos pacientes con COVID-19. Nembargantes, a evidencia in vitro indica que poderían ser útiles para inhibir a replicación do virus.

Con respecto á asociación ou non de azitromicina, dispoñemos de menos información. Nun estudo non que se administraron ambos asociados a 6 pacientes obtívose unha maior negativización de mostras nasofarínxeas que con hidroxicloroquina soa. É necesario ter en conta que a asociación implica tamén un aumento do risco (respecto ao alongamento do QT)

INTERACCIÓNS:

GRUPOS FARMACOLÓGICOS	CLOROQUINA / HIDROXICLOROQUINA	AZITROMICINA	LOPINAVIR + RITONAVIR
A03 - Agentes contra padecimientos funcionales del estómago e intestino	Evitar antiácidos y cisaprida	Evitar antiácidos y cisaprida	Evitar cisaprida y loperamida
A04 - Antieméticos y anti-nauseosos	Evitar ondansetron y domperidona		Evitar domperidona. De elección metoclopramida
A10 - Antidiabéticos			Evitar canaglifozina. De elección insulina, inhibidores DPP4, metformina.
B01 - Agentes antitrombóticos	ACOD desaconsejados. Alternativa: HBPM		Evitar anticoagulantes, clopidrogrel y ticagrelor
C01B - Antiarrítmicos, clase I y III C01E - Otros preñados C02 - Antihipertensivos	Evitar amiodarona, digoxina y flecainida	Puede aumentar la concentración de digoxina. Evitar administrar conjuntamente	No dar flecainida, amiodarona y resto valorar
C07 - Betabloqueantes			Mejor IECAs que ARAI, en general e evitar indapamida, digoxina, eplerenona, ivabradina, lercanidipino y aliskiren
C08 - Bloqueantes del canal de calcio	Limitar verapamilo		De elección atenolol
C10 - Agentes modificadores de los lípidos		No se han descrito interacciones, pero sí casos de rabdomiolisis en pacientes que tomaban ambos tratamientos	Contraindicadas simvastatina y lovastatina. Atorvastatina y rosuvastatina en la menor dosis posible
G03A - Anticonceptivos hormonales sistémicos			Levonorgestrel de elección
J01 - Antibacterianos para uso sistémico	Evitar rifampicina. Vigilar QT con macrólidos. Valorar quinolonas		Evitar rifampicina. Pueden sumar efectos sobre QT: macrólidos, clindamicina y quinolonas
J02A - Antimicóticos de uso sistémico	Evitar imidazoles y griseofulvina		De elección fluconazol y nistatina
J05A - Antivirales de acción directa	Atazanavir, lopinavir y ritonavir	Nelfinavir	Cloroquina e hidroxicloroquina a valorar por prolongación del intervalo QT
L04A - Inmunosupresores	Evitar tacrolimus y ciclosporina	Puede aumentar concentración de ciclosporina	Evitar tacrolimus y ciclosporina
M04A - Preparados antigotosos		Puede aumentar la concentración de colchicina. Evitar administrar conjuntamente	
N01A - Anestésicos generales			Ketamina (podrían ser necesarias dosis inferiores de ketamina para alcanzar la profundidad de sedación deseada)
N02 - Analgésicos	Evitar metamizol y revisar opiáceos	No usar conjuntamente con derivados ergotámicos debido al potencial teórico de ergotismo	Revisar opiáceos
N03A - Antiepilépticos	Evitar carbamazepina y grupo, fenobarbital, fenitoína y primidona		Valorar necesidad y dosis de todos ellos
N05A - Antipsicóticos	Quetiapina no interacciona. Revisar dosis y necesidad del resto		Valorar necesidad de ellos, evitar quetiapina
N05B - (Fármacos ansiolíticos) y grupo N05C - (Fármacos hipnóticos y sedantes)			Evitar midazolam y triazolam. Lorazepam y Lormetazepam de elección
N06A - Antidepresivos	Evitar tricíclicos, litio y revisar ISRS		Valorar dosis y necesidad
R03AC - Agonistas selectivos de receptores beta-2 adrenérgicos	Evitar bromuro de umeclidinio		Evitar salmeterol y teofilina
S01BA - Corticosteroides, monofármacos			Evitar budesonida, fluticasona y mometasona y uso en general

Nota sobre re medesivir: evitar metamizol, rifampicina, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, betametasona, dexametasona y hierba de San Juan.



Taboas procedente de “Continuidad asistencial al alta en pacientes con neumonía SARS coV2”
disponible en <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf>

Débese prestar atención aos fármacos que prolongan o QT: de uso habitual en neumonía COVID
como hidoxicloroquina, azitromicina ou quinolonas. Ver outros fármacos en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/31162149-1fbb-11e9-8074-1d862e6806be/INFARMA%20FARMACOS%20QT%20DIC%202018.pdf>