



PRACTICE

10-MINUTE CONSULTATION

Covid-19: a remote assessment in primary care

Trisha Greenhalgh *professor of primary care health sciences*¹, Gerald Choon Huat Koh *professor of public health and family medicine*², Josip Car *director, reader in primary care and e-health*^{3 4}

¹Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford OX2 6GG, UK; ²Saw Swee Hock School of Public Health, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore; ³Centre for Population Health Sciences, Lee Kong Chian School of Medicine, Nanyang Technological University, Singapore; ⁴Department of Primary Care and Public Health, School of Public Health, Imperial College London, London, UK

Covid-19: Consultas a distancia en atención primaria

Traducción y adaptación (no oficial) del original del BMJ (<https://www.bmjjournals.org/lookup/doi/10.1136/bmj.m1182.full.pdf>): Fernando Fabiani, Alfonso Villegas, Augusto Saldaña. Médicos de Familia.

Lo que necesitas saber

- La mayoría de los pacientes con COVID-19 pueden manejarlo de forma no presencial con consejos sobre manejo sintomático y autoaislamiento.
- Aunque tales consultas se pueden hacer por teléfono, en muchos casos la videollamada proporciona información adicional y cercanía.
- La disnea es un síntoma preocupante, aunque actualmente no existe una herramienta validada para evaluarla de forma remota.

Una enfermera de 37 años empieza con tos. Al día siguiente, se despierta con fiebre (37.4 °C) y falta de aire. Maneja la situación en casa durante varios días, experimentando un cansancio progresivo, pérdida de apetito y una tos seca y persistente. Al quinto día, presenta diarrea leve y siente opresión en el pecho. Su temperatura ha subido a 38.1 °C. Sintiéndose mal, contacta con su médico de familia para pedirle consejo. Le gustaría que alguien le auscultara, pero la administrativa le dice que no acuda al centro de salud y le ofrece la opción de una consulta telefónica o por video. Su estado previo de salud era bueno salvo un asma leve bien controlado (ocasionalmente usa salbutamol). Hace cinco años, tomó citalopram por ansiedad. Es madre soltera de tres hijos.

La nueva enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una amenaza urgente y global cuyas características clínicas y epidemiológicas aún se están estudiando.^{1 2} Con el fin de contener el COVID-19, se está produciendo un cambio de la consulta física a la consulta no presencial. Por lo tanto, los profesionales sanitarios se enfrentan no sólo a una nueva enfermedad sino también a una nueva forma de interactuar con los pacientes.

Este artículo presenta los principios generales sobre cómo elegir entre consulta telefónicas o por video, cómo realizar una "consulta covid" no presencial y consideraciones sobre cómo organizar el seguimiento y los próximos pasos a seguir. No aborda el triaje no presencial ni cómo configurar en la práctica la videollamada. Este artículo pretende servir de orientación general de una consulta COVID-19. No cubre todas las eventualidades clínicas y no debe usarse como una guía oficial para el tratamiento de un paciente con COVID-19. Se están produciendo rápidamente protocolos y adaptaciones nacionales y locales, y se están llevando a cabo más investigaciones sobre aspectos específicos del manejo, como el uso de antibióticos.

Qué preparar

¿Teléfono o video?

El teléfono es una tecnología familiar y fiable, adecuada para la mayoría de las consultas relacionadas con

COVID-19. Los pacientes que solo desean información general sobre COVID-19 deben ser dirigidos a un mensaje telefónico o un verificador de síntomas en línea como NHS 111 on-line (<https://111.nhs.uk/covid-19> - inglés) u otros recursos locales (teléfonos autonómicos de información / App oficiales). Aquellos con síntomas leves y sin complicaciones y los que consultan por razones administrativas generalmente pueden manejarlos telefónicamente. Sin embargo, el video puede proporcionar información visual adicional, pistas de diagnóstico y cercanía.^{3 4 5} Por ello, el video puede ser apropiado para pacientes más enfermos, con comorbilidades asociadas, con circunstancias sociales de riesgo y aquellos que estén muy ansiosos o preocupados. Los pacientes con problemas de audición, también pueden preferir el video al teléfono.

Debemos tener en cuenta que muchos países, incluidos los EE.UU.⁶, están relajando formalmente las regulaciones de privacidad y protección de datos para el uso de video y otras tecnologías de comunicación durante la crisis; Las Regulaciones Generales de Protección de Datos que se aplican en el Reino Unido y la Unión Europea ya incluyen una cláusula que exceptúa el trabajo en situaciones excepcionales de interés público.

Antes de iniciar la conexión

Abrir el expediente del paciente, preferiblemente en una ventana distinta si estamos usando video. Revisar los factores de riesgo asociados a mala evolución del COVID-19, como estados de inmunocompromiso (fragilidad, diabetes, nefro o hepatopatía crónica, embarazo, recibir quimioterapia, uso de corticoesteroides u otros inmunosupresores), tabaquismo, enfermedad cardiovascular, asma o EPOC. Si es posible, ingresar el código diagnóstico asociado a consulta telefónica o por videollamada, además de “en el contexto de pandemia de COVID19”. Tener a mano la guía de actuación “Quédate en casa” correspondiente.⁷
^{8 a}

Realizar una revisión técnica antes de una consulta por video

Los datos indican que, si la conexión es de alta calidad, el profesional sanitario y el paciente tienden a comunicarse por video de forma similar que en una consulta presencial.³ Cuando se esté listo para la conexión, seguir el procedimiento local correspondiente para iniciarla. Una vez establecida la conexión, revisar el video y el audio (“¿Puede verme u oírme?”) y pedir al paciente que haga lo mismo. Si es necesario, indicar al paciente que verifique y ajuste su micrófono (es posible que para esto sea necesario llamar al paciente telefónicamente). Es muy importante tener un número de teléfono al que poder llamar en caso de que falle la conexión.

Al iniciar la consulta

Comprobar la identidad del paciente (si no es conocido, comprobar su nombre y fecha de nacimiento, por ejemplo). De ser posible, hablar directamente con el paciente y no con un familiar o con el cuidador.

Preguntar dónde se encuentra en este momento (la mayoría de los pacientes estarán en casa, pero podrían estar en algún otro lugar). Luego continuar con una evaluación general (¿Está muy enfermo o no tan enfermo?). ¿Qué está haciendo en este momento (acostado, de pie, andando)? ¿Se encuentra angustiado? ¿Le cuesta respirar tanto que no puede hablar? Si se usa video, ¿tiene el aspecto de estar enfermo? Si el paciente tiene aspecto de estar enfermo, directamente realizar las preguntas clínicas apropiadas. De otro modo, tomarse el tiempo necesario para averiguar la razón de la llamada (por ejemplo: ¿está el paciente o algún miembro de la familia muy preocupado? ¿está preocupado por tener alguna comorbilidad?). Es importante averiguar qué espera el paciente de la consulta (por ejemplo: evaluación clínica, un certificado, una derivación, consejos acerca del aislamiento o simplemente seguridad).

Haciendo la historia clínica

Tomar nota de los signos y síntomas que aparecen en la columna a la derecha de la infografía, teniendo en cuenta que la lista fue elaborada utilizando una población distinta, y pudiera no ajustarse por completo a su población. La guía de la infografía debe usarse con flexibilidad, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y otros datos que vayan surgiendo durante la conversación. El relato inicial describe un caso leve-moderado típico de esta enfermedad. Los casos más graves suelen presentar un empeoramiento de los síntomas respiratorios que puede indicar la existencia de neumonía. Los pacientes ancianos e inmunocomprometidos pueden tener una sintomatología más atípica.

Tomar nota de la fecha aproximada del inicio del primer síntoma, así registraremos el día de inicio de la enfermedad. Muchos, pero no todos los pacientes tienen un termómetro en casa. Preguntar cuál es su temperatura en ese momento, cuánto ha durado la fiebre y cuál ha sido la lectura más alta. La fiebre en el COVID-19 es habitualmente, pero no siempre, mayor de 38.0°C y tiende a persistir durante más de 5 días. Considerar que hasta la mitad de los pacientes con COVID-19 no refieren fiebre en el momento de la primera consulta.

La mayor parte de los pacientes con COVID19, pero no todos, tienen tos. Es habitualmente seca, sin embargo, en un número sustancial de pacientes, la tos es productiva y persiste típicamente más de 5 días. Menos de la mitad de los pacientes con COVID-19 tienen sensación de falta de aire o dificultad al respirar,² y si la tienen, suele indicar enfermedad más grave, habitualmente neumonía. Es importante evaluar los síntomas respiratorios cuidadosamente, aunque la evidencia de cómo hacerlo es débil y las opiniones al respecto estén divididas. (**Cuadro 1**) Si el paciente tiene asma, preguntar cuántas pulsaciones de su inhalador se aplica cada día y si esto ha aumentado recientemente. Los síntomas sistémicos incluyen astenia y mialgias, aunque muchos pacientes no refieren ninguno de ellos. Investigar posibles contactos con casos de COVID-19 (sospechosos o confirmados), especialmente si han estado a menos de 1 metro y durante 30 minutos o más. El período de incubación del COVID-19 es de 2 a 14 días, con un promedio de 5-6 días. Preguntar si algún

conviviente se encuentra mal. Otros grupos de riesgo incluyen trabajadores sanitarios, sociosanitarios y servicios esenciales, como técnicos de transporte, limpieza y seguridad. Haber viajado a una zona de riesgo es menos relevante dada la actual extensión de la epidemia.

CUADRO 1: Evaluación a distancia, telefónica o por videollamada, de la disnea.

No hay pruebas formalmente verificadas para la evaluación no presencial de la disnea en atención primaria. Un cuestionario a 50 médicos que regularmente atienden pacientes por teléfono reveló diferencias en sus opiniones. Por ejemplo, la mayoría rechazaron la puntuación de Roth (que registra cuánto tiempo tarda un paciente en tomar aire mientras habla) con el argumento de que no era una herramienta validada en un escenario agudo y podría ser engañosa. Sin embargo, hubo consenso entre los encuestados en las siguientes recomendaciones:

- Pedir al paciente que describa su dificultad respiratoria con sus propias palabras y evaluar mientras su grado de comodidad y confort al hablar. Realizar preguntas abiertas y escuchar si el paciente puede terminar oraciones completas.:
 - Ejemplo: “¿Cómo va de respiración hoy?”
- Siguiendo el cuestionario del “Symptom checker” de la página web de la NHS 111 online realizar estas preguntas:
 - “¿Se encuentra usted con tan poco aliento que no es capaz de hablar más que unas pocas palabras seguidas?”
 - “¿Su respiración es más difícil, o más rápida de lo habitual cuando se encuentra en reposo?”
 - “¿Está usted tan enfermo que ha dejado de hacer todas sus actividades habituales?”
- Poner el foco en el cambio: la presencia del deterioro es más importante que saber si el paciente nota dificultad respiratoria. Al respecto, preguntar:
 - “¿Es su respiración más rápida, más lenta, o igual que siempre?”
 - “¿Qué podía usted hacer ayer que no puede hacer hoy?”
 - “¿Qué le deja hoy sin respiración que no le dejaba sin respiración ayer?”
- Interpretar la dificultad respiratoria en el contexto de una historia más amplia y signos físicos. Por ejemplo, la reciente autoescucha de sibilantes o que se informe de labios azules en alguien con dificultad respiratoria es especialmente preocupante. No hay evidencia de la fiabilidad de medir y registrar la propia frecuencia respiratoria por teléfono. Sin embargo, sí es posible medir la frecuencia respiratoria mediante una buena conexión de video. En general, el video ayuda a realizar una evaluación más detallada y evita la consulta presencial.

Datos clínicos que orientan a otra enfermedad y no al COVID-19 son congestión nasal (se presenta sólo en el 5% de los casos), hiperemia conjuntival (1%) y otros síntomas asociados a alergias como escozor ocular. Un informe preliminar sugiere que, aunque la afectación conjuntival es rara en COVID-19, es un signo de mal pronóstico cuando está presente.⁹ Distinguir gripe de COVID-19 puede ser difícil, pero, por regla general, la primera suele presentar mialgias y la segunda disnea. Los síntomas gastrointestinales, como la diarrea, fueron considerados como poco frecuentes en COVID-19, pero

hay cada vez más evidencia de que son más comunes de lo pensado inicialmente.¹⁰ La pérdida de apetito ocurre en muchos pacientes y se han descrito casos en los que la anosmia (pérdida del olfato) puede ser un síntoma común y precoz.

Banderas rojas

Los signos de alarma que indican que el paciente necesita valoración urgente (bien presencial o por videoconferencia, según la circunstancia clínica) incluyen disnea (falta de aire o dificultad para respirar) grave, dolor o presión torácica, cianosis labial o facial, o síntomas sugestivos de shock (piel fría, sudorosa y con livedo reticularis, obnubilación, adormecimiento con baja respuesta a estímulos, disminución significativa de la diuresis). En aproximadamente un 1% de pacientes con COVID-19 aparece hemoptisis y parece ser un signo de mal pronóstico.

Exploración física no presencial

Una exploración física habitual será casi imposible por teléfono y difícil por vídeo, por lo que habrá que adaptarla. En una video consulta, valorar la apariencia del paciente, si está tumbado en la cama o no, así como el aspecto de su piel (rubor, palidez, cianosis – se ha de pensar que si la iluminación no es óptima, este aspecto puede ser difícil de evaluar) y la orofaringe. Tanto la hiperemia faríngea como el exudado amigdalar son poco frecuentes (presentes en aproximadamente el 2% de los casos de COVID-19). Al registrar en la historia clínica ha de quedar constancia de lo que se puede y no se puede ver, por ejemplo si se puede o no tener visión de la faringe del paciente. Valorar la función respiratoria de la forma más adecuada según las circunstancias (**cuadro 1**).

Es posible que el paciente nos proporcione medidas de dispositivos que pueda tener en casa – por ejemplo temperatura, pulso, tensión arterial, glucemia capilar, peak flow y saturación de oxígeno. Si se está utilizando video, se puede comprobar si el paciente utiliza el dispositivo en cuestión correctamente (puede haberlo adquirido recientemente), pudiendo incluso si es necesario mostrar y enseñar por cámara al paciente cómo ha de utilizarlo. Dispositivos tipo Fit-bit y aplicaciones de los teléfonos inteligentes (smartphones) pueden medir biomarcadores como el pulso (y rara vez la saturación de oxígeno) pero hay muchos productos y su precisión puede ser difícil de establecer. No es frecuente que los pacientes tengan un pulsioxímetro en casa. Si se registra un dato obtenido por el paciente con uno de estos dispositivos, anotar también nuestra confianza en su precisión, especialmente si no concuerda con la valoración global del paciente.

Valorar las enfermedades y medicaciones previas

El asma y las enfermedades cardiovasculares son especialmente relevantes, y es importante asegurar que éstas están bien controladas y que el paciente tiene la medicación adecuada. Hay que prestar atención a la salud mental. ¿Percibimos al paciente ansioso o preocupado? Los instrumentos habituales de valoración de salud mental es poco probable que sean útiles en este contexto. ¿Hay cuestiones familiares importantes

(que puedan percibirse por teléfono o visualmente) como niños pequeños cuyo cuidado se verá afectado si el paciente empeora?

Qué hacer

Manejo de síntomas leves o moderados de la enfermedad

La mayoría de los pacientes con COVID-19 que permanecen en sus domicilios, pueden ser manejados con consejos no presenciales (**infografía**). COVID-19 es una enfermedad que aterra al paciente incluso teniendo sólo síntomas leves. Explicar que la enfermedad se maneja de un modo similar a la gripe y habitualmente tiene una evolución parecida, aunque puede complicarse. Aproximadamente cuatro de cada cinco pacientes tendrán una forma leve de la enfermedad. Éstos pacientes deben descansar, tomar líquidos y tratamientos sintomáticos como el paracetamol. Los pacientes que ya estén tomando AINEs pueden continuar con ellos, pero los que no estén tomándolos deben evitar fármacos como el ibuprofeno pues algunas informaciones han aumentado la preocupación sobre su seguridad en el COVID-19. La medicación habitual, incluyendo IECAs y ARA-II debe mantenerse¹¹.

Las recomendaciones han de tener en cuenta la presentación clínica, las comorbilidades y el apoyo social (red de seguridad). Si el paciente que estamos valorando tiene, por ejemplo, asma, necesitará consejos para aumentar el tratamiento si su *peak flow* disminuye. Aquellos pacientes con EPOC pueden necesitar antibioterapia debido a una exacerbación sobreinfectada¹². Una red social fuerte será importante en pacientes que viven solos.

Explicar cualquier plan para la autorrecogida de muestra (no se oferta actualmente en GB pero esto puede cambiar), la entrega de la misma y la recogida de la medicación. Si el paciente tiene síntomas de COVID-19, recordarle que consiga que alguien asintomático y con quien no haya estado en contacto estrecho vaya a la farmacia en su lugar y le deje la medicación en la puerta de casa sin entrar. Todos los documentos, incluyendo recetas y bajas, deben ser enviados telemáticamente. Si hay una presunción diagnóstica de infección por COVID-19 el autoaislamiento debe hacerse durante 7 días, pero todos los convivientes incluido el paciente deben autoaislarse 14 días desde el inicio de los síntomas de la persona enferma. Si las circunstancias lo permiten, la persona con síntomas debiera también autoaislarse en la casa y estar tan lejos como sea posible de las personas vulnerables (ver factores de riesgo arriba). Todos los miembros de la familia deben lavarse las manos regularmente con agua y jabón, y seguir las recomendaciones de limpieza y eliminación de residuos de la guía “Quédate en casa”.^{7a}

Los pacientes que con la consulta no presencial (teléfono o videollamada) no puedan ser clasificados con seguridad de tener sintomatología leve, pueden necesitar seguimiento presencial o no presencial, siguiendo el protocolo local para tratamiento en domicilio y monitorización. Comorbilidades como el asma o la diabetes pueden necesitar una gestión proactiva y considerar diagnósticos diferenciales graves como neumonía adquirida en la comunidad, meningitis o

sepsis. No todo paciente con sintomatología aguda tiene COVID-19.

Consejo de red de seguridad

COVID-19 puede producir un rápido deterioro de la función respiratoria, especialmente en la segunda semana, por ello el consejo de tener una red de apoyo es importante para todos los pacientes, incluso si en el momento de la consulta se encuentran bien (registrar que se ha dado el consejo). Aquellos pacientes que viven solos, deben solicitar a alguna persona que compruebe si se encuentran bien regularmente. Han de mantener una ingesta elevada de líquidos (ver infografía) y solicitar ayuda médica si empeora su estado. En particular, si tienen dificultad para respirar, se sienten débiles, dejan de orinar o son incapaces de mantener ingesta, deben llamar a su médico de familia o al servicio que corresponda según el protocolo local. Pedir al paciente que anote esta recomendación o enviarle electrónicamente un folleto informativo.

El paciente enfermo

Los pacientes que estén realmente graves, y especialmente aquellos con una posible neumonía, necesitarán ser valorados urgentemente por videollamada o en persona, dependiendo de las circunstancias clínicas. Los criterios clínicos para el ingreso hospitalario de una neumonía por COVID-19 son los mismos que para cualquier otra neumonía, pero en la actual situación de crisis debiera haber restricciones adicionales. Los mejores signos clínicos predictores de la neumonía adquirida en la comunidad en un adulto son temperatura mayor de 38°C, frecuencia respiratoria por encima de 20 respiraciones/minuto y frecuencia cardíaca por encima de 100 latidos por minuto con obnubilación; la disminución de la diuresis es otro síntoma preocupante.¹³ Algunos informes desde la Atención Secundaria en GB sugieren que la hipoxia es utilizada con frecuencia como punto de corte para el ingreso. Tanto la OMS como la guía de recomendaciones basada en la experiencia de China recomiendan un punto de corte de 93% de saturación para clasificar la neumonía como grave.^{14 15} Las actuales guías del NHS en Reino Unido recomiendan el ingreso hospitalario si la saturación de oxígeno es inferior a 94%.¹⁶ Las características adicionales en los niños incluyen quejidos, cianosis central e incapacidad para lactar.^{14 15}

Recomendamos que en el caso de pacientes con muy mal pronóstico (por ejemplo, pluripatológicos y otros factores de riesgo) se considere una conversación sobre “limitación de tratamiento”.¹⁷ Si el paciente está muy enfermo y la muerte es casi inevitable con o sin soporte ventilatorio, algunas personas pueden preferir quedarse en casa y optar por el tratamiento paliativo. Muchos de estos pacientes ya tendrán hechas sus voluntades vitales anticipadas y una instrucción de “No RCP” (no intente la reanimación cardiopulmonar), y en aquellos que no sea así, se deben hacer esfuerzos para ponerlos en marcha y evitar una intervención de emergencia no deseada.

Notificación

COVID-19 es una enfermedad de declaración obligatoria. Los casos confirmados en laboratorio deben notificarse de inmediato. El consenso profesional actual es que los casos clínicamente sospechosos también deben ser notificados.

Mientras se elabora este documento, la situación está cambiando rápidamente. Este artículo se actualizará a medida que surjan nuevas pruebas. Es probable que surjan protocolos nacionales y locales sobre los temas tratados en este artículo y otros aspectos de la atención en COVID-19.

Cómo se elaboró este artículo

El artículo se llevó a cabo a gran velocidad para abordar una necesidad urgente de orientación de los profesionales. La información sobre COVID-19 fue analizada en tiempo real, proveniente de resultados de investigación publicados¹² e inéditos (en gran parte de China) y de la guía oficial.^{14 15} En ausencia de una evidencia firme sobre cómo evaluar la disnea telefónicamente, se buscó la opinión de expertos a través de una breve encuesta a 50 profesionales (en su mayoría médicos) que hacen esto en su trabajo. El asesoramiento sobre consultas telefónicas se basa en una revisión previa de *BMJ*¹⁸ y en un documento no oficial (literatura gris) de consulta rápida sobre asesoramiento telefónico en COVID-19.¹⁹ El asesoramiento sobre la videoconsulta se basa en la investigación realizada por el grupo de Greenhalgh T y otros (incluida una extensa revisión narrativa de la literatura, varios estudios de investigación y datos aún en proceso de redacción para su publicación)^{3 4 5 20} y la guía elaborada por el gobierno escocés y el NHS inglés al que contribuyó el equipo de TG.^{21 22}

Aplicando lo aprendido

- ¿Cómo te sentirías si tú o un pariente cercano tuvieras un posible COVID-19 y quisieras ver a tu médico, pero en su lugar te ofrecieran una llamada telefónica?
- Hay muchas herramientas disponibles para la videollamada, que no son difíciles de configurar. ¿Qué necesitarías (hardware y software) para ponerlas en funcionamiento en tu consulta ahora?
- ¿Conoces el protocolo local para la derivación urgente de un paciente con COVID-19?

Participación de pacientes en la creación de este artículo

Los pacientes con COVID-19 o posible COVID-19 no participaron en la redacción de este documento por razones prácticas.

Agradecimientos: Agradecemos a Fan-Shuen Tseng (estudiante de medicina) que ayudó con la búsqueda y extracción de datos para este trabajo, y a la Dra. Eleanor Barry, a la Dra. Michelle Drage, a la Dra. Helen Salisbury

y al Profesor Simon de Lusignan junto con los editores de BMJ (Tom Nolan, Will Stahl-Timmins, Anita Jain) y tres revisores por pares (Jonty Heaversedge, Jessica Watson, Rachel Hopkins) por sus útiles comentarios sobre borradores anteriores. TG agradece a Wellcome Trust (número de subvención WT104830MA), el Instituto Nacional de Investigación en Salud (número de subvención BRC-1215-20008 y HS&DR 13/59/26), Health Foundation y el Gobierno escocés por financiar su investigación de video consulta.

Colaboradores: TG y GKCH concibieron el artículo y son garantes. GKCH produjo un resumen inicial de una consulta clínica asistida por Fan-Shuen Tseng (estudiante de medicina). TG modificó la orientación general que ella había producido previamente en consultas por video para abordar la situación específica de un posible caso COVID-19. TG redactó el artículo, que fue corregido por GKCH y JC, y aceptado por todos los autores.

Conflicto de intereses: hemos leído y entendido la política de BMJ sobre declaración de intereses y no tenemos intereses relevantes que declarar.

Procedencia y revisión por pares: comisionado; revisado por pares externamente.

Bibliografía:

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*2020. doi: 10.1001/jama.2020.2648 pmid:32091533 [CrossRef](#)[PubMed](#)[Google Scholar](#)
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al., China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*2020. doi:10.1056/NEJMoa2002032 pmid:32109013 [CrossRef](#)[PubMed](#)[Google Scholar](#)
3. Seuren LM, Wherton J, Greenhalgh T, Cameron D, A'Court C, Shaw SE. Physical examinations via video for patients with heart failure: qualitative study using conversation analysis. *J Med Internet Res*2020;22:e16694. doi:10.2196/16694. pmid:32130133 [CrossRef](#)[PubMed](#)[Google Scholar](#)
4. Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, et al. Health services and delivery research. Advantages and limitations of virtual online consultations in a NHS acute trust: the VOCAL mixed-methods study.NIHR Journals Library, 2018. [Google Scholar](#)
5. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*2019;69:e586-94. doi:10.3399/bjgp19X704141. pmid:31160368 [Abstract](#)[FREE Full Text](#)[Google Scholar](#)
6. US Department of Health and Human Sciences. Notification of Enforcement Discretion for telehealth remote communications during the COVID-19 nationwide public health emergency. HHS.gov. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/>

- [special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html](https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-people-with-confirmed-or-possible-coronavirus-covid-19-infection).[Google Scholar](#)
7. UK Government. COVID-19: guidance for households with possible coronavirus infection. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-people-with-confirmed-or-possible-coronavirus-covid-19-infection> 2020.[Google Scholar](#)
 8. US Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus (COVID-19). CDC, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.[Google Scholar](#)
 9. Li JO, Lam DSC, Chen Y, Ting DSW. Novel Coronavirus disease 2019 (COVID-19): The importance of recognising possible early ocular manifestation and using protective eyewear. *Br J Ophthalmol* 2020;104:297-8. doi:10.1136/bjophthalmol-2020-315994 pmid:32086236 [FREE Full Text](#)[Google Scholar](#)
 10. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology* 2020;S0016-5085(20)30281-X. doi:10.1053/j.gastro.2020.02.054 pmid:32142785 [CrossRef](#)[PubMed](#)[Google Scholar](#)
 11. European Society of Cardiology. Position statement of the ESC Council on Hypertension on ACE-inhibitors and angiotensin receptor blockers. ESC, 2020. [https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang).[Google Scholar](#)
 12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease (acute exacerbation): antimicrobial prescribing (NICE guideline NG114). 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng114>.[Google Scholar](#)
 13. Pludderman A, Hobbs R, Mahtani KR, et al. Rapid diagnosis of community-acquired pneumonia for clinicians (rapid review). Oxford COVID-19 Evidence Series University of Oxford. 2020. <https://www.cebm.net/rapid-diagnosis-strategy-of-community-acquired-pneumonia-for-clinician/>.[Google Scholar](#)
 14. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. WHO 2020. <https://t.co/JpNdP8LcV8?amp=1>.[Google Scholar](#)
 15. Liang T. Handbook of COVID-19 prevention and treatment. The First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine 2020. <https://covid-19.alibabacloud.com>.[Google Scholar](#)
 16. UK National Health Service. Clinical guide for the management of emergency department patients during the coronavirus pandemic. NHS England, 2020. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Specialty-guide_ED-and-coronavirus_V1_17-March.pdf.[Google Scholar](#)
 17. Walzl N, Jameson J, Kinsella J, Lowe DJ. Ceilings of treatment: a qualitative study in the emergency department. *BMC Emerg Med* 2019;19:9. doi:10.1186/s12873-019-0225-6 pmid:30654741 [CrossRef](#)[PubMed](#)[Google Scholar](#)
 18. van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ* 2018;360:k1047. doi:10.1136/bmj.k1047 pmid:29599197 [FREE Full Text](#)[Google Scholar](#)
 19. Neighbour R. Ten tips for telephone consultations about COVID-19. *BJGP*, 2020. <https://bjgplife.com/2020/03/19/neighbours-ten-tips-for-telephone-consultations-about-covid-19/>.[Google Scholar](#)
 20. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* 2020;368:m998. doi:10.1136/bmj.m998 pmid:32165352 [FREE Full Text](#)[Google Scholar](#)
 21. Morrison C, Archer H. Coronavirus resilience planning: Use of Near Me video consulting in GP practices. Scottish Government (Technology Enabled Care Programme), 2020. [https://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2020\(M\)03.pdf](https://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2020(M)03.pdf).[Google Scholar](#)
 22. Video consultations - for patients. Quick guide for patients. Barts Health. <https://www.bartshealth.nhs.uk/video-consultations-for-patients>.[Google Scholar](#)
 - a. Incluido por traductores. Alternativa en castellano del Ministerio de Sanidad español al “stay at home” británico: Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en casos leves de COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20.03.24_AislamientoDomiciliario_COVID19.pdf

Covid 19: Consultas no presenciales

Guía rápida de atención telefónica o por video-llamada

Version 1.2

25 Mar 2020



Gráfico, elaborado para su uso en atención primaria, basado en datos disponibles en marzo de 2020, con información proveniente de pacientes hospitalizados en China.

1 Preparación

Preparar la asistencia y decidir cómo contactar (tlf / video).

Tener a mano la guía "Quédate en casa"¹ para consultarla.

Video útil si:

- Enfermedad grave
- Pacientes ansiosos
- Comorbilidad
- Problemas de audición

Revisar existencia de factores de riesgo:

- Diabetes
- Embarazo
- Tabaquismo
- Enfermedad Hepática o Renal
- EPOC
- Tratamiento inmunosupresor / corticoides
- Enf Cardiovascular
- Asma

2 Conexión

Mejor videollamada. Si no es posible, telefónica.

Comprobar audio y vídeo.

¿Puede oírme / verme?

Confirmar la identidad del paciente

Nombre
Fecha Nac

Comprobar dónde está

¿Dónde se encuentra ahora?

Anotar el número del paciente por si se corta la comunicación

Si es posible, preservar la privacidad del paciente

3 Llamada

Evaluar con rapidez si hay datos de gravedad

Evaluación rápida

Si suena o parece grave, presentando disnea al hablar, pase directamente a preguntas clínicas

Aclarar lo que el paciente desea además de la consulta, como:

- Dudas Clínicas
- Derivaciones
- Certificados
- Informes
- Bajas
- Dudas sobre autoaislamiento

4 Historia

Adaptar las preguntas a la historia clínica del paciente

Contactos

Contacto estrecho con CASOS COVID-19

Familares cercanos enfermos

Exposición laboral de riesgo



Historia de la enfermedad

FECHA inicio de síntomas

Síntomas más frecuentes

Tos

Agotamiento

Fiebre

Disnea

La TOS suele ser seca pero la expectoración no es rara

Más del 50% de los pacientes no presentan fiebre al inicio

5 Evaluación

Evaluar estado físico y mental lo mejor posible

Por teléfono, preguntar al cuidador o paciente:

Tipo de respiración

Coloración de cara y labios

Por videollamada, observar:

Estado general

Coloración de la piel

Comprobar la función respiratoria - la dificultad para terminar oraciones es frecuente en los casos graves

¿Cómo está respirando?

¿Respira hoy peor que ayer?

¿Qué le impide hacer la falta de aire?

El paciente debe ser capaz de llevar a cabo sus propias mediciones si dispone en casa del material para ello

Temperatura

Peak Flow

Pulso

Tensión Arterial

Saturación de oxígeno

Interpretar las mediciones con cautela y dentro de la valoración integral del paciente

6 Acción

Aconsejar y organizar el seguimiento considerando los recursos disponibles

¿Qué pacientes con neumonía hay que derivar al hospital?

Signos de gravedad

- Temperatura > 38°C
- Frec Respir > 20 / min
- FC > 100 smp y obnubilación
- Sat Oxígeno < 95%*

Probable covid-19 pero con síntomas leves

Autocuidados:
Líquidos, paracetamol

Probable covid-19, malestar, deterioro

Organizar seguimiento por video. Seguimiento cercano si se sospecha neumonía

Comorbilidad importante

Cuidado proactivo e integral del paciente.

Mal estado general y precisa ingreso

Activar traslado (protocolo)

© 2020 BMJ Publishing Group Ltd.

Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representations, conditions, or warranties that it is accurate or up to date. BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

Traducción al castellano y diseño: @FernandoFabiani @avillegasrey @chuletaodeosler

Manifestaciones clínicas

Basado en 1099 pacientes hospitalizados en Wuhan, China

**Banderas Rojas**

Covid-19:
Disnea de reposo
Respirar con dificultad
Dolor o presión en el pecho

Frialdad, sudoración fría, palidez, manchas azul violáceas
Obnubilación
Disminución del nivel de conciencia
Cianosis facial o labial
Oligo/anuria
Hemoptisis
Otras situaciones como:
Rigidez cervical
Exantema que no blanquea

* Si hay pulsioximetría disponible para automedición

¹ Guía del gobierno británico. Alternativa en castellano: Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en casos leves de COVID-19 del Ministerio Sanidad - <https://bit.ly/33YngVQ>

