	PROCEDIMIENTO GENERAL	PG/ÁREA/V01/00 Página 1 de 9 Rev.: 0 Fecha de Edición: 01/04/2021
	ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE POST-COVID	

PROCEDIMIENTO GENERAL

Atención integral al paciente post-COVID

(Atención Primaria y Neumología)

Redactado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Benítez Cano Gamonoso, Miguel Márquez Pérez, Francisca Lourdes	Aguilar Vázquez, Manuel Batalla Rebollo, Noa Cendrero Blasco, Nuria Peinado Clemens, Rosario Torres Fernández, Carlota	Comisión de Dirección
Fecha: 01/04/2021	Fecha: 29/04/2021	Fecha: 04/05/2021

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. OBJETIVO	3
3. POBLACIÓN DIANA	4
4. SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DEL RIESGO	4
GRUPO 1: BAJO RIESGO	5
GRUPO 2: RIESGO MODERADO	5
GRUPO 3: ALTO RIESGO	5
5. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	7
6. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO (NEUMOLOGÍA)	7
7. BIBLIOGRAFÍA	9

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE POST-COVID ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUMOLOGÍA

1. JUSTIFICACIÓN

La pandemia por COVID-19 está teniendo un enorme impacto en la esfera sanitaria. Hemos tenido que aprender a trabajar de otra manera para que, por una parte, se garantizara al máximo la seguridad de nuestros pacientes y la nuestra propia y, por otra, ser lo más eficientes posible y todo ello, en un escenario de gran incertidumbre.

El seguimiento de estos pacientes y las secuelas clínicas generadas por la infección, suponen una nueva necesidad asistencial que requiere un abordaje multidisciplinar, protocolizado y equitativo en el conjunto del SES. Sabemos que la mayoría de los pacientes hospitalizados presentan clínica respiratoria en el momento del ingreso y el 80% ingresa con neumonía. Además, al menos un 50% de pacientes presentan síntomas persistentes y/o alteraciones en las pruebas radiológicas a los tres meses del episodio agudo, que no siempre se correlacionan con la gravedad del episodio inicial. Por ejemplo, el 39% de las derivaciones a Neumología de pacientes por síntomas/signos persistentes, son pacientes que no requirieron ingreso durante la primera oleada de la pandemia de COVID-19.

Aunque en el momento actual existen aún muchas incertidumbres sobre la persistencia de estas afecciones en el tiempo, su incidencia real y su evolución, hasta ahora, y en base a la experiencia clínica acumulada en los meses transcurridos desde la primera oleada, parece que los síntomas detectados como persistentes presentan una evolución muy fluctuante.

2. OBJETIVO

Los pacientes diagnosticados de COVID-19 necesitan un seguimiento adaptado a la gravedad con que la que han sufrido su enfermedad y a la situación funcional que tienen en el momento del alta, de manera coordinada y consensuada entre niveles asistenciales. Por ello es muy importante identificar a qué pacientes se les debe llevar a cabo un seguimiento específico para tratar las secuelas asociadas a la COVID, así como prevenir y detectar precozmente eventos posteriores derivados de la infección. De esta forma será posible una adecuada planificación de los recursos disponibles y hacer compatible este seguimiento con la actividad asistencial ordinaria, así como la atención a los nuevos pacientes COVID.

3. POBLACIÓN DIANA

Pacientes que han sufrido infección por SARS-CoV-2 y que presentan alguna de las siguientes manifestaciones respiratorias postinfección:

- Tos
- Disnea de origen pulmonar o no pulmonar (musculoesquelética, cardiovascular, depresión...)
- Opresión o dolor torácico
- Laringoespasma
- Broncoconstricción
- Desaturaciones bruscas y transitorias
- Expectoración continua
- Hemoptisis
- Debut EPOC en fumadores

4. SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DEL RIESGO

Aunque siempre prevalecerá el criterio del facultativo que lleve el seguimiento del paciente que podrá, si lo estima conveniente, dar el alta al paciente de su proceso cuando los signos o síntomas desaparezcan o no revistan relevancia clínica, el esquema recomendado de manejo de los pacientes que han tenido COVID-19 incluirá siempre la valoración de los FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (Figura 1).

- Paciente mayor de 60 años
- Paciente crónico:
 - Enfermedad cardiovascular crónica
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Enfermedad neurológica crónica
 - Hepatopatía crónica
 - Enfermedad renal crónica
 - Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Desnutrición
- Grupos de riesgo:
 - Inmunosupresión
 - Paciente oncológico
 - Paciente trasplantado
 - Embarazada
- Alteraciones radiológicas marcadas al alta
- Persistencia de insuficiencia respiratoria con Oxígeno al alta
- Secuelas neurológicas graves al alta
- Ingreso en UCI/UCRI
- Ventilación invasiva durante el ingreso
- Ventilación de alto flujo en el ingreso

GRUPO 1: BAJO RIESGO

Pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y no presentan factores de riesgo adicionales.

El control a este grupo de pacientes lo desarrollará el equipo de Atención Primaria (AP), facultativo y enfermera.

Recomendaciones:

- Llevar a cabo una valoración clínica, funcional y emocional del paciente.
- Facilitar el acceso a través de la e-consulta al equipo de enlace del ámbito que precise, para valorar al paciente.
- Derivar a Atención Especializada en caso de que el criterio clínico así lo aconseje.
- Si los síntomas se refieren al aparato respiratorio, hacer Rx de tórax y espirometría. Remitir a Neumología si se objetivan alteraciones.

GRUPO 2: RIESGO MODERADO

Pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y presentan algún factor de riesgo adicional.

Pacientes que precisaron ingreso, hospitalario o domiciliario y no presentan factores de riesgo adicionales.

Como en los pacientes de bajo riesgo, el control a este grupo de pacientes lo desarrollará inicialmente el equipo de Atención Primaria, facultativo y enfermera.

En caso de detectar necesidades adicionales es conveniente facilitar el acceso a través de e-consulta al equipo hospitalario (neumólogo) para valorar al paciente, o derivar a otro especialista en caso de que el criterio clínico así lo aconseje.

Si los síntomas se refieren al aparato respiratorio, hacer Rx de tórax y espirometría, y remitir a Neumología si se objetivan alteraciones.

GRUPO 3: ALTO RIESGO

Pacientes que han precisado de ingreso hospitalario y que al alta presenta alguno o algunos de los factores de riesgo identificados.

El control a este grupo de pacientes recaerá en el ámbito hospitalario. Si existe el antecedente de neumonía o insuficiencia respiratoria durante el ingreso, será seguido en la consulta monográfica post-COVID de Neumología. Al alta hospitalaria se generará orden clínica (si el paciente está ingresado en Neumología) o e-Consulta (si lo está a cargo de cualquier otro servicio) para general la solicitud de la cita en dicha consulta.

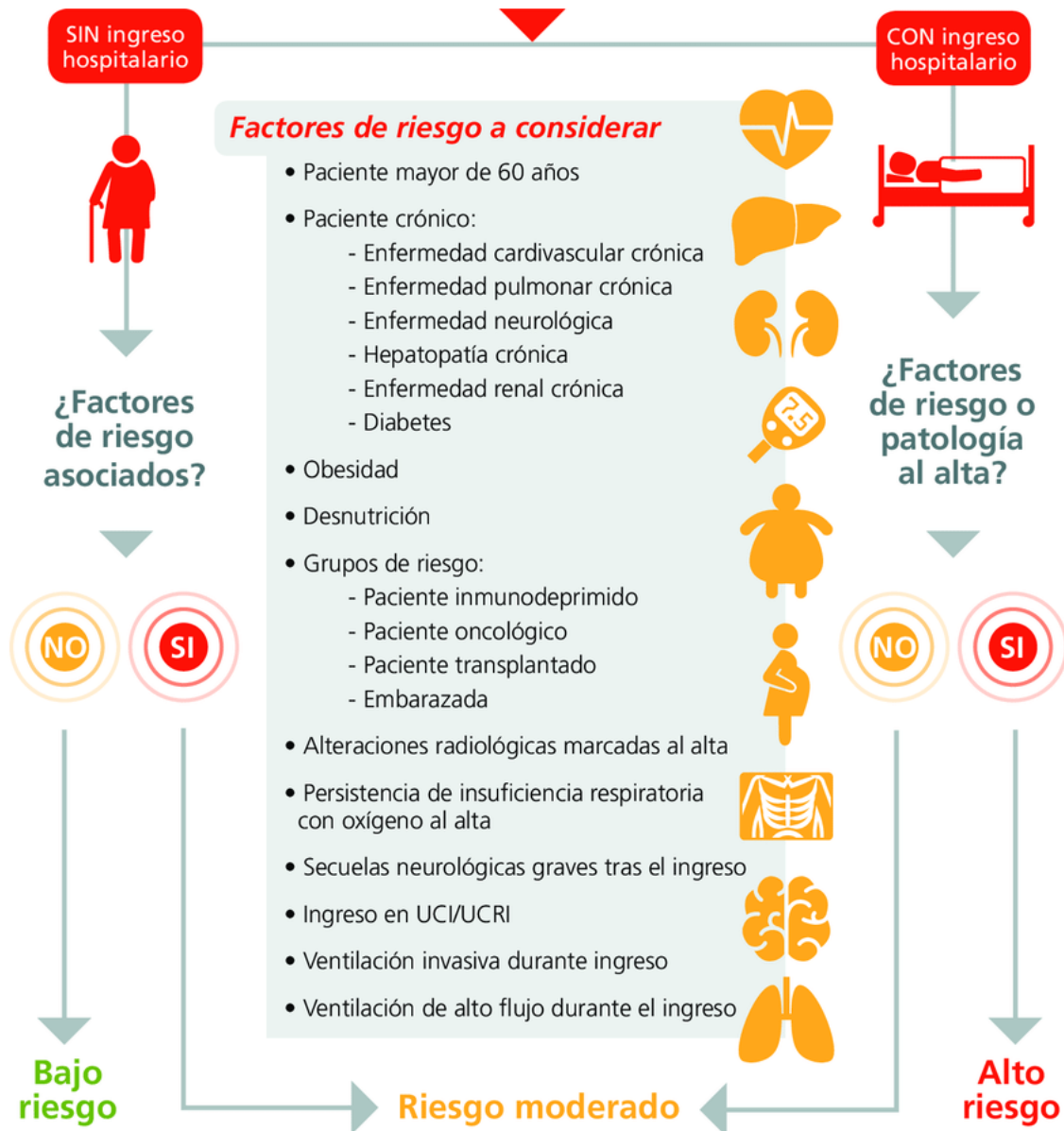


Figura 1: Esquema para la estratificación de pacientes post-COVID en función del riesgo de presentar complicaciones posteriores. Tomado de <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>

5. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se recomienda llevar a cabo las siguientes pruebas y valoraciones para control y cribado de posibles necesidades adicionales:

- Valoración clínica integral.
- Analítica de sangre: hemograma, bioquímica, coagulación y serología (esta última a valorar por el médico de familia).
- En pacientes que presentaron neumonía o presentan disnea una vez superada la infección, se realizará un control radiográfico.
- Escalas de depresión/ansiedad (se propone la utilización de las escalas HADS, HAMD o HAM-A). (1)
- Valoración del sueño y de la calidad de vida a través encuestas y escalas (se propone la utilización de EuroQoL-5D). (2)
- Cribado nutricional (se propone la utilización de la herramienta MUST), cribado de sarcopenia (se propone la herramienta SARC-F). (3)
- Valorar la fragilidad mediante las escalas y test adecuados. (4)

En caso de persistencia de los síntomas, se recomienda el seguimiento cada tres meses para reevaluación del paciente y de la pauta terapéutica. Si no se detectan signos o síntomas que precisen de este seguimiento, se procederá al alta del paciente (Figura 2)

6. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO (NEUMOLOGÍA)

Como se ha señalado con anterioridad, el criterio clínico determinará las pruebas y controles a realizar al paciente en función de las necesidades que presente.

En términos generales, y en función de la situación del paciente, habrá que evaluar la necesidad de llevar a cabo las siguientes pruebas y valoraciones:

- Valoración clínica.
- Evaluación de la disnea, mediante la escala modificada de la disnea del Medical Research Council (mMRC).
- Pruebas de función respiratoria:
 - Espirometría forzada
 - Test de difusión alveolar
 - Prueba de la marcha de seis minutos
- Si se evidencia insuficiencia respiratoria, se realizará gasometría arterial basal.
- Tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TC-AR) si se sospecha afectación intersticial residual.
- Angio-tomografía computarizada torácica (Angio-TC) si se sospecha enfermedad embólica pulmonar.
- Analítica de sangre:
 - Hemograma, perfil renal (incluyendo la tasa de filtrado glomerular estimado por CKD-EPI y microalbuminuria), hepático, inflamatorio (proteína C reactiva, fibrinógeno, interleuquina-6, ferritina), hemostático (Dímero D), creatina cinasa, troponina, glucemia y hemoglobina glicosilada.
 - Estudio de la respuesta inmune innata y adquirida.

- Microbiología: VHB, VHC, Epstein Barr, citomegalovirus, herpes simple. En caso de haber recibido dosis altas de corticoides: Mantoux o quantiferón y Aspergillus.
- Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud con el cuestionario recomendado.
- Cuestionario de actividad física
- Cuestionario de evaluación del estado emocional y del sueño
- En casos seleccionados:
 - Eco-doppler de miembros inferiores
 - Ecocardiograma
 - Fibrobroncoscopia

Se recomienda reevaluación cada tres meses si hay hallazgos patológicos o si persisten los signos o síntomas (Figura 2)

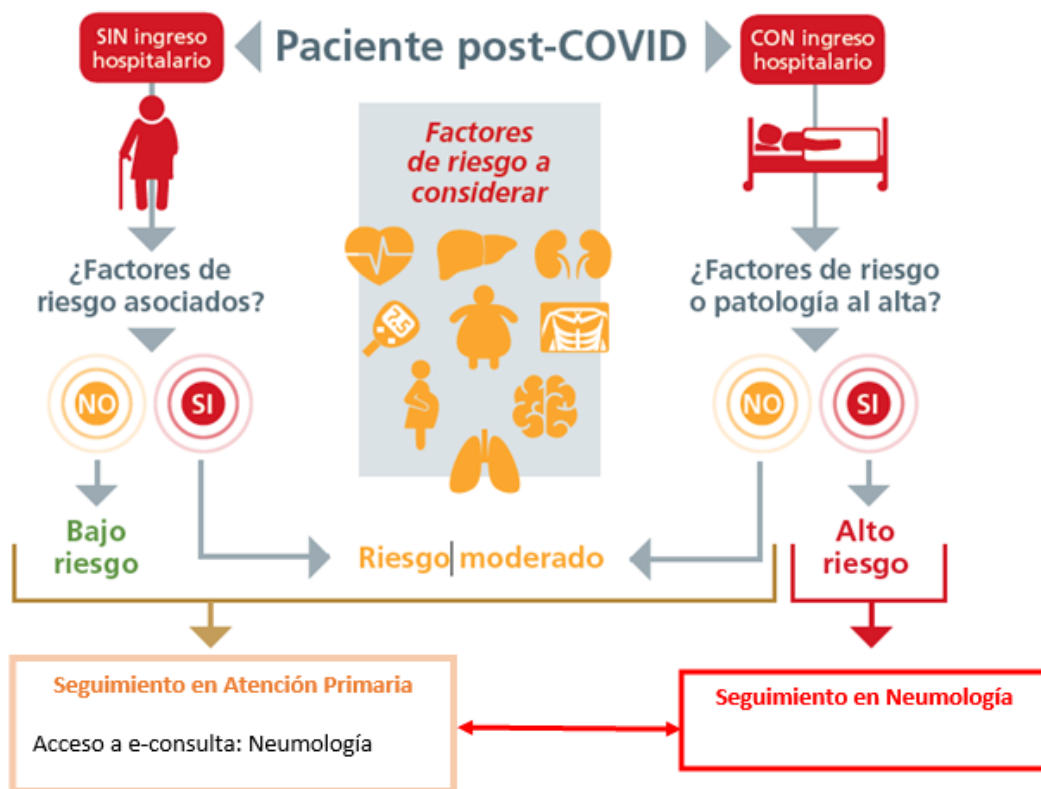


Figura 2: Seguimiento a los pacientes post-COVID en función de la evaluación del riesgo de complicaciones. Tomado de <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Zigmond, A.S; Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67: 361-370. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
2. Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14:324-34.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D- 5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
4. Krznaric Ž, Bender DV, Laviano A, Cuerda C, Landi F, Monteiro R, Pirlich M, Barazzoni R. A simple remote nutritional screening tool and practical guidance for nutritional care in primary practice during the COVID-19 pandemic. Clin Nutr. 2020 Jul; 39(7):1983-1987. Disponible en: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/action/showPdf?pii=S0261-5614%2820%2930222-3>
5. <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>