



**ATENCIÓN
INTEGRAL**
A LAS PERSONAS AFECTADAS
POR **SARS-CoV-2**
PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Actualización Junio 2022





Edita: ©Consejería de Sanidad 2022. Junta de Castilla y León.

Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Diseño: Ernesto Mitre Escribano; junto con imágenes de *Flaticon.es*.

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.



Fecha: **Junio 2022**. El documento se ha elaborado en base a evidencia científica disponible y la documentación publicada en la actualidad.

Revisión periódica según necesidad de realizar cambios organizativos y/o incorporar actualizaciones científicas, señalando con el símbolo de la **bombilla** las últimas modificaciones.

Documento disponible: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/covid-19>

Contacto: procesosasist.grs@saludcastillayleon.es

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2

COORDINACIÓN TÉCNICA

M^a Antonia Martín Delgado. Jefa del Servicio de Innovación Organizativa y Transformación del Modelo Asistencial.
Raquel Cortés Sancho. Técnica del Servicio de Innovación Organizativa y Transformación del Modelo Asistencial. DG Asistencia Sanitaria y Humanización.
Belén Alonso Fernández. Técnica del Servicio de Innovación Organizativa y Transformación del Modelo Asistencial. DG Planificación y Asistencia Sanitaria
Ana M^a Brizuela Calzada. Técnica del Servicio de Innovación Organizativa y Transformación del Modelo Asistencial. DG Asistencia Sanitaria y Humanización.
Raixa Noemí Pérez Martín. Técnica del Servicio de Innovación organizativa y transformación del modelo asistencial. DG Asistencia Sanitaria y Humanización.
Inmaculada Mata Lajo. Administrativo. DG Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

REVISORES INTERNOS (por orden alfabético)

M^a Ángeles Álvarez López. Técnica del Servicio de Cuidados y Enfermería.
M^a Ángeles de Álvaro Prieto. Jefa del Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental.
Melchor J. Andrés Puertas. Director Médico CEREMEDE.
Carla Barbosa López. Técnica del Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada
Elena Barrios Díez. Técnica del Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud.
Gerencia de Emergencias Sanitarias
Jesús Blanco Varela. Coordinador Regional de las UCI COVID-19.
Elvira Callejo Giménez. Directora Técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios. DG Planificación y Asistencia Sanitaria
Laura Callejo González. Responsable del Plan de Humanización Sacyl. Servicio de Atención al Usuario y Participación Ciudadana.
Tomás Caro-Patón Carmona. Técnico del Servicio de Información y Evaluación Farmacéutica
José Antolín Castellanos González. Jefe del Servicio de Cuidados y Enfermería.
Judit Ceruelo Bermejo. Jefa del Servicio de Información y Evaluación Farmacéutica.
Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez. Coordinador Regional de Medicina Interna COVID-19.
Mercedes Elvira Espinosa. Médica del Trabajo. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.
Graciliano Estrada Trigueros. Coordinador Regional de Neumología COVID-19.
Alejandra García Ortiz. Técnica del Servicio de Información y Evaluación Farmacéutica.
Carmen García Regidor. Técnica del Servicio de Cuidados y Enfermería.
M^a Begoña Gozález Bustillo. Técnica del Servicio de Cartera de Servicios y Funcionamiento de Centros de Atención Primaria.
M^a Angeles Guzmán Fernández. Jefa del Servicio de Cartera de Servicios y Funcionamiento de Centros de Atención Primaria. DG Asistencia Sanitaria y Humanización.
María Teresa Jiménez López. Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.
Purificación de la Iglesia Rodríguez. Jefa del Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada.
Alfredo Maín Pérez. Técnico del Servicio de Atención al Usuario y Participación Ciudadana.
Tomás Maté Enríquez. Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes.
Nieves Martín Sobrino. Directora Técnica de Prestación Farmacéutica. DG Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica.

M^a Soledad Montero Alonso. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes.
Susana Moro del Campo. Enfermera del Trabajo. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.
M^a José Pérez Boillos. Directora Técnica de Sistemas de la información, calidad e innovación. DG Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
Eva Puebla Nicolás. Jefa del Servicio de organización y gestión del sistema integral de urgencias. DG Asistencia Sanitaria y Humanización.
Ana Belén Revilla Asensio. Jefa del Servicio de Programación Asistencial y Funcionamiento de Centros Hospitalarios.
Francisco José Rodríguez Alcázar. Técnico del Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud.
Lydia Salvador Sánchez. Técnica del Servicio de Cartera de Servicios y Funcionamiento de Centros de Atención Primaria.
Carmen María Sánchez Toledano. Técnica del Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental.
Luis Alberto Sangrador Arenas. Jefe de Sección de Promoción de la Salud y Salud Laboral. Servicio Territorial de Palencia.
M^a Aránzazu San Vicente de los Dolores Gago. Técnica del Servicio de Programación Asistencial y Funcionamiento de Centros Hospitalarios
Teresa Sanz Bachiller. Jefa del Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud.

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético)

Andrés Enrique Álvarez Hodel. Médico de familia. Urgencias Coordinador del Grupo de Infecciosas de la SOCALEMFYC.
María D. Ballesteros Pomar. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León.
José Ramón Casal Codesido. Médico de Urgencias Hospitalarias. Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo
M^a del Mar Echevarría Zamanillo. Directora de Enfermería. Gerencia Atención Primaria (GAP) de Valladolid Oeste.
Joaquín Fuertes Estallo. Coordinador Médico de Equipos. GAS Palencia.
David García Azorín. Neurólogo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Mario Hernández Gajate. Jefe del Servicio de Urgencias del HURH. Valladolid.
Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra infanto-juveni. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.
Eva López García. Coordinadora de Equipos de la GAP de Valladolid Oeste.
José Ángel Maderuelo Fernández. Coordinador de Equipos de la GAP de Salamanca.
Álvaro Moran Bayón. Médico de familia. GAP Salamanca.
Alejandro Merino Senovilla. Médico de familia. CS La Victoria. GAP Valladolid Este.
Carmela Molina Azorín. Enfermera. Servicio de Urgencias. HCU Valladolid.
Carmen Montero Morales. Directora de Enfermería del Hospital de Segovia.
Elena Navarro Matías. Médico de familia. GAP Salamanca.
Sergio Núñez Sevillano. Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León.
José M^a Pelayo Terán. Psiquiatra. Hospital El Bierzo
María Rodríguez Herrera. Coordinadora de Equipos de Enfermeras de AP. GAS Segovia.
Luis Carlos Rodríguez Pascual. Neumólogo. HUBU.
Fco. Javier Rodríguez Recio. Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Segovia.
Esther Turrado Valverde. Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León.
Ángel Vega Suárez. Jefe de Unidad de Coordinación Médica de Equipos. GAP de Salamanca.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ASOCIACIONES

Esther del Corral Beamonte. Especialista en Medicina Interna. SEMI.
Graciliano Estrada Trigueros. Presidente en funciones de SOCALPAR.
Juan Francisco Garrido Gil. . Presidente de SEMG Castilla y León.
Gonzalo Ibáñez Gallego. Presidente de SEMES Castilla y León.
Eduardo Lamarca Pinto. Presidente de SOCALEMFYC.
Francisco V. Martínez García. Presidente de SEMERGEN en Castilla y León
Soledad Medina Martos. Presidenta de la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Física y Rehabilitación.
Francisco Javier Montero Gaspar. Secretario General de SIETeSS.
José Luis Morencia Fernández. Presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León.
María Rodríguez Herrera. Vocal de AEC en Castilla y León.
Ana Serrador Frutos. Presidenta de SOCALEC.
Yolanda Zapico Merayo. Presidenta de la Asociación Castellano y Leonesa de Psiquiatría

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el esfuerzo realizado a todos los responsables de los procesos asistenciales de las áreas de salud, profesionales sanitarios y pacientes que de alguna manera han participado con sus aportaciones y opiniones en la elaboración de este proceso asistencial y esperamos que sea de utilidad para conseguir una atención sanitaria de calidad.

VÍDEO RESUMEN DEL PAI COVID-19 (uso exclusivo para actividades formativas)



<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/covid-19/video-resumen-pai-covid-19>

ÍNDICE

CORONA-KEY de la Atención integral a las personas afectadas por SARS-CoV-2	7
RESUMEN DE LA ACTUALIZACIÓN PAI COVID-19 (Noviembre 2021)	9
INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN, METODOLOGÍA, DEFINICIÓN FUNCIONAL Y OBJETIVOS DEL PROCESO ASISTENCIAL	10
1. MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO	17
2. EXPECTATIVAS DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES ANÁLISIS DAFO Y PROPUESTAS DE MEJORA ASPECTOS LEGALES Y TÉCNICOS	18
3. FLUJOGRAMA Y MAPA DEL PROCESO	26
4. ACTIVIDADES DEL PROCESO	28
• SUBPROCESO 1: ATENCIÓN INICIAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2	29
- Ficha 1. Atención a las personas afectadas por SARS-CoV-2 en Atención Primaria	29
- Ficha 2. Atención urgente a las personas afectadas por SARS-CoV-2	33
- Ficha 3A. Atención durante el ingreso hospitalario a las personas afectadas por SARS-CoV-2 no grave	37
- Ficha 3B. Atención durante el ingreso hospitalario a las personas afectadas por SARS-CoV-2 grave	40
- Ficha 4. Seguimiento en Atención Primaria de las personas afectadas por SARS-CoV-2 tras alta hospitalaria	41
• SUBPROCESO 2: SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON COVID-19	43
- Ficha 5. Identificar a los pacientes con secuelas COVID-19/COVID persistente	44
- Ficha 6. Consulta no presencial hospitalaria de los pacientes con COVID-19	46
- Ficha 7. Atención en consulta presencial hospitalaria a los pacientes con COVID-19	47
- Ficha 8. Seguimiento hospitalario de los pacientes con COVID-19	49
- Ficha9. Plan de intervención en Atención Primaria de los pacientes con COVID-19	52
5. EVALUACIÓN DEL PROCESO	57
6. RELACIÓN CON OTROS PROCESOS, PROFESIONALES SANITARIOS Y REQUISITOS MATERIALES	58
7. RELACIÓN DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCESO	63
ACRÓNIMOS	111
BIBLIOGRAFÍA	112

CORONA-KEY de la Atención integral a las personas afectadas por SARS-CoV-2

Mediante el símbolo  se han señalado las actividades del proceso de mayor relevancia, que a modo de resumen son:

- ✿ Realizar PDIA ante sintomatología o contacto estrecho con una persona afectada por SARS-CoV-2 según la situación epidemiológico.
- ✿ Seguridad del paciente, de los profesionales y de los contactos: protocolizar la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 y sus comorbilidades.
- ✿ Tener en cuenta la percepción de salud del paciente y la afectación que la enfermedad está produciendo en su calidad de vida para poder desarrollarla con normalidad a nivel familiar, social y laboral.
- ✿ En los 7 primeros días de la infección, experimentar más de 5 síntomas deber alertarnos hacia una alta probabilidad del desarrollo de persistencia de síntomas.
- ✿ Informar al paciente y la familia sobre el proceso y la posible evolución de la enfermedad. Explicar síntomas de alarma.
- ✿ En base a la valoración clínica integral y las pruebas complementarias, se realizará la toma de decisiones consensuada con el paciente y la familia sobre su destino y la atención más adecuada.
- ✿ Establecer el nivel de vigilancia del paciente durante el ingreso hospitalario, a través del aplicativo de plan de cuidados GACELA mediante el Sistema de Alerta Temprana, monitorizando periódicamente las variables temperatura, saturación de oxígeno, tos, disnea y PCR.
- ✿ En el seguimiento de los pacientes con COVID-19 que han precisado ingreso en UCI es importante realizar el diagnóstico precoz del Síndrome Post-Cuidados Intensivos que se caracteriza por la aparición de dificultades físicas (dolor, debilidad), alteraciones cognitivas (dificultad de atención, memoria y lentitud en el procesamiento de información) y problemas emocionales (ansiedad, bajo estado de ánimo, estrés posttraumático).
- ✿ El seguimiento del paciente se hará por el médico de familia en pacientes graves-moderados y por la enfermera en los casos más leves, con apoyo del médico si se precisa. Puede ser presencial, en consulta de respiratorio/domicilio, o telefónico.
- ✿ Revisar comorbilidades y factores de riesgo: enfermedades cardiovasculares, EPOC, ERC, DM, etc. Realizar seguimiento más riguroso mediante los distintos formatos de consulta presencial y teleconsulta. Valorar la repercusión en la persistencia de síntomas.
- ✿ Recomendar la autogestión y visitar los contenidos del Aula de pacientes. Informar sobre comportamientos saludables que eviten el estrés y los sentimientos de soledad y aumentar la capacidad para gestionar enfermedad.

- ☼ Detectar los síntomas más discapacitantes: análisis de la situación actual y evolución temporal de signos y síntomas tras COVID-19.
- ☼ La elección del modo de consulta (presencial o no) dependerá, además del origen de los síntomas, de la presencia de datos de alarma, la necesidad de exploración física, los antecedentes de neoplasia y/o inmunosupresión, la gravedad e impacto sobre la calidad de vida y/o de la dificultad para la comunicación y el desplazamiento.
- ☼ Promover la ventilación emocional, la normalización de las emociones, la psicoeducación y las técnicas de educación emocional, favoreciendo la activación de los recursos de afrontamiento personal.
- ☼ Valorar la organización de grupos de educación de pacientes y familiares, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías. Recomendar el material del Aula de Pacientes. Considerar necesidades y recursos comunitarios, en consenso con los diferentes agentes de salud y líderes comunitarios (Consejos de Salud).
- ☼ Se desconocen las secuelas funcionales y anatómicas que la infección por el SARS-COV-2 puede provocar tanto a nivel pulmonar como funcional y sistémico, por lo que se recomienda una correcta evaluación de cada caso y la necesidad de individualizar antes de aplicar las técnicas.
- ☼ Todos los pacientes tendrán un seguimiento compartido con el Equipo de Atención Primaria, que elaborará un plan de intervención específico, trabajando en colaboración con los profesionales sanitarios hospitalarios.
- ☼ Diagnosticar las lesiones reversibles con posible tratamiento específico para no perder ninguna oportunidad terapéutica y así recuperar en lo posible la capacidad funcional previa del paciente con COVID-19.
- ☼ Mantener una comunicación fluida entre ambos niveles asistenciales para prevenir complicaciones mediante el profesional de enlace del área (coordinador COVID-19).
- ☼ Ante mejoría clínica del paciente con recuperación aceptable de la calidad de vida y funcionalidad progresiva se recomienda cerrar el proceso clínico de Medora.

Resumen de bibliografía:

- ☼ SEMFYC-CAMFIC. Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía de práctica clínica. 2020.
- ☼ SEDISA. Documento para la atención integral al paciente postCOVID. 2020.
- ☼ SEPAR. Sibila O et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica para el seguimiento clínico post-COVID-19. Open Respiratory Archives 2 (2020) 278–283. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2020.09.002>.
- ☼ Cimas, JE. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. FMC. 2021; 28(2): 81-89.
- SEMG. LongCovidACTS. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.



RESUMEN DE LA ACTUALIZACIÓN PAI COVID-19 (Mayo 2022)

- ❖ Introducción: **Datos estadísticos actualizados. Definición de Síndrome PostCOVID** (OMS, 06-10-2021): afección posterior al COVID-19 que se presenta en personas con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 probable o confirmada, generalmente 3 meses desde el inicio del COVID-19 con síntomas y que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva pero también otros y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo.
- ❖ Ficha 1: Tras el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 **no** es preciso realizar el **retro rastreo** de los contactos.
- ❖ Ficha 2-3A-3B/Anexo 8: **Gestión de recursos asistenciales.**
- ❖ Ficha 3A: Los pacientes ingresados por COVID-19 tienen un alto riesgo nutricional por los altos requerimientos de la situación inflamatoria aguda grave y la dificultad para alcanzarlos debido a la hiporexia y las dificultades en la alimentación. Los **requerimientos nutricionales estimados** son 25-30 Kcal/Kg/día y 1,5 g proteínas/kg/día (Anexo 15).
- ❖ Ficha 5: Valoración por el Servicio de Endocrinología y Nutrición
 - Si el paciente con persistencia de síntomas o secuelas de COVID-19 se encuentra de baja laboral, **a partir de las 12 semanas** se modificará el **proceso clínico a Síndrome POST COVID-19**, según la Normativa del INSS.
 - Adjuntar a la consulta hospitalaria el **formulario de Valoración de la persistencia de síntomas que aparece** en la guía asistencial de Medora.
- ❖ Ficha 8/Anexo 13/Anexo 18: Atención por el Equipo de Salud Mental
 - Valorar la **persistencia de clínica somática de baja explicabilidad** mediante pruebas psicométricas escalas de ansiedad y depresión (HADS) o de percepción somática (MSPQ).
 - Detectar **sentimientos de culpa** que puedan interferir en un buen funcionamiento.
 - Intervenir promoviendo una **buena elaboración del duelo** y facilitando la realización de los rituales de despedida.
- ❖ Anexo 13: **tratamiento farmacológico.**
- ❖ **Bibliografía** y vídeos (material de uso exclusivo para actividades formativas):
 - **Resumen del PAI COVID-19:** <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/covid-19/video-resumen-pai-covid-19>.
 - **Consulta de seguimiento del paciente con COVID-19 por Telepresencia:** <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/covid-19/video-consulta-seguimiento-paciente-covid-19-telepresencia>.

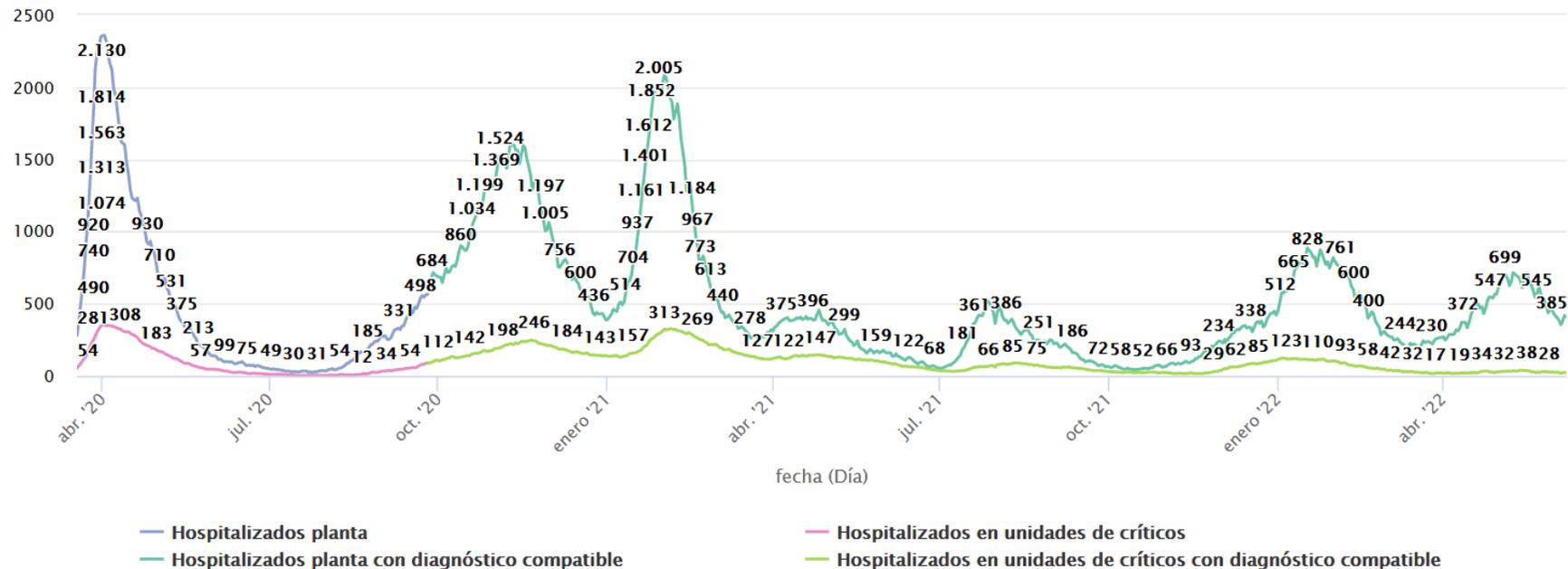
INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se describieron varios casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan (China), que más tarde fue identificada como secundaria a un nuevo patógeno, el Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 (SARS-CoV-2), aislado en muestras del tracto respiratorio inferior de los pacientes afectados. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia por COVID-19, enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 de 2019, debido al gran impacto en la población mundial al ser altamente transmisible y tener una significativa tasa de mortalidad.

Esta pandemia ha supuesto un enorme reto epidemiológico para el sistema sanitario, sobre todo desde el punto de vista de salud pública (detección precoz, técnicas diagnósticas, seguimiento de casos y contactos, etc.), y hasta el momento de la elaboración de este documento se han descrito en España varias olas de contagios masivos que han aumentado de forma llamativa los ingresos hospitalarios de los pacientes.



La imagen inferior muestra la evolución diaria de personas hospitalizadas en planta y unidades de críticos en Castilla y León, según datos publicados el 7 de junio de 2022 en <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/?seccion=situacion-hospitales>.

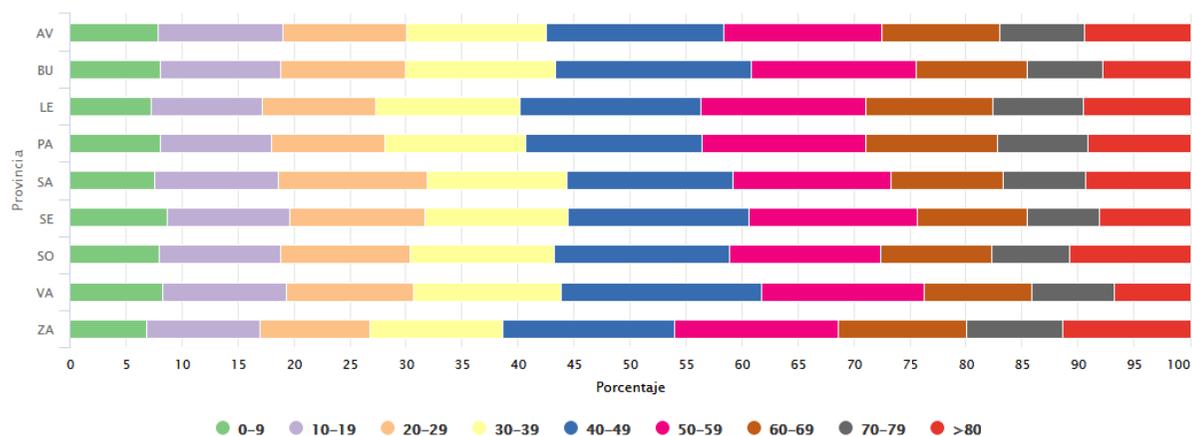


La COVID-19 es una enfermedad que se manifiesta tanto de forma leve y asintomática (80%) como grave, precisando ingreso hospitalario alrededor del 5% de los pacientes para tratamiento de soporte por insuficiencia respiratoria, bien en la unidad de cuidados respiratorios intermedios en hospitalización o en la unidad de críticos (UCI, Reanimación), con una evolución posterior y pronóstico muy variable. Según informes del Ministerio de Sanidad, la letalidad en España es del 2,2%. Por otra parte, el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en niños es claramente diferente al que se observa en adultos, con una incidencia muy baja en menores de 18 años.

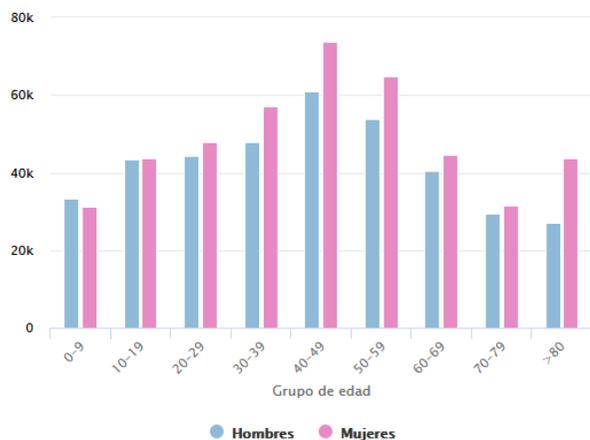


Los datos de incidencia de la enfermedad en Castilla y León, por sexo y tramos de edad, publicados el 7 de junio de 2022 en <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/?seccion=atencion-primaria> son:

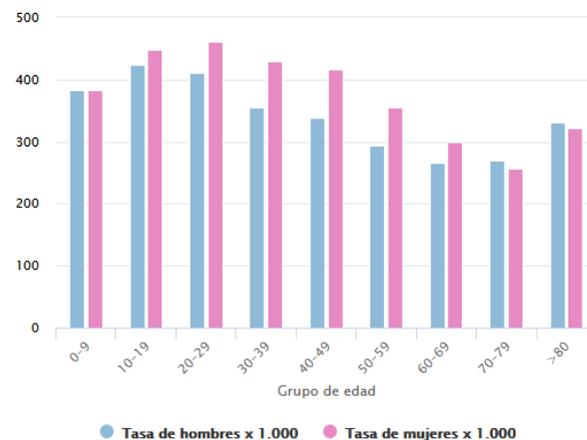
Incidencia de la enfermedad por tramos de edad



Incidencia de la enfermedad por tramos de edad y sexo



Tasa de enfermedad por edades y sexo



Se reconoce en la COVID-19 una fase virémica durante los primeros 7-10 días de sintomatología a la que sigue, en los casos más graves, una fase de reacción inflamatoria desmedida por hiperrespuesta del sistema inmune. Además de un cuadro general con fiebre, astenia, anorexia y tos, mialgias, anosmia y cefalea. La afectación predominante ha sido en forma de neumonía uni o bilateral con grados crecientes de insuficiencia respiratoria.

Los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID-19 son las personas con edad avanzada, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, enfermedades neurológicas crónicas, cáncer o inmunodepresión. Las comorbilidades asociadas a la enfermedad hay que ponerlas en relación con la prevalencia de dichas patologías en la población, oscilando, en las series publicadas, entre un 23% y un 51%, siendo la enfermedad cardiovascular (en particular la hipertensión arterial), la EPOC y la diabetes las más frecuentes entre los ingresados.

En el Documento de consenso de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene sobre la priorización de vacunación frente a SARS-CoV-2 en adultos con condiciones de riesgo (06-02-2021) se exponen dichas condiciones clínicas/factores de riesgo:

https://www.sempsph.com/images/Consenso_Recomendaciones_SEMPSPH_08022021_PDF_M%C3%81S_CLARO1%201.pdf

Sumado a lo anterior conviene tener en cuenta las complicaciones asociadas al ingreso prolongado en UCI, incluyendo desnutrición-malnutrición, neuropatía y miopatía del paciente crítico y sobreinfecciones, así como los posibles efectos secundarios de los diversos tratamientos administrados, dirigidos al control de la infección y del síndrome inflamatorio observado. Los pacientes que han precisado de estancia en una unidad de críticos prolongada con COVID-19 también pueden estar en riesgo de *síndrome post-cuidados intensivos* (deficiencias persistentes en la cognición, salud mental y/o en la función física después de la supervivencia de una enfermedad crítica), aunque de momento se desconoce la incidencia después de COVID-19.

Según la OMS, el tiempo de recuperación parece ser de alrededor de dos semanas para las infecciones leves y de tres a seis semanas para las enfermedades graves (**Anexo 0**).

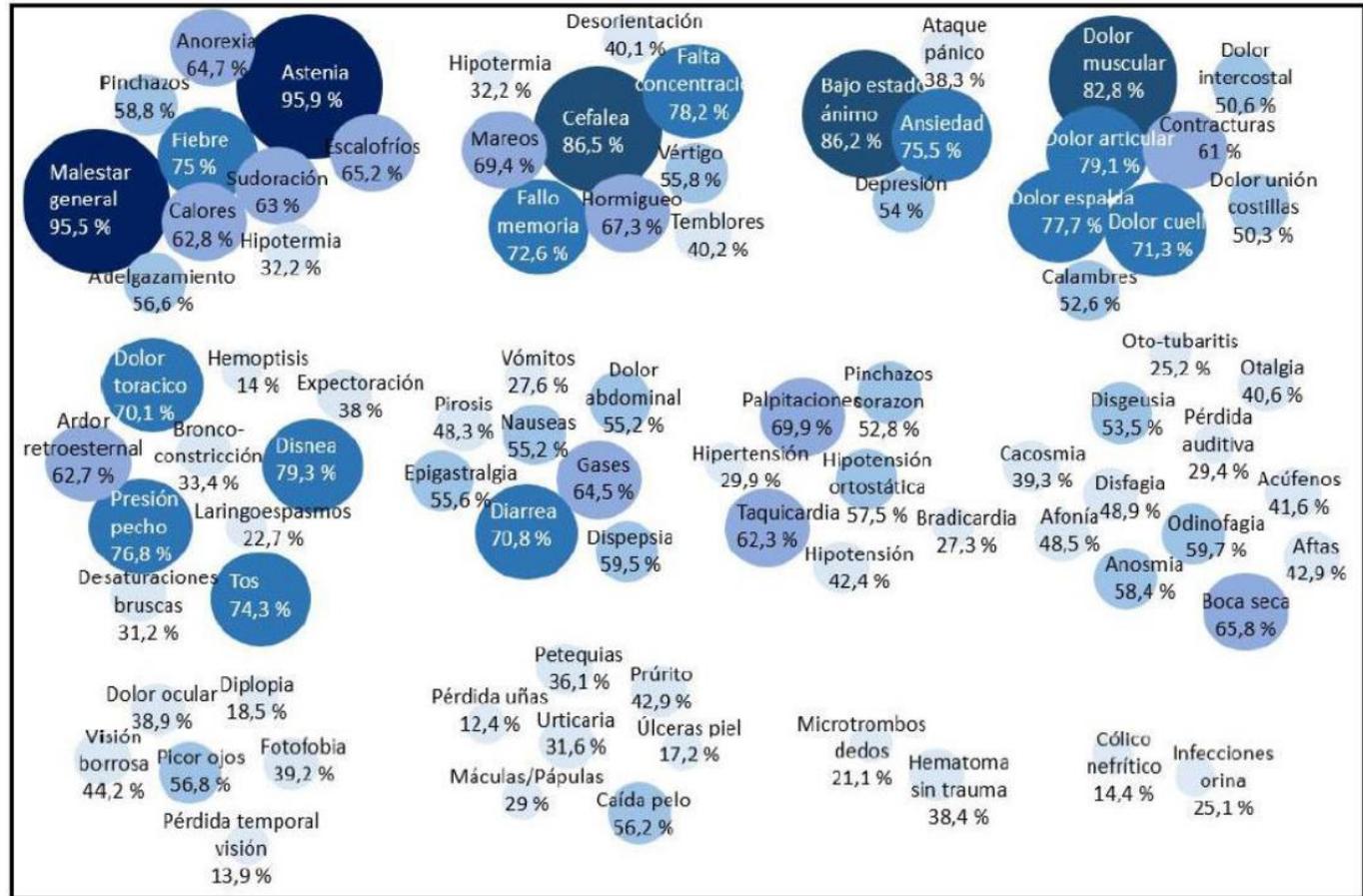
El manejo de la COVID-19 después de las primeras tres semanas tiene actualmente una evidencia limitada. Hasta la fecha no existe información suficiente sobre el impacto de la enfermedad a medio y largo plazo, particularmente sobre aspectos de la enfermedad potencialmente generadores de discapacidad, incluso en personas jóvenes y sanas, como son la pérdida de peso, la astenia persistente, la alteración funcional respecto de la situación previa y, sobre todo, el desarrollo de fibrosis pulmonar, aspecto éste último que preocupa especialmente por sus consecuencias, con posible repercusión a medio/largo plazo sobre la capacidad funcional de los pacientes con COVID-19, lo que obliga a un seguimiento de estos pacientes.



El paciente con **secuelas de la COVID-19** (denominado frecuentemente **post COVID-19**) tiene el antecedente de una afectación grave en la fase aguda de la enfermedad, frecuentemente ha requerido ingreso hospitalario y presenta síntomas derivados del daño estructural de las complicaciones sufridas. Suelen ser varones, en torno a los 70 años y con comorbilidades asociadas.



También se ha constatado la realidad de un grupo de pacientes con manifestaciones persistentes de la enfermedad, es decir, con **COVID Persistente**. Se trata en la mayor parte de los casos de mujeres en torno a 43 años, con un conjunto de síntomas multiorgánicos (fatiga, disnea, dolor precordial, trastornos mentales, alteraciones de gusto y olfato, etc.), una duración muy superior a la descrita en la mayoría de las personas infectadas por el virus y para las que no se encuentra aparentemente una causa que las justifique. No suele aparecer en pacientes que pasaron la COVID-19 de forma asintomática.



Mapa de afectación sintomática de los pacientes con COVID persistente. Imagen tomada de: SEMG. LongCovidACTS. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.

Se estima que en torno al 10% de los pacientes que han sido diagnosticados de COVID-19 pueden presentar síntomas 4 semanas después del diagnóstico de la infección, siendo el más habitual la astenia y el malestar general (95%), seguido de la cefalea (86.5%) generalmente siendo uno de los primeros síntomas y con frecuencia acompañado de anosmia, y resolviéndose en la mayoría de los casos con el paso del tiempo.



El 6 de octubre de 2021 la OMS define el **Síndrome PostCOVID** como la afección posterior al COVID-19 que se presenta en personas con antecedentes de infección por SARS CoV-2 probable o confirmada, generalmente 3 meses desde el inicio del COVID-19 con síntomas y que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva pero también otros y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo.

JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL



La unión de especialistas en Neumología y Medicina Interna junto al intenso trabajo colaborativo de la inmensa mayoría de especialidades hospitalarias, de los integrantes de los equipos COVID, de los equipos de Atención Primaria y, en los casos precisos, la coordinación con Emergencias Sanitarias y Servicios Sociales han permitido la creación de un sentimiento de equipo y compromiso sin precedentes que ha logrado una forma de trabajar homogénea e integrada, facilitando la asistencia a los pacientes y la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención.

La utilización de la metodología de gestión por procesos en la actividad asistencial (ver imagen) constituye una importante oportunidad de mejora y garantía de cara a los resultados, contribuyendo a enriquecer y facilitar la tarea de los profesionales de cada nivel asistencial y propiciando altos niveles de eficiencia en el desarrollo de sus funciones. Esta metodología trata de estabilizar o mantener bajo control los procesos de atención a los pacientes en los diferentes niveles asistenciales, estableciendo unas pautas de actuación basadas en la evidencia científica y evitando que se produzca una variabilidad excesiva en la asistencia que dé lugar a ineficiencias, siempre bajo la perspectiva de la mejora continua.

Al realizar este documento todavía no existe la evidencia suficiente acerca del seguimiento de los pacientes tras la infección por SARS-CoV-2 y desarrollo de la COVID-19. Se propone un esquema inicial básico de atención inicial y seguimiento de pacientes con COVID-19, aplicable a todas las áreas de salud de Castilla y León, en la que participe de forma coordinada un equipo multidisciplinar de profesionales (medicina, enfermería, trabajo social, fisioterapia, psicología clínica, terapia ocupacional, farmacia, etc.) y que podría ser modificado en función de datos nuevos que vayan apareciendo sobre la evolución de esta patología, adaptándonos a cambios futuros que puedan aparecer tanto en la forma de presentación como en el manejo de esta enfermedad.

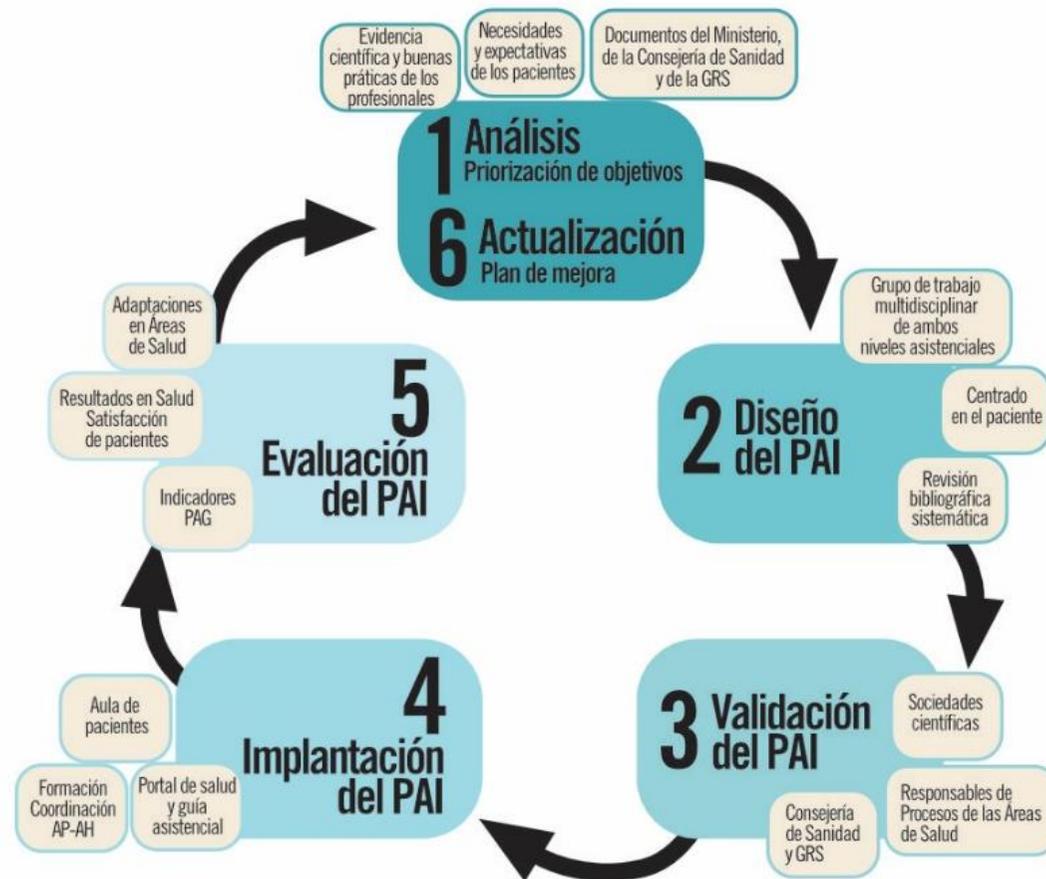


Imagen de elaboración propia

METODOLOGÍA DEL PROCESO ASISTENCIAL



A modo de resumen se presenta el cronograma de actividades realizadas en la elaboración del proceso asistencial integrado de las personas afectadas por SARS-CoV-2 desde septiembre de 2020 hasta la fecha de publicación del documento (junio 2022).



Imagen de elaboración propia

En la elaboración del proceso asistencial se han realizado revisiones bibliográficas periódicas para ir incorporando la evidencia científica publicada y garantizar la actualización continua del documento.

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO ASISTENCIAL

Tras la detección de las necesidades de los pacientes afectados por SARS-CoV-2 y de los profesionales, se programan un conjunto de actividades dirigidas a la población mayor o igual de 15 años de edad, residente en Castilla y León, diagnosticada de SARS-CoV-2, encaminadas a atender, en función de las mejores evidencias científicas disponibles, a los pacientes y sus familiares y a facilitar el seguimiento y apoyo pertinente para una asistencia integral, continuada y coordinada.

Todo ello supone una corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial para garantizar la continuidad diagnóstica, el establecimiento de objetivos de control y de un plan terapéutico así como la educación sanitaria necesaria para asegurar la mayor calidad posible y mejor percepción de salud por parte del paciente y de sus familiares. Supone la integración del proceso en los distintos niveles de actuación implicados, en base a una mejora de la comunicación y a la existencia de coordinación entre los diferentes profesionales.

Se pretende, por tanto, establecer los criterios de atención para el seguimiento de los pacientes afectados por la infección por SARS-CoV-2 a corto, medio y largo plazo, poder valorar la evolución y la detección precoz de complicaciones, así como posibles secuelas, y ofrecer el tratamiento personalizado más adecuado.

OBJETIVOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Objetivo General:



- Proporcionar una atención clínica integral e integrada a los pacientes **afectados** por SARS-CoV-2, ofreciendo una asistencia de calidad y segura, que permita dar respuesta de forma individualizada y personalizada a sus necesidades clínicas y sociales, tanto en la fase aguda de la enfermedad como en la fase crónica si fuera preciso (secuelas de la COVID-19/COVID Persistente).

Objetivos Específicos:

- Consensuar la atención y el adecuado seguimiento de las personas afectadas por infección por SARS-CoV-2, coordinada con los diferentes profesionales de los distintos niveles asistenciales asegurando la continuidad asistencial.
- Prevenir y/o tratar las complicaciones o secuelas crónicas secundarias a la infección por SARS-CoV-2 tras una valoración integral de las personas con COVID-19 y acorde con la evidencia científica actual.

1

MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO

MISIÓN DEL PROCESO

Prestar a los pacientes afectados por la infección por SARS-CoV-2 una atención de calidad, segura, eficiente y eficaz, centrada en la persona, integrada e integral, que permita disminuir la morbilidad causada por COVID-19.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Personas de Castilla y León, de 15 años ó más, diagnosticadas de infección por SARS-CoV-2, independientemente de la técnica de diagnóstico y de haber precisado o no ingreso hospitalario así como sus familiares y/o cuidadores principales.

ALCANCE DEL PROCESO

Abarca desde el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2, con o sin ingreso hospitalario, hasta el alta médica y/o seguimiento en Atención Primaria (AP) o en Atención Hospitalaria (AH) ante secuelas COVID-19/COVID Persistente.

- INICIO DEL PROCESO:
 - Persona con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2.

- FINAL DEL PROCESO:
 - Alta médica del proceso clínico asociado a COVID-19.
 - Exclusión voluntaria.
 - Asistencia por otro Servicio de Salud.
 - Fallecimiento.

2

EXPECTATIVAS DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES ANÁLISIS DAFO Y PROPUESTAS DE MEJORA ASPECTOS LEGALES Y TÉCNICOS

De los informes de las áreas de salud de Castilla y León así como de los documentos elaborados por la Gerencia Regional de Salud y el Ministerio de Sanidad, junto con los manifiestos de las Asociaciones Nacionales y regionales de los pacientes con COVID-19, se ha recogido la siguiente información a tener en cuenta en la elaboración del proceso:

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES

1. Profesionales sanitarios con conocimientos, habilidad y experiencia que transmitan confianza, con respeto a la intimidad y secreto profesional que comuniquen adecuadamente el proceso, con lenguaje sencillo.
2. Información individualizada, adecuada y útil, que permita tomar decisiones adecuadas, sin prisas, con humanidad, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos. Información actualizada sobre los avances del proceso asistencial, coordinada entre los distintos profesionales, sin informaciones contradictorias o no concordantes. Claridad de los carteles y los folletos informativos.
3. Recibir atención de todas sus necesidades biopsicosociales.
4. Fácil comunicación con los distintos profesionales del proceso que intervienen en el proceso, para resolver dudas o necesidades.
5. Adecuada coordinación entre AP y AH.
6. Tener profesionales sanitarios de referencia, tanto en AP como en la AH.
7. Accesibilidad en las citas con profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, etc.
8. Cita única y coordinada para la consulta médica/enfermería y para las distintas pruebas complementarias.
9. Realización únicamente de las pruebas necesarias. No duplicar procedimientos.
10. Facilidad de consulta presencial y/o telefónica cuando sea preciso para seguimiento.
11. Flexibilidad y puntualidad en los horarios de las consultas.
12. Facilidad para la obtención de los medicamentos y material necesario, sin trámites burocráticos.
13. Accesibilidad a todas las terapias con evidencia científica disponibles para el tratamiento de la enfermedad en condiciones de equidad.
14. Ayuda social en caso de necesidad (asegurar al cumplimiento del aislamiento, etc.).
15. Medidas de seguridad eficaces en la atención, sin menoscabo de recibir una asistencia humanizada.
16. Diagnóstico precoz ante la situación de COVID Persistente. Registro, atención y seguimiento personalizado, multidisciplinar y coordinado.



Tener en cuenta la percepción de salud del paciente y la afectación que la enfermedad está produciendo en su calidad de vida para poder desarrollarla con normalidad a nivel personal, social y laboral.

EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES

1. Información sobre la situación del paciente y de la evolución esperada del proceso.
2. Formación en los cuidados básicos, fármacos y manejo del material.
3. Atención y apoyo psíquico y social para el cuidador principal si fuera preciso.
4. Horario flexible y tiempos de espera máximos para acceder a una consulta.
5. Acceso a un teléfono para solucionar los problemas que se planteen en la atención del paciente.

EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

1. Contar con los recursos materiales y humanos necesarios para el seguimiento de los pacientes y seguridad en la atención.
2. Disponer de espacio y tiempo suficiente para la atención adecuada de los pacientes.
3. Disponer de una aplicación informática para control de la historia clínica, que integre la información de los distintos niveles asistenciales, con un registro normalizado y que permita el cálculo de indicadores y la evaluación del proceso.
4. Formación continua en habilidades y estrategias de acogida y comunicación.
5. Buena comunicación entre los distintos profesionales con canales de comunicación eficaces (teléfono de contacto, correo electrónico, etc.) con reuniones periódicas para mejorar la coordinación y la atención de casos de especial complejidad.
6. Confianza en la actuación de cualquiera de los profesionales implicados en el proceso y trato con respeto y cortesía.
7. Informes adecuados y actualizados de los pacientes atendidos por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, donde se contemple el juicio clínico, las expectativas u objetivos y las pautas de actuación sobre el tratamiento y el seguimiento.
8. Acceso a información sobre pruebas complementarias, para no duplicar.
9. Acceso a consultas COVID-19 de atención integral al paciente y multidisciplinar (Neumología, Medicina Interna, Neurología, Rehabilitación, Equipo de Salud mental...).
10. Acceso fácil a la consulta de Neumología (Unidad de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa), incluso telefónica, para resolver dudas u obtener información.
11. Asistencia sin dificultades a la formación continuada, específica y práctica, con evaluación periódica.
12. Acceso a información sobre los recursos sociosanitarios, procedimientos, derechos, etc.
13. Apoyo para promover proyectos de investigación propios, así como para poder ofrecer a los pacientes la participación en los proyectos de investigación regionales, nacionales o internacionales existentes, relativos a un mejor conocimiento de la enfermedad o al empleo de posibles nuevos tratamientos.
14. Colaborar con las sociedades científicas relacionadas con la atención de los pacientes COVID-19 para consensuar las actividades asistenciales, potenciar la formación continuada y favorecer la investigación que permita mejorar el conocimiento.

ANÁLISIS DAFO Y PROPUESTAS DE MEJORA

Ante la necesidad de crear una consulta COVID-19 se analizó la atención de los pacientes mediante el método DAFO durante los primeros meses de la pandemia.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soledad y miedo en pacientes y trabajadores sanitarios. 2. Variabilidad en el diagnóstico microbiológico. 3. Inadecuación de ingresos y estancias por COVID-19 por disparidad de criterios. 4. Duplicidad de pruebas tanto en el ingreso como en consulta por abordaje multidisciplinar no coordinado. 5. Retrasos diagnósticos-terapéuticos. 6. Variabilidad en el tratamiento. 7. Seguimiento en consulta por varios profesionales muchas veces, no coordinado, que facilita la aparición de ineficiencias, problemas de seguridad e insatisfacción del paciente y sus familiares. 8. Polifarmacia, problemas de adherencia y de seguridad del paciente. 9. Fragmentación en la atención. Ausencia de un abordaje integral. 10. Investigación no totalmente coordinada entre los distintos servicios y centros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tardanza en la remisión/atención de los pacientes. 2. Saturación de las consultas con pacientes de otras patologías. 3. Incremento de los trastornos psíquicos y el riesgo de suicidio.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Personal formado continuamente y motivado. Identificación de buenas prácticas y compartir el conocimiento en sesiones clínicas y generales. 2. Consultas/Interconsultas no presenciales. 3. Eficiencia ante la visión global e integral del enfermo. 4. Capacidad de ecografía clínica. 5. Personal sanitario asistencial en los grupos de mejora de atención/comisiones clínicas. 6. Análisis de resultados asistenciales. Consensuar protocolos y circuitos de derivación de pacientes. 7. Continuidad de la atención y referentes clínicos estables en el hospital. 8. Aplicación del programa de apoyo psicológico a sanitarios, pacientes y familiares. Equipos de Atención Psiquiatría y Salud Mental. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar de manera diferente. 2. Plan de información y difusión consulta COVID-19: aumentar la visibilidad en hospital y atención primaria. 3. Crear una agenda específica y una base de datos propia. 4. Comunicaciones en congresos. Formación de residentes. 5. Crear un manual de funcionamiento de consulta consensuado con otros servicios y favorecer la coordinación entre servicios (Neumología: Unidad de fibrosis pulmonar). 6. Detección precoz de trastornos por estrés, depresión y ansiedad en pacientes y sanitarios. Medición de resultados de la intervención neuropsicológica/neuropsiquiátrica 7. Mejora en la coordinación sociosanitaria y el conocimiento de los recursos sociosanitarios.

Tabla de elaboración propia de la GRS

Las propuestas de mejora tras el análisis de los primeros meses de atención de la epidemia, realizado por el método DELPHI de junio a octubre de 2020 por los profesionales de Atención Primaria, fueron las siguientes:

PROFESIONALES

Facilitar tareas burocráticas

- Realizar propuestas al proyecto HADAS (Herramienta para la actividad administrativa en todas las áreas sanitarias).
- Identificar otras tareas a agilizar.

Cambio en el modelo asistencial

- Diseñar agendas que alternen actividad presencial y no presencial.
- Monitorizar la realización de actividad presencial.

Uso del teléfono y herramientas informáticas

- Definir qué problemas se pueden atender por vía telefónica y cuáles no.
- Realizar campaña de divulgación de los nuevos medios de accesibilidad para las consultas de AP.
- Potenciar la formación en consulta telefónica y telemática.

Preocupación por la desatención de la patología NO COVID

- Monitorizar las agendas, listas de espera y potenciar la atención de aquellos problemas de salud más susceptibles de haber sido abandonados.
- Sensibilizar e informar a la población y profesionales de retomar las actividades preventivas y seguimiento de problemas de salud NO COVID.

Necesaria colaboración con otros sectores y agentes sociales

- Potenciar y cambiar el diseño de los foros de participación, como los Consejos de Salud de zona y de Área.

Flexibilización y adaptación de profesionales

- Retomar el contacto con los responsables docentes, de formación profesional, grado y especialidades, para introducir competencias que diversifiquen el perfil profesional y así poder adaptar los puestos de trabajo en situaciones como la actual de pandemia.

USUARIOS

Dificultades en la atención a la COVID en AP

- Seguir trabajando en el proyecto de Unidad Administrativa de Área para la gestión administrativa de demanda.
- Promover en los protocolos y Guías COVID la consulta presencial y la exploración clínica precoz de los pacientes COVID.
- Actualizar de forma continua los protocolos, según la evidencia científica, con los mejores cuidados en los pacientes COVID persistentes y con secuelas de COVID.

Dificultades en la atención NO COVID en AP

- Facilitar progresivamente la atención presencial combinada con la atención no presencial a demanda del paciente.
- Protocolizar la asistencia no presencial en los procesos que esté indicado y formación a los profesionales en herramientas para la organización y comunicación de la consulta no presencial.

ASPECTOS LEGALES SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

La persona afectada por SARS-CoV-2 tiene derecho a:

- Ser informada clínicamente de forma adecuada a su situación personal.
- Ser respetada en sus decisiones dentro del marco legal existente.
- Ser informada de los servicios y apoyos a los que puede acceder en el marco de este proceso.
- Que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud.
- Que se constate documentalmente su proceso sanitario y recibir un informe de alta una vez finalizado su proceso asistencial, o en cualquiera de las fases del mismo si lo demanda la persona.

Asimismo, los deberes de la personas afectada por SARS-CoV-2 son los recogidos en la normativa publicada en cada momento de la pandemia, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad de declaración obligatoria y de riesgo de salud pública. La obligación principal de las personas afectadas por SARS-CoV-2 es la de mantener el aislamiento o la cuarentena indicado por el personal médico y de enfermería, que ostenta la condición de autoridad sanitaria de acuerdo con lo establecido en el art. 41. 3 puesto en relación con el 48.2 de la **Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León**. El conjunto de la población debe respetar las medidas que, en función de la evolución de la situación sanitaria, establezcan los órganos competentes del Estado y de la Comunidad Autónoma, tal como establece el art. 48.2 de la citada Ley 10/2010 de 27 de septiembre.

MARCO NORMATIVO

Para hacer frente a la crisis sanitaria en España, en el momento en que la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19 a pandemia internacional, fue preciso adoptar medidas inmediatas que resultaron eficaces para poder controlar la propagación de la enfermedad. En este sentido, el **Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo**, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria y proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos.

Tras el proceso de desescalada y el fin de la vigencia del estado de alarma, el país entró en una etapa de nueva normalidad, durante la cual los poderes públicos y las autoridades sanitarias continuaron tomando medidas dirigidas a controlar los brotes y frenar los contagios. Entre ellas, el **Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19**, el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia, las declaraciones de actuaciones coordinadas en salud pública acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o las diferentes disposiciones y actos adoptados por las autoridades competentes de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de autonomía. Este conjunto de medidas, dirigido a prevenir situaciones de riesgo, intensificar las capacidades de seguimiento y vigilancia de la epidemia y reforzar los servicios asistenciales y de salud pública, ha permitido hasta ahora ofrecer respuestas apropiadas y proporcionales en función de las distintas etapas de evolución de la onda epidémica en cada territorio.

La Resolución de 29 de octubre de 2020, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de autorización de la prórroga del estado de alarma declarado por el **Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2**, declara en su artículo 1 el estado de alarma al amparo de lo dispuesto en el artículo cuarto, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, se declara el estado de alarma con el fin de contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

Durante la vigencia del estado de alarma, las administraciones sanitarias competentes en salud pública deben continuar adoptando las medidas necesarias para afrontar la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19, con arreglo a la legislación sanitaria, en particular:

- **Ley Orgánica 3/1986, del 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública**

Habilita a las Autoridades Sanitarias a la adopción de las medidas necesarias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad y a implementar las acciones preventivas generales. Se contempla en el **artículo 1** que: "las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas, dentro del ámbito de sus competencias, al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, pueden adoptar las medidas previstas en la citada Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad".

Su **artículo 2** indica que: "Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad".

Además, el **artículo 3** establece que, con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de las personas enfermas, de las que estén o hayan estado en contacto con las mismas y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**

En el **artículo 26.1** dispone que: "en caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o de sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras consideren sanitariamente justificadas".

- **Ley 41/2002 y a la ley autonómica 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.**

- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**
Siendo el objeto de esta norma tal y como se expone en el **artículo 1** “establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.
- **Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19.**
- **Normativa autonómica** (se ha seleccionado la siguiente):
 - Decreto-Ley 7/2020, de 23 de julio, por el que se establece el régimen sancionador específico por el incumplimiento de las medidas de prevención y contención sanitarias para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 en la Comunidad de Castilla y León.
 - Decreto-Ley 10/2020, de 22 de octubre, de medidas urgentes para reforzar el control y sanción de las medidas de prevención y contención sanitarias para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.
 - Decreto-Ley 2/2021, de 25 de marzo, por el que se modifica el Decreto-ley 7/2020, de 23 de julio, por el que se establece el régimen sancionador específico por el incumplimiento de las medidas de prevención y contención sanitarias para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 en la Comunidad de Castilla y León.
 - Acuerdo 33/2021, de 5 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se adoptan medidas sanitarias preventivas de carácter excepcional para la contención de la COVID-19 en varios municipios de Castilla y León.
 - Acuerdo 45/2021, de 3 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se mantienen las medidas sanitarias preventivas de carácter excepcional previstas en el Acuerdo 33/2021, de 5 de abril para la contención de la COVID-19 y se actualiza la relación de municipios a los que resultan de aplicación.
 - Acuerdo 46/2021, de 6 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se actualizan los niveles de alerta sanitaria y el plan de medidas de prevención y control para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en la Comunidad de Castilla y León.

ASPECTOS TÉCNICOS

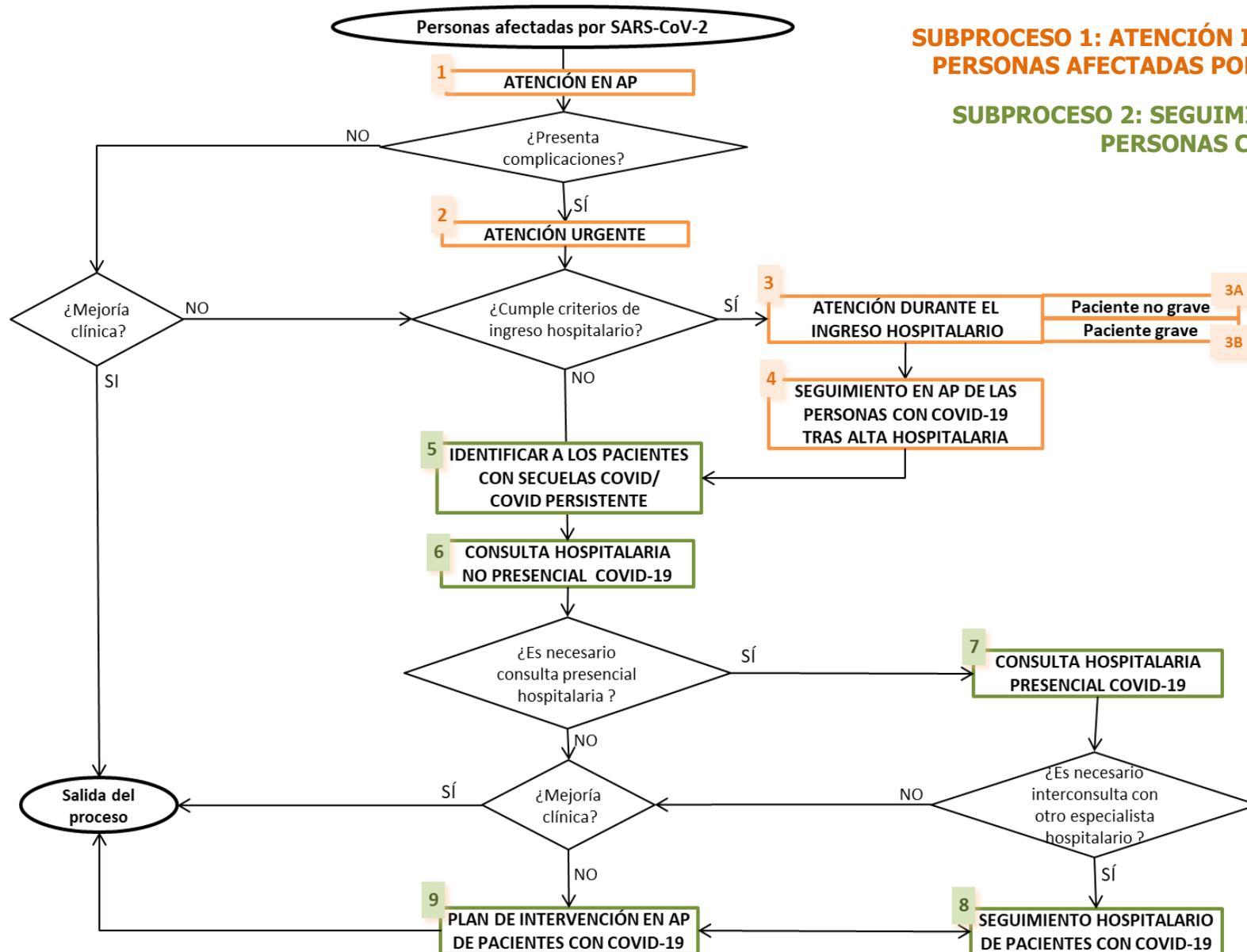
- Atención integral e integrada. Que se contemplen las necesidades globales de la persona (a nivel físico, psíquico, social y jurídico) y que asegure la continuidad en la atención y la prestación de servicios, facilitando el acceso ágil y coordinado a los distintos recursos y evitando la reiteración de consultas y pruebas.
- Efectividad. La atención debe ser centrada en la persona, teniéndose en cuenta sus circunstancias, necesidades y preocupaciones para poder hacer una atención individualizada con la mayor evidencia disponible y así mejorar los resultados en diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con COVID-19, aceptando sus decisiones una vez haya sido informada.
- Adecuación. Todas las personas intervinientes en la atención, desde cualquier ámbito y nivel asistencial, tendrán conocimiento de los recursos que pueden necesitar los pacientes y sus familiares, de acuerdo a las necesidades individuales con el fin de mejorar la indicación de las exploraciones complementarias, el consumo de fármacos, las interconsultas así como disminuir ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas.



- Seguridad del paciente, de los profesionales y de los contactos. Protocolizar la profilaxis, el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19 y sus comorbilidades (**Anexo 3**).
- Accesibilidad. Es necesario garantizar el acceso a todos los servicios y recursos asistenciales que requieren los pacientes para su atención integral. Hemos de cuidar especialmente la llegada a cualquier servicio de urgencias o emergencias y la acogida. Se debe proporcionar una comunicación ágil y directa con los profesionales sanitarios de AP y AH para el adecuado seguimiento y la continuidad y coordinación de los recursos. Se ha de facilitar también el acceso a los servicios sociosanitarios si fuera preciso y agilizar la primera consulta externa así como la interconsulta en el paciente hospitalizado.
- Continuidad y coordinación de la atención. Se debe garantizar la asistencia y el seguimiento a todo paciente diagnosticado de COVID-19 y de sus comorbilidades mediante la participación de los profesionales sanitarios de los distintos ámbitos asistenciales. La coordinación del seguimiento se realizará por el equipo de AP.
- Acogida y trato. Los pacientes con COVID-19 se encuentran en un momento de gran vulnerabilidad por el miedo y las medidas de aislamiento, sobre todo los ancianos y los que precisan ingreso hospitalario. El momento de la acogida es muy importante y debe hacerse de forma amable y sensible por todos los profesionales implicados desde los servicios de admisión, hasta el triaje de urgencias y las distintas consultas. La escucha debe ser empática, cercana y cuidando el lenguaje corporal (contacto ocular, etc.). Debemos acoger sus emociones y transmitir confianza. Hemos de preguntarle sus necesidades y preocupaciones y respetar sus decisiones tras ser informados.
- Información. Debe ser muy clara y precisa y por escrito si fuera preciso, para que en los momentos posteriores pueda consultarla. Se debe asegurar la confidencialidad de los datos y de la información clínica. Es muy importante el registro adecuado de la actividad asistencial.

3

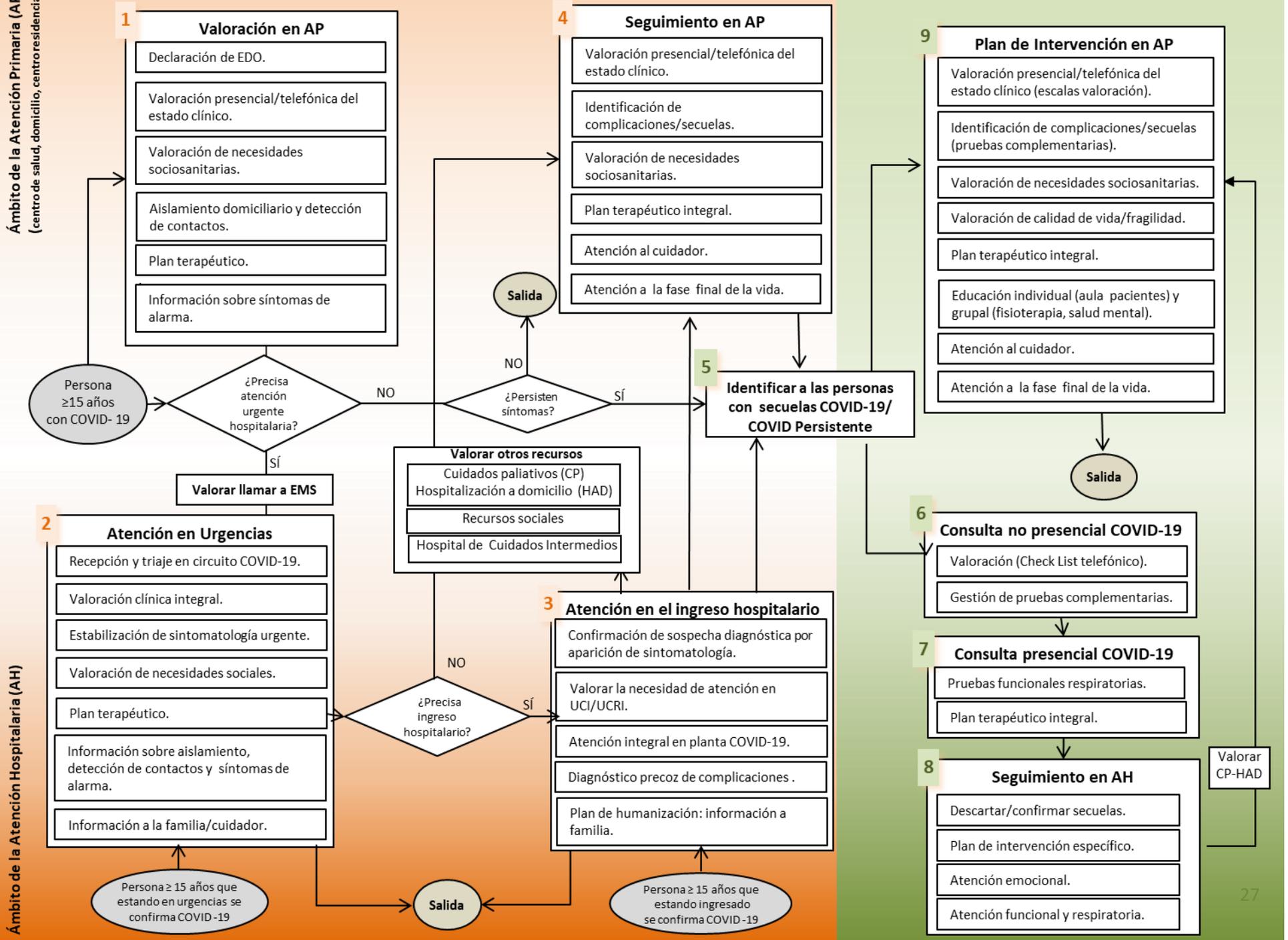
FLUJograma Y MAPA DEL PROCESO



ATENCIÓN URGENTE: Según la situación del paciente, la asistencia puede ser realizada en el domicilio, en el centro de salud (en jornada ordinaria y/o atención continuada) y en el hospital, así como por profesionales de AP, EMS y AH.

ATENCIÓN INICIAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2

SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON COVID-19



4

ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FICHA	PROFESIONAL RESPONSABLE
SUBPROCESO 1: ATENCIÓN INICIAL A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2		
ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA	Ficha 1	Medicina y enfermería de AP
ATENCIÓN URGENTE A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2	Ficha 2	Medicina y enfermería de AP, Emergencias Sanitarias y Urgencias Hospitalarias
ATENCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO A: -PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 no grave -PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 grave	Ficha 3A 3B	Medicina y enfermería de NML, MI, UVI, Rehabilitación Fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo clínico
SEGUIMIENTO EN AP DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 TRAS ALTA HOSPITALARIA	Ficha 4	Profesionales de AP
SUBPROCESO 2: SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON COVID-19		
IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON SECUELAS COVID-19/ COVID PERSISTENTE	Ficha 5	Medicina y Enfermería de AP y AH
CONSULTA NO PRESENCIAL HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19	Ficha 6	Medicina y Enfermería de NML y MI
ATENCIÓN EN CONSULTA PRESENCIAL HOSPITALARIA A LOS PACIENTES CON COVID-19	Ficha 7	Medicina y Enfermería de NML y MI
SEGUIMIENTO HOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON COVID-19	Ficha 8	Profesionales de AH
PLAN DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19	Ficha 9	Profesionales de AP

Ficha 1 ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo Definir el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de infección por SARS-CoV-2, sintomáticos o no, para prevenir y/o diagnosticar precozmente las complicaciones que pueden aparecer en los primeros días tras el inicio de la enfermedad.

Quién Profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria, en el centro de salud y/o en el domicilio, en jornada ordinaria y/o atención continuada.



Técnicos Superiores Sanitarios.

El seguimiento del paciente se hará por el médico de familia en pacientes graves-moderados y por la enfermera en los casos más leves, con apoyo del médico si se precisa. Puede ser presencial, en consulta de respiratorio/domicilio, o telefónico.

Cuándo A las 24 h, 48 h y 96 h tras el primer contacto con los servicios de sanitarios/inicio de los síntomas.
Resto de seguimiento según evolución clínica y hasta mejoría clínica/fin de aislamiento domiciliario.

Cómo  • Informar sobre medidas de aislamiento y duración, así como realizar el rastreo de sus contactos según protocolo vigente.

• Revisar los factores personales que aumentan el riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19 (**Anexo 1b**).

• Valorar síntomas de forma telefónica* o presencial, inicialmente por el médico de familia** (**Anexo 2a**).

**A las personas con discapacidad auditiva, diversidad funcional/discapacidad intelectual o trastornos tipo autismo se les ofrecerá alternativas a la comunicación adaptada a sus necesidades.*

***Se realizará con el profesional adecuadamente protegido (**Anexo 3**) y con desinfección posterior del material empleado.*

• Ante síntomas y signos sugestivos de neumonía, valorar presencialmente al paciente (exploración y toma de saturación) y realizar prueba de imagen (**Anexo 4**), sobre todo ante la presencia de factores de gravedad (**Anexo 1b**).

• Crear proceso clínico en Medora de Enfermedad o Neumonía por COVID-19.

• Detectar e informar al paciente de los síntomas de alarma o empeoramiento así como el lugar de atención ante una urgencia (centro de salud, Servicios de Urgencias Hospitalarios y Emergencias Sanitarias mediante llamada al 112/900 222 000).

• Detectar precozmente las manifestaciones psiquiátricas/neurocognitivas que precisen atención: ansiedad, depresión, insomnio y/o vivencia de trauma (**Cartera de Servicios de AP-2019**).

• Elaborar el plan terapéutico (tratamiento de síntomas y control de constantes: Tª, FR, SatO2, etc.) y plan de cuidados personalizado (**Anexo 5**). Informar sobre consejos generales para la recuperación:

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1765484-5122020%20Manejo%20y%20Seguimiento%20COVID%20en%20AP.pdf>

• Informar sobre medidas de prevención de la enfermedad tromboembólica. Se recomienda una actividad física adecuada: caminar por casa, movimientos de flexo-extensión /rotación de pies en sedestación

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19>

- Detectar precozmente problemas psicosociales que impidan el aislamiento domiciliario y ofrecer las alternativas posibles. Adecuar la atención de pacientes institucionalizados, según recomendaciones específicas y con las medidas epidemiológicas oportunas (**Anexo 6**).

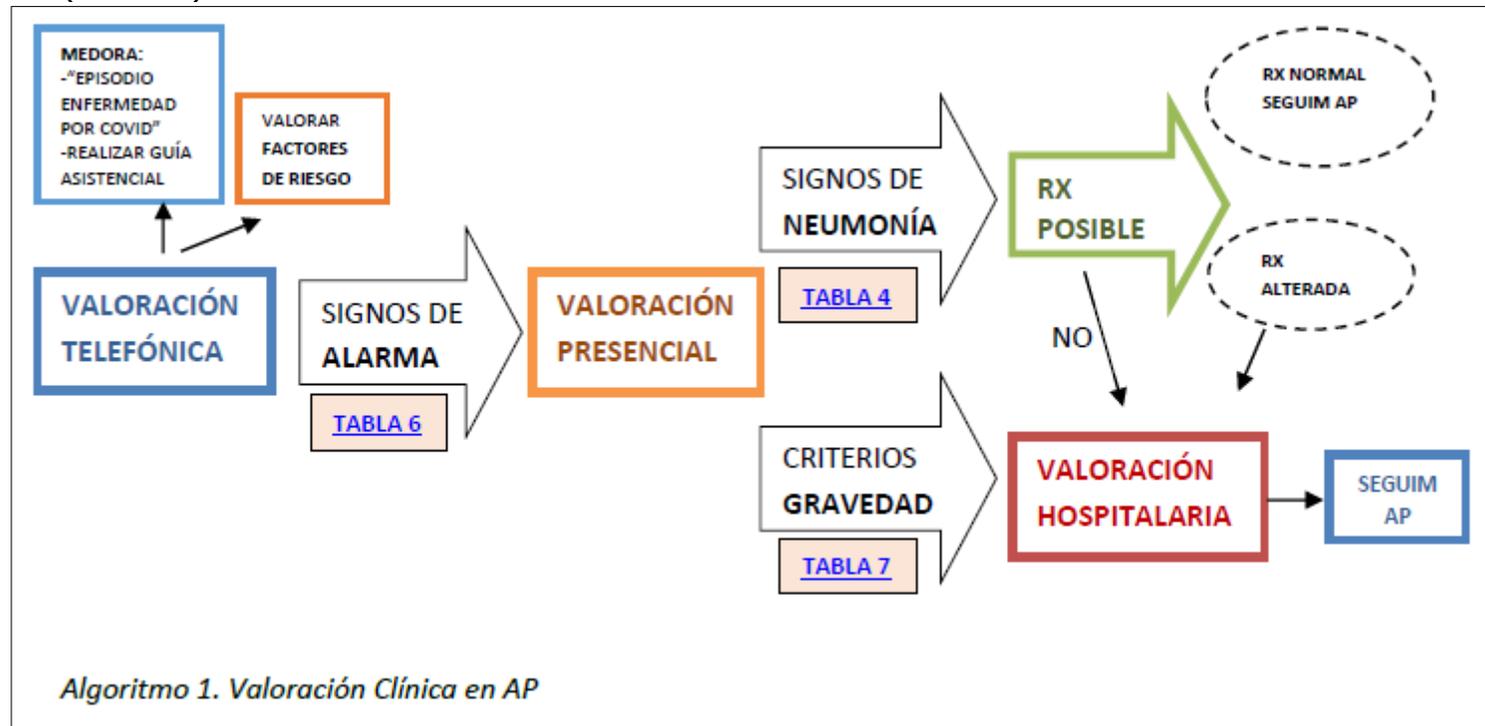


Imagen tomada de la Guía de Manejo y seguimiento en AP de la infección aguda y postaguda por COVID-19

- El resto del seguimiento dependerá de la evolución clínica del paciente:
 - ante sintomatología grave o descompensación de su situación basal: atención urgente y/o de emergencia (**ficha 2**) y valorar derivación hospitalaria (**Anexo 2b**).
 - ante persistencia de síntomas tras 4 semanas del inicio de la enfermedad y/o sospecha de complicaciones no urgentes: valorar el diagnóstico de secuelas COVID-19/COVID Persistente y gestionar interconsulta hospitalaria si es necesario (**ficha 5**).
 - ante mejoría clínica y tras finalización de período de aislamiento: dar de alta al paciente.

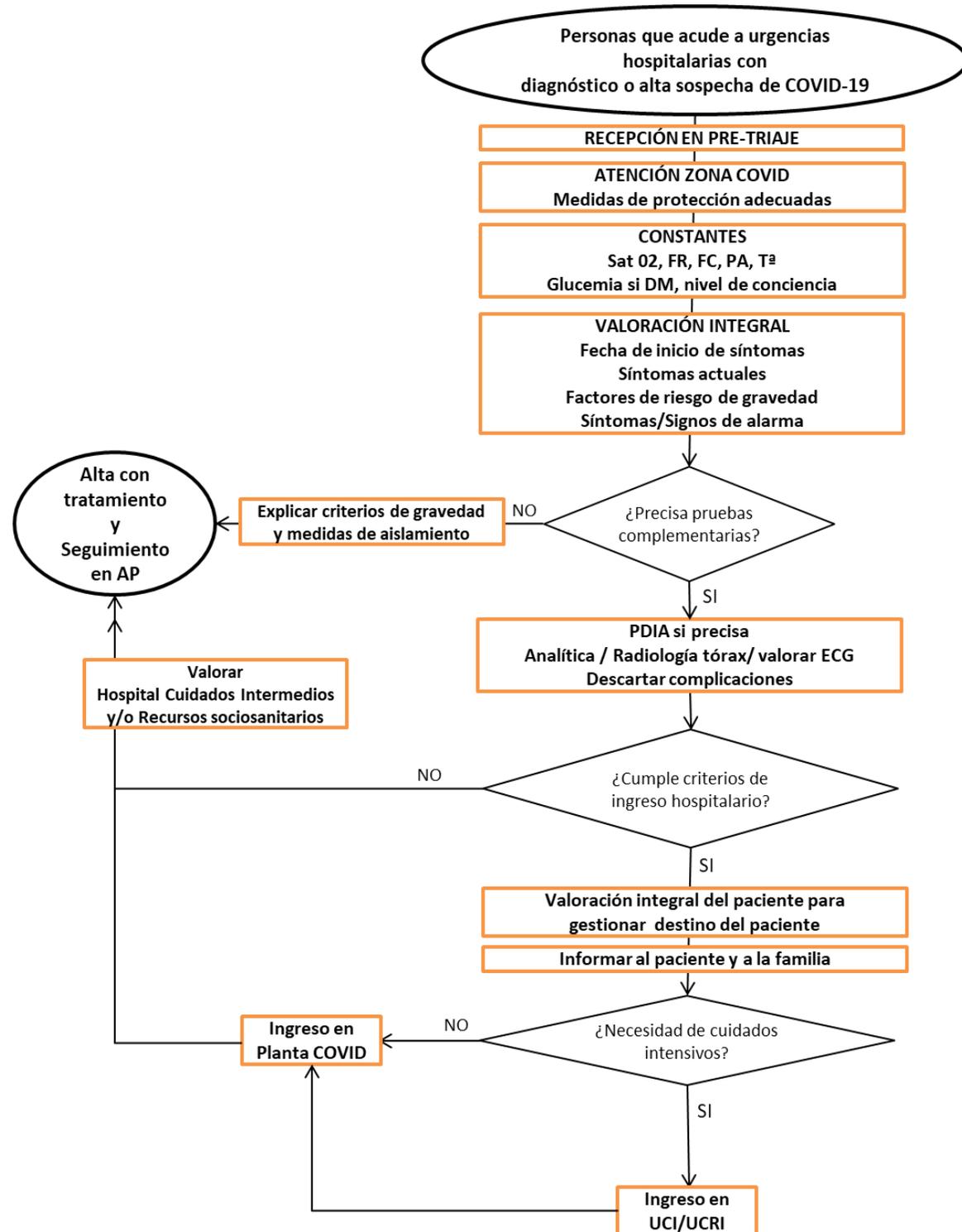


En los **7 primeros días** de la infección, experimentar **más de 5 síntomas** debe alertarnos hacia una alta probabilidad del desarrollo de **persistencia de síntomas**.

Documentos

- Guía de Manejo y seguimiento en AP de la Infección aguda y postaguda por COVID-19.
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria>
 - Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl.
- Anexo 1a: Diagnóstico diferencial COVID-19.
Anexo 1b: Factores de riesgo para COVID-19.
Anexo 2a: Valoración clínica telefónica en AP.
Anexo 2b: Criterios orientativos de derivación hospitalaria.
Anexo 3: Medidas de seguridad e higiene.
Anexo 4: Pruebas radiológicas/ecográficas.
Anexo 5: Plan de cuidados.
Anexo 6: Recursos sociosanitarios.

Flujograma de elaboración propia de la Atención urgente a las personas afectadas por SARS-CoV-2 (**ficha 2**)



Objetivo	Prestar la asistencia adecuada urgente del paciente con afectación por SARS-CoV-2 con sintomatología grave o descompensación de su situación basal.
Quién	Profesionales de Medicina y Enfermería de AP, Emergencias Sanitarias y Urgencias hospitalarias.
Cuándo	Ante empeoramiento del estado general o aparición de nueva sintomatología que precise atención urgente del paciente.

Cómo **ATENCIÓN URGENTE PREHOSPITALARIA (EN CENTRO DE SALUD/DOMICILIO/CENTRO RESIDENCIAL)**



- Con las medidas de seguridad oportunas, realizar valoración integral del paciente con exploración física y toma de constantes.
- Detectar precozmente los **signos/síntomas de alarma**:
 - FR \geq 25 rpm; Sat O₂ < 94%.
 - PAS < 90 mmHg, PAD < 60 mmHg, FC \geq 125 lpm.
 - Disnea intensa; cianosis; hemoptisis; anuria.
 - Dolor torácico persistente.
 - Vómitos o deposiciones \geq 10/d.
 - Alteración del estado de alerta y/o del estado general.
 - Pruebas radiológicas/ecográficas alteradas.
 - Descompensación de enfermedad basal.
- Si el paciente no presenta criterios de gravedad, pautar tratamiento sintomático y seguimiento por su MAP, registrando la actividad en la HCE y recordando síntomas de alarma al paciente y los familiares.
- Si el paciente presenta criterios de gravedad, informarle de la necesidad de traslado al hospital para realizar las pruebas complementarias necesarias e iniciar el tratamiento específico oportuno. Avisar a los familiares y gestionar el traslado con las medidas de seguridad precisas.
- Ante inestabilidad del paciente, avisar al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) para solicitar atención por **Emergencias Sanitarias**, que realizará el traslado al hospital de referencia si fuera preciso tras la valoración y tratamiento inicial, con especial atención en evitar nebulizaciones y no realizar tratamiento con aerosoles en urgencias. El acceso a Emergencias Sanitarias se realiza:
 - Por parte del usuario: a través del teléfono 1-1-2.
 - Por parte del profesional de AP: a través de número directo disponible de uso exclusivo para personal sanitario.

El número 900 222 000 de acceso a programas especiales, en el caso de la COVID-19 se trata, sobre todo, de un teléfono de información a los pacientes no para contactar con EMS en situaciones de urgencia/emergencia.

ATENCIÓN URGENTE HOSPITALARIA

- Recepción del paciente en la zona de pre-triaje.
- Tranquilizar al paciente y familiares e informarles sobre los tiempos de atención, pasos a seguir y modo de ser informados. Asegurarse que no tienen dudas y permitir que los familiares se despidan con tranquilidad del paciente.
- Triar al paciente, adjudicando su nivel de prioridad y destino. Asignar en Jimena 4 los profesionales responsables de la atención y dar de alta al paciente en Gacela.
- Tras identificarse los profesionales, informarle de lo que se le va a hacer, respetando su intimidad, facilitando que verbalice sus emociones. Si está muy nervioso o angustiado, intentar utilizar la respiración como técnica de relajación, atenuar la luz, respetar dentro de lo posible su descanso y asegurarle que se le irá informando de todo.

- Confirmar diagnóstico por SARS-Cov-2 si fuera preciso. Debe permanecer en la zona habilitada hasta obtener el resultado de la PDIA (**Anexo 3**). *No retirar aislamiento respiratorio en pacientes con alta sospecha clínica de enfermedad por COVID aunque el resultado de la PCR o el test de detección antigénica sea negativo.*
- Preguntar y dejar registrado el día de inicio de síntomas y posible antecedente epidemiológico de riesgo. Realizar anamnesis por aparatos y exploración con constantes. Revisar antecedentes y medicación previa del paciente para detectar factores de mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID.
- Para conocer la repercusión real de la enfermedad, puede ser preciso en algunos casos valorar la fragilidad previa del paciente mediante el cuestionario FRAIL (**Anexo 7a**).
- Estratificar el riesgo del paciente mediante escalas pronósticas de gravedad (escalas CHARLSON, NEWS, qSOFA, FINE, CURB65, BRESCIA (**Anexo 7b**) y escalas de evolución de COVID:
 - SCORE SEMI: edad, sexo, la dificultad para respirar; y algunos parámetros de la sangre como la saturación de oxígeno, la cifra de dos tipos de leucocitos (neutrófilos y linfocitos) y la concentración de creatinina.
 - <https://covid19.seimc.org/index.php/seimc-score-mortalidad/>
 - https://predicovid.shinyapps.io/RISK_MODEL_COVID/

- A los pacientes con criterios de gravedad, en las constantes o en la exploración básica, o que acudan con disnea se les realizará analítica y radiografía de tórax PA y lateral. Valorar realizar ecografía pulmonar si existe disponibilidad (**Anexo 4**). *La indicación de TC tórax de baja dosis, para la detección de infección por SARS-CoV-2, debe individualizarse para pacientes con radiografía de tórax normal con elevada sospecha clínica y/o con posible complicación asociada.*
- Valorar realizar ECG (medir PR y QT).
- Realizar las pruebas necesarias para confirmar la sospecha diagnóstica (hemocultivos, urocultivos, etc.).

- Pautar tratamiento e informar al paciente y la familia.
- Aplicar oxigenoterapia que se precise según necesidades del paciente (gafas nasales con mascarilla, mascarilla con filtro de aire exhalado, oxígeno de alto flujo, mascarilla con reservorio...).

- En el caso de precisar broncodilatadores, administrarlos en cartucho presurizado en cámara, evitando su administración en forma de nebulizaciones.
 - Manejar de forma conservadora la fluidoterapia si no existe shock, evitando soluciones hipotónicas y gelatinas.
 - Antes de iniciar tratamiento específico para SARS-CoV-2 contactar precozmente con el equipo de Ensayos Clínicos si el Centro Hospitalario tiene incorporado esta contingencia
 - Si se sospecha sobreinfección bacteriana, pautar tratamiento antibiótico de acuerdo con el protocolo del centro valorando muestra. (para retirarlo si es negativa o realizar terapia dirigida si el resultado es positivo).
 - Valorar riesgo trombotico e iniciar la trombopprofilaxis con HBMP, si está indicada salvo contraindicación (ver guía PRETEMED; PAI anticoagulación).
 - **En base a la valoración clínica integral y las pruebas complementarias, se realizará la toma de decisiones consensuada con el paciente y la familia sobre su destino y la atención más adecuada** (puede servir de orientación la clasificación de los pacientes de la Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl (**Anexo 8**)).
-  *En aquellos centros que dispongan de Unidad de Observación/Corta Estancia para pacientes COVID, en el caso de que existan dudas considérese valorar el alta o el ingreso tras un período de observación.*
- Si el paciente precisa ingreso, realizar las actividades de la **ficha 3**.
En el caso de que sea otra patología distinta la causante del ingreso y el diagnóstico de COVID-19 sea concomitante, la responsabilidad recaerá en el servicio que trate dicha patología en cada hospital, aunque el paciente se localice en área COVID y se proporcionará asistencia, si fuera necesaria, por los equipos COVID. Se podrá establecer un sistema de apoyo de los pacientes quirúrgicos con infección COVID-19 por especialidades, en el caso que se establezcan estas áreas en el Centro, por medio de interconsulta, asistencia compartida o por el procedimiento que cada hospital crea oportuno.
- 
- Si el paciente es dado de alta con observación domiciliaria:
 - Comprobar que la saturación de O2 es adecuada mediante el test de la marcha cuando sea posible. Valorar el control domiciliario de la saturación en el domicilio.
 - Informar sobre el aislamiento y la importancia de la detección de posibles contactos estrechos. Ante la dificultad para realizar el aislamiento necesario, se precisaría valoración por trabajador social así como contacto con el Coordinador asistencial COVID-19 para valorar ingreso en hospital de cuidados intermedios (**Anexo 6**).
 - Pautar el tratamiento sintomático (**Anexo 13**) y el plan de cuidados (**Anexo 5**).
 - Informar sobre las medidas de prevención de la enfermedad tromboembólica. Se recomienda una actividad física adecuada: caminar por casa, movimientos de flexo-extensión /rotación de pies en sedestación.
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19>
 - Informar al paciente y la familia sobre el proceso y posible evolución de la enfermedad. Explicar los **síntomas de alarma**, confirmando la correcta comprensión.
 - El EAP contactará con el paciente a las 24-72h tras la atención en urgencias hospitalarias, tal y como se describe en el "Procedimiento de Continuidad Asistencial en AP tras el alta hospitalaria de planta o urgencias". El seguimiento en AP de los pacientes que no han precisado ingreso hospitalario durante el período de aislamiento domiciliario viene descrito en la **ficha 1**.
- 

Documentos

- Procedimiento de Continuidad Asistencial en AP tras el alta hospitalaria de planta o urgencias.
- Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl.
- Guía de Manejo y seguimiento en AP de la Infección aguda y postaguda por COVID-19.
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria>
- Proceso asistencial para la atención de los pacientes con tratamiento anticoagulante.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/anticoagulacion.ficheros/1413104-PAI%20anticoagulacion.pdf>

Anexo 3: Medidas de seguridad e higiene personal.

Anexo 4: Pruebas radiológicas/ecográficas.

Anexo 5: Plan de cuidados.

Anexo 6: Recursos sociosanitarios.

Anexo 7a: Cuestionario FRAIL.

Anexo 7b: Escalas NEWS, FINE, CURB65, BRESCIA, qSOFA.

Anexo 8: Clasificación de los pacientes y gestión de los recursos asistenciales.

Anexo 13: Recomendaciones generales y de apoyo emocional.

Ficha 3A ATENCIÓN EN EL INGRESO HOSPITALARIO A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 NO GRAVE

Objetivo	Asegurar la asistencia adecuada del paciente con afectación por SARS-CoV-2 durante su ingreso hospitalario.
Quién	Profesionales de Medicina y Enfermería de NML/MI/Rehabilitación/Psiquiatría (<i>en algunos casos profesionales de Medicina de otras especialidades médicas o quirúrgicas con apoyo de MI/NML si fuera necesario</i>). Fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, logopeda, psicología clínica. Técnicos Superiores Sanitarios.
Cuándo	Desde el momento en que ingresa en la unidad de hospitalización.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">• Informar al paciente y la familia sobre el funcionamiento general de la unidad de hospitalización. Garantizar las medidas de humanización.• Valoración integral del paciente (funcional, emocional y social) y de la fragilidad (Anexo 7b).• Establecer el nivel de vigilancia del paciente, a través del aplicativo de plan de cuidados GACELA mediante el Sistema de Alerta Temprana, que permite el control de las variables: temperatura, saturación de oxígeno, tos, disnea y PCR. <i>También permite detectar en los demás pacientes hospitalizados el riesgo de padecer COVID-19.</i>• Monitorizar y registrar diariamente la evolución del paciente. Valorar la necesidad de analítica y/o pruebas de imagen, teniendo en cuenta que la ecografía torácica no precisa radiación ni desplazamiento del paciente (Anexo 4).• Considerar la necesidad de pruebas de microbiología:<ul style="list-style-type: none">○ Solicitar cultivos de muestras de vías respiratorias que ayuden a descartar otras causas de infección, coinfección o sobreinfección, como PCR para virus respiratorios comunes (incluida la gripe) o cultivos bacterianos y/o fúngicos.○ Descartar otras posibles infecciones subyacentes como el VIH, hepatitis B y C, HTLV, etc.○ Descartar una posible inmunodeficiencia subyacente, especialmente humoral, a través de cuantificación sérica de IgG, IgA, IgM.• Registrar la evolución durante el ingreso de la capacidad funcional y el pronóstico vital, la adherencia terapéutica esperable, los condicionantes de su residencia habitual, el apoyo familiar/social, etc.• Elaborar el plan terapéutico según "Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl (GARH)".• Tener en cuenta que en general los requerimientos nutricionales estimados son 25-30 Kcal/kg/día y 1,5 g proteínas /kg/día. <i>Los especialistas implicados deberán realizar una valoración nutricional del paciente e indicar la dieta más apropiada o la necesidad de aportes adicionales:</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>Suplementos alimenticios más adecuados.</i>○ <i>Nutrición enteral complementaria o completa.</i>○ <i>Nutrición parenteral, si no es posible cubrir los requerimientos con las opciones anteriores o existe intolerancia gastrointestinal.</i>• Mantener informado al paciente y a la familia, haciendo uso de las nuevas tecnologías para favorecer la comunicación a pesar del aislamiento, siempre que sea posible.• Valorar el estado emocional del paciente y solicitar interconsulta al Equipo de Salud Mental si fuera preciso.



- Detectar precozmente las posibles complicaciones y solicitar valoración por los profesionales de la UCI ante:
 - Progresión de la neumonía intersticial.
 - Empeoramiento respiratorio.
 - SOFA ≥ 3 o shock séptico.
 - \uparrow marcadores de respuesta inflamatoria.
 - PaFio2 (po2/fio2) < 250-300.

*Algunas de las actividades realizadas con pacientes ingresados en la UCI se describen en la **ficha 3B**.*



El Coordinador Asistencial COVID de cada centro hospitalario será el interlocutor con los responsables, si los hubiera, de los dispositivos asistenciales que cada área de salud tiene a su disposición para la atención de los pacientes con infección por SARS-CoV-2.

- Según dicha evolución clínica decidir el destino del paciente:
 - En caso de evolución desfavorable, si es posible y con las medidas de seguridad oportunas, favorecer la despedida y consultar el **testamento vital** del paciente si lo tuviera. Valorar llamar al Servicio Religioso con el consentimiento de la familia.
 - Ante persistencia sintomática o descompensación de enfermedad basal: valorar interconsulta con especialista hospitalario/UCA/Cuidados Paliativos.
 - Ante mejoría clínica del paciente: valorar el alta hospitalaria, manteniendo el aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas, si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. *En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo de aislamiento se alargará a 21 días. Debido a las condiciones de vulnerabilidad y facilidad de transmisión en residentes de centros sociosanitarios, a los trabajadores sanitarios y sociosanitarios puede aconsejarse la retirada de aislamiento basada en pruebas según la evidencia científica disponible.*
- En el momento del Alta Hospitalaria:
 - Entregar el **informe de alta** con el plan terapéutico y de cuidados actualizados, explicando la situación clínica actual al paciente, la familia y/o al cuidador principal si fuera preciso para garantizar el tratamiento y los cuidados del paciente al alta. Si fuera preciso se contactará con el EAP para asegurar la continuidad asistencial.
 - Recordar los **síntomas de alarma** durante el período de convalecencia. Informar de las manifestaciones psiquiátricas/neurocognitivas que también precisan atención: ansiedad, depresión, insomnio y/o vivencia de trauma.
 - Identificar a los pacientes que precisen seguimiento coordinado AP-AH (**ficha 4**), gestionando la cita de revisión en **consulta COVID**, que al menos consistirá en una llamada telefónica de cribado con un cuestionario para determinar si precisa de revisiones posteriores en dicha consulta en un plazo aproximado de 2-3 m, salvo que el paciente precise de revisión anterior (**ficha 6**).



Documentos



- ❖ Plan de Humanización ante la Pandemia.
- ❖ Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl.
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1860002-20210408%20Gu%C3%ADa%20Manejo%20y%20Seguimiento%20COVID%20en%20AP.pdf>
- ❖ **Abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en pacientes hospitalizados por COVID-19:**
<https://www.seen.es/portal/covid-19/recomendaciones/abordaje-de-la-desnutricion-relacionada-con-la-enfermedad-dre-en-pacientes-hospitalizados-con-covid-19>
- ❖ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 (Ministerio de Sanidad).
- ❖ Procedimiento de Continuidad Asistencial en AP tras el alta hospitalaria de planta o urgencias.
- ❖ Documento de autocuidados WHO-SACYL.
- ❖ Contenidos informativos del Aula de Pacientes (**Anexo 20**).

Ficha 3B ATENCIÓN EN EL INGRESO HOSPITALARIO A LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 GRAVE

Objetivo	Asegurar la asistencia adecuada del paciente con afectación grave por SARS-CoV-2 durante su ingreso hospitalario para reducir las complicaciones asociadas a la enfermedad.
Quién	Profesionales de Medicina y Enfermería de UVI/Anestesia/Rehabilitación/Psiquiatría (<i>en algunos casos con apoyo de otros profesionales de Medicina de otras especialidades médicas o quirúrgicas si fuera necesario</i>). Fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo clínico, técnico superior sanitario.
Cuándo	Ante inestabilidad y gravedad del paciente que hace preciso la atención en UCI/UCRI.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer al paciente y la familia el funcionamiento general de la UCI/UCRI. • Hacer una valoración integral del paciente y establecer el nivel de vigilancia necesario. <i>Los centros que dispongan de una Unidad de Cuidados Intermedios (generalmente hospitales de menor complejidad) y no de UCRI (Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios COVID) podrán hacerse cargo inicialmente de pacientes con COVID-19, aportando el soporte ventilatorio necesario y en el caso, de que estén dotados de una Unidad de Alta Dependencia COVID-19 (ADA), podrán hacerse cargo de pacientes afectados por COVID-19 con patologías distintas a las respiratorias, que precisen de monitorización y tratamiento (ictus, patología cardíaca o digestiva entre otras). Estas unidades en situaciones de necesidad pueden servir de apoyo a las UCRI.</i> • Elaborar el plan terapéutico según "Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl (GARH)". • Monitorizar y registrar periódicamente la evolución del paciente y realizar las pruebas complementarias necesarias para conocer la respuesta al tratamiento intensivo prescrito. • Valorar realizar interconsulta con el Servicio de Rehabilitación que, tras revisar la HCE del paciente y realizar una valoración presencial, haciendo uso del EPI, del estado físico, la función respiratoria y el nivel de colaboración, pautará el tratamiento de fisioterapia que precise. <i>Antes de cada sesión se tendrá en cuenta la situación general del paciente y se reevaluará el tratamiento según su evolución.</i> • Mantener informado al paciente y a la familia, sobre todo ante cambios en la evolución del paciente. • Garantizar las medidas de humanización. Cuando sea posible, a pesar del aislamiento, favorecer la comunicación del paciente con la familia, haciendo uso de las nuevas tecnologías. • Según la evolución clínica, decidir el destino del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ante <u>mejoría clínica</u>, trasladar al paciente a la unidad de hospitalización y seguir con las actividades de la ficha 3A. ○ Ante <u>evolución desfavorable</u>, si es posible y con las medidas de seguridad oportunas, consultar el testamento vital del paciente si lo tuviera. Valorar llamar al Servicio Religioso del hospital si lo hubiera, con el consentimiento de la familia. Facilitar la despedida de los familiares y de acompañar, promoviendo un ritual de despedida.
Documentos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Plan de Humanización ante la Pandemia. ❖ Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl. ❖ Testamento vital.

Ficha 4 SEGUIMIENTO EN AP DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR SARS-CoV-2 TRAS ALTA HOSPITALARIA

Objetivo	Realizar el seguimiento y el acompañamiento del paciente con COVID-19 y su familia para mejorar su calidad de vida y percepción de salud tras el ingreso hospitalario y diagnosticar precozmente posibles complicaciones de la enfermedad.
Quién	 Profesionales de Medicina y Enfermería de AP. El seguimiento del paciente se hará por el médico de familia en pacientes graves-moderados y por la enfermera en los casos más leves, con apoyo del médico si se precisa. Puede ser presencial, en consulta de respiratorio/domicilio, o telefónico.
Cuándo	Tras el alta hospitalaria del paciente con COVID-19 programar el seguimiento con la cadencia y organización siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Primer contacto: a las 24- 72 horas después del alta.• Seguimiento sucesivo según evolución clínica: cada 48 horas la primera semana, cada 72 horas la segunda semana. <i>NOTA: La atención del paciente durante el aislamiento que NO ha precisado ingreso hospitalario se describe en la ficha 1.</i>
Cómo	 <ul style="list-style-type: none">• Generar el proceso clínico en Medora si no existe previamente.• Valorar el informe de alta, detectando las alteraciones, tanto clínicas como de las pruebas complementarias realizadas, más relevantes secundarias a COVID-19.• Revisar comorbilidades y factores de riesgo: enfermedades cardiovasculares, EPOC, ERC, DM, etc. (Anexo 1b). Realizar seguimiento más riguroso mediante los distintos formatos de consulta presencial y no presencial. Valorar la repercusión en la persistencia de síntomas (ficha 5)• Preguntar y explorar la situación y estado general actual del paciente (Anexo 10):<ul style="list-style-type: none">- Conocer el estado funcional tras COVID-19 (Anexo 11). Valorar prueba de desaturación por esfuerzo.- Evaluar estado emocional: síntomas de ansiedad/depresión, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático.- Valorar fragilidad mediante cuestionario FRAIL (Anexo 7a) y/o pruebas de ejecución en consulta presencial.- Informarse sobre la situación familiar, laboral y social; solicitar la dependencia en situaciones de especial vulnerabilidad. Valorar cambios en las personas cuidadoras (atención al cuidador principal). Si precisa, derivar a Trabajador Social.• En caso de <u>ingreso en la UCI</u>, se debe atender de forma especial el síndrome de inmovilidad post-UCI (continuar con el tratamiento pautado por el Servicio de Rehabilitación), las alteraciones de la deglución y de la voz tras intubación (valorar la intervención del logopeda), deterioro cognitivo, trastorno anímico (valorar interconsulta con el Equipo de Salud Mental) y apoyos al cuidado.• Según el estado clínico del paciente, realizar exploración física para descartar empeoramiento clínico (profesional adecuadamente protegido y con desinfección posterior del material).• Individualizar la petición de pruebas complementarias (Anexo 12).

- Revisar la medicación al alta y facilitar/imprimir la nueva hoja de tratamiento activo actualizada. Pactar plan terapéutico personalizado, teniendo en cuenta unas recomendaciones generales y de apoyo emocional (**Anexo 13**), así como de ejercicio físico y respiratorio (**Anexo 14**) y abordaje nutricional (**Anexo 15**) si fuera preciso.
- Elaborar el plan de cuidados (**Anexo 5**). Informar sobre comportamientos saludables que eviten el estrés y los sentimientos de soledad y aumentar la capacidad para gestionar enfermedad. Recomendar la **autogestión** y visitar los contenidos del Aula de pacientes (**Anexo 20**).



- Ofrecer información básica de la enfermedad.
- Enseñar habilidades específicas para identificar problemas y generar posibles soluciones.
- Aprender a buscar los recursos asistenciales más adecuados y a utilizarlos eficazmente.

Realizar planes con objetivos a corto plazo, realistas y realizables.

- Informar sobre protocolo de aislamiento en domicilio y duración. Insistir en la importancia de mantener y cumplir las medidas de aislamiento domiciliario (**Anexo 3**). Valorar la situación de los convivientes.
- Es importante que el paciente recoja la evolución de los síntomas de alarma y del estado funcional tras COVID, para transmitirlo en las consultas no presenciales. Informar del modo de contactar con el personal sanitario ante una descompensación o empeoramiento de su situación basal.

Los oxímetros de pulso pueden ser extremadamente útiles para evaluar y monitorizar los síntomas respiratorios después de COVID19 y no se ha encontrado evidencia de que su uso en el hogar conduzca a un aumento de la ansiedad.

- Programar próximos seguimientos según evolución clínica:
 - Ante mejoría clínica tras finalización de período de aislamiento, dar de alta al paciente.
 - Ante persistencia de sintomatología tras 4 semanas del inicio de enfermedad, valorar diagnóstico de secuelas COVID / COVID Persistente (**ficha 5**).
 - Ante descompensación y/o empeoramiento del paciente, gestionar la atención urgente y/o de emergencia (**ficha 2**).

Documentos

❖ "Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por el COVID -19" aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial el 25 de marzo de 2021.

❖ Valoración de entorno de cuidados y apoyo a la persona cuidadora. Cartera de servicios de AP (2019).

Anexo 1b: Factores de riesgo.

Anexo 6: Recursos sociosanitarios.

Anexo 10: Valoración de la persistencia de síntomas en AP.

Anexo 11: Escala de estado funcional tras COVID-19.

Anexo 12: Pruebas complementarias en el paciente con COVID-19.

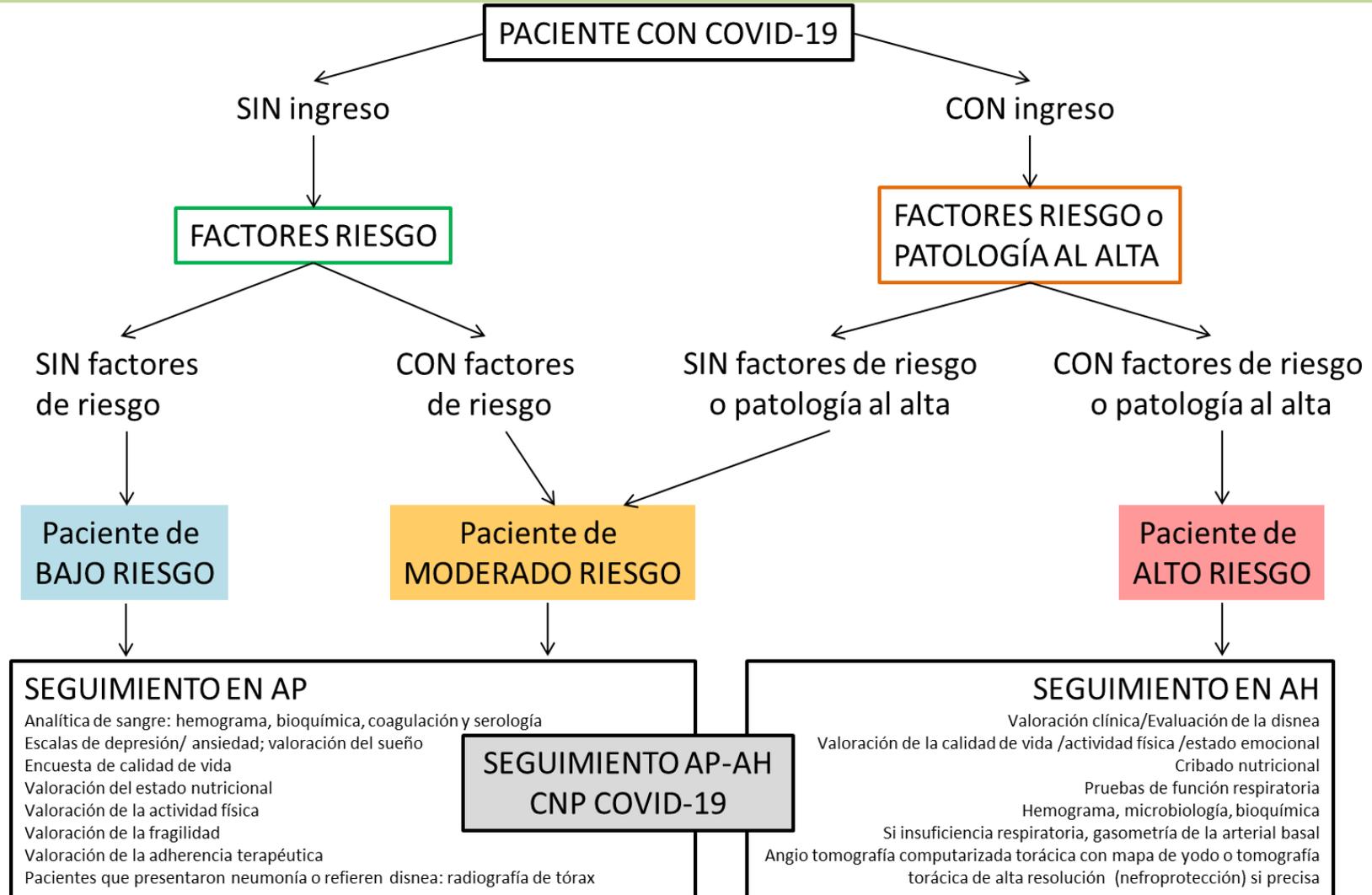
Anexo 13: Recomendaciones generales y de apoyo emocional.

Anexo 14: Ejercicio físico y respiratorio.

Anexo 15: Requerimientos nutricionales.

Anexo 20: Contenidos informativos del Aula de Pacientes.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON COVID-19



Identificación de pacientes con secuelas COVID/COVID Persistente

Imagen de elaboración propia con datos del **Documento para la atención integral al paciente post COVID. SEDISA. 2020.**
 Factores de riesgo: Anexo 1b; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; CNP: Consulta no presencial.

Objetivo Detectar los pacientes que ha padecido COVID-19 que se pueden beneficiar de una atención y seguimiento coordinado AP-AH ante la persistencia de síntomas, aunque sean leves y/o hayan precisado atención hospitalaria por alguna complicación asociada a la enfermedad, minimizando de esta forma la comorbilidad y asegurando la continuidad en la atención, promoviendo la participación activa del paciente y su familia.

Quién  Profesionales de Enfermería y de Medicina de AP en pacientes sin complicaciones graves.
 Profesionales de Enfermería y de Medicina de NML/MI en pacientes que han precisado ingreso hospitalario.
 Profesionales de Medicina de otros Servicios Hospitalarios en pacientes con seguimiento en consultas externas.
 Técnicos Superiores Sanitarios.

Cuándo En pacientes que no han precisado ingreso hospitalario: a partir de las 4-12 semanas desde el inicio de los síntomas (**Anexo 0**).
 En pacientes tras alta hospitalaria: a partir de 6-8 semanas desde el inicio de los síntomas (*en el caso de tratamiento con corticoides valorar la revisión hospitalaria entre 1-2 meses tras el alta*).

Cómo 

- Detectar los síntomas más discapacitantes que persisten desde el inicio de la enfermedad: análisis de la situación actual y evolución temporal de los signos y síntomas (**Anexo 9**).
- Valoración integral del paciente (**Anexo 10**) con exploración física y toma de constantes.
- Identificar el estado funcional del paciente (**Anexo 11**).
- Realizar diagnóstico diferencial.
- Solicitar las pruebas complementarias pertinentes (**Anexo 12**).
- Comprobar si cumple los criterios actuales de COVID Persistente (ver imagen).

Conceptos básicos en relación con la definición COVID Persistente / Long COVID:

- Persistencia de síntomas más allá de las 4-12 semanas tras el contagio por SARS-CoV-2.
- Diagnóstico por PDIA en la fase aguda de la COVID-19 cuando ésta ha estado accesible, diagnóstico clínico en el resto de las circunstancias.
- Presentación independiente de la gravedad de la fase aguda de la COVID-19, su sintomatología no es fruto de las secuelas de la enfermedad aguda.
- Inexistencia de periodo de curación de la fase aguda (no post-COVID).
- Distribución en todas las edades, incluso en edad pediátrica, con predominio en la mediana edad.
- Presencia en ambos sexos, con predominio en las mujeres.
- Frecuente fluctuación de los síntomas y/o curso clínico en forma de brotes.
- Inexistencia de explicación por una enfermedad subyacente alternativa.

*Algunos pacientes con secuelas pueden, a su vez, presentar persistencia de síntomas de la COVID, más allá de las secuelas estructurales.

Imagen tomada de: SEMG. LongCovidACTS.
 Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.

- Activar la guía asistencial de Medora de seguimiento de paciente con COVID-19 si cumple criterios de COVID Persistente. Es importante dar a GRABAR para que se actualicen los datos clínicos de la guía.



- Si el paciente con persistencia de síntomas o secuelas de COVID-19 se encuentra de baja laboral, a partir de las 12 semanas se modificará el proceso clínico a **Síndrome POST COVID-19**, según la Normativa del INSS.

La afección posterior al COVID-19 se presenta en personas con antecedentes de infección por SARS CoV-2 probable o confirmada, generalmente 3 meses desde el inicio del COVID-19 con síntomas y que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva pero también otros y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo.

- Elaborar el plan terapéutico consensuado con el paciente.
- Facilitar material del Aula de Pacientes (**Anexo 20**).
- Ante la falta de mejoría clínica y/o empeoramiento del estado funcional del paciente con sospecha de COVID Persistente generar desde Medora una **consulta no presencial (CNP)** a Neumología (NMLCNP) si la clínica es principalmente respiratoria y/o a Medicina Interna (MICNP) en los demás casos (**ficha 6**). Esta CNP permite gestionar mejor la posterior consulta presencial de COVID-19 (**ficha 7**).
- En el caso de que la sintomatología sea predominante de una especialidad hospitalaria y el paciente no tenga comorbilidades importantes, realizar la interconsulta al Servicio correspondiente (Rehabilitación, Equipo de Salud Mental, Neurología, Cardiología, Dermatología, Digestivo, etc.) (**ficha 8**).
- Si el paciente con sospecha de COVID Persistente precisó ingreso hospitalario, antes de generar la CNP comprobar en la HCE si ya está gestionada la cita de la revisión y las pruebas pertinentes según informe de alta (**ficha 3A**).



- Adjuntar a la consulta hospitalaria el formulario de **Valoración de la persistencia de síntomas** que aparece en la guía asistencial de Medora.
- Incluir como **interconsulta no presencial (ICNP)** las llamadas de teléfono entre profesionales de AP y AH para consultar casos clínicos, facilitar la resolución de un problema concreto y/o valorar la necesidad de consulta presencial de forma consensuada.

Documentos

Anexo 0: Evolución temporal de la COVID-19.
 Anexo 9: Manifestaciones persistentes y secuelas en el paciente con COVID-19.
 Anexo 10: Valoración de la persistencia de síntomas.
 Anexo 11: Escala de estado funcional tras COVID-19.
 Anexo 12: Pruebas complementarias en el seguimiento de pacientes con COVID-19.
 Anexo 20: Contenidos informativos del Aula de Pacientes.

Ficha 6 CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP) HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19	
Objetivo	Conocer la sintomatología y estado funcional del paciente con COVID-19 para gestionar las pruebas complementarias y facilitar la atención de pacientes en la consulta hospitalaria presencial de COVID-19.
Quién	Profesionales de Enfermería y de Medicina de NML/MI.
Cuándo	En los pacientes que no han precisado ingreso hospitalario: de la 4 a la 12 semana desde el inicio de los síntomas (6-8 semanas). En los pacientes tras alta hospitalaria: a partir de 6-8 semanas desde el inicio de los síntomas.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Generar la agenda y la prestación específica de CNP en Jimena 4 de los pacientes con COVID-19. • Revisar la HCE del paciente (antecedentes del paciente, motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas, tratamiento habitual, etc.). • Realizar entrevista telefónica estructurada por parte de la enfermera de una duración aproximada de 15 min (Anexo 16). • Resolver dudas e informar al paciente de las próximas actuaciones a realizar. • Recomendar visitar el Aula de Pacientes (información complementaria, recomendaciones e información sobre pruebas diagnósticas). • Registrar la situación actual del paciente en Jimena 4 realizando informe de valoración. • Decidir el destino del paciente por parte del profesional de Medicina: <ul style="list-style-type: none"> ○ En el caso de <u>pacientes asintomáticos, sin comorbilidades y sin sospecha de complicaciones</u>: alta hospitalaria y seguimiento por AP (ficha 9). Informar la paciente, registrar actividad de la CNP en Jimena 4 y realizar el informe. ○ En el caso de <u>pacientes con síntomas persistentes y/o sospecha de secuelas/complicaciones</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Citar en consulta presencial (ficha 7). ▪ Gestionar las pruebas complementarias necesarias (Anexo 12) para que se realicen el mismo día de la consulta, si es posible. ▪ Contactar con el EAP si fuera preciso. ▪ Actualizar el tratamiento a seguir hasta la próxima consulta hospitalaria, recordando los síntomas de alarma.
Documentos	<p>Vídeo de Consulta de seguimiento del paciente con COVID-19 por Telepresencia: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/covid-19/video-consulta-seguimiento-paciente-covid-19-telepresencia</p> <p>Anexo 12: Pruebas complementarias en el paciente con COVID-19. Anexo 16: Lista de verificación telefónica para la consulta no presencial COVID-19. Anexo 20: Contenidos informativos del Aula de Pacientes.</p>



La elección del modo de **consulta (presencial o no)** dependerá, además del origen de los síntomas, de la presencia de datos de alarma, la necesidad de exploración física, los antecedentes de neoplasia y/o inmunosupresión, la gravedad e impacto sobre la calidad de vida y/o de la dificultad para la comunicación y el desplazamiento.

Ficha 7 ATENCIÓN EN CONSULTA PRESENCIAL HOSPITALARIA A LOS PACIENTES CON COVID-19

Objetivo Prestar una atención integral, eficiente, segura y estandarizada a los pacientes para minimizar la aparición de comorbilidades y/o complicaciones.

Quién Profesionales de Medicina y Enfermería de NML/MI.

Cuándo Tras valoración del paciente en CNP tras COVID-19 (**ficha 6**).
Por indicación directa del especialista hospitalario tras ingreso hospitalario.

Cómo

- Preguntar por la sintomatología tras el alta (**Anexo 10**) y realizar valoración clínica integral (**Anexo 11**) con exploración física y toma de constantes.



- Realizar las **pruebas funcionales oportunas**:
 - **Espirometría**: permite detectar alteraciones de la capacidad vital, que sugieren la existencia de una restricción, que se debe confirmar mediante la determinación de volúmenes pulmonares.
 - **DLCO**: es de utilidad no solo en la valoración de la afectación intersticial, sino también en la enfermedad tromboembólica y en la hipertensión arterial pulmonar.
 - **Volúmenes pulmonares**: sirven para confirmar una restricción funcional en pacientes con afectación intersticial o disminución de la capacidad vital forzada. Además, pueden detectar atrapamiento aéreo, lo que ayudaría a confirmar la existencia de enfermedad obstructiva.
 - **Estudio muscular (PIM, PEM, sniff nasal)**: valoran la fuerza muscular de músculos inspiratorios y espiratorios. Deberían realizarse en pacientes que han requerido largas estancias en unidades de críticos, en los que la alteración muscular es muy notable.
 - **Prueba de la marcha de 6 min (PM6 M)**: en pacientes post-COVID-19 servirá para objetivar de qué forma afectan la restricción, la afectación intersticial o la alteración de la DLCO a la capacidad de esfuerzo y a la oxigenación durante la evolución posterior al alta.
- Valorar solicitar las **pruebas de radiodiagnóstico** pertinentes (**Anexo 4**):
 - Radiografía de tórax.
 - Tomografía Computerizada (TC) de tórax.
 - TC torácico de alta resolución (TCAR).
 - AngioTC de arterias pulmonares.
- Actualizar el plan terapéutico, implicando al paciente y a la familia en los autocuidados (**Anexo 20**).
- Emitir informe clínico en HCE Jimena que se entregará al paciente (o se enviará por correo postal al paciente una vez se tengan todos los resultados de las pruebas complementarias).
*Se podría informar al paciente del resultado de dichas pruebas a través de CNP.
El médico solicitante de la IC visualizará el informe a través de la HCE.*

- Decidir el destino de la continuidad de seguimiento hospitalario del paciente de forma individualizada:
 - Consulta General de Neumología: aparición de hallazgos incidentales en las pruebas complementarias que precisan ampliar el estudio y/o seguimiento (nódulos pulmonares solitarios, EPOC, etc.).
 - Consulta Monográfica de Enfermedad Pulmonar Intersticial: fibrosis pulmonar como secuela de COVID-19 o hipertensión pulmonar (**ficha 8**).
 - Consulta de Medicina Interna: patología crónica descompensada.
 - Consulta de Cardiología: disnea de origen cardiaco, palpitaciones, cardiopatía, etc.
 - Consulta de Neurología: síntomas cognitivos con repercusión laboral y funcional, una vez excluidas causas sistémicas y farmacológicas tratables. Cefalea persistente tras COVID-19 que tenga datos atípicos, una frecuencia elevada o no haya respondido a los tratamientos sintomáticos de primera línea.
El manejo de las personas que hayan padecido alguna otra complicación neurológica más infrecuente, como un evento cerebrovascular, deberán ser manejadas de manera similar a cuando este tipo de enfermedades ocurre en personas no afectas de COVID.
 - Equipo de Salud Mental: descartada patología respiratoria que precise atención por NML/MI y/o existe sintomatología* que precisa valoración especializada. Indicado especialmente tras ingresos hospitalarios de larga duración y/o ingresos en UCI.
** Síntomas depresivos, de ansiedad, de estrés postraumático (TEPT), insomnio, ideas suicidas (**Anexo 18**).
Atención urgente: riesgo de suicidio, psicosis, síntomas obsesivos compulsivos, síntomas maníacos, delirium-confusión.*



Todos los pacientes tendrán un seguimiento compartido con el Equipo de Atención Primaria, que elaborará un plan de intervención específico (**ficha 9**), trabajando en colaboración con los profesionales sanitarios hospitalarios.

Documentos

Anexo 4: Pruebas radiológicas/ecográficas.

Anexo 10: Valoración de la persistencia de síntomas.

Anexo 11: Escala de estado funcional tras COVID-19.

Anexo 17: Consulta hospitalaria presencial del paciente con COVID-19.

Anexo 18. Afectación de la pandemia de COVID-19 en la salud mental.

Anexo 20: Contenidos informativos del Aula de Pacientes.

Objetivo	 Diagnosticar las lesiones reversibles con posible tratamiento específico para no perder ninguna oportunidad terapéutica y así recuperar en lo posible la capacidad funcional previa del paciente con COVID-19.
Quién	Profesionales de Medicina y Enfermería de NML (<i>en la consulta de EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa) en aquellos hospitales que dispongan de ella</i>). Profesionales de Medicina y Enfermería de otros servicios hospitalarios según necesidades del paciente. Fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo clínico.
Cuándo	Tras consulta hospitalaria presencial (ficha 7), mientras persista sintomatología, teniendo en cuenta el criterio clínico de los médicos remitentes y la afectación que presente el paciente. Periodicidad entre 3-6 meses* hasta completar un año. <i>*En aquellos pacientes con persistencia de síntomas, graves alteraciones espirométricas o lesiones graves y/o no resueltas evidenciadas por pruebas de imagen se recomiendan visitas cada 3 meses. Para los demás pacientes revisiones cada 6 meses.</i>
Cómo	<p>NEUMOLOGÍA (Consulta EPID)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citar en su consulta habitual no COVID (entendemos que el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta dicha revisión hace prácticamente nula la posibilidad de contagio). • Valorar al paciente: según escala de estado funcional tras COVID-19 y calidad de vida del paciente (Anexo 9 y 10). <i>Los pacientes que presentan disnea residual un mes después del alta, se pueden considerar que tiene un origen multifactorial: afectación respiratoria, cardíaca y ansiedad, entre otras.</i> • Programar interconsulta con el Servicio de Rehabilitación si fuera preciso para pautar terapia respiratoria en colaboración con el fisioterapeuta hospitalario (Anexo 14). • Elaborar el plan de intervención personalizado. • Seguimiento coordinado con AP (ficha 9): los pacientes con persistencia de la clínica y/o con alteración de las pruebas complementarias continuarán con revisiones por NML, prestando especial atención a los signos de complicaciones graves. • Valorar CNP de seguimiento e informar al paciente de los síntomas de alarma/descompensación. Programar consultas presenciales cuando sean preciso. • Realizar y entregar el informe de alta con el diagnóstico y los procedimientos realizados, sobre todo si se descarta la EPID y se da de alta al paciente. <p>CARDIOLOGÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración clínica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesis: angina, disnea, arritmias, clase funcional y síntomas de insuficiencia cardíaca. ○ Diferenciar disnea de origen respiratoria versus cardíaca. ○ Exploración física: constantes, función respiratoria, función cardíaca, signos de congestión, signos tromboticos. En caso de insuficiencia cardíaca, realizar control de peso, de ingesta de líquidos...

- Revisar el cumplimiento de tratamiento farmacológico.
- Seguimiento clínico similar a los pacientes cardiopatas sin COVID-19 (no es necesario hacer ecocardiograma de control).
- Si es preciso, pautar Rehabilitación cardiaca con ejercicios supervisados durante dos meses.

NEUROLOGÍA

- Ante manifestaciones neurológicas que presenten datos de alarma: realizar pruebas de imagen neurológica dirigidas, en función de la sospecha del médico responsable, a excluir la presencia de alguna complicación.
- Ante cefalea persistente con repercusión funcional y elevada frecuencia de episodios: valorar tratamiento preventivo.
- Ante mialgias persistentes: tras estudio, valorar remitir al Servicio de Rehabilitación para pautar ejercicio físico controlado en colaboración con el fisioterapeuta hospitalario.
- Ante anosmia: valorar entrenamiento olfativo.
- Ante repercusión funcional o laboral secundaria a problemas de atención, velocidad de procesamiento cognitivo y memoria inmediata: realizar evaluación cognitiva detallada con el fin de medir el grado de afectación y poder realizar un seguimiento evolutivo. Los ejercicios de rehabilitación y estimulación cognitiva son de ayuda.

EQUIPO DE SALUD MENTAL (Anexo 18).



- Diagnosticar y tratar, en colaboración con el EAP, los pacientes con depresión, ansiedad, insomnio, TEPT, riesgo de suicidio.
- Diferenciar las reacciones normales de las conductas patológicas para no llegar a cronificar sintomatología.
- Valorar la **persistencia de clínica somática de baja explicabilidad** que pueda interferir en la calidad de vida y mejoría del paciente, tras el estudio orgánico por parte de otros profesionales con resultados analíticos y pruebas complementarias funcionales anodinas, mediante **pruebas psicométricas escalas de ansiedad y depresión (HADS) o de percepción somática (MSPQ)**.
- Valorar el *'síndrome colateral de la COVID'*, que padecen las personas que no se han contagiado pero que han experimentado problemas psíquicos y de movilidad por la soledad, el cambio de rutinas durante el confinamiento o el aislamiento.
- Detectar **sentimientos de culpa** que puedan interferir en un buen funcionamiento futuro (por haber sido vector, no poder acompañar, etc.).
- Intervenir promoviendo una **buena elaboración del duelo** y facilitando la realización de los rituales de despedida.

REHABILITACIÓN

- Realizar la valoración clínica y diagnóstico de los pacientes con COVID-19 con déficit neurológico, respiratorio, cardiovascular u osteomuscular.
- Pautar la rehabilitación específica y determinar las necesidades individualizadas de seguimiento que precisa el paciente con COVID-19.
- Prescribir el material ortopédico para mejorar su función e independencia.
- Pactar el plan terapéutico al alta hospitalaria y coordinar el seguimiento con EAP.
- Realizar el informe de secuelas si fuera preciso así como recomendar la valoración de discapacidad y dependencia.

OTROS SERVICIOS

- **Hematología**/Medicina Interna de forma conjunta con AP: ante alteración de la coagulación se debe recomendar la continuación del tratamiento con heparina de bajo peso molecular (habitualmente a dosis profilácticas) hasta completar 1m; ante citopenias que perduren más de 3 meses.
- **ORL**: ante anosmia, tos persistente, disfonía post intubación.
- **Logopeda**: ante disfagia, trastornos de la masticación/deglución, disfonía, disnea asociada a la emisión vocal, déficit muscular periférico que afecte a musculatura orofacial, fatiga asociada al habla, disfunciones neurocognitivas que repercuten en la capacidad de comunicación.
- **Dermatología**: ante lesiones dermatológicas persistentes.
- **Digestivo**: ante persistencia de síntomas digestivos.
- **Nefrología**: ante progresión de enfermedad renal crónica, valoración de tratamiento sustitutivo de la función renal.
- **Unidad del dolor**: ante necesidad de técnicas propias de esta unidad para el control del dolor.
- **Endocrinología y Nutricionista**: ante pérdida de peso grave, desnutrición, sarcopenia, problemas continuos de apetito, hipertiroidismo primario o subclínico, disnatremia.

Documentos

Anexo 9: Valoración de la persistencia de síntomas en AP.

Anexo 10: Escala de estado funcional del paciente con COVID-19.

Anexo 14: Ejercicio físico y respiratorio.

Anexo 18: Afectación de la pandemia de COVID-19 en la salud mental.

Ficha 9 PLAN DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19

Objetivo Evaluar de manera proactiva y sistemática la progresión de los síntomas persistentes, su impacto en las actividades de la vida diaria y ofrecer tratamiento sintomático que mejore el bienestar y calidad de vida de los pacientes con COVID-19 así como la percepción de su salud.

Quién Profesionales de EAP: medicina, enfermería, trabajador social, fisioterapeuta.

Cuándo Tras estudiar las secuelas y las posibles complicaciones de COVID-19 (**ficha 8**).
Periodicidad individualizada por un periodo de al menos 1 año según situación del paciente (de forma aproximada cada 3 meses, alternando con las posibles consultas hospitalarias) hasta la resolución del proceso clínico.

Cómo



- Realizar valoraciones de (**Anexo 9, 10, 11**):
 - Sintomatología actual: disnea, tolerancia al ejercicio, dolor crónico (escala EVA).
 - Situación funcional: fragilidad y dependencia.
 - Calidad de vida: SF-36.
 - Sarcopenia: escala SAR-F.
 - Estado nutricional.
 - Estado de ánimo y sueño.
 - Situación sociolaboral: cuestionarios FSQ/ADLQ.
- Controlar las pruebas complementarias alteradas previamente y realizar nuevas, al menos cada 6 meses, según valoración integral (**Anexo 12**).
- Tener en cuenta el resto de problemas de salud del paciente:
 - Favorecer el seguimiento activo de comorbilidades.
 - Tener actualizado el tratamiento para favorecer la adherencia.
- Acordar con el paciente el plan individualizado de cuidados en domicilio y/o soporte al autocuidado, con la participación activa de la familia si fuera preciso (**Anexo 5, 13, 15**).
- **Valorar vacunación frente COVID-19**, según estrategias de vacunación actualizadas:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Vacunacion_de_personas_con_infeccion_previa_por_SARS-CoV-2.pdf
https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/vacunacion-covid-19/estrategia-vacunacion.ficheros/2011892-Actualizacion9Modificada_EstrategiaVacunacionCOVID-19_02-11-2021.pdf
- No descartar la posibilidad de reinfección.
- Conocer las necesidades psicosociales del paciente y/o del cuidador principal. Realizar valoración por el Trabajador Social si fuera preciso (desempleo prolongado, dependencia...). En pacientes institucionalizados, supervisar y coordinar la atención de los pacientes más vulnerables (**Anexo 6**).
- Coordinar con el fisioterapeuta el plan terapéutico personalizado según necesidades del paciente (**Anexo 14**).





En el caso de progresión, agravamiento, cambios clínicos significativos con empeoramiento sobre el diagnóstico de secuelas neurológicas, respiratorias, cardiovasculares u osteomusculares valorar interconsulta con el Servicio de Rehabilitación para nueva valoración y así concretar nuevo diagnóstico, plan terapéutico y seguimiento.

- Solicitar CNP con la consulta COVID-19 ante descompensación o empeoramiento del paciente (**ficha 6**).
-  Mantener una comunicación fluida entre ambos niveles asistenciales para prevenir complicaciones mediante el profesional de enlace del área (coordinador COVID-19).
- Informar al paciente y a la familia, de manera clara, veraz, con el lenguaje adecuado, que permita la adecuada toma de decisiones (**Anexo 19**). Enfatizar el uso adecuado de los medicamentos de manera segura y eficaz.
Valorar la organización de **grupos de educación de pacientes y familiares**, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías.
-  Recomendar el material del Aula de Pacientes (**Anexo 20**).
-  Considerar **necesidades y recursos comunitarios**, en consenso con los diferentes agentes de salud y líderes comunitarios (Consejos de Salud).
- Reincorporación laboral progresiva del paciente, con adaptaciones cualitativas/cuantitativas si fuera preciso (**Anexo 21**).

SITUACIONES ESPECIALES:

- ✓ Ante demanda de asistencia a los **Servicios de Urgencias de AP/EMS/AH** es importante:
 - No relativizar los síntomas que refiere el paciente. Evaluar los signos de gravedad.
 - Diferenciar los síntomas anteriores a la infección, persistentes tras COVID-19 o posteriores al proceso clínico (secuelas secundarias).
 - Valorar determinar el estado inmunológico del paciente para identificar el estadio de enfermedad (fecha de pruebas inmunológicas/vacunación).
 - Estratificar el riesgo trombótico.
- ✓ En caso de **parada cardiaca** y reanimación infructuosa, el paciente diagnosticado de COVID Persistente es válido como posible donante y asimismo no se puede rechazar como receptor de órganos.
- ✓ Ante **cirugía programada** se sugiere esperar desde el diagnóstico de COVID-19 entre 4 y 12 semanas, en función de la intensidad de la cirugía, el estado funcional del paciente, las comorbilidades asociadas y el tiempo necesario para la pre-rehabilitación.
- Seguimiento posterior según la sintomatología persistente más afectada (ver **tablas** al final de la ficha). Mediante CNP se podrá realizar mensualmente el seguimiento clínico del paciente y actualizar el plan terapéutico si fuera preciso.



Ante **mejoría clínica del paciente** con recuperación aceptable de la calidad de vida y funcionalidad progresiva se recomienda **cerrar el proceso clínico de Medora**.

Documentos

Anexo 5: Plan de cuidados.

Anexo 6: Recursos sociosanitarios.

Anexo 10: Valoración de la persistencia de síntomas en AP.

Anexo 11: Escala de estado funcional del paciente con COVID-19.

Anexo 12: Pruebas complementarias en el seguimiento de pacientes con COVID-19.

Anexo 13: Recomendaciones generales y de apoyo emocional.

Anexo 14: Ejercicio físico y respiratorio.

Anexo 15: Requerimientos nutricionales.

Anexo 19: Aspectos bioéticos.

Anexo 20: Contenidos informativos del Aula de Pacientes.

Anexo 21: Reincorporación laboral del paciente con COVID-19.

TABLA 1. Síntomas persistentes más frecuentes tras sufrir COVID-19

Sistema afectado	Alteraciones	Actuación en AP
Vascular y hematológico	Linfopenia Trombosis microvascular Enfermedad tromboembólica Dímero D elevado	Vigilancia estrecha sobre la posible aparición de fenómenos tromboembólicos Mantenimiento de profilaxis con HBPM durante ¿semanas?
Corazón	Daño miocárdico Cardiomiopatía biventricular Arritmias y bloqueos Prolongación del QTc	Atención a posibles signos de cardiopatía Realizar ECG tras el alta, al mes y a los 2 meses Realizar ECG si se va a pautar un medicamento que pueda alterar el intervalo QT No suspender IECA si ya lo tomaba
Sistema nervioso	Mareos, mialgias, anosmia... Ictus Convulsiones Meningoencefalitis Síndrome de Guillain-Barré “Niebla mental”	Valorar la aparición o persistencia de síntomas neurológicos Vigilar la aparición de complicaciones graves (ictus, Guillain-Barré) incluso semanas después del alta Vigilar la persistencia de la “niebla mental”
Psicoemocional	Delirio, psicosis... Bajo estado de ánimo Depresión Estrés postraumático	Evitar señalamiento Prestar apoyo emocional Enseñanza de autocuidados Abordaje pluridisciplinar
Endocrino	Hiperglucemia ¿Diabetes?	Determinación periódica de la hemoglobina glicosilada (podría ser al alta y a los 3 meses)
Renal	Daño glomerular Albuminuria Insuficiencia renal crónica	Monitorizar función renal durante los primeros meses
Musculoesquelético	Desacondicionamiento muscular Atrofia muscular Miopatía corticoidea Dolor crónico	Apoyo emocional Tablas de ejercicios Remisión temprana a rehabilitación

AP: atención primaria; ECG: electrocardiograma; HBPM: heparinas de bajo peso molecular; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; QTc: intervalo QT corregido.

Figura tomada de: Cimas Hernando JE. **Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19.** FMC. 2021;28(2):81-9

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS		
Como norma general, el tratamiento de síntomas seguirá las pautas de la práctica clínica habitual en otras entidades. No olvidar la importancia de las MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.		
Síntoma/Medida	Tratamiento sintomático	Observaciones
Fatiga	Abordaje de problemas de sueño (higiene del sueño y fármacos). Ejercicio gradual y tolerable. Fisioterapia. Rehabilitación física. Terapia ocupacional.	Valorar pérdida condición física. Descartar anemia. Descartar hipoxemia/hipoxia. Descartar miopatía. Valorar estado emocional y descartar depresión acompañante.
Síntomas neurológicos	Tratamiento de la cefalea. Tratamiento anticomicial. Tratamiento de las parestesias con pregabalina. Rehabilitación cognitiva. Terapia ocupacional. Logopedia.	Valorar IC con Neurología si focalidad y signos de alarma. COVID-19 puede empeorar cefaleas previas. Abordaje de problemas de sueño (técnicas de relajación, hipnóticos). Descartar situaciones comórbidas: depresión y ansiedad. Valorar logopedia para tratamiento de alteraciones cognitivo-comunicativas.
Trastornos psiquiátricos	Tratamiento de Ansiedad. Tratamiento de Depresión (ISRS, paroxetina, amitriptilina, venlafaxina, duloxetina, mirtazapina) Intervención Psicológica. Terapia ocupacional. Apoyo trabajo social.	TEPT o patología previa valorar IC con Psiquiatría. Abordaje de problemas de sueño (técnicas de relajación, hipnóticos). Valorar IC psicología clínica
Disnea	Ejercicios de respiración. Estrategias de manejo de disnea. Fisioterapia respiratoria. Oxigenoterapia si SpO 2 ≤ 92 % Terapia ocupacional. Logopedia.	Si compromiso pulmonar grave o debilidad neuromuscular valorar IC con Neumología. Coordinación fonorespiratoria y rehabilitación del cierre glótico puede mejorar la disnea. Valorar otras IC según etiología.
Tos	Antitusivos. Broncodilatadores.	Descartar otras causas: IECAs, asma, reflujo gastrointestinal.
Dolor	Tratamiento habitual del dolor complementado con la etiología. Broncodilatador si dolor torácico por broncoespasmo. Fisioterapia. Rehabilitación física. Terapia ocupacional.	Si se pauta AINE utilizar la menor dosis efectiva durante el menor tiempo posible.
Síntomas olfatorios	Entrenamiento o rehabilitación de olfato y gusto. Rehabilitación del olfato mediante Terapia ocupacional y Logopedia. Corticoide pauta corta 15 días.	Si persiste IC otorrinolaringología.
Síntomas gastrointestinales	Antieméticos si vómito. Loperamida si diarrea.	Si persisten IC digestivo, descartar virus acantonado en TD. Descartar, si procede, enterocolitis por Clostridium difficile.

Síntomas del aparato locomotor	Tratamiento sintomático habitual. Fisioterapia. Rehabilitación. Terapia ocupacional. Hábitos de vida saludables.	
Síntomas dermatológicos	Tratamiento según práctica clínica.	Valorar IC con dermatología si persisten.
Trastornos del sueño	Higiene del sueño. Relajación y control de estímulos. Tratamiento Farmacológico.	
Taquicardia	Ivabradina en POTS. Bisoprolol.	Valorar Tilt test o test basculante. Valorar IC cardiología.
Patología tiroidea	Consumo adecuado de yodo. Tratamiento hipo e hipertiroidismo.	IC endocrinología en hipertiroidismo.
Pérdida de peso, desnutrición y sarcopenia	Comidas pequeñas y frecuentes. Suplementos de calorías y proteínas si precisa. No prescribir suplemento si no se constata desnutrición o riesgo.	Valorar interconsulta nutricional. IC con endocrinología.
Patología suprarrenal	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Determinación de cortisol entre 7:00 y 9:00 AM. Revisar medicación. Hidroaltesona	IC con Endocrinología si cortisol plasmático entre 7:00 y 9:00 AM < 10 microg/dl (preferente si <5).
Alteraciones electrolíticas	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados.	IC endocrinología si disnatremia
Diabetes Mellitus tipo 2	Cribado en CP/LC	
Trastornos hematológicos	Vacunación de pacientes oncohematológicos con CP/LC.	IC de pacientes oncohematológicos con CP/LC, y citopenias.
Disfagia	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Reflujo gastroesofágico Rehabilitación de la deglución por logopedia.	IC Otorrinolaringólogo si signos de alarma, para rehabilitación de la deglución en pacientes graves. IC a Unidad de Disfagia para valoración y rehabilitación.
Afectación pulmonar	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Oxigenoterapia si SpO 2 ≤ 92 %	IC neumología pacientes post-COVID.

*Fcos: fármacos; IC: interconsulta; IECAs: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; TD: tubo digestivo; TEPT: trastorno de estrés post-traumático.

Tabla tomada de: SEMG. LongCovidACTS.
Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.

5 EVALUACIÓN DEL PROCESO

INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 y antecedente de fumador, obesidad, DM2, HTA, insuficiencia cardíaca, EPOC, asma.	Medora	Anual
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 que tienen valoración de los síntomas de alarma durante el aislamiento.	Medora	Semanal
Porcentaje de pacientes con consulta no presencial en AP a las 72h del alta tras ingreso hospitalario por infección por SARS-CoV-2.	Catia	Anual
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 y algún síntoma persistente.	Medora	Trimestral
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 sin ingreso hospitalario que precisan en el seguimiento consulta COVID-19 no presencial hospitalaria (NML/MI).	Jimena	Anual
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 y diagnóstico posterior de DM2, ERC.	Medora	Anual
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 que precisan recursos sociosanitarios/cuidados domiciliarios/baja laboral.	Medora	Anual
Porcentaje de pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2 y diagnóstico de depresión, ansiedad.	Medora	Anual
Evolución de la valoración de calidad de vida a los 3/6/12 meses en pacientes con el proceso clínico de infección por SARS-CoV-2.	Medora	Trimestral
Información y atención a familiares.	Encuesta	Anual
Satisfacción de profesionales.	Encuesta	Anual

6 RELACIÓN CON OTROS PROCESOS, PROFESIONALES SANITARIOS QUE INTERVIENEN Y REQUISITOS MATERIALES

RELACIÓN CON OTROS PROCESOS

ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Pruebas analíticas (PDIA) y radiológicas	Servicio de Análisis Clínicos, Microbiología y Radiología	Completo, fiable, comprensible, clínicamente útil y en tiempo adecuado
Transporte sanitario	Servicio de transporte sanitario	Ágil, cómodo, seguro
Recursos sociales	CEAS, EAP	Adecuados, accesibles, coordinado
Listado diario de pacientes atendidos en urgencias		
Listado diario de pacientes dados de alta hospitalaria		
Programas de Atención de Psiquiatría y Salud Mental		Programas de apoyo a pacientes, familiares y profesionales
Recursos sociales: centros de acción social (CEAS)		
Gestión de Citas	Áreas administrativas de los CS	



SALIDAS	PROCESO DESTINATARIO	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Informe	Urgencias hospitalarias y hospitalización	Completo y detallado
Solicitud de pruebas complementarias	Radiología Laboratorio	
Fallecimiento del paciente		
Traslado del paciente		

PROFESIONALES SANITARIOS QUE INTERVIENEN EN LA ASISTENCIA

PUESTO	PERFIL PROFESIONAL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Enfermería de Atención Primaria	Diplomado universitario/graduado en Enfermería Especialista Sanitario en Enfermería familiar y comunitaria	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19: realización de pruebas diagnósticas, vacunación, seguimiento sintomático de pacientes, elaboración de plan de cuidados.
Medicina de Atención Primaria	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Entrada de pacientes a CCEE con diagnóstico de COVID-19. Integración entre ambas áreas de la atención del enfermo COVID-19. Evitar duplicidades de pruebas y consultas.
Enfermería de Urgencias y Emergencias	Diplomado universitario/graduado en Enfermería Especialista Sanitario en Enfermería	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Medicina de Urgencias y Emergencias	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Enfermería de AH	Diplomado universitario/graduado en Enfermería Especialista Sanitario en Enfermería	Además de las propias de su competencia, conocimientos acerca de la atención a las personas con COVID-19, prestando una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud que presentan, de acuerdo a los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables. Elaboración del plan de cuidados.
Medicina de Urgencias Hospitalarias	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Optimizar el uso de pruebas diagnósticas. Consensuar los ingresos de los pacientes con COVID-19.
Medicina Intensivista	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina Intensiva	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Ser capaz de aplicar los criterios de admisión en UCI, individualizando las decisiones y optimizando los recursos disponibles en cada momento con criterios de equidad y respetando siempre los principios fundamentales de la bioética. Establecer una continuidad sistencial de pacientes hospitalizados graves con COVID-19.

PUESTO	PERFIL PROFESIONAL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Medicina Interna	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina Interna	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Valoración de pacientes con PCC.
Neumología	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Neumología	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Tratamiento específico de pacientes con fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar. Realización de pruebas funcionales respiratorias.
Cardiología/Neurología Nefrología/Dermatología/ Endocrinología y Nutrición	Licenciado/graduado en Medicina Especialista	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Psiquiatría	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Psiquiatría	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Atención a la familia/cuidador principal.
Psicología Clínica	Licenciado/graduado en Psicología Especialista en Psicología Clínica	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Atención a la familia/cuidador principal.
Análisis clínicos	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Microbiología	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Microbiología y Parasitología	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Radiodiagnóstico	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Radiodiagnóstico	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Conocimiento específico del área de Tórax, especialmente en TCAR.
Medicina Física y Rehabilitación	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Recuperación funcional general y respiratoria del paciente COVID-19.



PUESTO	PERFIL PROFESIONAL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Medicina del Deporte	Licenciado/graduado en Medicina Especialista	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Recuperación funcional general y respiratoria del paciente COVID-19.
Fisioterapia	Diplomado Universitario/Graduado en Fisioterapia	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19. Recuperación funcional general y respiratoria del paciente COVID-19.
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	Grado Medio de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Terapia ocupacional	Graduado en Terapia Ocupacional	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Logopeda	Graduado en Logopedia	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Trabajador social	Diplomado/graduado en Trabajo Social	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad siendo necesario asegurar su competencia en las consecuencias para la salud de la COVID-19 así como de los recursos asociativos y sus actividades de apoyo.
Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico Clínico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Nutrición y Dietética	Técnico Superior Sanitario	Disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su categoría profesional, siendo necesario asegurar su competencia y conocimiento acerca de la atención de los pacientes con COVID-19.
Coordinador Asistencial COVID-19	Licenciado/graduado en Medicina Especialista en Medicina Interna/Neumología	Actualizar y adaptar los protocolos y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y/o del SACYL, junto con el Comité Clínico Asesor, Equipos COVID-19 y los Coordinadores Regionales de las especialidades de Medicina Interna y Neumología.

RECURSOS MATERIALES, DE EQUIPAMIENTOS E INFRAESTRUCTURA

RECURSOS MATERIALES	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS
Consultas y equipamiento habituales para la atención sanitaria	Dotadas con ordenador, impresora y teléfono, aparataje y material diagnóstico y terapéutico
Equipos de protección individual	
Test de cribado y pruebas de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2	Muestra, solicitud y preparación correcta
Pruebas de laboratorio	Solicitud y preparación correcta Consentimiento informado
Oxigenoterapia	Caudalímetro, toma de oxígeno
Dispositivos de VMNI	
Oximetría de pulso domiciliaria	Tiempo de espera de un mínimo de un minuto
Diagnóstico por imagen	Radiología torácica digital (fijo, portátil) Ultrasonidos doppler (en sala y portátil) Ecógrafo digital portátil TAC Resonancia Magnética
Equipo de función pulmonar	Completo, que incluya la difusión de CO
Carro de paradas	Completo, en zona accesible

7

RELACIÓN DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Anexo 0. Evolución temporal de la COVID-19.
- Anexo 1a. Diagnóstico diferencial COVID-19.
- Anexo 1b. Factores de riesgo para COVID-19.
- Anexo 2a. Valoración clínica telefónica en AP.
- Anexo 2b. Criterios orientativos de derivación hospitalaria.
- Anexo 3. Medidas de seguridad e higiene.
- Anexo 4. Pruebas radiológicas/ecográficas.
- Anexo 5. Plan de cuidados.
- Anexo 6. Recursos sociosanitarios.
- Anexo 7a. Cuestionario FRAIL.
- Anexo 7b. Escala NEWS/FINE/CURB65/BRESCIA/qSOFA.
- Anexo 8. Clasificación de los pacientes y gestión de los recursos asistenciales.
- Anexo 9. Manifestaciones persistentes y secuelas en el paciente con COVID-19.
- Anexo 10. Valoración de la persistencia de síntomas en AP.
- Anexo 11. Escala de estado funcional tras COVID-19.
- Anexo 12. Pruebas complementarias en el paciente con COVID-19.
- Anexo 13. Recomendaciones generales y de apoyo emocional.
- Anexo 14. Ejercicio físico y respiratorio.
- Anexo 15. Requerimientos nutricionales.
- Anexo 16. Lista de verificación telefónica para la consulta no presencial COVID-19.
- Anexo 17. Consulta hospitalaria presencial COVID-19.
- Anexo 18. Afectación de la pandemia de COVID-19 en la salud mental.
- Anexo 19. Aspectos bioéticos.
- Anexo 20. Contenidos informativos del Aula de Pacientes.
- Anexo 21. Reincorporación laboral del paciente con COVID-19.

ANEXO 0. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA COVID-19

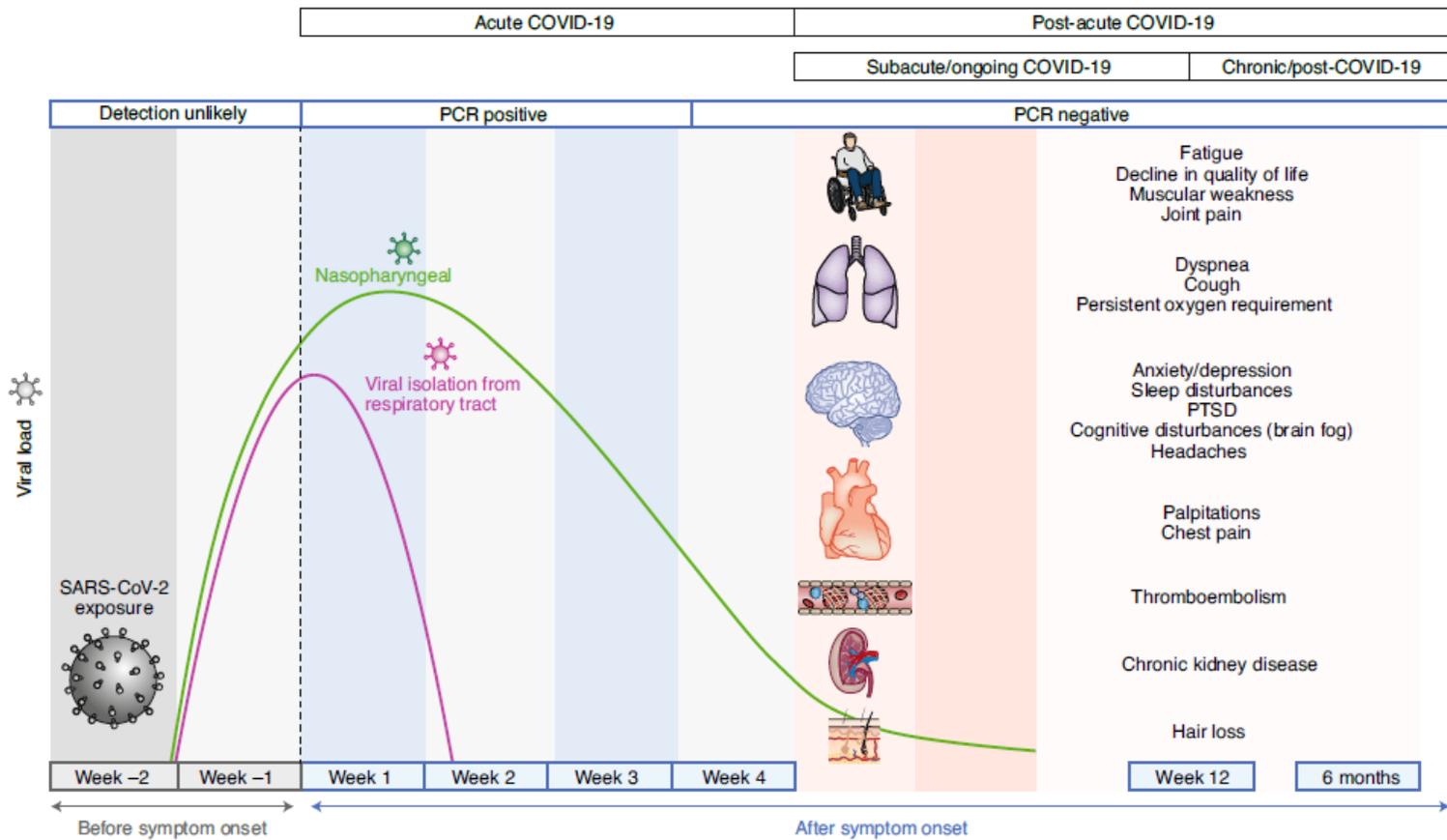


Fig. 1 | Timeline of post-acute COVID-19. Acute COVID-19 usually lasts until 4 weeks from the onset of symptoms, beyond which replication-competent SARS-CoV-2 has not been isolated. Post-acute COVID-19 is defined as persistent symptoms and/or delayed or long-term complications beyond 4 weeks from the onset of symptoms. The common symptoms observed in post-acute COVID-19 are summarized.

Figura tomada de: Nalbandian A et al. **Post-acute COVID-19 syndrome.** *Nature Medicine.* 2021 (27): 601–615.

TABLA 2. Resultado de las pruebas diagnósticas (PCR en combinación con Ac^a) y posible interpretación

PCR	IgM	IgG	Interpretación
-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> No ha habido contacto con el virus Valorar los síntomas por si puede ser un falso negativo de la PCR en una fase temprana de la infección, o en pacientes inmunodeprimidos (descartar inmunodeficiencia humoral)
+	-	-	<ul style="list-style-type: none"> Periodo ventana, fase inicial de la infección Puede darse ese resultado en fases más avanzadas de la infección en inmunodeprimidos
+	+	-	<ul style="list-style-type: none"> Estadio temprano de la infección
+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Fase activa de la infección
+	-	+	<ul style="list-style-type: none"> Sugiere fase de resolución de la infección. Probablemente en esta fase hay poco riesgo de transmisión
-	+	-	<ul style="list-style-type: none"> Puede sugerir infección reciente, pero también puede ser un falso positivo de la IgM, especialmente en test rápidos. Debe confirmarse con técnica de PCR Para un diagnóstico de certeza, debe repetirse la determinación 2 semanas después para detectar seroconversión (IgG positiva), y nueva PCR de confirmación
-	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Indica caso COVID confirmado (infección actual o pasada). Actualmente no hay evidencia suficiente para estimar el momento del contacto con el virus y la duración de la IgM La PCR negativa puede indicar curación (infección pasada) o un falso negativo (infección actual), por lo que se recomienda repetir 1 PCR adicional en asintomáticos
-	-	+	<ul style="list-style-type: none"> Indica infección pasada Sin embargo, la sensibilidad de la IgM puede no ser óptima en algunos test rápidos, por lo que no debe descartarse una infección reciente. Valorar síntomas e historial clínico

^aIgM e IgA se equiparan en el proceso diagnóstico.

Fuente: Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Guía para una correcta interpretación de las pruebas de diagnóstico de COVID-19. V2. Pág. 2 [Acceso libre 21 de mayo de 2020 - https://www.scsalud.es/documents/2162705/9267191/guia_para_la_interpretacion_de_pruebas_microbiologicas_covid19_v2_2152020-Wcy5s66L.pdf/b7459900-e382-2f60-9297-c915b2e86c56].

Tabla tomada de: Soldevila Langa L et al. **Interpretación de las pruebas diagnósticas de la COVID-19**. FMC. 2021; 28 (3):167-73.

ANEXO 1a. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COVID-19

En pacientes con $T^a > 38^{\circ}$ con síntomas de gripe en paciente institucionalizado o > 65 años en los que se sospeche una sobreinfección o para ayudar al diagnóstico diferencial realizar **Test de Diagnóstico Rápido virus respiratorios** (Virus Respiratorio Sincitial (VRS), Adenovirus, gripe A y B).

Tener en cuenta la época de alta incidencia (Octubre a Marzo, aunque la actividad de la gripe puede durar hasta finales de mayo).

Imagen tomada del documento de la SEMFYC:
Abordaje del paciente con COVID-19 en Atención Primaria.

TABLA 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD COVID-19.

ENFERMEDAD	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Gripe	Periodo de incubación más corto. Intensidad máxima de los síntomas durante 3-7 primeros días y COVID-19 más tarde. Inicio de síntomas más repentino. Más comunes rinorrea, dolor faríngeo y disnea. Menos frecuente la alteración del gusto o del olfato.	Menos probablemente Rx tórax anormal. Marcadores inflamatorios y de coagulación menos alterados en la gripe (LDH, VSG, PCR, dímero-D). Ausencia de historia de contacto previo.
Neumonía adquirida en la comunidad	Inicio más precoz de síntomas y de presencia de esputo purulento. Menos probable la aparición de mialgia y anosmia.	Linfopenia más frecuente en COVID-19 Cultivo de sangre o esputo. RT-PCR. Rx tórax con condensaciones más frecuentes en neumonía. Ausencia de historia de contacto previo.
Catarro común	Periodo de incubación más corto. Síntomas iniciales más comunes secreción nasal, obstrucción nasal y sequedad de faringe.	RT-PCR Ausencia de historia de contacto previo.
Exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	En ambas enfermedades taquicardia, taquipnea y disnea. No hemoptisis en EPOC Menos frecuente la fiebre si no existe sobreinfección. Menos frecuente el dolor torácico.	Rx Antecedentes de tabaquismo o deficiencia de alfa-1-antitripsina. Antecedentes clínicos. Ausencia de historia de contacto previo. RT-PCR
Alergia estacional (sin asma alérgica)	Inicio brusco de los síntomas Duración de síntomas: varias semanas Síntomas frecuentes: estornudos y congestión nasal/goteo nasal Síntomas ocasionales: odinofagia (leve), astenia, cefalea (relacionado con dolor sinusal) y tos seca Síntomas menos frecuentes: anosmia, ageusia Ausencia de: disnea, dolor /opresión torácica, sibilancias, taquipnea, fiebre, mialgias, escalofríos, diarrea, náuseas y vómitos	Antecedentes clínicos Identificación de exposición a aeroalérgeno(s)
Asma intrínseco	Inicio gradual o brusco de los síntomas Duración de síntomas: de horas a días/semanas Síntomas frecuentes: tos, sibilancias, disnea, dolor/opresión torácica, taquipnea. Síntomas ocasionales: astenia, debilidad Síntomas menos frecuentes: cefalea Ausencia de: estornudos, congestión/goteo nasal, odinofagia, fiebre, mialgias, escalofríos, anosmia, ageusia, diarrea, náuseas y vómitos	Antecedentes clínicos Espirometría forzada con prueba broncodilatadora Medición del flujo espiratorio máximo
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	En ambos cuadros existe taquicardia, taquipnea y disnea. No hemoptisis en ICC No fiebre	Rx: cardiomegalia. Exploración física con signos de insuficiencia cardíaca. Antecedentes clínicos. Ausencia de historia de contacto previo. RT-PCR
Tromboembolismo pulmonar	En ambos casos taquicardia y taquipnea. No existe fiebre Hemoptisis en COVID-19 y en TEP si embolia masiva	Rx RT-PCR Epidemiología (antecedente exposición) Antecedentes de inmovilización o hipercoagulación.
TBC pulmonar	Síntomas de duración más prolongada. Sudores nocturnos y pérdida de peso	Rx. Patrones de TBC Cultivo esputo RT-PCR

LDH: lactato deshidrogenasa; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa; Rx: radiografía; TBC: tuberculosis; TEP: tromboembolismo pulmonar; VSG: velocidad de sedimentación globular.

ANEXO 1b. FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19

Factores de riesgo establecidos

- Mayores de 60 años
- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Síndrome de Down
- Afectación cardíaca como fallo cardíaco, enfermedad coronaria y cardiomiopatías
- Estado inmunodeprimido por trasplante de órgano sólido
- Obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²)
- Embarazo
- Anemia drepanocítica
- Fumadores
- Diabetes Mellitus tipo 2

Posibles factores de riesgo

- Asma (moderada a grave)
- Enfermedad cerebrovascular
- Fibrosis quística
- Hipertensión arterial
- Estado inmunodeprimido por trasplante de sangre o médula ósea, inmunodeficiencias, VIH, uso de corticosteroides o uso de otros medicamentos que debilitan el sistema inmunológico
- Enfermedad hepática
- Condiciones neurológicas, como la demencia
- Sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25 pero < 30 kg / m²)
- Fibrosis pulmonar (tener tejido pulmonar dañado o cicatrizado)
- Talasemia (un tipo de trastorno sanguíneo)
- Diabetes Mellitus tipo 1

Guía de manejo y seguimiento en AP (Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Actualizado a 15-3-2021).

ANEXO 2a. EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA EN AP

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA EN EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2		
Respecto a la última vez que contactamos con usted ¿cómo se encuentra hoy?		
Mejor Igual Peor		
PREGUNTA	SI	NO
Temperatura -Fiebre -Más de 39°C -¿Más de 3 días?		
Disnea incluso leve (I y II NYHA) -¿Siente "falta de aire" o fatiga en algún momento? -¿Tiene ligera limitación de su actividad física? -¿La actividad ordinaria le ocasiona fatiga, palpitaciones, dolor torácico? -Taquipnea: habla entrecortada -Tos intensa más de 5 días		
Dolor torácico -Al esfuerzo -Tipo pleurítico (dolor costal que le dificulta la respiración)		
Hemoptisis		
Estado de alerta (entrevista a la persona enferma y/o cuidadora) -Está desorientado o confuso		
Vómitos -¿Le impiden la alimentación?		
Diarrea -¿Más de 10 deposiciones/día o 5-10/ más de 3 días?		
Condiciones sociales no adecuadas		
Empeoramiento del estado emocional		
Malestar general inespecífico VIGILAR: SI SOSPECHA HIPOXIA SILENTE, necesario medir saturación.		

Tabla 5: Síntomas a vigilar en la evaluación telefónica

Síntomas de alarma para una valoración clínica presencial
Dificultad respiratoria de cualquier grado, taquipnea
Fiebre persistente: Más de 3 días en pacientes con factores de riesgo o > 60 años; o más de 5 días en pacientes sin factores y < de 60 años
Dolor torácico
Expectoración oscura o sangre
Dificultad para comer o beber
Desorientación o confusión
Afectación del estado general (aún sin disnea) que haga sospechar hipoxia silente
Vómitos o diarrea con posible deshidratación
Afectación moderada-severa del estado emocional
Criterios de descompensación de enfermedad crónica de base

Tabla 6: Síntomas de alarma en la valoración telefónica

Tablas tomadas de la **Guía de manejo y seguimiento en AP. Abril 2021.**

ANEXO 2b. CRITERIOS ORIENTATIVOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

CRITERIOS ORIENTATIVOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA POR COVID DESDE EL CENTRO DE SALUD O SU DOMICILIO

- Frecuencia respiratoria ≥ 25 rpm
- Saturación basal de O₂ $< 94\%$
- Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm
- Hipotensión (PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg)
- Disnea intensa (mínimos esfuerzos o reposo) con Rx o Ecografía normal
- Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria)
- Hemoptisis
- Dolor torácico persistente
- Alteración del estado de alerta: letargia, desorientación, confusión aguda
- Incapacidad para la ingesta oral por vómitos incoercibles o número importante de deposiciones (≥ 10 al día) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas
- Importante afectación del estado general
- Sospecha de neumonía, pero no posibilidad de Radiología con la seguridad adecuada o patrón radiológico sugestivo de neumonía (enviar a urgencias para analítica urgente que ayude a la toma de decisiones (ver apartado de tto.)
- Descompensación importante de su enfermedad de base
- Si se ha realizado analítica, los principales predictores de gravedad y más relacionados con la mortalidad: son dímero-D en aumento ($> 1 \mu\text{g/mL}$) y linfopenia. Tener en cuenta también la Proteína C Reactiva $>$ de 50mg/L.

Tabla 7: Basado en NEWS 2 y SEMFYC.

Tabla tomada de la **Guía de manejo y seguimiento en AP. Abril 2021.**

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria>

ANEXO 3. MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE PERSONAL

La COVID-19 es un proceso tremendamente infeccioso, de modo que en la misma actividad asistencial se deben exponer el menor número de profesionales posibles y ofrecer las mayores garantías de protección, seguridad e higiene.

PACIENTE

- Deberán acudir a la cita, a ser posible, sin acompañantes. En caso de precisar acompañante, éste deberá usar la misma protección que el enfermo.
- Si precisan ambulancia, deberá cumplir las medidas específicas (cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente, personal con EPI).
- Si no precisan ambulancia, se recomienda que acudan al centro en transporte privado. Si no pueden venir solos, guardarán la máxima distancia posible con el acompañante que conduzca. Se recomienda que coloquen una sábana en el asiento donde vaya el paciente que luego se retirará y se lavará según los procedimientos habituales.
- Se debe minimizar el tiempo en la sala de espera aconsejando a los pacientes que NO lleguen pronto a la cita.
- En la zona de espera, se mantendrán las distancias de seguridad entre los pacientes hasta la realización de las pruebas pertinentes o la revisión en consulta.
- Indicar previamente al paciente que acuda ANTES de la cita programada con el profesional de Medicina/Enfermería, para realizar la toma de constantes así como las pruebas funcionales y/o radiológicas pertinentes.
- Previa a la entrada en la consulta (y a la salida de la misma), realizar higiene de manos y comprobar la validez y adecuación del uso de la mascarilla.

PERSONAL

El personal sanitario, no sanitario y cualquier persona que deba entrar en la sala y que tenga un contacto directo con pacientes infectados o su medio ambiente contaminado que trabaje en zonas de atención a pacientes COVID (consulta, realizar PDIA, sala de espera, pasillos de la zona restringida):

- Debe llevar un equipo de protección individual (EPI) y conocer la adecuada secuencia de colocación y retirada del mismo.
- Debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente, y antes de ponerse y después de quitarse el EPI.
- Se reducirá al mínimo posible el número de trabajadores sanitarios y no sanitarios en contacto directo con pacientes COVID-19.

USO Y LIMPIEZA DEL MATERIAL

A la entrada de la zona de atención COVID y en las salas de espera, debe haber carteles informativos sobre higiene de manos, higiene respiratoria y manejo de la tos. En estas zonas, habrá dispensadores con preparados de base alcohólica para la higiene de manos, pañuelos desechables para la higiene respiratoria y contenedores de residuos con bolsa de plástico y tapa de apertura con pedal para su eliminación.

- Se recomienda que el material no crítico (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro...) sea de uso exclusivo para estos pacientes. El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo a los protocolos habituales del centro. Para el re-procesamiento del material, el personal utilizará el equipo de protección individual de uso habitual para los procesos de limpieza y desinfección de material.
- El material que va a ser reprocesado se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado.
- El material utilizado que sea desechable se introducirá en un contenedor de residuos con bolsa plástica y tapa de pedal y se etiquetará con las advertencias precisas.
- Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios en contacto con el paciente, según el procedimiento de limpieza y desinfección del centro. No se requieren productos especiales de limpieza y desinfección; los productos habitualmente utilizados en los centros sanitarios tienen capacidad suficiente para inactivar el virus.
- La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias.



ANEXO 4. PRUEBAS RADIOLÓGICAS/ECOGRÁFICAS

RADIOGRAFÍA TÓRAX: Escala radiológica para valorar ingreso hospitalario (ERVI)

Cada pulmón se divide en 3 tercios: campo superior, medio e inferior:

a - Sin lesiones (0 puntos)
b - Unilateral con menos de 3 lesiones de cualquier tipo o menos de 3 campos pulmonares afectados. a+ b (1 punto)
c - Unilateral con 3 o más lesiones de cualquier tipo o los 3 campos pulmonares afectados. (3 puntos)
d - Bilateral: b+b: (2 puntos); b+c: (4 puntos); c+c: (6 puntos)
e - Añadir 1 punto adicional si entre ambos pulmones están afectados más de tres campos pulmonares
f - Añadir 1 punto adicional si existe consolidación (puede traducir neumonía bacteriana o coinfección), adenopatías o derrame pleural, o en su seguimiento evolución a SDRA (Síndrome de Distress Respiratorio Agudo)

Si la puntuación en escala ERVI es de 3 o más puntos debería ser considerado un criterio adicional a la valoración clínica y analítica para decidir el ingreso del paciente, pues probablemente a mayor grado de extensión, peor evolución:

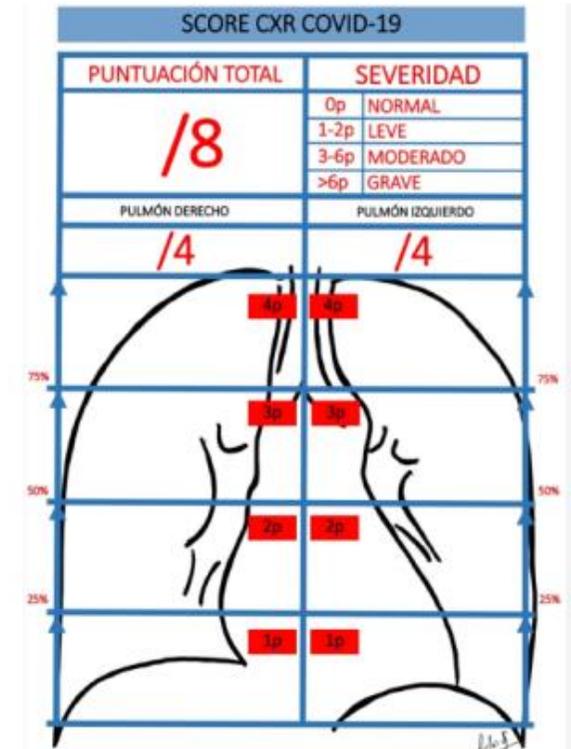
- 0-1-2 = LEVE en este caso el tratamiento podría ser ambulatorio, en las demás se deberá remitir a urgencias hospitalarias.
- 3-4-5 = MODERADO
- 6-7-8 = GRAVE

Tutorial interesante sobre Radiología en COVID-19 (Sociedad Española Radiología Médica):

https://seram.es/images/site/TUTORIAL_CSI_RX_TORAX_COVID-19_vs_4.0.pdf

19.- ANEXO 1.

Esquema para informar la radiografía tórax en pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2.



ECOGRAFÍA TORÁCICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A día de hoy en España, alrededor del 80 % de los pacientes con COVID-19 son controlados desde AP, y es este nivel el responsable no solo del diagnóstico, sino también del seguimiento de los mismos. La ecografía se ha convertido en una herramienta fundamental en manos del médico de familia en esta pandemia (figura 1).

La ecografía permite estratificar la gravedad del daño pulmonar y, combinada con la clínica, puede contribuir a estimar el pronóstico del paciente y apoyar la toma de decisiones terapéuticas (figura 4).

El deterioro clínico de los pacientes con COVID-19 puede ser rápido, y la ecografía es dinámica y cambiante, por lo que es muy recomendable la monitorización ecográfica, especialmente en el ámbito de la AP. Tanto la ecografía en el diagnóstico, como la de monitorización en pacientes sintomáticos días después, contribuyen a clasificar al paciente en una escala de riesgo y gravedad (figura 5).

De modo que la ecografía torácica sería de utilidad durante el seguimiento de aquellos pacientes que precisen ingreso hospitalario debido a la gravedad de las lesiones, ya que permite monitorizar diariamente, sin necesidad de radiación ni desplazamiento del paciente.

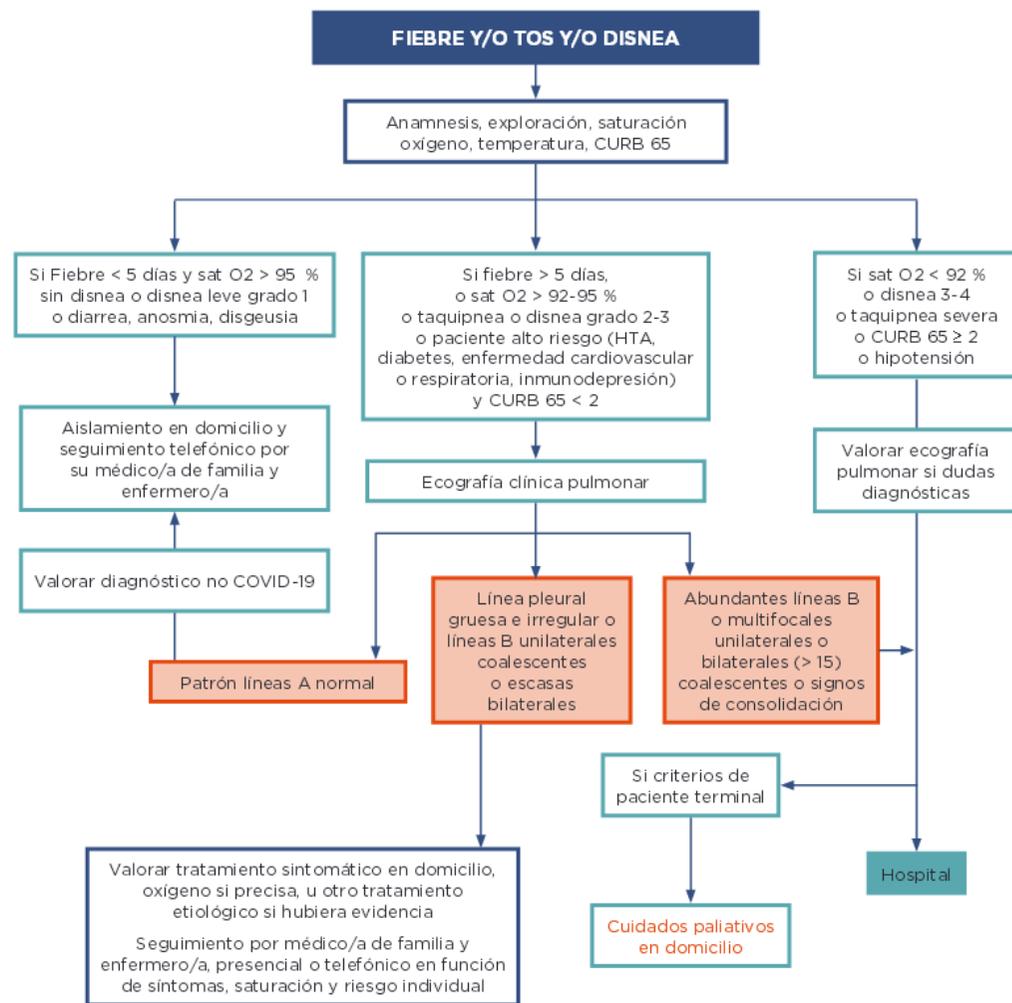


Figura 1. Imagen tomada del documento de la SEMFYC: **Abordaje del paciente con COVID-19 en Atención Primaria**

Figura 4. Estratificación ecográfica del paciente con la enfermedad por SARS-COV-2

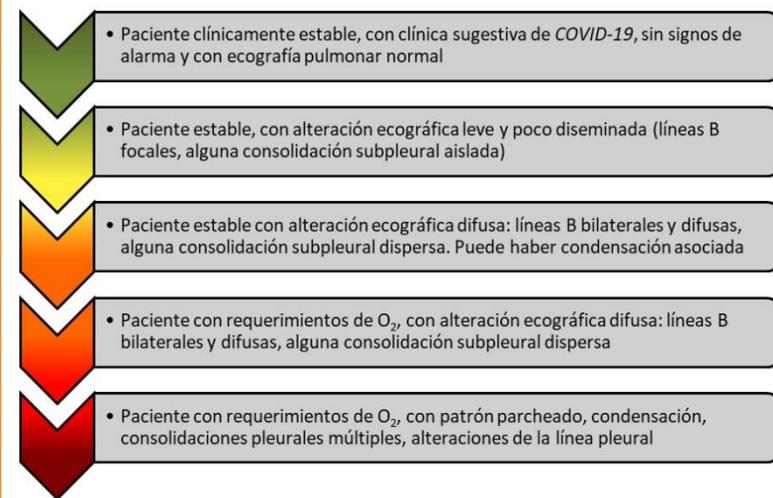
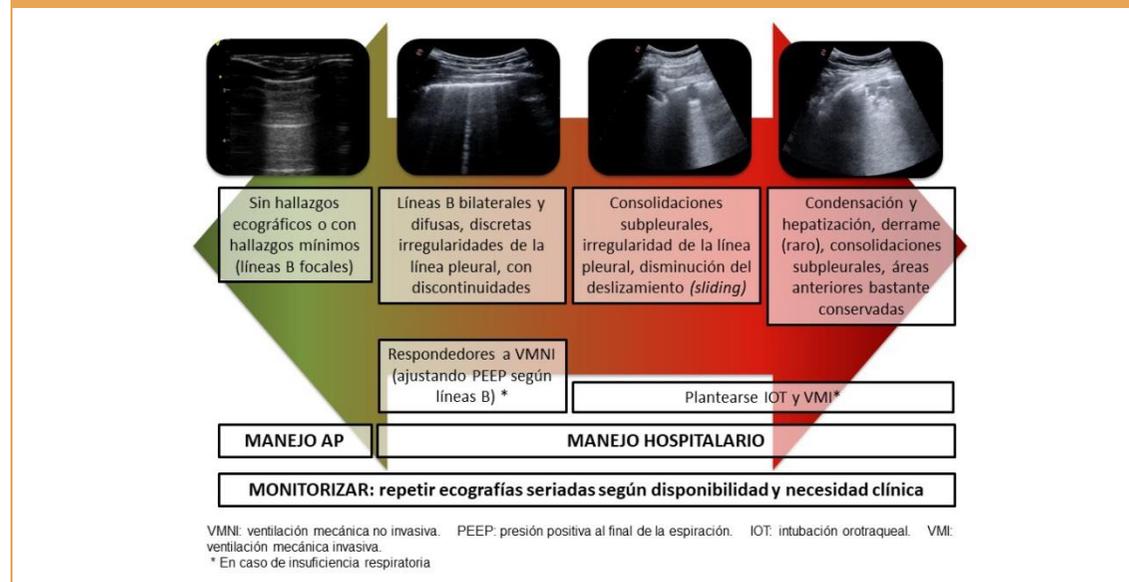


Figura 5. Estratificación clínico-ecográfica del paciente con COVID-19



Finalmente, presentamos la comparativa de la ecografía pulmonar con la TC de tórax:

Ecografía Pulmonar / COVID - 19

Elena Segura - Grau

Alteraciones dinámicas ecografía pulmonar

Pleura normal

B / A

B7 Focal

B7 Múltiples

B3 Múltiples

B3 Difusas

Fusión B
Pulmón blanco

Pleura engrosada
Menor deslizamiento pleural

B7- distancia 7 mm; B3- distancia 3mm

*Grupo Chino de Estudio Ultrasonografía Clínica

Pogresión de la enfermedad

Ecografía Pulmonar	TAC Torácico
Línea pleural engrosada e irregular	Pleura engrosada
Líneas B	Vidro esmerilado
Líneas difusas y confluentes	Infiltrados pulmonares
Consolidaciones subpleurales	Consolidación subpleural
Consolidación translobar y no translobar	Consolidación translobar
Distribución multilobar	Afectación de más de dos lóbulos

*Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019 - 2020 epidemic. Intensive Care Med. 2020. Peng QY, Wang XT, Zhang LN; Chinese Critical Care Ultrasound Study Group.

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE TÓRAX

La TC de tórax está considerada como la técnica de referencia para objetivar afectación pulmonar en la COVID-19 y sus complicaciones, además del estudio de las afectaciones pulmonares durante la enfermedad y el postCOVID, al permitir valorar la gravedad, distribución, extensión y naturaleza de las lesiones, así como su evolutivo. Por tanto, está indicada ante:

- Alta sospecha de afectación pulmonar en pacientes con radiografía de tórax o ecografía pulmonar sin alteraciones: TC torácica, si es posible de baja dosis.
- Sospecha de tromboembolismo pulmonar: AngioTC de arterias pulmonares.
- Complicaciones en el evolutivo de enfermedad aguda por COVID: TC torácico.
- Complicaciones abdominales por COVID: TC abdomino-pélvico.
- Evolutivo COVID, estudio de las afectaciones pulmonares intersticiales: TCAR (Tomografía computerizada torácica de alta resolución).

ANEXO 5. PLAN DE CUIDADOS

La tendencia actual es trabajar con cuidados centrados en problemas/diagnósticos principales que abarquen el máximo de cuidados realizados a los pacientes. Se presenta el Módulo de Cuidados de Medora (1) y en Gacela (2) para pacientes con COVID-19, con diagnósticos muy específicos y adecuados al entorno. También está disponible en Medora el PES (plan estandarizado) para Rastreadores COVID (*imágenes aportadas por el Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud de la DG Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica*).

(1) CUIDADOS EN A.P PACIENTE COVID

DIAGNOSTICO	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
RIESGO DE INFECCION Def: Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. FRI Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos. Población de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> Exposición a brotes de enfermedades. Problemas asociados: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad crónica Inmunosupresión 	Severidad de la infección Def: Gravedad de los signos y síntomas de infección. IND Fiebre IND Síntomas gastrointestinales IND Malestar general IND Dolor articular IND Dolor muscular IND Cefalea IND Tos	Control de infecciones Def: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. ACT Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. ACT Mantener técnicas de aislamiento apropiadas ACT Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. ACT Poner en práctica precauciones universales. ACT Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes
PROTECCIÓN INEFICAZ Def: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones. CDE Alteración en la coagulación CDE Disnea CDE Fatiga CDE Inmunodeficiencia CDE Tos Población de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> Edades extremas. Problemas asociados: <ul style="list-style-type: none"> Cáncer Trastorno inmunitario 	Control del riesgo Def: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables. IND Controla los factores de riesgo ambientales IND Controla los factores de riesgo personales IND Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas IND Utiliza los recursos comunitarios para reducir el riesgo	Identificación de riesgos Def: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas. ACT Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria. ACT Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. ACT Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. ACT Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

(2) CUIDADOS EN HOSPITAL PACIENTE COVID

DIAGNOSTICO	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
Aislamiento social R/C: - Enfermedad	Nivel de miedo Indicadores: - 121031 Temor verbalizado	Escucha activa Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales). Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. Facilitar las visitas Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos, según corresponda.
Patrón respiratorio ineficaz Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada. R/C: - Patrón respiratorio anormal	Estado Respiratorio Indicadores: - Fiebre - Tos - Frecuencia respiratoria - Saturación de oxígeno - Disnea de pequeños esfuerzos - Capacidad vital	Manejo de la energía Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, disforia, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, giros y cuidado personal), si fuera necesario. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados Manejo de la vía aérea Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda. Administrar broncodilatadores, según corresponda. Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda Tratamiento de la fiebre Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el consumo de líquidos Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos). Humedecer los labios y la mucosa nasal secos. Control de infecciones Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas. Limitar el número de las visitas, según corresponda. Lavar las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes

En el Modulo de cuidados de A.P PES para Rastreador COVID

PATRONES + DIAGNÓSTICOS +CDE + FRE+ FRI	RESULTADOS+INDICADORES	INTERVENCIONES+ ACTIVIDADES
Percepción – manejo de la salud		
<p>DRE00215 Salud deficiente de la comunidad DEFINICIÓN: Presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud que experimenta un colectivo CDE07694 Problemas de salud que experimentan los grupos o poblaciones CDE08637 Riesgo de hospitalización que padece un grupo o población FRE 04192 Expertos comunitarios insuficientes FRE 17060 Recursos insuficientes</p>	<p>RES 02802 Control del riesgo social: enfermedad transmisible DEFINICIÓN: Acciones sociales para eliminar o reducir la transmisión de agentes infecciosos que son una amenaza para la salud pública. IND06863 Detección sistemática de todos los posibles grupos de alto riesgo IND40099 Vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, incluyendo un sistema de recogida de datos, comunicación y seguimiento IND16711 Investigación y notificación a los contactos sobre el riesgo de enfermedad infecciosa</p>	<p>INT 08820 Control de enfermedades transmisibles DEFINICIÓN: Trabajar con la comunidad para disminuir y controlar la incidencia y la prevalencia de enfermedades contagiosas en una población específica. ACT33547 Monitorizar las poblaciones de riesgo para comprobar el cumplimiento del régimen de prevención y tratamiento. ACT06920 Monitorizar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos. ACT24470 Informar al público sobre la enfermedad y las actividades asociadas con su control, según sea necesario. INT 06540 Control de infecciones DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos ACT10036 Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). ACT30066 Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. ACT00386 Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. ACT33117 Mantener técnicas de aislamiento apropiadas. ACT24732 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</p>

PES: plan de cuidados estandarizado

ANEXO 6. RECURSOS SOCIO SANITARIOS

Durante la pandemia por COVID-19 se han establecido diferentes recursos socio sanitarios, entre los que se encuentran los recursos intermedios para personas COVID-19 positivas, con el fin de realizar un adecuado seguimiento de su evolución hasta el alta a su domicilio de origen:

- El **Arca de Noé**: plazas hoteleras para personas diagnosticadas de COVID -19, válidas y clínicamente estables, que por diferentes razones no podían realizar el aislamiento en su domicilio, durante los momentos de mayor incidencia de la pandemia.
- El **Centro San Luis en Palencia**: para la atención de personas con diagnóstico COVID -19 confirmado, estables desde el punto de vista clínico, pero que no se pueden valer por sí mismas y dada su situación de dependencia no tienen la posibilidad de regresar a su domicilio habitual (casa o residencia).

Las **UCSS (Unidades de Convalecencia Socio sanitaria)** es otro recurso socio sanitario que durante la pandemia no ha estado activo pero que actualmente se está retomando. El perfil de los usuarios de UCSS es de personas con incapacidad funcional secundaria a procesos neurológicos, traumatológicos, reumatológicos, cardiopatías, etc., susceptibles de mejora con rehabilitación. A la situación de incapacidad funcional y necesidad de cuidados de salud se une siempre una necesidad de atención social relacionada, mayoritariamente con que la situación actual de convalecencia supera su capacidad para prestar los cuidados en el domicilio o con la falta de cuidador. Generalmente se trata de personas que viven solas o el domicilio de la persona no presenta condiciones adecuadas para el periodo de convalecencia. En la actualidad hay disponibles 129 plazas.



<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/residencias-mayores>

<https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html>



En la actualidad, teniendo en cuenta las previsiones futuras por la situación epidemiológica, si existiera la necesidad de aislamiento o cuarentena de alguna persona, se les dará **respuesta individualizada en función de su situación socio sanitaria concreta**, ya sea a través de los servicios sociales o de los sanitarios, incluida la posibilidad de ingreso hospitalario si fuera necesario.

ANEXO 7a. CUESTIONARIO FRAIL

ANEXO 41. CUESTIONARIO FRAIL

(alternativa en centros que carezcan de espacio suficiente para realizar los test de ejecución)

Consta de 5 preguntas sencillas referidas a fatigabilidad, resistencia, deambulaci3n, comorbilidad y p3rdida de peso. Cada una de ellas vale 1 punto. Considera fr3giles a los pacientes que suman 3-5 puntos.

- **Fatigabilidad:** ¿Qu3 parte del tiempo durante las 3ltimas 4 semanas se ha sentido cansado?
 1. Todo el tiempo
 2. La mayor3a de las veces
 3. Parte del tiempo
 4. Un poco de tiempo
 5. En ning3n momento
- **Resistencia:** ¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar, por usted mismo y sin ning3n tipo de ayuda?
 1. S3
 2. No
- **Deambulaci3n:** ¿Tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros, por usted mismo y sin uso de ayudas?
 1. S3
 2. No
- **Comorbilidad:** para 11 enfermedades y se pregunta: ¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene la enfermedad...?
 1. S3
 2. No

Las enfermedades totales (0-11) est3n recodificadas como 0-4=0 puntos y 5-11= 1 punto.
Las enfermedades son: hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.
- **P3rdida de peso:** ¿Cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (peso actual) y hace un a3o (en mes y a3o), ¿Cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? (peso hace 1 a3o).
El cambio de peso porcentual se calcula como: $100 * (\text{Peso hace 1 a3o} - \text{Peso actual}) / (\text{Peso hace 1 a3o})$
 1. Porcentaje de cambio >5 (lo que representa un 5% de p3rdida de peso) se punt3a como 1.
 2. Porcentaje de cambio <5 se punt3a como 0.

Fuente: Documento de consenso sobre prevenci3n de fragilidad y ca3das en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Imagen tomada de la **Cartera de Servicio de Atenci3n Primaria (2019)**

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>

ANEXO 7b. ESCALA NEWS/FINE/CURB65/BRESCIA/qSOFA

<https://www.cebm.net/covid-19/should-we-use-the-news-or-news2-score-when-assessing-patients-with-possible-covid-19-in-primary-care/>

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Chart 2: NEWS thresholds and triggers

NEWS score	Clinical risk	Response
Aggregate score 0–4	Low	Ward-based response
Red score Score of 3 in any individual parameter	Low–medium	Urgent ward-based response*
Aggregate score 5–6	Medium	Key threshold for urgent response*
Aggregate score 7 or more	High	Urgent or emergency response**

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.

**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

TABLA 15. ESCALAS PRONÓSTICAS DE GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA

ESCALA DE FINE	
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Factores demográficos	
Edad en hombres	Nº de años
Edad en mujeres	Nº de años - 10
Asilo o residencia	+ 10
Comorbilidades	
Enfermedad neoplásica	+ 30
Enfermedad hepática	+ 20
Insuficiencia cardiaca congestiva	+ 10
Enfermedad cerebrovascular	+ 10
Enfermedad renal	+ 10
Hallazgos del examen físico	
Estado mental alterado	+ 20
Frecuencia respiratoria \geq 30/min	+ 20
Presión arterial sistólica $<$ 90 mmHg	+ 20
Temperatura $<$ 35 ° C o \geq 40 ° C	+ 15
Pulso \geq 125 /min	+ 10
Hallazgos del laboratorio /Rx	
Ph arteria $<$ 7,35	+ 30
BUN \geq 30 mg/dL	+ 20
Sodio $<$ 130 nmol/L	+ 20
Glucosa \geq 250 mg/dL	+ 10
Hematocrito $<$ 30 %	+ 10
Pa O ₂ $<$ 60 mmHg	+ 10
Derrame pleural	+ 10

MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS SEGÚN LA CLASE DE RIESGO		
Clase de riesgo	Puntuación	Mortalidad (%)
Clase I	Si $<$ 50 años y sin las comorbilidades reseñadas	0,1
Clase II	$<$ 70	0,6
Clase III	71 - 90	0,9 - 2,8
Clase IV	91 - 130	8,2 - 9,3
Clase V	$>$ 130	27,0 - 29,2

ESCALA CURB65	
Característica	Puntuación
Confusión (desorientación en el tiempo, espacio o persona)	1
Urea sérica $>$ 7 mmol/L	1
Frecuencia respiratoria $>$ 30/min	1
PA sistólica $<$ 90 mmHg o diastólica \leq 60 mmHG	1
Edad $>$ 65 años	1

CURB65		CRB65	
Puntuación total	Mortalidad (%)	Puntuación total	Mortalidad (%)
0	0,7	0	1,2
1	2,1	1-2	8,5
2	9,2		
3	14,5	3-4	3,1
4	40		

TABLA 16. ESCALA BRESCHIA PARA LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD RESPIRATORIA

1. Paciente con disnea o dificultad para hablar (incapacidad de contar
2. Frecuencia respiratoria $>$ 22 rpm
3. PaO ₂ $<$ 65 mm HG o Sat $<$ 90 %
4. Empeoramiento de la radiografía de tórax
Una puntuación \geq 3 es índice de gravedad

SEPSIS^{3.0} & SOFA

Definición: DISFUNCIÓN ORGÁNICA causada por una respuesta anómala del huésped a la INFECCIÓN que supone una AMENAZA para la SUPERVIVENCIA

	0	1	2	3	4
Respiración PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70mm Hg	Dopamina a <5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Epinefrina a ≤ 0,1 o Norepinefrina a ≤ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Epinefrina > 0,1 o Norepinefrina a > 0,1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

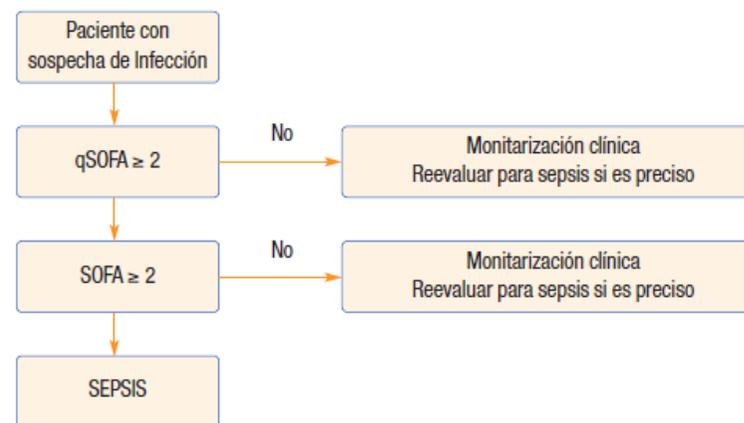
Criterio: **INFECCIÓN** + **Sequential Organ Failure Assessment**
variación ≥ 2 puntos en la escala



Ubicua SEMES

	0	1	2	3	4
Respiración PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70mm Hg	Dopamina a <5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Epinefrina a ≤ 0,1 o Norepinefrina a ≤ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Epinefrina > 0,1 o Norepinefrina a > 0,1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

Figura 1: Flujograma de aplicación de criterios SOFA y qSOFA



Fuente: Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.

ESCALA RIESGO NEUMONÍA: PNEUMONÍA SEVERITY INDEX (PSI) (On line) <http://www.samiuc.es/pneumonia-severity-index-psi/>
RIESGO DE PROGRESIÓN <https://www.rccc.eu/COVID/CALL.html>

ANEXO 8. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES

En la **Guía de actuación ante pacientes con COVID-19 en la red hospitalaria de SACYL (GARH)** se describe la posible clasificación de los pacientes según un modelo de **4 prioridades de ingreso en UCI**:

- Pacientes con **Prioridad 1** (paciente con **criterios de ingreso en UCI**): pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).
- Pacientes con **Prioridad 2** (paciente **candidato a ingresar en UCI** si presenta mala evolución): pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaFiO₂ 200 o 300 con fracaso de otro órgano.
- Pacientes con **Prioridad 3** (paciente **NO candidato a ingresar en UCI**): se trata de pacientes inestables y críticos pero que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar. En caso de complicaciones o mala evolución, plantear desintensificación terapéutica **garantizando la atención paliativa** (control sintomático y emocional) y cumplimiento del testamento vital del paciente si lo tuviera.
- Pacientes con **Prioridad 4** (paciente que presenta **bajo riesgo** para ingreso en UCI por **estabilidad clínica**): Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado:
 - 4A: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo, paciente con buena situación basal.
 - 4B: Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte.



En una situación de falta de recursos se priorizará los ingresos en UCI de pacientes con Prioridad 1 y en los hospitales que dispongan de dispositivos de UCRI/Cuidados intermedios se prestará atención a los pacientes con prioridad 2. No obstante, en todo momento, se realizará una valoración individualizada de cada paciente y se seguirán las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial del área.

Debe considerarse **el ingreso en una UCRI** a los pacientes que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Traslado de pacientes procedentes de una UCI que, tras estabilizarse, continúen dependiendo de la VMI tras intentar la desconexión del ventilador sin éxito, tanto en VMNI como a través de traqueotomía, al objeto de progresar en la desconexión y/o para programar la ventilación mecánica domiciliaria (VMD). Los pacientes deberían estar conscientes, hemodinámicamente estables, sin evidencia de sepsis, con una función renal estable y sin arritmias cardíacas ni hemorragias incontroladas.
- Traslado de pacientes procedentes de una UCI que, tras haberse estabilizado su situación por cuadro clínico grave, o haber precisado VMI prolongada, requieran cuidados de enfermería y/o fisioterapia como paso intermedio a la hospitalización convencional.



- Utilización de VMNI para el tratamiento de la IRA o IRCA.
- Insuficiencia respiratoria grave que, aunque no precise soporte ventilatorio sea candidata a monitorización no invasiva.
- Pacientes en postoperatorio de una intervención quirúrgica torácica con neumonectomía o con una disminución significativa de la función pulmonar postoperatoria prevista, comorbilidad relevante o edad superior a los 70 años, así como cuando aparecen complicaciones médicas respiratorias relevantes, que surgieron después de la operación. En estos pacientes hay que considerar los criterios anteriormente indicados para identificar a los candidatos a ingresar en una UCI.



En el seguimiento de los pacientes con COVID-19 que han precisado a o ingreso en UCI es importante realizar el diagnóstico precoz del **Síndrome Post-Cuidados Intensivos** que se caracteriza por la aparición de dificultades físicas (dolor, debilidad), alteraciones cognitivas (dificultad de atención, memoria y lentitud en el procesamiento de información) y problemas emocionales (ansiedad, bajo estado de ánimo, estrés posttraumático). Los factores de riesgo a tener en cuenta son:

- Personales: edad avanzada, deterioro cognitivo, enfermedad neuromuscular, patología psiquiátrica.
- Específicas del ingreso en UCI: necesidad de ventilación mecánica, síndrome de distrés respiratorio agudo, sepsis, inmovilización prolongada.



La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 hace necesaria una orientación asistencial dirigida a minimizar, en lo posible, las situaciones de sobreocupación de los hospitales. Dentro de esta estrategia, dirigida a minimizar las situaciones de sobreocupación hospitalaria, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se decidió habilitar aproximadamente 200 camas distribuidas en dos plantas (4ª y 5ª) en el antiguo Hospital Río Hortega, situado en el **Edificio Rondilla**, con dotación de personal y de medios materiales para prestar asistencia en régimen de hospitalización, a pacientes con diagnóstico de infección por el virus SARS-CoV-2 y con escasa complejidad. El centro acogió a pacientes de toda la Comunidad Autónoma que cumplieran los criterios definidos en el presente documento. La dependencia funcional del nuevo dispositivo es del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que debe asumir su organización. Actualmente no hay pacientes COVID ingresados en este dispositivo asistencial, no obstante, en caso de ser necesario por la situación epidemiológica, se encuentra habilitado para realizar las mismas prestaciones asistenciales que en el periodo anterior.

ANEXO 9. MANIFESTACIONES PERSISTENTES Y SECUELAS EN EL PACIENTE CON COVID-19.

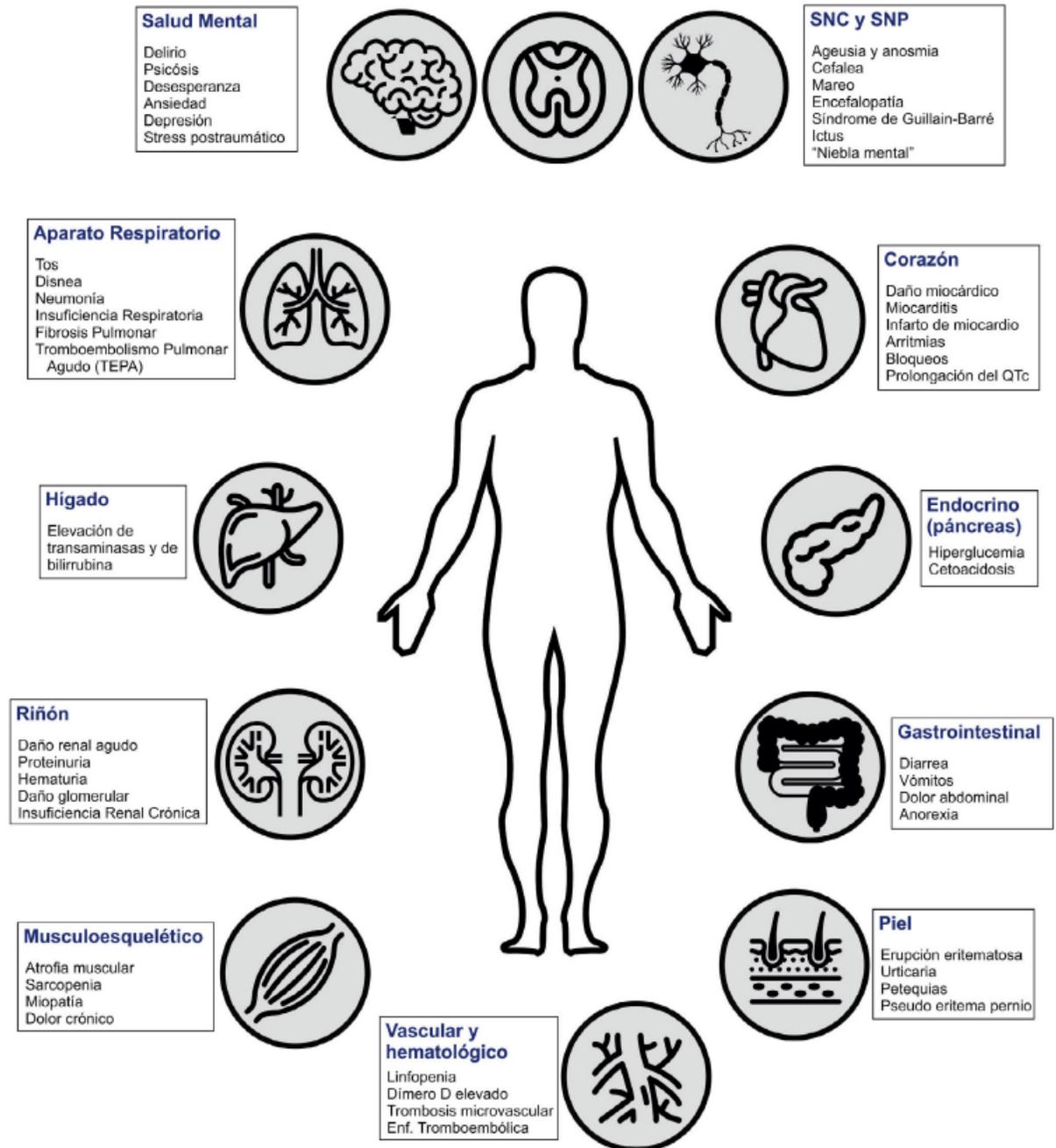


Figura tomada de: Cimas Hernando JE. **Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19.** FMC. 2021;28(2):81-9

Figura 1. Afectación del SARS-CoV-2 sobre diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano. QTc: intervalo QT corregido; SNC: sistema nervioso central; SNP: sistema nervioso periférico. Elaboración propia, basado en Gupta A et al.⁴. Dibujos realizados para el Noun Project, con licencia Creative Commons.

		SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER SÍNTOMA DE INFECCIÓN AGUDA POR COVID-19		
Signos y síntomas persistentes en la infección por COVID-19		4 semanas	8 semanas	12 semanas
Frecuencia global (sudre)		13,3%	4,5%	2,3%
Síntomas generales <i>Garrigues</i>	Fiebre	4%	0%	-
	Escalofríos	5%	-	-
	Fatiga	35%	53%	16-55%
Manifestaciones osteomusculares	Artralgia	10-15%	16-27%	-
	Mialgia	-	6%	-
	Mialgia, cefalea o fatiga	36%	21%	-
Manifestaciones pulmonares <i>Garrigues</i>	Disnea	11-27%	8-43%	14%
	Dolor torácico	20%	22%	10,8%
	Tos	43%	18%	2-16,7%
	Expectoración	-	8%	2%
Manifestaciones ORL <i>Fjaldstad,cho,neto,gorzkovsky,lv Garrigues</i>	Rinitis/congestión	28%	15%	-
	Odinofagia	15%	7%	-
	Anosmia	29,2-56%	17%	13,3-46,2%
	Disgeusia	16,7-50%	10%	10,8-31,7%
	Anosmia/disgeusia	28-49,5%	11,3-23%	4%
Manifestaciones gastrointestinales	Dolor abdominal	15%	-	-
	Náuseas	10%	-	-
	Vómitos	4%	-	-
	Diarreas	-	3%	-
	Diarreas o vómitos	17%	11%	31%
	Anorexia	-	8%	-
Manifestaciones neurológicas <i>Garrigues</i>	Pérdida de peso >5 %	16%	17%	-
	Cefalea	14%	9%	18%
	Confusión	21%	-	-
	Trastorno de conducta	-	-	26,7%
	Pérdida de memoria	-	-	34,2%
	Trastornos del sueño	-	-	30,8%
	Vértigo	-	6%	-
Otras manifestaciones <i>Garrigues</i>	Síndrome seco	-	16%	-
	Alopecia	-	-	20%
	Ojo rojo	-	10%	-

*Tenforde et al. evaluaron manifestaciones a las 2-3 semanas

Tabla tomada de la **Guía de práctica clínica: Manifestaciones persistentes de la COVID-19.SEMFYC-CAMFIC. 2020.**

ANEXO 10. VALORACIÓN DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS EN AP

PERIODICIDAD DESDE EL INICIO DE SINTOMAS		A LAS 2-3 S	A LAS 6-8 S	A LAS 12-14 S
FECHA DE REALIZACION DE LA ENCUESTA				
SÍNTOMAS GENERALES	CANSANCIO			
	MAREOS			
	ANOREXIA			
	SENSACION DE DEBILIDAD			
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	TOS			
	DISNEA			
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	DIARREA			
	NAUSEAS, VOMITOS			
	DISFAGIA			
	PIROSIS			
	DOLOR ABDOMINAL			
SÍNTOMAS MUSCULOESQUELETICOS	ARTRALGIAS			
	MIALGIAS			
SÍNTOMAS CUTANEOS	SEQUEDAD			
	EXANTEMAS			
SÍNTOMAS ORL	RINORREA			
	DISFONIA			
	OTALGIA			
	VERTIGO			
	ODINOAFIA			
SÍNTOMAS NEUROLOGICOS	ANOSMIA			
	DISGEUSIA			
	CEFALEA			
	PARESTESIAS			
	ALTERACIONES DE LA MEMORIA/CONCENTRACIÓN			
	TRASTORNO DE LA CONDUCTA			
SÍNTOMAS CARDIO-VASCULARES	PALPITACIONES			
	TAQUICARDIA			
	ALTERACIONES EN LA TENSION ARTERIAL			
	DOLOR TORÁCICO			
SÍNTOMAS OCULARES	CONJUNTIVITIS			
	ALTERACIONES VISUALES			
SÍNTOMAS PSICOLOGICOS	ANSIEDAD			
	INSOMNIO			
	DEPRESION			
OTROS SÍNTOMAS	ALOPECIA			
	SÍNDROME SECO			

- Disnea (si ha aumentado o ha vuelto a aparecer)
- Dolor pleurítico
- Aumento de tos con o sin expectoración purulenta o hemoptoica
- Cefalea que le impide realizar actividad normal y no cede con la toma de analgésicos
- Reaparición de la fiebre
- Taquipnea: voz entrecortada, imposibilidad de hablar rápido sin fatigarse
- Confusión o desorientación
- Dificultad para comer o beber, vómitos incoercibles, diarrea abundante
- Signos de enfermedad trombótica (dolor torácico, dolor abdominal, dolor e inflamación de extremidades)

Tabla 8. Criterios de gravedad durante el seguimiento post-COVID

Tablas tomadas de la **Guía de manejo y seguimiento en AP. Abril 2021.**



Los **signos y síntomas persistentes de alarma** que precisan interconsulta preferente o incluso urgente si la situación clínica lo requiere son los siguientes:

Cualquier síntoma que empeore progresivamente sin explicación aparente ni control.
Disnea con saturación de oxígeno en el aire < 96 % en reposo y al aire ambiental (en EPOC también el empeoramiento de nivel basal de saturación previo). Si < 92 enfermedad grave.
Disnea acompañada de dolor torácico que empeora con la inspiración profunda.
Empeoramiento de la función respiratoria.
Dolor torácico de características inexplicables.
Focalidad neurológica (vómito en escopetazo, crisis epiléptica, trastorno cognitivo-conductual, papiledema, pérdida fuerza, afectación del habla, alteración musculatura facial, confusión, letargia, ...).
Cianosis periférica o central (en reposo o al caminar).
Vómitos incoercibles.
Diarrea con deshidratación.
Diarrea con síntomas inflamatorios o rectorragia asociada.
Dolor abdominal cólico con signos de suboclusión.
Frecuencia cardíaca >125 lpm.
Hipotensión < 90/60.
Síncope o lipotimia.
Inestabilidad hemodinámica.
Dolor torácico irradiado sospechoso de anginoso o signos ECG de isquemia.
Edemas maleolares.
Frecuencia respiratoria > 20 rpm.
Taquipnea con tiraje intercostal.
Hipofonesis unilateral o neumotórax.
Hemoptisis.
Fiebre sin foco.
Fiebre coincidente con artritis.
Artritis o mialgias con manifestaciones sistémicas sugestivas de otra enfermedad sistémica del tejido conectivo o vasculitis.
Dolor vertebral o articular intenso en paciente tratado con corticoides a dosis altas, para descartar fractura u osteonecrosis.

Tabla tomada de: SEMG. LongCovidACTS. **Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente.** Mayo 2021.

ANEXO 11. ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL TRAS COVID-19

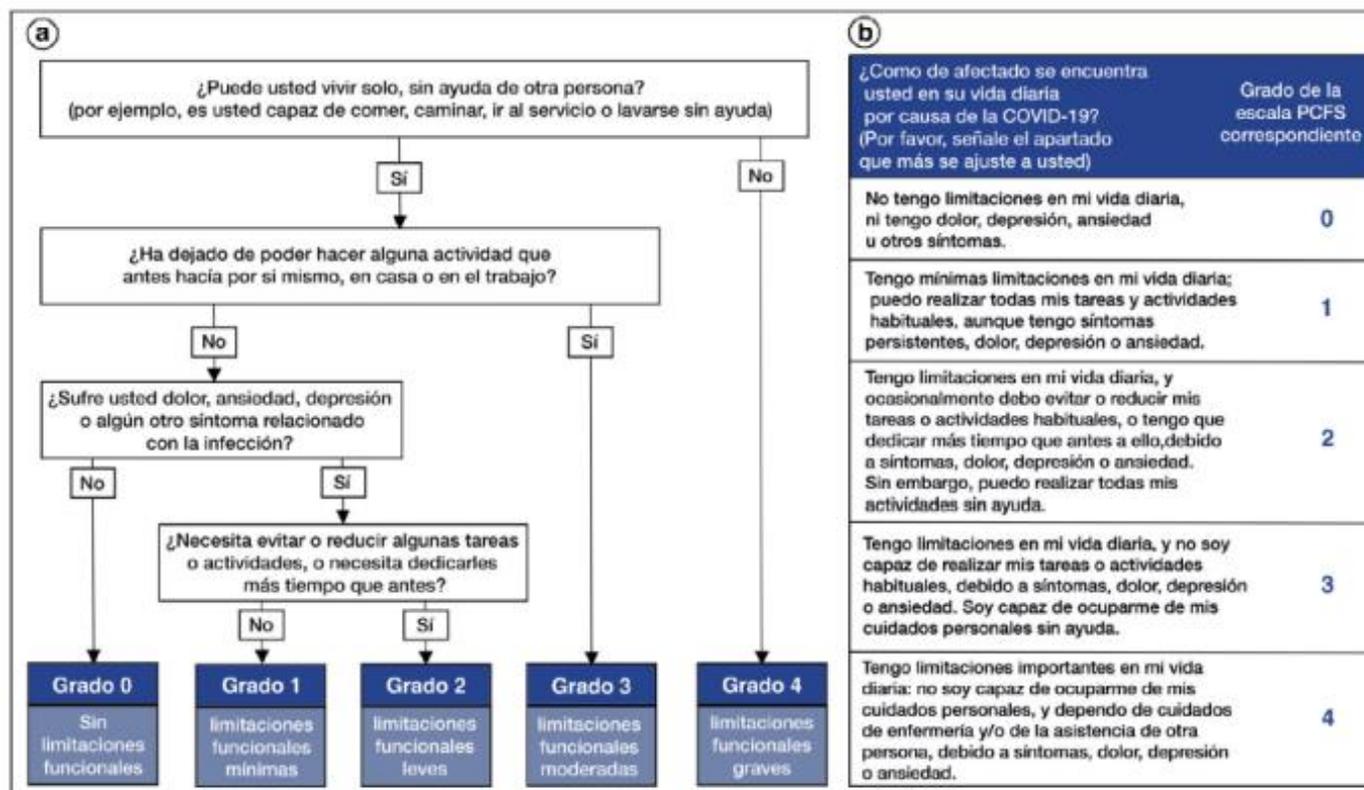


Figura 4. Escala para medir el estado funcional tras sufrir COVID-19 (PCFS: "Post-COVID-19 Functional Status"): **a)** diagrama de flujo. **b)** Cuestionario para pacientes.

Instrucciones de uso: 1) para evaluar la recuperación después de la infección por SARS-CoV-2, esta escala PCFS cubre toda la gama de limitaciones funcionales, incluidos los cambios en el estilo de vida, el ejercicio físico y deportivo, y las actividades sociales; 2) la asignación de un grado de la escala PCFS se refiere a la situación promedio de la semana anterior (excepción: cuando se evalúa al alta, se refiere a la situación que existía el día del alta); 3) los síntomas incluyen (pero no se limitan a) disnea, dolor, fatiga, debilidad muscular, pérdida de memoria, depresión y ansiedad; 4) en caso de que dos grados parezcan ser apropiados para el paciente, elija siempre el grado más alto, con más limitaciones; 5) medir el estado funcional antes de la infección por SARS-CoV-2 es opcional; 6) como alternativa a este diagrama de flujo y cuestionario para pacientes, se encuentra disponible una entrevista estructurada extensa.

El manual completo para pacientes y médicos está disponible en <https://osf.io/qgpdw/> [consultado el 9 de noviembre de 2020]. Traducido y modificado de Klok et al.³⁰. [Licencia de atribución Creative Commons].



Escalas destinadas a evaluar los síntomas más frecuentes en pacientes con secuelas COVID-19/COVID Persistente

Síntoma/Medida	Escalas seleccionadas	Escala mejor valorada y porcentaje de pacientes que la seleccionan (50)
Fatiga	MFIS	83% MFIS (51)
Ejercicio físico	Escala IPAQ Escala Global de Actividad Física	47% Escala global de actividad física (52)
Trastornos emocionales	Escala EVEA Escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD) Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	53% HAD (53)
Trastornos del sueño	Escala de Oviedo Índice de gravedad del insomnio Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI	58% PSQI (54)
Trastorno de atención	Escala MoCA Escala TMT Modificación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE-30)	53% MFE-30 (55)
Disnea	Escala mMRC Escala de BORG	92% mMRC (56)
Dolor	Escala Española de Dolor Crónico Mc Gill Brief Pain Inventory	47% Escala Española de Gradación del Dolor Crónico (57)
Calidad de vida	SF-36 Euro QoI-5D EORTC QLQ-C30	59% SF-36 (58)

Tabla tomada de: SEMG. LongCovidACTS. **Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente.** Mayo 2021.

ANEXO 12. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL PACIENTE CON COVID-19.

TABLA 5. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19 PERSISTENTE. LAS EXPLORACIONES DERIVADAS DE CADA SÍNTOMA NO SON OBLIGATORIAS. DEPENDEN DE LA VALORACIÓN MÉDICA INDIVIDUALIZADA

	FATIGA	ARTRALGIAS	MIALGIAS	DOLOR TÓRAX	TOS	DISNEA	ANOSMIA/ DISGEUSIA	CEFALEA	TRASTORNOS DIGESTIVOS
Hemograma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	Sí	Sí
VSG	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	Sí	x
PCR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Na/K	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Perfil hepático	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Perfil pancreático	x	x	x	Sí	x	x	x	x	Sí
Perfil renal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	Sí
Función tiroidea	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x
Proteinograma	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Perfil nutricional	Sí	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Cortisol	Sí	x	x	x	x	x	x	x	x
FR	x	Sí	Sí	x	x	x	x	x	x
Péptidos natriuréticos	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
Dímero-D	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
Enzimas musculares	x	x	Sí	Sí	x	si	x	x	x
Ac-Antitransglutaminasa	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Sangre oculta en heces	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Presión arterial	x	x	x	Sí	x	x	x	Sí	x
Fondo de ojo	x	x	x	x	x	x	x	Sí	x
SatO ₂	Sí	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
ECG	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Rx tórax	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Eco pulmonar	x	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
Eco articular	x	Sí	x	x	x	x	x	x	x
Eco abdominal	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí
Espirometría	Sí	x	x	Sí	Sí	Sí	x	x	x
TC torácica	x	x	x	Sí	x	Sí	x	x	x
Endoscopia digestiva	x	x	x	x	x	x	x	x	Sí

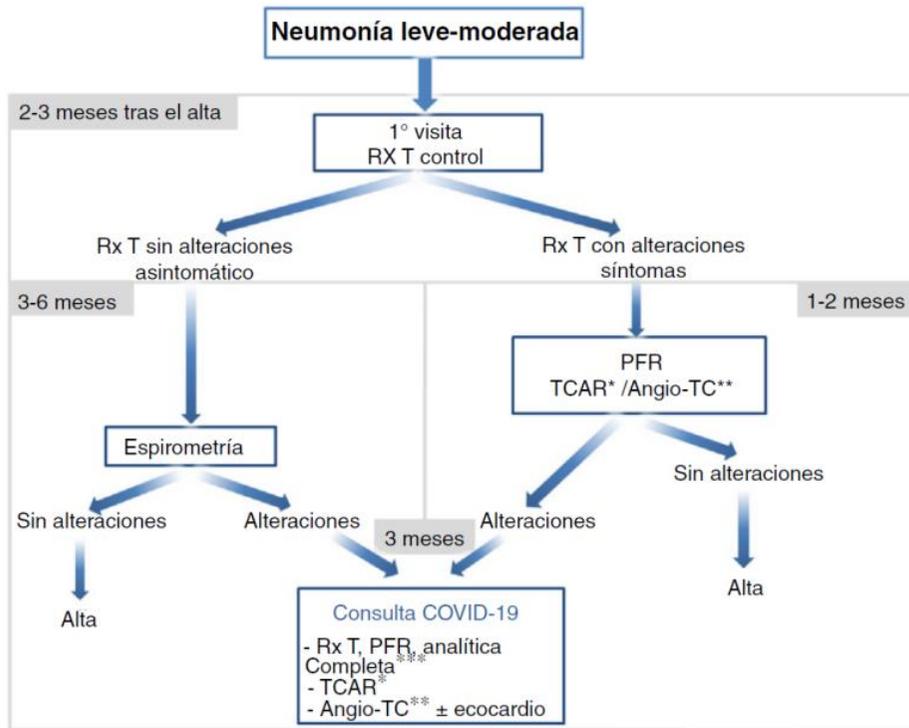
Imagen de tomada de la **Guía de práctica clínica: Manifestaciones persistentes de la COVID-19.SEMFYC-CAMFIC. 2020.**

(Se podría incluir perfil férrico. En caso de cefalea añadir PCR).

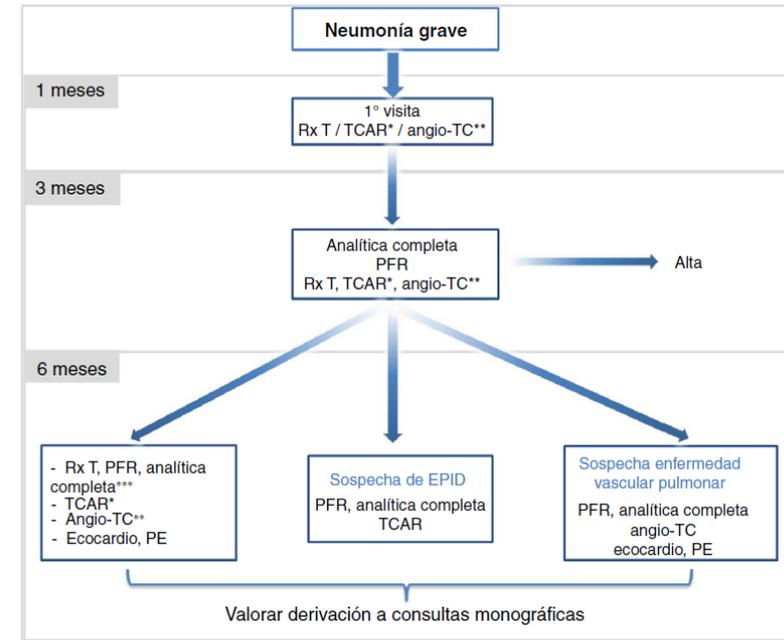
NOTA: Las pruebas complementarias están indicadas ante la presencia de criterios clínicos de una sospecha diagnóstica, permitiendo descartarla y/o confirmarla, tanto en consulta programada de seguimiento como en urgencias, según la sintomatología que refiera el paciente con COVID-19.

Tabla tomada de: SEMG. **LongCovidACTS. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente.** Mayo 2021.

Perfil sintomático de persistencia de síntomas	Parámetros
Astenia Artralgias Mialgias	Proteinograma Ácido úrico FR, ANA, complemento C3-C4 y valorar la betaglicoproteína (beta GP2) o anticuerpos antifosfolípido (si artralgias) Cortisol (si astenia persistente intensa) Enzimas musculares: CK, aldolasa (si mialgias)
Síntomas respiratorios: disnea, tos, dolor torácico	Dímero D Péptidos natriuréticos (BNP/NT-proBNP) Troponina (si dolor torácico sospechoso de cardiopatía isquémica) Amilasa/lipasa (si dolor torácico)
Síntomas digestivos	Amilasa/lipasa Calprotectina en heces Sangre oculta en heces PCR en heces (si sospecha persistencia virus, aunque no forma parte de la práctica clínica sino de la investigación)
Exacerbaciones con picos febriles y sintomatología respiratoria	Antigenuria: neumococo y legionela. Cultivos y otras pruebas microbiológicas en función del foco (hemocultivos, urocultivo, IGRAs) Serología de neumonías atípicas. Procalcitonina.
Deterioro físico intenso, cuadro con exacerbaciones y antes del inicio de tratamientos retrovirales	VIH
Algunos autores, empiezan a aconsejar realizar un panel de estudio de otros virus	Al menos virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes.



*Sospecha enfermedad intersticial difusa
 **Sospecha enfermedad vascular pulmonar
 ***Hemograma y bioquímica incluyendo marcadores inflamatorios: LDH, PCR, fibrinógeno, dímero D y ferritina



**Sospecha enfermedad intersticial difusa
 ***Sospecha enfermedad vascular pulmonar
 **Hemograma y bioquímica incluyendo marcadores inflamatorios: LDH, PCR, fibrinógeno, dímero D y ferritina

Figura 2. Propuesta de seguimiento de la neumonía grave por COVID-19.
 Angio-TC: angiografía por tomografía computarizada; PE: prueba de esfuerzo; PFR: pruebas de función respiratoria; Rx T: radiografía de tórax; TCAR: tomografía computarizada de alta resolución.

Figuras tomadas del **Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post COVID-19**

(*Neumonía leve*: pacientes que no han requerido ingreso hospitalario; *Neumonía moderada*: pacientes que han requerido ingreso en sala convencional y necesidad de oxigenoterapia con una FiO₂ inferior al 40%; *Neumonía grave*: pacientes que han requerido ingreso en unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios y/o necesidad de oxigenoterapia con una FiO₂ superior a 40%).

ANEXO 13. RECOMENDACIONES GENERALES Y DE APOYO EMOCIONAL

En la actualidad aún es escasa la evidencia científica procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus SARS-CoV-2. Las recomendaciones están basadas en los conocimientos fisiopatológicos de que se dispone actualmente y se encuentran sujetas a constantes modificaciones, en función de la aparición de la nueva evidencia científica. La pauta de tratamiento se adecuará a las recomendaciones actualizadas que vayan estableciendo el Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad de Castilla y León y las Sociedades Científicas correspondientes.

1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Muchos pacientes se recuperan con medidas como descanso, técnicas de respiración, aumento gradual de la actividad y apoyo emocional básico. Pautar tratamiento sintomático para intentar controlar la fiebre y las algias que acompañan este proceso. Siempre que se pueda el analgésico de elección será el paracetamol.
- Si fuera necesario, se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. Si no se puede evitar broncodilatadores en aerosol, se recomienda utilizar una habitación con presión negativa si hay disponibilidad. De no estar disponible este tipo de estancia, se le atenderá en una habitación de uso individual, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.
- Las recomendaciones actualizadas del tratamiento farmacológico se encuentran disponibles en:
 - ✓ En Atención Primaria: **"Guía de manejo y seguimiento en atención primaria de la infección aguda y postaguda por COVID-19"**
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1860002-20210408%20Gu%C3%ADa%20Manejo%20y%20Seguimiento%20COVID%20en%20AP.pdf>
 - ✓ En Atención Hospitalaria: Anexo V de la **"Guía de actuación ante pacientes con COVID19 en la red hospitalaria de SACYL"**.
- Para mayor información sobre la evidencia de los tratamientos utilizados para la COVID-19 consultar en el **Portal del Medicamento**:
<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/coronavirus/recursos-web>
<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/coronavirus>

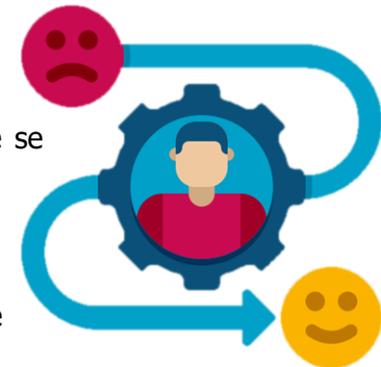
2. APOYO EMOCIONAL

- Para abordar de forma individual y colectiva el sufrimiento emocional, en sus diferentes expresiones, hay que tener en cuenta los siguientes principios: no dañar, promover los derechos humanos y la igualdad, emplear enfoques participativos, fortalecer los recursos y las capacidades existentes, adoptar intervenciones en múltiples niveles y trabajar con sistemas de apoyo integrados.
- Es importante fortalecer los apoyos sociales locales y comunitarios. Trabajar conjuntamente con las entidades sociales de la comunidad en la reparación de lo sufrido, de los duelos, etc. Actividades colectivas que reparen y den sentido social a esta pandemia.
- Aun así, muchas personas necesitarán atención y apoyo psíquico individual en AP mediante sus herramientas, sus dimensiones y su abordaje básico: longitudinalidad y confianza, ser y estar, escuchar narrativas del sufrimiento, acompañar siempre, etc. No dañar con metáforas bélicas el pensamiento positivo, de recetas simples a la complejidad, como «sé siempre positivo», consejos que impiden la expresión de las emociones. La tristeza, la rabia, la ansiedad y el miedo se han de poder manifestar y expresar.
- Ofrecer los recursos disponibles en el **Aula de Pacientes**:
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/recomendaciones-recursos-bienestar-emocional-pandemia-covid>

- Para el **apoyo y abordaje del malestar emocional** se puede tener en cuenta que:
 - Las herramientas básicas son la escucha activa, la entrevista clínica, el vínculo asistencial, la exploración física y la contención terapéutica.
 - Los profesionales en sí mismos tienen un importante potencial terapéutico, de modo que si es posible se facilitará que sea atendido por el mismo equipo.
 - Interpretar y acompañar a los pacientes en sus narrativas es un acto terapéutico.
 - La indicación de no tratamiento se basa en la entrevista y la construcción de significados que eviten la medicalización, tratando de redefinir las situaciones para no patologizar y cronificar la sintomatología.
 - La recomendación de activos sociales al aislamiento favorece la interacción social y mejora el estado de ánimo.
 - Las intervenciones grupales pueden abordar aspectos que es mejor trabajarlos en un contexto colectivo, especialmente las llevadas a cabo entre sanitarios.

Promover la ventilación emocional, la normalización de las emociones, la psicoeducación y las técnicas de educación emocional, favoreciendo la activación de los recursos de afrontamiento personal.

- Finalmente, en el no dañar y no hacer, es necesario recordar la prevención cuaternaria (no sobrediagnosticar, no etiquetar, no medicalizar) pero garantizando la accesibilidad a todos los pacientes a un diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia si fuera preciso por el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, que son los profesionales responsables de la evaluación, diagnóstico y tratamiento específico farmacológico y no.



ANEXO 14. EJERCICIO FISICO Y RESPIRATORIO



Actualmente, se desconocen las secuelas funcionales y anatómicas que la infección por el SARS-COV-2 puede provocar tanto a nivel pulmonar como funcional y sistémico, por lo que se recomienda una correcta evaluación de cada caso y la necesidad de individualizar el plan terapéutico.

La coordinación de los Servicios de Rehabilitación con las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria asegura la adecuación de los cuidados y facilita la optimización de los resultados:

- Recuperación/mejoría de la función cardiorrespiratoria.
- Recuperación/mejoría de la capacidad funcional y capacidad física.
- Alivio del dolor.
- Recuperación de la actividad muscular facial.

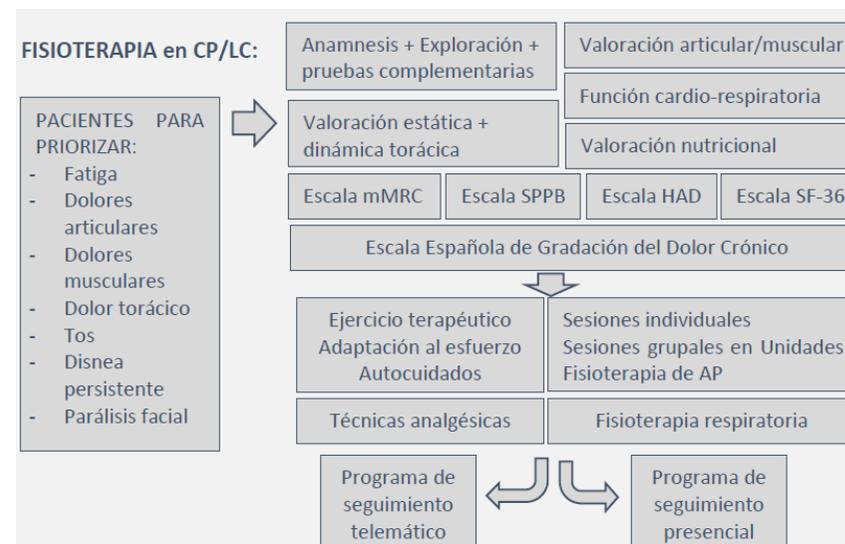


Tabla tomada de: SEMG. LongCovidACTS. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.

- Tras una inmovilización prolongada es necesario realizar ejercicio físico y se indicarán pautas regladas. Los paciente se recuperan bien con 4-6 semanas de ejercicio aeróbico ligero (como caminar o Pilates), aumentando gradualmente en intensidad según lo tolerado. Aquellos que regresan al empleo pueden necesitar apoyo para negociar un retorno escalonado. Se introducirán pautas regladas de ejercicio físico adaptadas a la situación basal del paciente y las posibilidades de su entorno, para lo cual se puede contar con el apoyo del fisioterapeuta de Atención Primaria tras valoración por el médico rehabilitador si fuera preciso.

Para facilitar el desarrollo del **programa de ejercicio físico** que se prescriba para estos pacientes, que en todo caso deberá ser individualizado según la situación en cada caso, se puede visualizar el **Programa de Ejercicio Físico para personas con enfermedad crónica** que está publicado en el Aula de Pacientes: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/programa-ejercicio-fisico-personas-enfermedad-cronica>

- Se indicará, si se precisa, **Rehabilitación/Fisioterapia respiratoria** en función de los síntomas respiratorios (secreciones abundantes y dificultad para expulsarlas).

Técnicas de respiración

Aproximadamente el 80% del trabajo de respiración se realiza por el diafragma. Después de la enfermedad o el descondicionamiento general, el patrón respiratorio puede ser alterado, con un movimiento diafragmático reducido y un mayor uso de los músculos accesorios del cuello y el hombro. Esto se traduce en respiración superficial, aumento de la fatiga y la dificultad para respirar, y un mayor gasto de energía. La técnica de "control respiratorio" está dirigida a normalizar los patrones respiratorios y aumentar la eficiencia de los músculos respiratorios (incluido el diafragma), lo que resulta en un menor gasto de energía, menos irritación de las vías respiratorias, reducción de la fatiga y mejora en la dificultad para respirar.

El paciente debe sentarse en una posición sostenida y respirar lentamente, preferiblemente a través de la nariz y hacia fuera a través de la boca, mientras relaja el pecho y los hombros y permite que la barriga se eleve. Deben apuntar a una relación de inspiración a caducidad de 1:2. Esta técnica se puede utilizar con frecuencia durante todo el día, en ráfagas de 5-10 minutos (o más si es útil). Otras técnicas de respiración, como la respiración diafragmática, la respiración profunda lenta, la respiración de labios fruncidos, las técnicas de yoga, Buteyko, se utilizan en estrategias para controlar los patrones respiratorios y la dificultad para respirar de los pacientes, pero requieren consejos especializados para identificar qué técnica se adapta mejor a cada paciente.

Rehabilitación Respiratoria

Aquellos que han tenido una enfermedad respiratoria significativa, tras valoración por el médico rehabilitador, pueden beneficiarse de la rehabilitación pulmonar, definida como "una intervención multidisciplinar basada en una evaluación y tratamiento personalizados que incluye, pero no se limita, a ejercicio de entrenamiento, educación y modificación del comportamiento diseñado para mejorar la condición física y psíquica de las personas con enfermedades respiratorias".

- En **pacientes ingresados en la UCI**, si es posible, se recomienda rehabilitación de forma precoz. Se intentará establecer circuitos de Rehabilitación hospitalaria ágiles para valorar de los pacientes con COVID-19 mediante interconsulta. Al alta, se recomienda hacer las consultas ambulatorias de Rehabilitación de forma virtual o telefónica en coordinación con las Unidades de Fisioterapia de AP.
- Las necesidades de los **pacientes hospitalizados** pueden diferenciarse según dos perfiles:
 1. Para los pacientes con un proceso respiratorio secundario al SARS-COV-2 leve-moderado:
 - En esta situación clínica el objetivo a corto plazo será restaurar gradualmente la condición física y psíquica.
 - Para ello, se aconseja ejercicio aeróbico para recuperar la capacidad de ejercicio anterior al ingreso hospitalario.
 2. Para los pacientes con una neumonía grave/SDRA el objetivo será a más largo plazo, pues experimentan un desacondicionamiento físico marcado, disnea con el ejercicio y marcada atrofia muscular. Las principales intervenciones de fisioterapia respiratoria en este contexto se basarán en:
 - **Educación** al paciente: recomendar material del Aula de Pacientes (**Anexo 20**)
 - ✓ <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/videos-recomendaciones-ejercicio-fisico-prevencion-caidas-c>
 - ✓ <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/cuidados-fisioterapia/fisioterapia-respiratoria>
 - **Ejercicio aeróbico**. Generar pautas de ejercicio progresivo, como caminar, andar rápido, trotar, nadar, etc. Comenzar a una intensidad y duración baja y aumentar gradualmente. Se recomienda 20-30 minutos de duración de la sesión, de 3-5 sesiones/semana, aunque se ha de individualizar, dependiendo de la sensación de fatiga y/o disnea inicial que presente cada paciente.
 - **Ejercicios de fuerza y entrenamiento**. Se recomienda realizar trabajo muscular de 1-3 grupos musculares, con una carga de 8-12 repeticiones y con intervalos de entrenamiento de 2 minutos. La frecuencia sería de 2-3 sesiones/semana durante un período mínimo de 6 semanas, aumentando de un 5-10% la carga/semana.
 - **Técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias**, si las manifestaciones clínicas del paciente lo requiriesen. El objetivo es reeducar el patrón respiratorio, mejorar la ventilación, movilizar el tórax y favorecer el drenaje de secreciones, sobre todo en aquellos pacientes con patología respiratoria crónica previa al COVID-19 o bien en aquellos con una capacidad pulmonar reducida a causa de la enfermedad.
- En el caso de **pacientes que no precisaron ingreso hospitalario** pero refieren astenia, debilidad, mialgias con compromiso funcional o no de patología previa (EPOC/Cardiopatía), teniendo en cuenta la posible disfunción cognitiva asociada, pueden precisar interconsulta al **Servicio de Rehabilitación** para valoración, diagnóstico y elaboración del plan terapéutico más adecuado.

A continuación se presenta la documentación elaborada por el **Centro Regional de Medicina Deportiva de Castilla y León** (CEREMEDE):

TAMBIÉN ES IMPORTANTE

Realizar ejercicios de estiramientos (stretching)

- 2 a 3 días por semana (idealmente entre 4 y 6).
- Deben incluirse los estiramientos de los grupos musculares de las articulaciones con un arco reducido de movimiento.
- Realizar estiramientos estáticos (mantenimiento de una postura durante un cierto tiempo).
- Estirar entre 15-30 segundos, notando tensión o leves molestias, sin llegar al dolor, repitiendo 3-4 veces cada estiramiento.
- Pueden usarse ejercicios específicos como pilates, taichí, yoga,

....y trabajar el equilibrio y la coordinación

- Intentar permanecer apoyado en un solo pie durante 30 segundos.
- Realizar ejercicios con los ojos cerrados.
- Realizar ejercicios combinados complejos, como caminar hacia atrás o a los lados en una superficie lisa.
- Caminar sobre talones o de puntas sobre una línea.
- Caminar en forma punta-talón con la espalda recta y contracción del abdomen.

¿Y QUÉ HACER EN LA COVID PERSISTENTE?

- ✓ Seguir las pautas generales correspondientes al tipo de paciente (Tabla) adaptando la dosis (Frecuencia-Duración-Intensidad) a la sintomatología que manifieste en cada momento y la tolerancia al EF.
- ✓ Dada la frecuencia de fatiga y disnea en estos pacientes, es fundamental poner especial atención en la prescripción individualizada de los ejercicios respiratorios, adaptando la dosis al momento evolutivo.

A LA HORA DE PRESCRIBIR EF TEN EN CUENTA.....

- Que la Prescripción de EF debe ser siempre individualizada, manejando horquillas amplias de intensidad, frecuencia,...., según la situación clínica y el tipo de paciente.
- El incremento de la carga debe ser gradual y debe ser bien tolerado por el paciente.
- Este incremento será primero en la frecuencia, luego en la duración y finalmente en la intensidad del esfuerzo.
- Cualquier programa de EF requiere la base de un estilo de vida saludable: Alimentación, sueño, no fumar, no consumir (o restringir) las bebidas alcohólicas,
- Y advertir al paciente que siempre deberá consultar con su médico en caso de: Empeoramiento de la respiración, Sat O₂<96%, dolor de pecho, confusión, debilidad local,...
- Y como norma general EVITAR SEDENTARISMO (No permanecer sentado o reclinado sin levantarse por períodos de más de dos horas).

COMO CONTACTAR

HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

De lunes a viernes de 8:30 h. a 14:00 h.

DIRECCIÓN

C/ Real de Burgos, s/n, 47011 Valladolid

TELÉFONO: 983 255 400

CORREO ELECTRÓNICO

administracion.ceremedede@saludcastillayleon.es

SITIO WEB:

<http://www.saludcastillayleon.es/MedicinaDeportiva/es>

Para consultas referentes a la información contenida en esta guía o para cualquier otra relacionada con la Prescripción de EF puede dirigirse a la dirección de correo: pef.ceremedede@saludcastillayleon.es o consultar la página

<https://www.saludcastillayleon.es/MedicinaDeportiva/es/prescripcion>



Centro Regional de
Medicina Deportiva de
Castilla y León
CEREMEDE



FRENTE A LA COVID PRESCRIBE EJERCICIO FÍSICO



INTRODUCCIÓN

La importancia del ejercicio físico (EF) en la prevención de múltiples patologías es un hecho demostrado y aceptado desde hace muchos años. Pero además el EF posee un claro efecto beneficioso en muchos estadios de la enfermedad, reduciendo la aparición de complicaciones y los efectos secundarios ligados al tratamiento. Por otra parte mejora de forma clara los aspectos psicológicos ligados a la enfermedad, así como el vigor, grado de funcionalidad y funcionamiento de los sistemas cardiovascular, respiratorio, muscular e inmunológico. Estos efectos beneficiosos se han relacionado especialmente con las enfermedades crónicas no transmisibles, pero también existe un beneficio potencial del ejercicio físico para reducir las enfermedades transmisibles incluidas las patologías virales.

La pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2 ha supuesto una multiplicación de iniciativas desde diversos ámbitos (deportivos, sociales, sanitarios de diferente índole,...) con el fin de promover el ejercicio físico en los diferentes escenarios en los que se ha vivido la situación planteada en los últimos meses.

Ante el bombardeo de información y propuestas de diferente tipo y desde ámbitos muy diversos presentadas en los últimos meses, el equipo del CEREMEDE quiere aportar a través de esta breve guía una información básica contrastada por la evidencia científica y por nuestra propia experiencia, que facilite la utilización del ejercicio físico en los centros sanitarios mediante una prescripción normalizada, que permita obtener los mayores beneficios para la salud en los diferentes escenarios que se presentan la COVID-19.

JUSTIFICACION Y EVIDENCIAS:

El EF induce en el organismo cambios y adaptaciones que pueden ser de gran importancia para la prevención y como complemento al tratamiento de la enfermedad por COVID-19. Estos efectos se producen a tres niveles:

1. Inmunidad:

Se ha visto que el SARS-CoV-2 afecta la respuesta del sistema inmunológico al comprometer gravemente tanto la inmunidad innata como la adquirida. Esta desregulación inmunológica tiene un resultado fatal principalmente en personas con comorbilidades y pacientes ancianos. El EF practicado de forma regular y con una adecuada intensidad produce una activación de diferentes vías de señalización, condicionando una respuesta antiinflamatoria y antioxidante sostenida, así como un retraso de la inmunosenescencia, aumento de la inmunovigilancia y mejora de la competencia inmunológica. Estos efectos pueden ser de gran ayuda para el control de agentes patógenos como el SARS-CoV. No debemos olvidarnos de otros efectos del EF en el organismo que igualmente favorecen la respuesta inmune frente a la infección: Control del peso, incremento de la condición física y cardiopulmonar, atenuación del sistema pro-inflamatorio y estado pro-trombótico,

2. Bienestar psicológico:

Es indudable que la salud mental es un arma fundamental en la lucha contra la enfermedad. Los efectos del ejercicio en la salud mental se producen de dos formas:

- Aumento de la transmisión sináptica de monoaminas inducida por el EF, que se asemeja al mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos.
- Secreción de endorfinas (principalmente betaendorfina), que inhibe el sistema nervioso central, creando un estado de calma y relajación mental.

3. Acondicionamiento Físico::

La prescripción de EF concebida como un tratamiento integral (terapia respiratoria, ejercicio combinado aeróbico-anaeróbico...) favorece una buena condición física (cardiorrespiratoria, muscular,) que, especialmente en la COVID persistente puede ser de una gran importancia para la recuperación del paciente.

EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA COVID 19		COVID				
		SIN COVID	Asintomático	Sintomas leves	Sintomas moderados con comorbilidades	Sintomas graves incluido cuidado intensivo con o sin respiración artificial
		INICIO *	Inmediato	14 días	3-4 sem.	2 a 6 meses dependiendo afectación respiratoria y cardíaca
		* Desde el comienzo de los síntomas o desde la detección en asintomáticos				
EJERCICIO AERÓBICO	INTENSIDAD	Percepción de esfuerzo: Escala Borg 1-10	3-5		1-3	
		Frecuencia cardíaca (% FC max.) ppm	F.C. = (220-edad) x (0,5 hasta 0,75)		F.C. = (220-edad) x (0,3 hasta 0,6)	
	DURACION	Minutos/sesión: continuos o intermitentes (cuando pueda según	15-60		15-45	
	FRECUENCIA:	Veces/semana	3-5		3-5	
EJERCICIO ANAERÓBICO	INTENSIDAD	Nº repeticiones/ejercicio	8-15		6-10	
		Percepción de esfuerzo: Escala OMNI-RES (similar a la de E. Borg)	4-7		3-4	
	DURACION	Segundos entre ejercicios	20-60		40-90	
		Minutos entre series	1-3		2-4	
	SERIES	Veces/sesión	1-3		1-2	
	FRECUENCIA:	Veces/semana (días no continuos)	1-3		1-2	
EJERCICIO RESPIRATORIO	INTENSIDAD	Presión Inspiratoria máxima (% PIM)	40-70		30-60	
		Inspiraciones cada serie	20-40		20-35	
	DURACION	Sesiones/día	2-3		2	
	SERIES	Veces/sesión	1-3		1	
	FRECUENCIA:	Veces/semana	5-7		5	
EJERCICIO AERÓBICO: Caminar deprisa, trotar, bailar, natación, bicicleta,, elíptica, spinning, circuitos...						
EJERCICIO ANAERÓBICO: 6-10 ejercicios poliarticulares (bandas elásticas, pesos, mancuernas. (Véase video http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/programa-ejercicio-fisicopersonas-enfermedad-cronica)						
EJERCICIO RESPIRATORIO: Con dispositivo (Incentivador respiratorio) o métodos manuales (apretar las fosas nasales, poner un pañuelo...)						

Bibliografía: 1) Barker-Davies AM, O'Sullivan G, Senaratne KPP, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation British Journal of Sports Medicine 2020;54:949-959.

2) Elliott N, Martin R, Heron N, et al. Injographic. Graduated return to play guidance following COVID-19 infection British Journal of Sports Medicine 2020;54:1174-1175.

ANEXO 15. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Los pacientes con COVID-19 tienen un elevado riesgo de desnutrición por su situación inflamatoria aguda grave, hiporexia y dificultad para obtener una alimentación adecuada. La malnutrición tiene un impacto negativo en la supervivencia a la enfermedad COVID-19 y también en sus secuelas; afectando a pacientes con enfermedad grave que requieren ingreso en UCI y también a las personas mayores frágiles con multimorbilidad.
- En AP se aconseja realizar una valoración y cribaje de malnutrición con la **herramienta de cribado MNA-SF** a las personas que estén en riesgo, sin olvidar que las personas con obesidad también pueden sufrirla.
- Si se detecta malnutrición, se debería recomendar una dieta hipercalórica e hiperproteica, implementándola progresivamente para evitar el síndrome de realimentación. Se debe acompañar de ejercicio físico para fomentar la creación de masa muscular. Este proceso de recuperación puede durar meses. Actualmente no se dispone de evidencia para recomendar dieta baja en proteínas en personas con enfermedad renal crónica progresiva.
- Para realizar el seguimiento del paciente se aconseja control analítico, mediante la función hepática y renal con balance nitrogenado, ionograma, metabolismo fosforocálcico, perfil lipídico y albúmina (se altera en la fase aguda), así como de parámetros antropométricos y funcionales.



ANEXO 25. MNA_SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT-SHORT FORM)

Herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas. Está validada por la población mayor como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®.

PREGUNTAS	RESPUESTAS Y Puntuación
A) ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?	0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B) ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?	0 = pérdida de peso >3 kg. 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = sin pérdida de peso
C) Movilidad	0 = en cama o silla de ruedas 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle 2 = sale a la calle
D) ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?	0 = Sí 2 = No
E) ¿Problemas neuropsicológicos?	0 = demencia o depresión graves 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos
F1) ¿Índice de masa corporal (IMC)?: peso en Kg/(estatura en m)²?	0 = IMC <19 1 = IMC ≥19 y <21 2 = IMC ≥21 y <23 3 = IMC ≥23
SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2 ---- NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA	
F2) Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm.	0 = PPa <31 3 = PPa ≥31
TOTAL Puntuación	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Normal (12-14 puntos)
- Riesgo de desnutrición (8-11 puntos)
- Desnutrición (0-7 puntos)

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>

- Hacer preparaciones con alta densidad energética en muy poco volumen. Para conseguir una dieta saludable de alto valor energético, deberá incluir en la misma:
 - Alimentos fuente de hidratos de carbono como pan, patata, pasta, arroz, cuscús, quinoa o cualquier otro cereal, en cada comida.
 - Grasas saludables como aceite de oliva, frutos secos y semillas. Este es un grupo de alimentos muy energético, que le ayudará a conseguir las calorías necesarias en su dieta.
- Las proteínas son esenciales para el mantenimiento de la salud. Las encontramos en los lácteos, los huevos, el pescado, la carne, las legumbres y los frutos secos. Si tiene poco apetito, puede ser recomendable empezar por el segundo plato, para asegurarse el consumo del alimento rico en proteína.



- Para el **abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en pacientes hospitalizados por COVID-19** se puede consultar el material de la SEEN:
<https://www.seen.es/portal/covid-19/recomendaciones/abordaje-de-la-desnutricion-relacionada-con-la-enfermedad-dre-en-pacientes-hospitalizados-con-covid-19>



- En el caso de **ingreso en UCI**, algunos factores dificultan recibir un correcto aporte nutricional con la alimentación. Destacan la disminución del apetito y del gusto (el coronavirus puede producir ageusia y anosmia), la sensación nauseosa y los problemas de motilidad gastrointestinal. También la disfagia, presente en el 62% de las personas extubadas los 3 primeros meses, por lo que requerirán texturas adaptadas. Un 26% presentan síndrome de debilidad post-UCI que comporta dificultades para alimentarse. Si la persona no puede ingerir los nutrientes necesarios con la alimentación, deberían recomendarse suplementos nutricionales orales hiperproteicos. Los especialistas implicados deberán realizar una valoración nutricional del paciente e indicar la dieta más apropiada o la necesidad de aportes adicionales:
 - Suplementos alimenticios más adecuados.
 - Nutrición enteral complementaria o completa.
 - Nutrición parenteral, si no es posible cubrir los requerimientos con las opciones anteriores o existe intolerancia gastrointestinal.

ANEXO 16. LISTA DE VERIFICACIÓN TELEFÓNICA PARA LA CONSULTA NO PRESENCIAL COVID-19

SÍNTOMA	NO (ausente/mejorando)	SÍ (presente/empeorando)
Anorexia	Apetito normal o menos de lo habitual (antes del COVID) pero mejorando	Apetito normal o menos de lo habitual (antes del COVID) pero empeorando
Astenia (cansancio/debilidad)	Menos de lo habitual (antes del COVID) pero mejorando	Menos de lo habitual (antes del COVID) pero empeorando
Deterioro cognitivo	Es capaz de desarrollar su actividad normal (tareas de casa, salida al banco, compra, concentración lectura...)	No es capaz de desarrollar su actividad normal (tareas de casa, salida al banco, compra, concentración lectura...)
Tos persistente o en aumento		
Disnea / Sensación ahogo		En reposo Pequeños esfuerzos Moderados esfuerzos Grandes esfuerzos
Temperatura < 37.5 ° C		
Dolor torácico con la inspiración		
Expectoración purulenta o hemoptoica		
Diarrea (> 3 deposiciones líquidas al día todos los días)		
Vómitos		
Cefalea que impide realizar vida norma/no cede con analgésicos		
Dolor abdominal frecuente e invalidante		
Aumento tamaño de las extremidades inferiores con/sin dolor		
Otros síntomas:		

ANEXO 17: CONSULTA HOSPITALARIA PRESENCIAL CON COVID-19

Profesional de ENFERMERÍA

- Revisar todos los informes, análisis y radiografías de los pacientes dados de alta hospitalaria.
- Revisar los análisis realizados de control por AP.
- Valorar a los pacientes que se consulten desde AP, y que no hayan sido valorados previamente en el hospital, mediante lista de verificación telefónica (**Anexo 16**) para:
 - Conocer la presencia de signos y síntomas derivados de las secuelas relacionadas con la COVID-19, haya requerido o no ingreso hospitalario.
 - Monitorizar la adhesión al tratamiento farmacológico, así como la presencia de efectos adversos derivados de éstos.
 - Control de comorbilidades relevantes (cardiovasculares, neurológicas, diabetes, etc.).
- Establecer contacto directo con el equipo asistencial del paciente en atención primaria y las diferentes unidades asistenciales que lleven el seguimiento del paciente en la atención hospitalaria, con el fin de agrupar visitas y monitorizar la petición de pruebas complementarias y resultados, mejorando y priorizando el flujo del paciente.
 - Tramitar el volante para las pruebas complementarias necesarias que previamente se habrá cumplimentado.
 - Revisión diaria de las diferentes solicitudes de consulta e interconsulta provenientes de urgencias, atención primaria u otros servicios. En su caso, asignación de fecha de consulta y comunicación de dicha fecha al paciente
 - Realizar llamadas telefónicas como enlace de pacientes (para asignar citas, conocer incidencias...) y de otros profesionales de Medicina (para gestión de las agendas de citaciones de consultas presenciales y no presenciales).
- Realizar la valoración de los patrones funcionales de salud (**Anexo 5**), así como las analíticas el día de la consulta presencial, cuando esté indicado, que se realizarán tomando las precauciones correspondientes y usando los EPI adecuados. Tramitar, según casos, radiografía de tórax PA y L urgente, que previamente se habrá cumplimentado en el gestor de informes clínicos.
- Tras obtención de resultados de pruebas solicitadas (gasometría arterial, espirometría, pruebas funcionales...) se le comunicará al médico asignado los resultados para la toma de decisiones.
- Revisar de forma conjunta con el médico responsable las analíticas alteradas y las radiografías con afectación unilateral y unilobar. Resto de radiografías con afectación multilobar o bilateral precisarán de realización de control radiológico.
- Tareas y actividades de enfermería en el desarrollo de la consulta (toma de constantes, peso, talla...). Actualización de botiquín, documentación, etc.
- Informar, y en ocasiones entregar, información acerca de la COVID-19 (Aula de Pacientes/OMS) y sobre el seguimiento de la enfermedad. Facilitar recomendaciones y medidas ante otros problemas relacionados con la COVID-19: aspectos nutricionales, higiene de sueño, aislamiento social, etc.

Profesional de MEDICINA

- Revisar a todos los pacientes que, tras cribado por parte de la enfermera, precisen de revisión por persistencia o empeoramiento de la sintomatología o por persistencia de alteraciones de las pruebas analíticas/radiológicas.
- Valorar la realización de estudio funcional en pacientes con persistencia de síntomas respiratorios, alteración radiológica e intubación orotraqueal o traqueotomía.
- Valorar el seguimiento por radiología simple o por TC en pacientes con persistencia de anormalidad radiológica o disnea no justificada por estudios funcionales.
- Valorar el estudio broncoscópico ante persistencia de anormalidades radiológicas pendiente de confirmación diagnóstica.
- Realizar seguimiento a los 6 meses y/o 1 año en los pacientes con enfermedad residual pulmonar.

ANEXO 18: AFECTACIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL

Las repercusiones en la salud mental de la pandemia por COVID-19, por la propia enfermedad y/o derivados de la situación que la propia pandemia ha generado, afectan a toda la población.

Los grupos especialmente vulnerables son:

- los pacientes **hospitalizados** (más frecuentes en pacientes con dificultades de afrontamiento y que referían estar estigmatizados). Padecen algún síntoma psiquiátrico, trastorno por estrés post-traumático, ansiedad o depresión. El apoyo social percibido fue el factor protector más importante.
- las personas con **trastorno mental previo**. Las preocupaciones sobre su salud, impulsividad e ideación suicida fueron también mayores. Pueden sufrir ansiedad, depresión, TEPT e insomnio. Pueden tener un mayor riesgo de recaída debido al estrés asociado con la pandemia de COVID-19. Por otra parte, las personas con trastorno mental pueden ser un colectivo de riesgo para COVID-19 y poseen mayor riesgo de neumonía ante la presencia de más comorbilidades que la población general, la vida dentro de las instituciones cerradas o las barreras de acceso a la atención sanitaria.
- las personas con situaciones difíciles provocadas por el **aislamiento** y la **crisis económica**, que junto al miedo y el consumo de alcohol pueden influir en el **riesgo de suicidio** (ante el sentimiento de falta de pertenencia y de carga para otras personas). Inicialmente podría observarse que los suicidios consumados disminuyen, probablemente por la sensación de “deber” social, pero inmediatamente después de la epidemia se podría producir un exceso de mortalidad por suicidio (como pasó tras el SARS) sobre todo en la población mayor (por tener más riesgo de suicidio consumado).
- los **trabajadores sanitarios**, al ser un grupo especialmente expuesto a padecer estrés por la sobrecarga laboral, están más predispuestos a padecer depresión, ansiedad, insomnio, somatización y síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo; sobre todo en mujeres y en el personal de enfermería. Asimismo, al no poder atender de la misma forma las patologías NO COVID ha generado sentimientos de frustración e impotencia junto a la sobrecarga posteriormente añadida.
- las personas con **pérdidas familiares durante la pandemia**, que han tenido que hacer el duelo en soledad, sin expresión emocional, que se manifiesta en forma de ansiedad, depresión y aislamiento, con aumento de los duelos prolongados y persistentes.



El impacto psíquico de la pandemia es moderado o grave, con sintomatología depresiva de intensidad de moderada a grave y con ansiedad de moderada a grave también, siendo las mujeres, los estudiantes y el peor estado de salud percibido los grupos más vulnerables, así como tener algún familiar o conocido diagnosticado. Como material de apoyo a los pacientes se puede recomendar visitar el Aula de Pacientes:

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/recomendaciones-recursos-bienestar-emocional-pandemia-covid>

El consumo de alcohol y tabaco ha cambiado desde el inicio de la pandemia. Durante el confinamiento en el grupo entre 30 y 50 años aumentó la ingesta de alcohol, mientras que en menores de 30 años disminuyó el consumo alcohol. Aumentaron las recaídas de los ex bebedores y ex fumadores; y los bebedores y fumadores habituales informaron de una mayor cantidad de consumo de alcohol o tabaquismo, así como de internet. Las principales razones que motivaron al incremento en el consumo de sustancias fueron el aburrimiento, la falta de contacto social, la pérdida de la rutina diaria, la falta de recompensa tras la jornada laboral y la soledad.



En la **Cartera de Servicios de Atención Primaria (2019)** se encuentran disponibles las **herramientas de ayuda para la valoración del consumo de tabaco y alcohol** ([cartera de servicios 2019:Maquetación 1 \(saludcastillayleon.es\)](#)).

PCL-5

En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:	No del todo	Un Poco	Moderado	Mucho	Extremadamente
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente sintiéndose o actuando como si la experiencia estresante está pasando en realidad? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	0	1	2	3	4
4. ¿Sintiendo enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. ¿El evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar cosas externas que le recuerden experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	0	1	2	3	4
8. ¿Problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener fuertes convicciones negativas de usted mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo si tiene pensamientos como: Soy malo, hay algo seriamente malo conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que usted disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Al sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, al ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar en "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentir nerviosismo o fácilmente asustado?	0	1	2	3	4
19. ¿Al tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido?	0	1	2	3	4

También habrá que pensar en el trastorno de estrés post traumático ante recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el estado de ánimo y reacciones físicas y emocionales.

Se puede valorar a través del **PTSD Checklist del DSM-5 (PCL-5)**:

<https://riww.org/wp-content/uploads/2019/05/PCL-5-Spanish.pdf>

Consta de 20 preguntas autoadministradas por el paciente y según la puntuación final permite planificar su seguimiento:

<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

Hay una versión abreviada de 4 ítems:

- 3 (reexperimentación).
- 7 (evitación de estímulos externos).
- 13 (distanciamiento).
- 15 (irritabilidad).

Aunque no tiene un punto de corte establecido, se ha evaluado que una puntuación superior a 7 con estos cuatro síntomas de cribado (que recogen muy bien síntomas muy relevantes de presentación), tienen una sensibilidad superior al 85% para detectar cuadros sindrómicos de TEPT (ver los datos suplementarios del estudio), lo cual hace más útil la escala reducida en un contexto clínico de cribado si se quiere utilizar y la extensa para la evaluación de gravedad y seguimiento.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6736721/#SD1>

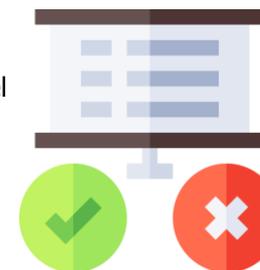
ANEXO 19. ASPECTOS BIOÉTICOS

La atención de los pacientes con COVID-19, al igual que en el resto, debe llevarse a cabo respetando los **principios fundamentales de la Bioética**, así como los valores individuales de cada uno. A continuación, se detallan una serie de consideraciones éticas que deben mantenerse en la asistencia de las personas afectadas por COVID-19:

- **Equidad y respeto a los valores.** Todas las personas son igualmente valiosas. Las decisiones de tratamiento y atención deben basarse en la necesidad médica y no en características irrelevantes o discriminatorias como el origen étnico, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad o la afiliación política. Los pacientes con problemas o síntomas de salud similares deben recibir el mismo tratamiento y atención. Mostrar respeto por los valores del paciente significa involucrar a los pacientes y sus cuidadores en la toma de decisiones en la mayor medida posible, explicando las opciones y limitaciones en el tratamiento. Consultar el testimonio vital del paciente si lo tuviera.
- **Deber de atención.** A cada paciente se le debe la mejor atención y tratamiento posibles disponibles en el contexto de la pandemia. Incluso cuando es necesario racionar los recursos durante una crisis, los profesionales de la salud y los trabajadores de primera línea tienen el deber de promover el bienestar de sus pacientes dentro de los recursos disponibles.
- **No abandono.** De la consideración de igual respeto moral y deber de cuidado, ninguna persona que necesite atención médica debe ser descuidada o abandonada. Hay que mantener la comunicación con los familiares y/o allegados del paciente y respetar o tener en cuenta su voluntad, siempre que no entre en conflicto con la voluntad de los pacientes. Los cuidados paliativos deben ser accesibles para todos los pacientes con insuficiencia respiratoria que no se benefician de un ingreso en UCI y/o que se les retire el soporte ventilatorio.
- **Protección de la comunidad.** Se debe implementar, respetar y hacer cumplir la prevención y control de la infección de manera adecuada. Dichas acciones protegen a los pacientes, a los profesionales de la salud y a la comunidad. Durante una pandemia, la atención debe centrarse tanto en la atención clínica de los pacientes como en la Promoción de la Salud Pública. Los profesionales de la salud y los trabajadores de primera línea también tienen el deber de ser protegidos. A este respecto, se les debe proporcionar un EPI adecuado para promover su seguridad y bienestar.
- **Confidencialidad.** Todas las comunicaciones entre el paciente y el médico deben ser confidenciales, excepto en el caso de riesgo para la salud pública.
- **No maleficiencia.** Evitar el aislamiento de las personas más allá de lo indicado por los protocolos vigentes. Evitar la utilización de tratamientos con alto riesgo sin evidencia científica.

Asimismo, en el **proceso de toma de decisiones difíciles** se puede tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Es muy recomendable que todos los ámbitos asistenciales se preparen y estén listos para **aumentar la capacidad de atención clínica** (personal, estructura, suministros y sistemas), para poder brindar la atención adecuada a todos los pacientes con COVID-19 y mantener servicios esenciales de salud, ante posibles brotes, garantizando el funcionamiento normal del sistema.
- **Parametrizar la toma de decisiones difíciles.** Es muy recomendable que cada Comunidad establezca un plan sobre qué hacer para cubrir la asignación o el acceso a intervenciones médicas críticas (como oxígeno, camas de cuidados intensivos y/o ventiladores). Dicho plan debería establecer un objetivo general claro. Los **Comités de Ética Asistencial** (CEA) deben estar incluidos en la toma de decisiones. Considerar la creación de comités de gestión de casos, que podrían estar integrados por miembros de los principales servicios que soportan la atención de pacientes COVID-19 (Medicina Interna, Geriátrica, Neumología, UCI y Urgencias), así como algún representante del CEA. De esta manera, se podrían establecer unas prioridades a la hora de decidir que pacientes ingresan en UCI en momentos de limitación de camas disponibles.
- Parte de la planificación es garantizar que exista un **sistema justo de toma de decisiones para la asignación.** Las decisiones de asignación deben hacerse de acuerdo con el plan establecido y revisarse periódicamente. Si es necesario, debe haber una reasignación de un recurso que se asignó previamente donde no está demostrando ser beneficioso.
- Los criterios de clasificación deben **buscar equilibrar la utilidad médica, la equidad y la facilidad de implementación.** Se debe aplicar el mismo criterio para todos los pacientes con niveles similares de necesidad, independientemente del estado de COVID-19.
- Cualquier método que se elija debe estar sujeto a un **procedimiento justo**, sometido a una serie de principios:
 - ✓ **Inclusividad:** se debe obtener información de las poblaciones más afectadas.
 - ✓ **Transparencia:** el mecanismo debe ser fácilmente accesible y comprensible en todos los idiomas principales en el área de influencia de la institución.
 - ✓ **Responsabilidad:** debe haber un mecanismo disponible para revisar la aplicación de un protocolo de clasificación aprobado, o solicitudes para revisar una decisión particular, a la luz de información clínica nueva o actualizada u otras inquietudes.
 - ✓ **Consistencia:** los principios de asignación deben aplicarse de manera consistente.



Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus
<https://www.ibima.eu/wp-content/uploads/2020/03/Informe-coronavirus-CBE.pdf>

ANEXO 20. CONTENIDOS INFORMATIVOS DEL AULA DE PACIENTES

El Aula de Pacientes es un subportal del Portal de Salud de Castilla y León destinado a ser una fuente de información sanitaria objetiva y veraz, con información de confianza y fiable, para promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes crónicos en su autocuidado.



Aula de pacientes

Un espacio de participación que, a través de información objetiva y veraz, se orienta a promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes crónicos en el cuidado de su propia salud

Entrar →

Servicios

- SACYL Conecta
- Banco de leche materna
- Buscadores de recursos sanitarios
- Tarjeta sanitaria
- Reclamaciones y sugerencias
- Registro de instrucciones previas
- Hazte donante de órganos

Existe un espacio específico en el Aula con información sobre COVID-19, donde aparecen publicados contenidos elaborados en diferentes formatos, como pueden ser guías, vídeos, audios e infografías, de elaboración propia o enlaces a páginas oficiales:

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19>

Los contenidos de especial interés son:

- Vacunación frente a COVID-19: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/vacunacion-frente-covid-19>
- Conviviendo con la enfermedad COVID-19: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/conviviendo-enfermedad-covid-19>
- Información para la población. Nuevo coronavirus COVID-19: <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19-poblacion>
- Higiene de manos y mascarillas: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/higiene-manos-mascarillas>
- Recomendaciones y medidas de protección generales: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/recomendaciones-medidas-proteccion-generales>
- Vídeos y recomendaciones sobre ejercicio físico, prevención de caídas y cuidados de fisioterapia durante la pandemia por COVID: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/videos-recomendaciones-ejercicio-fisico-prevencion-caidas-c>

- Vídeos y recomendaciones para el autocuidado de personas con enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/videos-recomendaciones-autocuidado-personas-enfermedades-cr>
- Recomendaciones y recursos para el bienestar emocional durante la pandemia por COVID: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/recomendaciones-recursos-bienestar-emocional-pandemia-covid>
- Vídeos y recomendaciones para las personas cuidadoras durante la pandemia por COVID: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/informacion-nuevo-coronavirus-covid-19/videos-recomendaciones-personas-cuidadoras-pandemia-covid>
- Programa de ejercicio físico en personas con enfermedad crónica: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/programa-ejercicio-fisico-personas-enfermedad-cronica>
- Pruebas diagnósticas de imagen: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen>
- Depresión. Guía informativa: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/guias-aula/depresion-guia-informativa>
- Dolor músculo esquelético: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/guias-aula/dolor-musculoesqueletico-guia-informativa>
- Personas cuidadoras: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/guias-aula/personas-cuidadoras>
- Recomendaciones para personas con tratamiento anticoagulante: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-tratamiento-anticoagulante>
- Oxigenoterapia continuada domiciliaria: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/videos-aula-pacientes/oxigenoterapia-continuada-domiciliaria>
- Utilización de aerosoles-inhaladores: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/videos-aula-pacientes/utilizacion-aerosoles-inhaladores>
- Resucitación cardiopulmonar (RCP): <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/videos-aula-pacientes/resucitacion-cardiopulmonar-rcp>

Asimismo, la **Lectura Fácil** es una herramienta para hacer comprensibles los documentos a las personas con dificultades de comprensión lectora:

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/guias-aula/guias-lectura-facil>

Otros enlaces de interés para pacientes:

- <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1744134-Autocuidados%20COVID%20WHO-EURO-2020%20def.pdf>
- <https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk/your-wellbeing/family-friends-and-carers/>



ASOCIACIONES DE PACIENTES AFECTADOS POR EL COVID-19

- **Grupo de Afectados de Covid Persistente de Castilla y León.** afectadoscovidpersistentecyl@gmail.com
- Asociación de afectados por coronavirus (ASACOVID – 19). <https://asociacionafectadoscovid19.es/>
- Asociación Nacional de Afectados por COVID-19 (ANACOVID). <https://www.anacovid.com/>
- Alianza de colectivos autonómicos de #longcovid trabajando para visibilizar y mejorar la situación de los miles de afectados en España #covidpersistente (Long Covid ACTS).
- Asociación de enfermos y afectados por COVID persistente. <https://covid19persistente.wordpress.com/>



ANEXO 21. REINCORPORACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON COVID-19

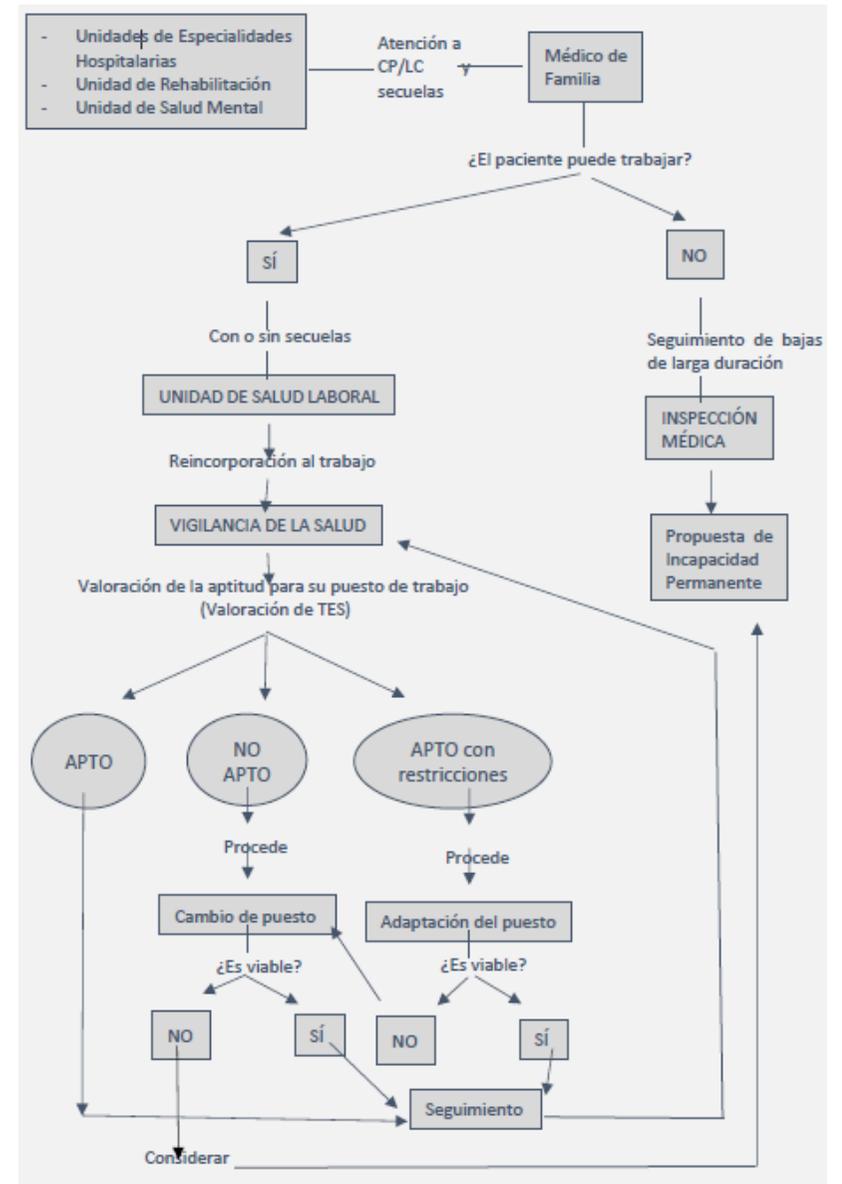
Desde Medicina/Enfermería del Trabajo de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se valora la **aptitud laboral del trabajador** para el desempeño de su trabajo, pudiendo estar condicionada por la existencia de deficiencias psicofísicas como consecuencias de la COVID-19 que impidan o limiten la ejecución del trabajo con normalidad.

La valoración se debe realizar antes del comienzo de la relación laboral, una vez iniciada la relación laboral, durante su desarrollo y tras una ausencia prolongada por motivos de salud.

Se puede plantear reincorporación progresiva, reducción del horario laboral, posibilidad de teletrabajo, adaptación laboral, etc.

Ruta para el manejo del paciente trabajador tomada de:

SEMG. LongCovidACTS. **Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente.** Mayo 2021. (CP/LG: COVID Persistente; TES: Trabajador especialmente sensible)



ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria.

AH: Atención Hospitalaria.

CEAS: Centro de Acción Social.

CP/LC: COVID Persistente/Long COVID.

CNP: Consulta no presencial.

COVID-19: Enfermedad por coronavirus (COronaVirusDisease19).

CS: Centro de salud.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

ECG: Electrocardiograma.

EMS: Emergencias sanitarias.

EPI: Equipo de protección individual.

EPID: Enfermedad pulmonar intersticial difusa.

ETEV: Enfermedad tromboembólica.

HCE: Historia Clínica Electrónica.

ICNP: Interconsulta no presencial.

MI: Medicina Interna.

MF: Médico de familia.

NML: Neumología.

PAC: Punto de atención continuada.

PDIA: Prueba diagnóstica de infección activa

PCC: Pluripatología Crónica Compleja.

Rx: Radiografía.

SARS-CoV-2: Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (COVID-19).

SatO2: Saturación de oxígeno.

TC: Tomografía computerizada.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UCRI: Unidad de cuidados respiratorios intermedios.

UCSS: Unidades de convalecencia sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA



- Balsa Vázquez J et al. **Manifestaciones sistémicas y extrapulmonares en la COVID-19.** *Medicine.* 2022;13(55):3235-45.
- Crook, H; Raza, S; Nowell, J; Young, M; Edison, P. **Long covid—mechanisms, risk factors, and management.** *BMJ* 2021;374:n1648 | doi: 10.1136/bmj.n1648
- Davis H.E. et al., **Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact.** *ClinicalMedicine* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>
- Fernández-De-las-peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Cuadrado ML, Florencio LL. **Defining post-covid symptoms (Post-acute covid, long covid, persistent post-covid): An integrative classification.** *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18 (5):1–9.
- Hernández García G, Barbero Allende F, Sanz Moreno J. **Protocolo de tratamiento de la COVID-19 en pacientes con y sin indicación de ingreso hospitalario.** *Medicine.* 2022;13(55):3246-9.
- Lutchmansingh DD, Knauert MP, Antin-Ozerkis DE, Chupp G, Cohn L, Dela Cruz CS, et al. **A Clinic Blueprint for Post-Coronavirus Disease 2019 RECOVERY: Learning From the Past, Looking to the Future** [Internet]. Vol. 159, *Chest.* Elsevier Inc.; 2021 [cited 2021 Jun 2]. p. 949–58. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.067>
- Menges D. at al. **Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study.** *PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254523> July 12, 2021.
- Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramírez JM, Andres M, Ramos JM, Arenas-Jiménez J, et al. **Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study.** *J Infect.* 2021 Mar 1;82(3):378–83.
- Nasserie T. at al. **Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19. A Systematic Review.** *JAMA Network Open.*2021;4(5):e2111417. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11417.
- Raja S. at. **In the wake of the pandemic. Preparing for Long COVID.** WHO Regional Office for Europe. 2021.
- Ransing R, Adiukwu F, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, Orsolini L, Teixeira ALS, et al. **Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic: A Conceptual Framework by Early Career Psychiatrists.** *Asian J Psychiatr.* 2020 Jun 1;51:102085.
- Rodríguez-Quiroga A et al. **COVID-19 y salud mental.** *Medicine.* 2020;13(23):1285-96.
- Sher L. **Post-COVID syndrome and suicide risk.** *QJM An Int J Med.* 2021;114(2):95–8.
- Townsend L, Dowds J, O'Brien K, Sheill G, Dyer AH, O'Kelly B, et al. **Persistent Poor Health Post-COVID-19 Is Not Associated with Respiratory Complications or Initial Disease Severity.** *Ann Am Thorac Soc.* 2021;(203930):1–26.
- WHO. **A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus.** WHO/2019-nCoV/Post_COVID-19_condition /Clinical_case_definition/2021.1
- WHO. Therapeutics and COVID-19: living guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.3>

MINISTERIO DE SANIDAD

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ITCoronavirus/home.htm>

<https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/>

[https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_325_COVID-19.pdf\(página 14\).](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_325_COVID-19.pdf(página%2014))

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Covid19_Fragilidad.htm

CASTILLA Y LEÓN

<https://analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/?flq=es>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria>

<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/coronavirus/recursos-web>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas.ficheros/1105660-Fisioterapia.PDF>

- Guía de manejo y seguimiento en Atención Primaria de la infección aguda y postaguda por COVID-19. Dirección técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.
- Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con infección por covid-19. Abril 2020. Dirección técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.
- Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19. Implementación en Atención primaria. 24 de noviembre de 2020.
- Procedimiento de diagnóstico vigilancia y control de casos y contactos de COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociales Consejería de Sanidad <https://www.saludcastillayleon.es/en/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/residencias-mayores?skipcache=6385149204>
- Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León Portal de Servicios Sociales de Castilla y León <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/residencias-mayores-personas-discapacidad.html>
- Procedimiento de diagnóstico vigilancia y control de casos y contactos de COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociales **Consejería de Sanidad** <https://www.saludcastillayleon.es/en/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/residencias-mayores?skipcache=6385149204>
- Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León Portal de Servicios Sociales de Castilla y León <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/residencias-mayores-personas-discapacidad.html>
- Guía de actuación para el manejo de pacientes COVID-19 en la red hospitalaria de Sacyl. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica Hospitalaria y de Programación Asistencial. I. Enero 2021.



- **Plan persona:** <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona>
- Plan de Humanización Pandemia COVID-19. DG Asistencia Sanitaria y Humanización. 2020.
- Protocolo integral de actuación ante situaciones específicas de gravedad, últimos días y fallecimiento en la crisis COVID-19. Abril 2020.
- Investigación en enfermedad COVID-19. Junio 2020. [Boletín 17 \(saludcastillayleon.es\)](https://www.saludcastillayleon.es/boletines/boletin-17)

BIBLIOGRAFÍA SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- Sibila O et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post-COVID-19. *Open Respiratory Archives* 2 (2020) 278–283. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2020.09.002>
- SEMFYC-CAMFIC. Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía de práctica clínica. 2020.
- SEMFYC. Abordaje del paciente con COVID-19 en Atención Primaria. Enero 2021. <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria/>
- SEDISA. Documento para la atención integral al paciente postCOVID. 2020.
- SEMFYC. La SEMFYC en tiempos de COVID. Marzo-Junio 2020
- SEMFYC. Covid-19 y Atención Primaria. Las oleadas que vienen: Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente. [Internet.] Disponible en: <https://www.semfyc.es/covid-19-y-atencion-primaria-las-oleadas-que-vienen-altas-hospitalarias-pacientes-criticos-sin-tratamiento-hospitalario-y-atencion-demorada-que-pasa-a-ser-indemorable-o-urgente/>
- Documentos SEIMC Covid-19. La organización de la asistencia hospitalaria: Revisión de circuitos hospitalarios y con centros extrahospitalarios
- Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. <https://www.covid-19.seth.es/recomendaciones-de-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-en-pacientes-con-covid-19/>
- Semes Madrid. Guía de actuación de contingencia. Sección de urgencias. Comités de emergencias de hospitales. Actualización 24 de septiembre de 2020
- Documentos semFYC. Criterios de atención clínica y derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-COV-2. [Internet.] 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/03/Criterios-SARS-COV-2-20200320.pdf>
- SERMEF. CRISIS COVID-19 (SARS CO-2): Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) sobre el impacto de la pandemia del coronavirus COVID-19 sobre los servicios de rehabilitación. [Internet.] 2020. Disponible en: <https://www.sermeef.es/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-SERMEF-ante-COVID-19.pdf>
- Consejo General de Enfermería. Guía de actuación enfermera ante COVID-19.
- ¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué...? https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628
- INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LOS ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA PRIORIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS <https://www.ibima.eu/wp-content/uploads/2020/03/Informe-coronavirus-CBE.pdf>
- Manual COVID-19 para el neurólogo general. Sociedad Española de Neurología. Ediciones SEN. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2020/Manual_neuroCOVID-19_SEN.pdf

- Registro nacional de manifestaciones neurológicas en la Infección por Covid-19 de la Sociedad Española de Neurología: García-Azorín D, Abildúa MJA, Aguirre MEE, Fernández SF, Moncó JCG, Guijarro-Castro C, Platas MG, Delgado FR, Andrés JML, Ezpeleta D; Spanish neuroCOVID registry group. Neurological presentations of COVID-19: Findings from the Spanish Society of Neurology neuroCOVID-19 registry. J Neurol Sci. 2020 Dec 19;423:117283. doi: 10.1016/j.jns.2020.117283. Epub ahead of print. PMID: 33636661; PMCID: PMC7749644. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7749644/pdf/main.pdf>
- Sociedad Española de Psiquiatría: http://www.sepsiq.org/informacion_salud_mental
 - Guía COVIDSAM para la intervención en Salud Mental durante el Brote Epidémico de COVID-19: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20GU%C3%8DA%20COVIDSAM.pdf>
 - NO PANIC COVID (un comic creado para mejorar la ansiedad asociada a situaciones como la hospitalización general o de UCI por COVID): <https://nopanicovid.com/>
 - Cuidando la Salud Mental del Personal Sanitario: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
 - Cuide su salud Mental durante la cuarentena por coronavirus: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
- **SEMG. LongCovidACTS. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/COVID persistente. Mayo 2021.**

BIBLIOGRAFÍA GENERAL (por orden alfabético):

- Abenza Abildúa MJ, Atienza S, Carvalho Monteiro G, Erro Aguirre ME, Imaz Aguayo L, Freire Álvarez E, García-Azorín D, Gil-Olarte Montesinos I, Lara Lezama LB, Navarro Pérez MP, Pérez Sánchez JR, Romero Delgado F, Serrano Serrano B, Villarreal Vitorica E, Ezpeleta Echávarri D. Encephalopathy and encephalitis during acute SARS-CoV-2 infection. Spanish Society of Neurology COVID-19 Registry. Neurologia. 2021 Mar;36(2):127-134. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2020.11.013. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33549369; PMCID: PMC7833484. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7833484/pdf/main.pdf>
- Abdoul-Azize HT, El Gamil R. Social Protection as a Key Tool in Crisis Management: Learnt Lessons from the COVID-19 Pandemic. Glob Soc Welf. 2020 Sep 1:1-10. doi: 10.1007/s40609-020-00190-4. Epub ahead of print. PMID: 32904786; PMCID: PMC7458781.
- Alonso J et al MINDCOVID Working group. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020 Dec 10:S1888-9891(20)30128-2. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.12.001. Epub ahead of print. PMID: 33309957; PMCID: PMC7726524.
- Álvarez-Sala JL, Sánchez Gascón F, Agustí A, Díaz Cambriles MT, Gómez de Terreros FJ, Lozano L, et al. Requisitos para la acreditación de unidades docentes en la especialidad de neumología..Arch Bronconeumol, 39 (2003), pp. 42-4.
- Apolone G, Bertolini G, D'Amico R, Iapichino G, Cattaneo A, De Salvo G, et al. The performance of SAPS II in a cohort of patients admitted to 99 Italian ICUs: results from GIVI. Gruppo Italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva. Intensive Care Med, 22 (1996), pp. 1368-78

- Barazzoni R, Bischoff SC, Krznaric Z, Pirlich M, Singer P. Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection. [Internet.] Clinical Nutrition. 2020. Disponible en: https://www.espen.org/files/Espen_expert_statements_and_practical_guidance_for_nutritional_management_of_individuals_with_sars-cov-2_infection.pdf
- Belenguier-Muncharaz A, Reig-Valero R, Altaba-Tena S, Casero-Roig P, Ferrándiz-Sellés A. [Noninvasive mechanical ventilation in severe pneumonia due to H1N1 virus]. *Med Intensiva.*, 35 (2011), pp. 470-477 <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2011.04.001> | Medline <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03797.x> | Medline
- Berenguer J, et al. *Thorax* 2021;0:1–10. doi:10.1136/thoraxjnl-2020-216001 <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-COVID19-manejoclinico-v201209.pdf>
- Bone RC, Balk RA. Noninvasive respiratory care unit. A cost effective solution for the future. *Chest*, 93 (1988), pp. 390-4
- Bouadma L, Lescure F-X, Lucet J-C, Yazdanpanah Y, Timsit J-F. Severe SARS-CoV-2 infections: Practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med.* 2020 [consultado 3 Mar 2020]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-020-05967-x>
- British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. COVID-19: information for the respiratory community. British Thoracic Society. Updated 6 May 2020.
- Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, Lofaso F, Conti G, Rauss A, et al. Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 333 (1995), pp. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199509283331301> | Medline
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* (London, England). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cao J, Tu WJ, Cheng W, et al. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Corona Virus Disease 2019 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis* 2020.
- Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020 Jul 9
- Carrascosa JM, Morillas V, Bielsa I y Munera-Campos M. Manifestaciones cutáneas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(9):734-42.
- Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico MM, et al. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud. [Internet.] Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2016. Disponible en <https://focap.files.wordpress.com/2016/12/atencion-a-las-personas.pdf>
- Castillo Gómez J, Sánchez Gascón F, Pozo Rodríguez F, Álvarez-Sala Walther JL, Rodríguez-Roisin R, Gómez de Terreros Sánchez FJ, et al. Programa de Educación Posgraduada en Neumología. *Arch Bronconeumol*, 30 (1994), pp. 307-10
- CDC. Discontinuation of transmission-based precautions for patients with confirmed SARS-CoV-2 infection. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>
- Cimas, JE. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. *FMC.* 2021; 28(2): 81-89.
- Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Network. | medRxiv [Internet]. [citado 29 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.24.20111971v1.article-metrics>
- Connors JM, Levy JH. Thromboinflammation and the hypercoagulability of COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020.
- Coronavirus Resource Center, Johns Hopkins University & Medicine, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> consultado 20/05/2020, 4:30 pm.

- COVID-19. Clinical management. Living guidance. 25 January 2021. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2021.1
- COVID Symptom Study. How long does COVID-19 last? 2020 [internet publication]
- COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed 10/15/2020
- Connors AF Jr, Dawson NV, Thomas C, Harrell FE Jr, Desbiens N, Fulkerson WJ, et al. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments). *Am J Respir Crit Care Med*, 154 (1996), pp. 959-67
- Confalonieri M, Gorini M, Ambrosino N, Mollica C, Corrado A, Scientific Group on Respiratory Intensive Care of the Italian Association of Hospital Pneumologists. Respiratory intensive care units in Italy: a national census and prospective cohort study. *Thorax*, 56 (2001), pp. 373-8
- Cortegiani A, Longhin Fi, Carlucci A, Scala R, Groff P, Brun Ai, et al. High-flow nasal therapy versus noninvasive ventilation in COPD patients with mild-to-moderate hypercapnic acute respiratory failure: Study protocol for a noninferiority randomized clinical trial. *Trials.*, 20 (2019), pp. 450 <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-019-3514-1> | Medline
- Chen D, Xu W, Lei Z, Huang Z, Liu J, Gao Z, et al. Recurrence of positive SARS-CoV-2 RNA in COVID-19: A case report. *Int J Infect Dis.* [Internet.] 2020 Mar 5. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30122-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30122-3/fulltext)
- Chen C, Zhou Y, Wen Wang D. SARS-CoV-2: a potential novel etiology of fulminant myocarditis. *Herz.* [Internet.] 2020;Mar 5:1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32140732>
- T.M.T. Cheung, L.Y.C. Yam, L.K.Y. So, A.C.W. Lau, E. Poon, B.M.H. Kong, et al. Effectiveness of noninvasive positive pressure ventilation in the treatment of acute respiratory failure in severe acute respiratory syndrome. *Chest.*, 126 (2004), pp. 845-850 <http://dx.doi.org/10.1378/chest.126.3.845> | Medline
- Danzi GB, Loffi M, Galeazzi G, Gherbesi E. Acute pulmonary embolism and COVID-19 pneumonia: a random association? *Eur Heart J* 2020.
- Davidson C, Banham S, Elliott M, Kennedy D, Gelder C, Glossop A, et al. British Thoracic Society/Intensive Care Society Guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. *BMJ Open Respir Res.*, 3 (2016), pp. e000133 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjresp-2016-000133> | Medline
- Díaz S, Conangla L, Sánchez IM, Pujol J, Tarrazo JA, Morales JM. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica en Medicina Familiar: ecocardiografía y ecografía pulmonar. *Aten Primaria.* 2019;51(3):172-183.
- Dominguez F, Kühl U, Pieske B, Garcia-Pavia P, Tschöpe C. Update on Myocarditis and Inflammatory Cardiomyopathy: Reemergence of Endomyocardial Biopsy. *Rev Esp Cardiol.* [Internet.] 2016;69(2):178-87. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-update-on-myocarditis-inflammatory-cardiomyopathy-S1885585715004399>
- Duan J, Han X, Bai L, Zhou L, Huang S. Assessment of heart rate, acidosis, consciousness, oxygenation, and respiratory rate to predict noninvasive ventilation failure in hypoxemic patients. *Intensive Care Med.*, 43 (2017), pp. 192-199 <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-016-4601-3> | Medline
- Elke G, Hartl WH, Kreymann KG, Adolph M, Felbinger TW, Graf T et al. Clinical Nutrition in Critical Care Medicine – Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM) [Internet.] *Clinical Nutrition ESPEN.* 2019; 33:220-275. Disponible en: [https://clinicalnutritionespen.com/article/S2405-4577\(19\)30301-8/fulltext](https://clinicalnutritionespen.com/article/S2405-4577(19)30301-8/fulltext)
- Elpern EH, Silver MR, Rosen RL, Bone RC. The noninvasive respiratory care unit. Patterns of use and financial implications. *Chest*, 99 (1991), pp. 205-8
- Esteban A, Alia I, Ibañez J, Benito S, Tobin MJ, and the Spanish Lung Failure Collaborative Group. Modes of mechanical ventilation and weaning. A national survey of Spanish hospitals. *Chest*, 106 (1994), pp. 1188-93

- Evans T, Elliott MW, Ranieri M, Seeger W, Similowski T, Torres A, et al. Pulmonary medicine and (adult) critical care medicine in Europe. *Eur Respir J*, 19 (2002), pp. 1202-6
- Frat JP, Thille AW, Mercat A, Girault C, Ragot S, Perbet S, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. *N Engl J Med.*, 372 (2015), pp. 2185-2196 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1503326> | Medline
- García-Azorín D, et al .Neurological Comorbidity Is a Predictor of Death in Covid-19 Disease: A Cohort Study on 576 Patients. *Front Neurol.* 2020 Jul 7;11:781. doi: 10.3389/fneur.2020.00781. PMID: 32733373; PMCID: PMC7358573.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7358573/pdf/fneur-11-00781.pdf>
- García-Azorín D, Trigo J, Talavera B, Martínez-Pías E, Sierra Á, Porta-Etessam J, Arenillas JF, Guerrero ÁL. Frequency and Type of Red Flags in Patients With Covid-19 and Headache: A Series of 104 Hospitalized Patients. *Headache.* 2020 Sep;60(8):1664-1672. doi: 10.1111/head.13927. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32790215; PMCID: PMC7436570. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7436570/pdf/HEAD-9999-na.pdf>
- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ.* 2020 Aug 11;370:m3026
- Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* [Internet]. 28 de febrero de 2020 [citado 6 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>
- Guo J, Huang Z, Lin L, Lv J. Coronavirus disease 2019 (COVID 2019) and cardiovascular disease: a viewpoint on the potential influence of angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers on onset and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *J Am Heart Assoc.* [Internet.] 2020;9(7):e016219. Diponible en: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.120.016219?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Jecko T, Tang N, Gando S, Falanga A, Cattaneo M, Levi M, et al. ISTH Interim Guidance on Recognition and Management of Coagulopathy in COVID-19. [Internet.] *Journal of Thrombosis and Haemostasis.* 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jth.14810>
- Henning RJ, McClish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients: implications for organization of intensive care. *Crit Care Med*, 15 (1987), pp. 264-9
- Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Medicine.* [Internet.] 2016;42(5), 725-738. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-016-4321-8>
- Herridge M. Fifty Years of Research in ARDS. Long-Term Follow-up after Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights for Managing Medical Complexity after Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med.*[Internet.] 2017;196(11):1380-4. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201704-0815ED>
- Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte-Martyn A, et al. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* [Internet.] 2003;348(8):683-93. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa022450?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov
- Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, Guo L, Liu M, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *www.thelancet.com* Published online January 8, 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Huang Y, Tan C, Wu J, et al. Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. *Respir Res* 2020; 21:163.
- Hui DS, Wong KT, Ko FW, et al. The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors. *Chest* 2005; 128:2247.

- Inter-Agency Standing Committee (IASC). Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. [Internet.] IASC; 2020. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf
- Interim clinical guidance for adults with suspected or confirmed COVID-19 in Belgium. [Internet.] 31 mars 2020. Disponible en: https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_InterimGuidelines_Treatment_ENG.pdf
- International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine: noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure..Am J Respir Crit Care Me, 163 (2001), pp. 283-91
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., ... Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. Psychiatry Research, 286, 112903. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
- Klok FA, Boon GJAM, Barco S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. Eur Respir J 2020; 56: 2001494.
- Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thromb Res 2020.
- Lan L, Xu D, Ye G, Xia C, Wang S, Li Y, et al. Positive RT-PCR Test Results in Patients Recovered From COVID-19. JAMA. [Internet.] 2020 Feb 27. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762452>
- Laporte JR, Healy D. Medicamentos que aumentan el riesgo de neumonía. [Internet.] Disponible en: <http://www.nogracias.org/2020/04/04/medicamentos-que-aumentan-el-riesgo-de-neumonia-por-joan-ramon-laporte-y-david-healy/>
- Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S, et al. Development and Clinical Application of A Rapid IgM-IgG Combined Antibody Test for SARS-CoV-2 Infection Diagnosis. J Med Virol. [Internet.] 2020; 0-1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32104917>
- Ling Y, Xu SB, Lin YX, Tian D, Zhu ZQ, Dai FH, et al. Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. Chin Med J (Engl). [Internet.] 2020 Feb 28. Disponible en: https://journals.lww.com/cmj/Abstract/publishahead/Persistence_and_clearance_of_viral_RNA_in_2019.99362.aspx
- Long L, Zhao HT, Zhang ZY, Wang GY, Zhao HL. Lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in adults: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96:e5713. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000005713>
- López JT, García-Azorín D, Planchuelo-Gómez Á, García-Iglesias C, Dueñas-Gutiérrez C, Guerrero ÁL. Phenotypic characterization of acute headache attributed to SARS-CoV-2: An ICHD-3 validation study on 106 hospitalized patients. Cephalalgia. 2020 Nov;40(13):1432-1442. doi: 10.1177/0333102420965146. PMID: 33146037; PMCID: PMC7645601. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7645601/pdf/10.1177_0333102420965146.pdf
- López J, Mitjà O. Salida coordinada del confinamiento. Propuesta de intervenciones de salud pública para el control de la infección SARS-CoV-2 en la comunidad. [Internet.] Disponible en: https://www.diariandorra.ad/uploads/documentos/2020/04/03/_document_5f7df7f4.pdf
- Man MA, Dantes E, Domokos Hancu B, Bondor CI, Ruscovan A, Parau A, et al. Correlation between transthoracic lung ultrasound score and HRCT features in patients with interstitial lung diseases. J Clin Med. 2019;8(8). pii: E1199. doi: 10.3390/jcm8081199.
- Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol 2020.

- Mortier P, et al MINDCOVID Working Group. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety*. 2021 May;38(5):528-544. doi: 10.1002/da.23129. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33393724.
- Mo X, Jian W, Su Z, et al. Abnormal pulmonary function in COVID-19 patients at time of hospital discharge. *Eur Respir J* 2020; 55.
- Nalbandian A et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*. 2021 (27): 601–615.
- National Health Commission & State Administration of Traditional Chinese Medicine. Diagnosis and Treatment Protocol for Novel Coronavirus Pneumonia (Trial Version 7). [Internet.] 2020.
Disponible en: http://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/eng_clinical_protocols_v7.pdf
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Confirmed or Suspected COVID-19 (Interim Guidance). [Internet.] Marzo de 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/hcp-return-work.html>
- Oxley TJ, Mocco J, Majidi S, et al. Large-Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young. *N Engl J Med* 2020.
- Oxley T et al. Large-Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young. *N Engl J Med* 2020; 382:e60
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020
- Peeri NC, Shrestha N, Rahman S, Zaki R, Tan Z et al. The SARS MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: What lessons have we learned?. *Int J Epidemiol.*, (2020), <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyaa033>.
- Pisani L, Nava S. Noninvasive ventilation in acute hypercapnic respiratory failure. *Semin Respir Crit Care Med.*, 35 (2014), pp. 501-506 <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1383864> | Medline
- Peng QY, Wang XT, Zhang LN, Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). Finding of lung ultrasonography of novel coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. *Intensive Care Med* 2020 Mar 12. doi: 10.1007/s00134-020-05996-6
- Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 355 (2000), pp. 1931-5
- Preguntas y respuestas sobre COVID-19 para Atención Primaria. [Internet.] Disponible en: <https://covid19.gitbook.io/guia-coronavirus/>
- Prescrire. Covid-19 et hydroxychloroquine: incertitudes et questions qui se posent. [Internet.] 2 de abril de 2020. Disponible en <https://www.prescrire.org/fr/203/1845/58625/0/PositionDetails.aspx>
- Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020.
- Ensayo RECOVERY: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021436>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Situación de COVID-19 en España. Informe 33 [Internet]. 2020 mayo.
- Réseau français des Centres régionaux de Pharmacovigilance. Chloroquine et hydroxychloroquine. Point d'information à destination des professionnels de santé. [Internet.] 22 mars 2020. Disponible en: <https://www.rfcrpv.fr/chloroquine-point-dinformation/>
- Rubin GD, Ryerson CJ, Haramati LB, et al. The Role of Chest Imaging in Patient Management During the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement From the Fleischner Society [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *Chest*. 2020;.doi:10.1016/j.chest.2020.04.003
- Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarios y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac. Sanit.* 2020

- Ricard JD, Dib F, Esposito-Farese M, Messika J, Girault C. REVA network comparison of high flow nasal cannula oxygen and conventional oxygen therapy on ventilatory support duration during acute-on-chronic respiratory failure: Study protocol of a multicentre, randomised, controlled trial. The «HIGH-FLOW ACRF» study. *BMJ Open.*, 8 (2018), pp. e022983 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022983> | Medline
- Ridley, EJ, Chapple LS, Chapman MJ. Nutrition intake in the post-ICU hospitalization period. [Internet.] *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care.*2020; 23(2): 111-5. Disponible en: https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Abstract/2020/03000/Nutrition_intake_in_the_post_ICU_hospitalization.10.aspx
- Roca O, Caralt B, Messika J, Samper M, Sztrymf B, Hernández G, et al. An index combining respiratory rate and oxygenation to predict outcome of nasal high-flow therapy. *Am J Respir Crit Care Med.*, 199 (2019), pp. 1368-1376 <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201803-0589OC> | Medline
- Roca O, Hernández G, Díaz-Lobato S, Carratalá JM, Gutiérrez RM, Masclans JR, et al. Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high flow nasal cannula supportive therapy in adult patients with respiratory failure. *Crit Care.*, 20 (2016), pp. 109. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1263-z> | Medline
- Rodríguez A, Ferri C, Martín-Loeches I, Díaz E, Masclans JR, Gordo F, et al. Risk factors for noninvasive ventilation failure in critically ill subjects with confirmed influenza infection. *Respir Care.*, 62 (2017), pp. 1307-1315 <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.05481> | Medline
- Sage WM, Rosenthal MH, Silverman JF..Is intensive care worth it? An assessment of input and outcome for the critically ill..*Crit Care Med*, 14 (1986), pp. 777-82
- Oye RK, Bellamy PE.Patterns of resource consumption in medical intensive care.*Chest*, 99 (1991), pp. 685-9
- Scala R, Heunks L. Highlights in acute respiratory failure. *Eur Respir Rev.*, 27 (2018), pp. 180008 <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0008-2018> | Medline
- Schonfeldt H, Hall N. Dietary protein quality and malnutrition in Africa. *The British journal of nutrition.* 2012; 108 (supl. 2): S69-76.
- Seneff MG, Wagner DP, Wagner RP, Zimmerman JE, Knaus WA.Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.. *JAMA*, 274 (1995), pp. 1852-7
- Sivan M, Taylor S. NICE guideline on long covid. *BMJ* 2020;371:m4938. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4938>
- Soldevila Langa L et al. Interpretación de las pruebas diagnósticas de la COVID-19. *FMC.* 2021;28(3):167-73.
- Solomon M et al. The Covid-19 Pandemic and the Incidence of Acute Myocardial Infarction. DOI:10.1056/NEJMc2015630
- Spagnolo P, Balestro E, Aliberti S, et al. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? [published online ahead of print, 2020 May 15]. *LancetRespirMed.* 2020;S2213-2600(20)30222-8.
- J. Sun, Y. Li, B. Ling, Q. Zhu, Y. Hu, D. Tan, et al. High flow nasal cannula oxygen therapy versus non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease with acute-moderate hypercapnic respiratory failure: An observational cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 14 (2019), pp. 1229-1237. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S206567> | Medline
- Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patient with coagulopathy. *J Thromb Haemost.* [Internet.] 2020 Mar 27. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jth.14817>
- Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network: United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jul 24

- The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). China CDC Wkly [Internet]. febrero de 2020. Disponible en: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
- Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*. [Internet.] 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695532030028X>
- Torres A..Respiratory intensive care in Spain..*Monaldi Arch Chest Dis*, 54 (1999), pp. 441-3 Madrid: 1997.
- Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, et al. Guillain-Barré Syndrome Associated with SARSCoV-2. *N Engl J Med* 2020.
- Trigo J, García-Azorín D, Planchuelo-Gómez Á, Martínez-Pías E, Talavera B, Hernández-Pérez I, Valle-Peñacoba G, Simón-Campo P, de Lera M, Chavarría-Miranda A, López-Sanz C, Gutiérrez-Sánchez M, Martínez-Velasco E, Pedraza M, Sierra Á, Gómez-Vicente B, Arenillas JF, Guerrero ÁL. Factors associated with the presence of headache in hospitalized COVID-19 patients and impact on prognosis: a retrospective cohort study. *J Headache Pain*. 2020 Jul 29;21(1):94. doi: 10.1186/s10194-020-01165-8. PMID: 32727345; PMCID: PMC7388434. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7388434/pdf/10194_2020_Article_1165.pdf
- Van Zanten ARH, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. [Internet.] *Crit Care*. 2019 Nov 21;23(1):368. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2657-5>
- Vetrugno L, Bove T, Orso D, Barbariol F, Bassi F, Boero E, et al. Our Italian experience using lung ultrasound for identification, grading and serial follow-up of severity of lung involvement for management of patients with COVID-19. *Echocardiography*. 2020 Apr 1 (Accepted for publication). doi: 10.1111/echo.14664
- Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units? *Intensive Care Med*, 25 (1999), pp. 1345-9
- Vindegaard N, Eriksen Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020 (89): 531–542.
- Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, Lichtenstein DA, Mathis G, Kirkpatrick AW, et al.; International Liaison Committee on Lung Ultrasound (ILC-LUS) for International Consensus Conference on Lung Ultrasound (ICCLUS). International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med*. 2012;38:577-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-012-2513-4>.
- Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
- WHO. 2020. Support for Rehabilitation: Self-Management after COVID-19 Related Illness.
- WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
- World Health Organization Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 24 February 2020. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020> (Accessed on February 26, 2020).

- World Health Organization Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 24 February 2020. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020> (Accessed on February 26, 2020).
- Wright, M., Southcott, E, MacLaughlin H, Wineberg S. Clinical practice guideline on undernutrition in chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2019; 20: 370. Disponible en: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-019-1530-8>
- Xie Y, Wang X, Yang P, et al. COVID-19 Complicated by Acute Pulmonary Embolism. *Images in Cardiothoracic Imaging* 2020.
- Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Resp Med.*, (2020).
- You J, Zhang L, Ni-Jia-Ti MY, et al. Anormal pulmonary function and residual CT abnormalities in rehabilitating COVID-19 patients after discharge. *J Infect* 2020; 81:e150.
- Yang Liu, Li-Meng Yan, Lagen Wan, Tian-Xin Xiang, Aiping Le, Jia-Ming Lui, et al. Viral dinamic in mild and severe cases of Covid-19. *The Lancet.* [Internet.] 2020 Mar 19. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30232-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30232-2/fulltext)
- Yuan J, Kou S, Liang Y, Zeng J, Pan Y, Liu L. Clinical characteristics on 25 discharged patients with COVID-19 virus returning. *MedRxiv.* [Internet.] 2020 Mar 06. 20031377. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20031377v1.full.pdf>
- Yuste ME, Moreno O, Narbona S, Acosta F, Peñas L, Colmenero M. Efficacy and safety of high-flow nasal cannula oxygen therapy in moderate acute hypercapnic respiratory failure. *Rev Bras Ter Intensiva.*, 31 (2019), pp. 156-163 <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20190026> | Medline
- Zhao H, Wang H, Sun F, Lyu S, An Y. High-flow nasal cannula oxygen therapy is superior to conventional oxygen therapy but not to noninvasive mechanical ventilation on intubation rate: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care.*, 21 (2017), pp. 184 <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-017-1760-8> | Medline
- Zhang Y, Xiao M, Zhang S, et al. Coagulopathy and Antiphospholipid Antibodies in Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382:e38.
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine.* <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.
- Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factor for mortality of adult inpatients with covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054-62.



Este documento está dedicado a los pacientes y profesionales que, debido a la COVID-19, han fallecido o enfermado durante la pandemia.