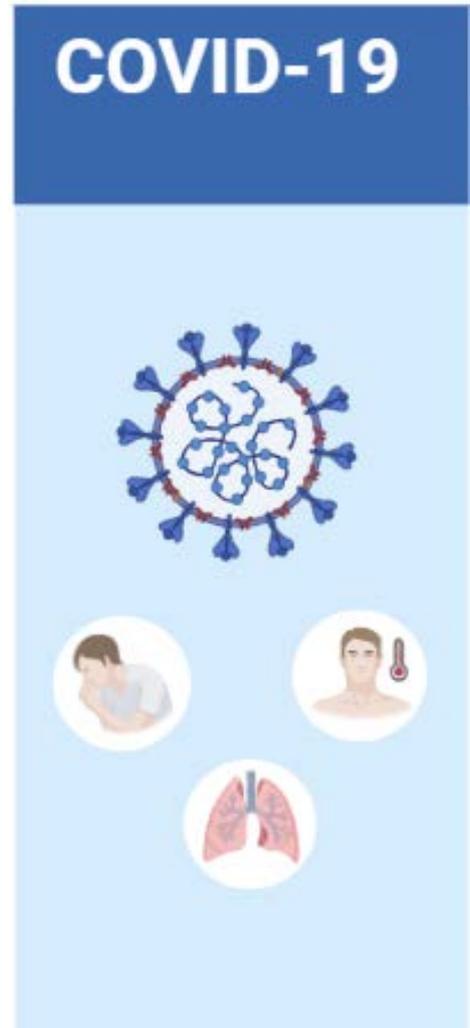


RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON COVID-19 TRAS EL EPISODIO AGUDO



Murcia, 1 de julio de 2021



COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Pedro Parra Hidalgo. Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Asistencia Sanitaria y Continuidad Asistencial. SMS.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Mar Alcalde Encinas. Coordinadora Regional Programa IRAS-PROA. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

Amaya Jimeno Almazán. Coordinación Regional del Programa IRAS-PROA. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

AUTORES (por orden alfabético)

Ada Luz Andreu Rodríguez. FEA Neumología. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII.

Enrique Bernal Morel. FEA Medicina Interna (Infecciosas). Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII.

José Eduardo Calle Urra. Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

Daniel Campoy Soto. Coordinador de Calidad. Área III.

María Xania De Casas Fernández. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Cartagena San Antón. Área II.

Pedro Domínguez Romero. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP de Espinardo. Área I.

Elisa García Vázquez. FEA Medicina Interna (Infecciosas). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I.

Trinidad Gil Pérez. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP de Yecla Este (Mariano Yago). Área V.

Alicia Laso Ortiz. FEA Medicina Interna. Hospital de la Vega-Lorenzo Guirao. Área IX.

Concepción Martínez Delgado. Coordinadora Médico Centro de Salud de Calasparra. Área IV.

Pedro Menchón Martínez. Subdirector Médico del Hospital General Universitario J.M. Morales Mesguer. Área VI.

María Encarnación Nicolás Martínez. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora Médico Centro de Salud de Lorquí. Área VI.

Elena Payá Peñalver. FEA Neumología. Hospital de la Vega-Lorenzo Guirao. Área IX.

Ana Isabel Peláez Ballesta. FEA Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Área III.

Francisco José Ruiz López. Jefe de Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I.

Mariana Ruiz Sánchez. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Área VIII.



Jesús Oliva Navarro. FEA Medicina Interna. Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV.

Trinitario Sánchez Montón. Subdirector Médico del Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II.

Adriana Sánchez Serrano. FEA Medicina Interna. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII.

Antonio Santacruz Siminiani. Jefe de Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II.

Francisco Vivancos Alcaraz. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Castillo. Área V.

REVISIÓN Y EDICIÓN

Adelia Más Castillo. Técnico Responsable de Calidad Asistencial. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

Pilar Nieto Martínez. Técnico Máster de Apoyo a la Investigación. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.



ÍNDICE

ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	5
ALCANCE	5
METODOLOGÍA	5
RECOMENDACIONES	7
1. PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2 SIN AFECTACIÓN RELEVANTE DE OTROS ÓRGANOS DIANA.	7
1.1. Pacientes que han precisado ingreso hospitalario.	7
1.2. Pacientes que no han precisado ingreso hospitalario.	12
2. INDICACIONES DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CUADROS LEVES DE MANEJO AMBULATORIO SIN EVIDENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA.	13
3. SÍNDROME POST-COVID-19 (SPC).	14
BIBLIOGRAFÍA	15

01/07/2021 13:45:48

AVALEA VIGEBIAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-e84b9e79-4a61-01c2-5e9d-005059b6280



INTRODUCCIÓN

La COVID-19 ha provocado un incremento importante en la morbimortalidad y en el uso de recursos en un corto periodo de tiempo, desafiando la capacidad del sistema sanitario.

La supervivencia de estos pacientes ha aumentado, incluso después de sufrir una insuficiencia respiratoria grave y un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); por ello es necesario orientar las necesidades de asistencia que se derivan de las secuelas conocidas de la enfermedad, principalmente en relación con la afectación pulmonar residual.

OBJETIVO

El objetivo de las recomendaciones contenidas en este documento es normalizar el abordaje integral y seguimiento de la atención continuada de los pacientes que han sufrido un episodio de COVID-19 sintomático, cuya atención ha sido dispensada tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria; proporcionándole un carácter multidisciplinar al integrar las indicaciones de los diferentes profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

ALCANCE

Ámbito de aplicación: Atención Primaria (Equipos de Atención Primaria y Servicios de Urgencia de Atención Primaria [SUAP] y Hospitalaria (urgencias y planta de hospitalización).

Población diana: pacientes sintomáticos tras el episodio de COVID-19 agudo:

- Pacientes con **NEUMONÍA POR SARS-CoV-2** sin afectación relevante de otros órganos diana:
 - o Que han precisado ingreso hospitalario.
 - o Que no han precisado ingreso hospitalario.

- Pacientes con o sin neumonía que presentan afectación predominante de otro órgano diana,

OTRAS SECUELAS DE COVID-19:

- o Cardíacas: infarto agudo de miocardio (IAM), arritmias, miopericarditis, insuficiencia cardíaca de novo.
- o Neurológicas: ictus, accidente isquémico transitorio (AIT), neuropatías, encefalopatía.
- o Enfermedad tromboembólica venosa (ETV): tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis venosa profunda (TVP).
- o Afectación multisistémica: Síndrome post-UCI (PICS).
- Pacientes con cuadros leves de manejo ambulatorio **SIN EVIDENCIA DE LESIÓN** de órgano diana.
- **Síndrome Post-COVID-19 (SPC).**

Profesionales implicados: personal sanitario que atiende a pacientes con una COVID-19 aguda o post-aguda.

METODOLOGÍA

Creación del grupo de trabajo

Desde la Subdirección General de Calidad Asistencial Seguridad y Evaluación (SGCASE) se coordinó la puesta en marcha de un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios de atención primaria y



del ámbito hospitalario (Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Neumología). Estos profesionales fueron propuestos por sus respectivas direcciones médicas de área por tratarse de especialistas implicados en la atención de los pacientes COVID-19 desde el inicio de la pandemia.

Formulación de las preguntas clínicas

La SGCASE realizó una propuesta inicial de preguntas clínicas que fue debatida por el grupo de trabajo y de la que se obtuvieron las cuestiones que finalmente refleja el documento. El objetivo fue abordar de forma integral el seguimiento del paciente que ha sufrido un episodio de COVID-19 sintomático, cuya atención ha sido dispensada tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

Las preguntas clínicas son las siguientes:

1. PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 SIN AFECTACIÓN RELEVANTE DE OTROS ÓRGANOS DIANA

1. 1 Pacientes que han precisado ingreso hospitalario

- a. ¿Qué pacientes son subsidiarios de seguimiento hospitalario?
- b. ¿Qué especialidades van a ser las responsables del seguimiento hospitalario?
- c. ¿Qué indicaciones específicas precisan los pacientes con oxigenoterapia en el momento del alta hospitalaria?
- d. ¿Cómo y cuándo se realizan las primeras visitas de seguimiento hospitalario?
- e. ¿Qué pruebas complementarias se deben realizar en las dos primeras revisiones?
- f. ¿Cuáles son las indicaciones para el alta tras las primeras las visitas de seguimiento hospitalario a la 6ª y 12ª semana?
- g. ¿Cuáles son las indicaciones para la continuación de seguimiento más allá de la 12ª semana de evolución tras al alta hospitalaria?
- h. ¿Cuándo se puede considerar la finalización del seguimiento hospitalario?
- i. Tras haber precisado ingreso o valoración en urgencias, ¿qué pacientes con neumonía son subsidiarios de seguimiento ambulatorio?
- j. ¿Cuándo y cómo se debe realizar la primera revisión en atención primaria?
- k. ¿Cuándo y cómo se deben realizar las revisiones sucesivas en atención primaria?

1. 2 Pacientes que no han precisado ingreso hospitalario

- a. ¿Cuándo y cómo se realiza el seguimiento durante el periodo de aislamiento domiciliario?
- b. ¿Cuándo y cómo se realiza el seguimiento tras la fase de aislamiento?
- c. ¿Qué pruebas complementarias se deben realizar en las revisiones presenciales?

2. INDICACIONES DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CUADROS LEVES DE MANEJO AMBULATORIO SIN EVIDENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

3. SÍNDROME POST-COVID-19 (SPC)

- a. ¿Qué pacientes con síntomas persistentes precisan seguimiento?
- b. ¿Qué pruebas complementarias se recomiendan para la evaluación del SPC?
- c. Recomendaciones de NO hacer en SPC



Búsqueda y revisión de la evidencia para contestar a las preguntas clínicas

En el momento actual no se dispone de documentos con recomendaciones o guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la COVID-19 en su fase de convalecencia. Por este motivo se ha utilizado un enfoque pragmático, basado en la revisión de publicaciones que contienen recomendaciones basadas en el consenso de expertos de sociedades científicas de referencia (Medicina de Familia, Medicina Interna, Neumología, Radiología), del ámbito nacional e internacional, publicaciones de estudios individuales, así como opiniones de expertos a nivel local.

Procedimiento de consulta

Tras la revisión de la evidencia disponible se elaboró una propuesta provisional de recomendaciones para cada una de las preguntas por parte de profesionales expertos en enfermedades infecciosas. Esta propuesta fue sometida posteriormente a revisión y consenso por parte del grupo de trabajo, obteniéndose la propuesta final de recomendaciones que aparece en este documento.

RECOMENDACIONES

1. PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2 SIN AFECTACIÓN RELEVANTE DE OTROS ÓRGANOS DIANA.

La mayoría de los pacientes que ingresan en el hospital presentan neumonía con fracaso respiratorio agudo de diferente gravedad. El manejo de estos pacientes se realiza, habitualmente, en la planta de hospitalización. Algunos de ellos precisarán soporte respiratorio avanzado o ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en otros, por su condición de estabilidad, el seguimiento se realizará en el ámbito ambulatorio de la atención primaria (AP).

La morbilidad respiratoria a largo plazo de los pacientes que han sufrido un episodio de COVID-19 sintomático agudo todavía no está claramente establecida, pero datos provenientes del análisis de los brotes por los virus SARS y MERS sugieren que un porcentaje no despreciable de pacientes podrían presentar alteraciones respiratorias persistentes a largo plazo. De acuerdo a los datos disponibles en la actualidad para SARS-CoV-2, la afectación intersticial pulmonar con potencial evolución a formas fibróticas y las manifestaciones tromboembólicas pulmonares parecen ser las más frecuentes y son las que centran las indicaciones para el seguimiento.

Para abordar la estrategia de seguimiento, los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 se han estratificado (en función de la condición de gravedad, su capacidad funcional al alta y el ámbito de atención más prevalente) en dos tipos:

- Pacientes que han precisado ingreso hospitalario (bien en la planta de hospitalización o en la UCI), cuyas manifestaciones fueron moderadas o graves.
- Pacientes ambulatorios con neumonías que no precisaron ingreso.

1.1. Pacientes que han precisado ingreso hospitalario.

El seguimiento de los pacientes que han precisado ingreso hospitalario dependerá fundamentalmente de la gravedad de la presentación de la neumonía y puede incluir consultas y revisiones presenciales o telemáticas, pruebas de imagen, pruebas de función pulmonar y valoraciones por diferentes



especialidades como Neumología, Medicina Interna o Enfermedades Infecciosas, según la organización de cada área de salud.

a. ¿Qué pacientes son subsidiarios de seguimiento ambulatorio hospitalario?

Son subsidiarios de seguimiento en consultas externas hospitalarias:

- Los pacientes con síntomas persistentes, nuevos o cambiantes tras una neumonía por SARS-CoV-2, independientemente de la situación de gravedad.
- Los pacientes que tengan una recuperación sintomática íntegra (asintomáticos) que no tengan resolución radiológica completa al alta hospitalaria deben ser evaluados para confirmar que esta se produzca. En estos casos, el seguimiento podrá ser realizado también en atención primaria si la situación basal del paciente o la condición del paciente así lo requiere.

No son subsidiarios de valoración ambulatoria hospitalaria:

- Pacientes asintomáticos en el momento del alta y con resolución radiológica completa de la neumonía que motivó el ingreso.
- Pacientes que, por su condición (grandes dependientes, demencia avanzada, etc.) o por su situación socio-familiar presentan imposibilidad para atender al seguimiento hospitalario o a la realización de pruebas complementarias. En este caso, realizarán su seguimiento específico en atención primaria según las indicaciones del punto 2, pág.13.

b. ¿Qué especialidades van a ser las responsables del seguimiento hospitalario?

El médico responsable del seguimiento hospitalario, en la mayoría de las ocasiones, será el facultativo de planta perteneciente a los servicios de Medicina Interna, a las secciones de Enfermedades Infecciosas, a las Unidades de Neumología o de Cuidados Intermedios Respiratorios (UCIR). Si el médico responsable en planta perteneciera a otra especialidad, médica o quirúrgica, diferente de las indicadas, al alta se derivará con cita a estas especialidades para realizar el seguimiento hospitalario ambulatorio.

En el caso de pacientes con neumonía y con afectación grave de otros órganos diana atribuibles a COVID-19, el seguimiento de estas secuelas las realizará el servicio correspondiente: Cardiología, Neurología, Unidad de Enfermedad Tromboembólica, etc.

Si se considera que el paciente presenta necesidades específicas después de las dos primeras evaluaciones en consultas externas, será derivado a la especialidad que se considere oportuna, principalmente, a la unidad de Neumología de referencia, para completar el estudio.

c. ¿Qué indicaciones específicas precisan los pacientes con oxigenoterapia en el momento del alta hospitalaria?

En los pacientes con oxigenoterapia al alta hospitalaria, el objetivo de saturación recomendable es alcanzar, sin que se produzcan desaturaciones, de forma estable cifras $\geq 93\%$. Esta saturación se debe obtener con flujos que no deben ser superiores a 4 lpm (litros por minuto).

La revisión de las demandas de oxígeno de los pacientes que han estado previamente hospitalizados la realizará el médico responsable del seguimiento hasta ese momento.



La evaluación de las demandas de oxigenoterapia domiciliar se realizará de forma presencial o telemática si existiera disponibilidad.

Cuando la oxigenoterapia se indique para la corrección de la hipoxemia durante la actividad física mediante la administración de oxígeno, el objetivo de saturación es $\geq 90\%$, bien a flujo continuo o en concentrador portátil a demanda (pulsos). La prescripción de los dispositivos portátiles requiere de una evaluación e indicación específica por parte de la unidad de Neumología, en este caso, la revisión de la demanda de oxigenoterapia, la realizarán en esta unidad.

d. ¿Cómo y cuándo se realizan las primeras visitas de seguimiento hospitalario?

El tiempo estimado de seguimiento para considerar la resolución de la clínica y/o los hallazgos radiológicos todavía no es conocido. La mayoría de los pacientes permanecerán asintomáticos a partir de la 12ª semana de evolución, pero la evolución es variable y depende principalmente de varios factores como la gravedad de presentación, la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) y la presencia de comorbilidades.

Tomando este intervalo de tiempo de referencia, se proponen las siguientes visitas de seguimiento, que podrán tener un margen de variabilidad en función de la disponibilidad de las agendas, estimado en aproximadamente ± 2 semanas:

- **Visita de control a las 6 semanas:** estaría indicada en aquellos pacientes en los que, por su condición de gravedad, la presencia de complicaciones es más probable:
 - Pacientes con comorbilidades graves.
 - Pacientes que con buena condición funcional previa presentan un estatus funcional muy pobre en el momento del alta y por tanto, son subsidiarios de más atención, ya sea de carácter médico, de enfermería, psicológica, social o de rehabilitación.
 - Pacientes con formas graves de presentación, especialmente si se ha precisado ingreso en UCI o ventilación mecánica no invasiva (VMNI).
 - Pacientes con necesidad de oxigenoterapia ambulatoria tras el alta.
 - Pacientes con afectación radiológica extensa y aquellos con pobre o nula resolución durante el ingreso.
 - Cualquier otro criterio a consideración del facultativo responsable.

Se recomienda que esta visita se realice de forma presencial. Las herramientas de televisita han demostrado ser una alternativa que puede proporcionar ayuda en la evaluación de la sexta semana y puede permitir un cribado efectivo para seleccionar a los pacientes que se beneficiarán de visitas sucesivas o urgentes. Por ello, si el centro dispone de los recursos necesarios y se pueden realizar las evaluaciones y pruebas complementarias indicadas, esta visita, si el facultativo lo considera oportuno, podrá realizarse de forma telemática. Otros motivos para realizar la visita de forma telemática pueden ser la negativa o dificultad del paciente para realizar visitas presenciales.

- **Visita de control a las 12 semanas (siempre presencial):** todos los pacientes en seguimiento hospitalario.

Los pacientes que durante la visita de la sexta semana cumplan con las condiciones de alta (resolución radiológica y sintomáticas completas), no precisarán acudir a la visita de control de las 12 semanas.



e. ¿Qué pruebas complementarias se deben realizar en las dos primeras revisiones?

En la tabla 1 se recogen las pruebas complementarias a realizar en las revisiones de las 6ª y de la 12ª semana.

Tabla 1. Evaluación y pruebas complementarias a realizar durante las visitas de las 6 y 12 semanas.

- Anamnesis.
- Si la visita es presencial: EF (debe incluir el registro de la auscultación pulmonar, de la FR, la FC, y la satO2).
- Cuestionarios de síntomas y evaluación de la disnea según la escala mMRC (Anexo 1 y 2).
- Radiografía de tórax de control posteroanterior y lateral.
- Analítica*: parámetros básicos en todos los pacientes: hemograma, glucosa, perfil lipídico, renal, hepático, albúmina, LDH, PCR, ferritina, coagulación (no incluye D-dímero).
- Gasometría si fue alta con oxigenoterapia o saturación basal $\leq 93\%$.

*Otras determinaciones se condicionarán por la condición clínica, la gravedad, las complicaciones y los resultados anormales de las pruebas durante la enfermedad aguda (troponina, proBNP, D dímero, etc.) y/o los síntomas en el momento del alta.

EF: exploración física, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardiaca, satO2: saturación de oxígeno. LDH: lactatodeshidrogenasa, PCR: proteína C reactiva.

Coagulación: AP (actividad de protrombina), APTT (tiempo de tromboplastina), fibrinógeno (no incluye específicamente D-dímero).

f. ¿Cuáles son las indicaciones para el alta tras las primeras visitas de seguimiento hospitalario a la 6ª y 12ª semana?

Podrán ser alta del seguimiento hospitalario aquellos pacientes que, bien en la visita de la 6ª semana como en la de la 12ª semana, presenten resolución sintomática y radiológica completas.

Aquellos pacientes con resolución radiológica completa, pero con persistencia sintomática leve y en ausencia de sospecha de complicaciones, serán alta para seguimiento desde AP.

g. ¿Cuáles son las indicaciones para la continuación de seguimiento más allá de la 12ª semana de evolución tras al alta hospitalaria?

Se derivarán a consultas de Neumología a partir de la 12ª semana para continuación de seguimiento:

- Pacientes con síntomas respiratorios persistentes tales como:
 - Disnea grado 3-4 de la mMRC.
 - Disnea grado $\geq 1-2$ de la mMRC en pacientes sin disnea previa.
 - Tos persistente.
 - Necesidad permanente de oxigenoterapia.
- Pacientes con síntomas progresivos.
- Pacientes que desarrollen síntomas de nueva aparición durante este tiempo.
- Pacientes con sospecha de complicación asociada por presentar alteraciones radiológicas persistentes.

Previo a su derivación se valorará solicitar las siguientes pruebas complementarias:

- Pruebas de función respiratoria (PFR) + test de difusión de CO (DLCO).
- TAC Tórax.



- Angio-TAC (si sospecha de ETV (enfermedad tromboembólica).
- ECOcardio, solo en función de la sospecha diagnóstica principal.

h. ¿Cuándo se puede considerar la finalización del seguimiento hospitalario?

Se puede considerar finalizar el seguimiento convencional cuando:

- El paciente está libre de síntomas.
- No se han evidenciado hallazgos significativos en las pruebas funcionales respiratorias o radiológicas complementarias.

i. ¿Qué pacientes con neumonía son subsidiarios de seguimiento ambulatorio en atención primaria?

Todo paciente dado de alta desde un centro hospitalario o desde urgencias con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2, debe ser objeto de seguimiento por parte de su médico de atención primaria, aun cuando haya sido o no citado en consultas externas hospitalarias.

j. ¿Cuándo y cómo se debe realizar la primera revisión en atención primaria?

Se recomienda que la primera revisión en atención primaria se realice a las 24-48 horas del alta hospitalaria, independientemente de que el paciente proceda de la planta de hospitalización o de los servicios de urgencias hospitalarios. El médico responsable hospitalario les proporcionará la cita con su médico de Atención Primaria en el momento del alta.

Las primeras evaluaciones desde AP serán en formato telemático a través de entrevista telefónica, que será realizada por el médico de atención primaria.

Los objetivos de evaluación establecidos para la primera llamada telefónica serán los siguientes:

- Realizar la historia de la enfermedad y conocer el estado de gravedad: si ha ingresado en planta o en cuidados intensivos y si ha precisado oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica.
- Realizar una valoración de su situación clínica y evaluar la presencia de síntomas de alarma relacionado con la COVID-19 y con las comorbilidades asociadas.
- Realizar la conciliación de tratamiento al alta y estimar la adherencia al mismo.
- Tratar de establecer una valoración de situación funcional en el momento del alta y de la afectación de la calidad de vida, así como atender a posibles aspectos de naturaleza emocional.

k. ¿Cuándo y cómo se deben realizar las revisiones sucesivas en atención primaria?

Se recomienda una periodicidad de seguimiento cada 24-48 horas en la primera semana y dos llamadas a la semana hasta el 15º día tras el alta hospitalaria o desde urgencias. El seguimiento a través de llamada telefónica se realizará por su médico de atención primaria.

Se recomienda realizar una visita presencial a las 4-6 semanas después el alta hospitalaria.

Se recomienda realizar una visita presencial siempre que tras alguno de los contactos telefónicos se hayan detectado cambios clínicos o signos de alarma que pudieran sugerir la presencia de una complicación evolutiva.



1.2. Pacientes que no han precisado ingreso hospitalario.

a. ¿Cuándo y cómo se realiza el seguimiento durante el periodo de aislamiento domiciliario?

El seguimiento se realizará desde atención primaria a través de llamadas telefónicas cada 24-48 horas, según la situación clínica, durante la primera semana de evolución de la neumonía. Se realizarán dos llamadas durante la segunda semana hasta completar los primeros 15 días de seguimiento.

Los objetivos de evaluación establecidos para el seguimiento durante la fase de aislamiento serán los siguientes:

- Evaluar el estado respiratorio de un paciente, centrándose en valorar si hay disnea o desaturación, ya que estas son las indicaciones más probables que requieren una reevaluación clínica en persona y una posible hospitalización.
- Evaluar el nivel de gravedad general y los posibles signos de alarma, asegurando que el paciente permanezca clínicamente lo suficientemente estable para el manejo ambulatorio.
- Evaluar las comorbilidades asociadas y su estabilidad clínica.
- Conciliar la medicación de la COVID-19 con la previa en caso de ser necesario.
- Tratar de establecer una valoración de situación funcional en el momento del alta y de la afectación de la calidad de vida, así como atender a posibles aspectos de naturaleza emocional.

b. ¿Cuándo y cómo se realiza el seguimiento tras la fase de aislamiento?

Se programará una visita presencial a las seis semanas desde el diagnóstico. Si el seguimiento telefónico se prolongó más de 4 semanas, la primera visita presencial se realizará dos semanas después del último contacto. Excepcionalmente, esta visita podrá realizarse de forma telefónica si el paciente o su condición así lo requieren.

Se programará una segunda visita presencial o telefónica a las 12 semanas de evolución.

c. ¿Qué pruebas complementarias se deben realizar en las revisiones presenciales?

En la tabla 2 se recogen las pruebas complementarias a realizar en las revisiones presenciales, habitualmente programadas para la 6ª y la 12ª semanas de evolución.

Tabla 2. Evaluación y pruebas complementarias a realizar en las visitas de las 6 y 12 semanas.

6 semanas
<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis y EF (debe incluir el registro de la auscultación pulmonar, la FR, la FC, y la satO2). - Analítica*: parámetros básicos en todos los pacientes: hemograma, glucosa, perfil lipídico, renal, hepático, albúmina, LDH, PCR, ferritina, coagulación (no incluye D-dímero).
<ul style="list-style-type: none"> - No está indicada la realización de RT-PCR de SARS-CoV2 de control excepto cuando los protocolos del SMS (personal sanitario, etc.) así lo especifiquen**. - No está indicada la realización de serología si el diagnóstico se realizó por PDIA. - No está indicada la realización de radiología de tórax de control salvo empeoramiento clínico o progresión sintomática.



12 semanas

- Anamnesis y EF (debe incluir el registro de la auscultación pulmonar, la FR, la FC, y la satO2).
- Analítica, si presentó parámetros alterados en la 6ª semana.
- Rx tórax control posteroanterior y lateral.
- Si empeoramiento o progresión de los síntomas respiratorios o persistencia de las alteraciones radiológicas: derivación a Neumología***.

*Otras determinaciones se condicionarán por la gravedad o la sospecha de complicaciones, como troponina, proBNP, D dímero, etc.

**ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA COVID-19. Adaptación para el Servicio Murciano de Salud. Murcia, 23 de abril de 2021. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/466015-20210423_Estrategia_deteccion_precoz_vigilancia_y_control_COVID19.pdf

***La INP (interconsulta no presencial) puede usarse como método de cribado para pacientes en caso de duda en la atención por parte de los médicos de atención primaria previo a la derivación mediante interconsulta convencional.

EF: exploración física, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardiaca, satO2: saturación de oxígeno. LDH: lactatodeshidrogenasa, PCR: proteína C reactiva. Perfil del hierro: hierro, ferritina, transferrina, IST (índice de saturación de transferrina), Coagulación: AP (actividad de protrombina), APTT (tiempo de tromboplastina), fibrinógeno, RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa. PDIA: prueba de diagnóstico de infección activa. INP: interconsulta no presencial.

2. INDICACIONES DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CUADROS LEVES DE MANEJO AMBULATORIO SIN EVIDENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA.

Una vez finalizada la fase aguda de la enfermedad y tras haber finalizado el periodo de seguimiento telefónico, se recomienda proporcionar cita, preferentemente presencial, a las 4-6 semanas del inicio del cuadro a los pacientes que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- Comorbilidades graves asociadas.
- Cuadros clínicos con sintomatología moderada durante el proceso agudo.
- Cuadros que hubiesen presentado más de cinco síntomas durante el proceso agudo que incluyan uno o más de los siguientes: fatiga, disnea, cefalea y/o alteraciones del gusto y el olfato, que predican la presencia de COVID persistente.
- Pacientes que persisten sintomáticos después del último control telefónico.

En la tabla 3 se pueden consultar las actuaciones a realizar para la evaluación programada de estos pacientes.

Tabla 3. Evaluación y pruebas complementarias a realizar a las 4-6 semanas de evolución.

- EF y control de síntomas.
- Analítica básica* con glucosa, perfil renal, perfil hepático, PCR, ferritina, albúmina, hemograma y coagulación.
- Rx de tórax posteroanterior y lateral.
 - o Si el resultado de la radiología es patológico: se realizará seguimiento igual al del paciente con neumonía de manejo ambulatorio. Esto implica radiología de control a las 12 semanas y si persiste alterada: INP a Neumología.

*Otras determinaciones se condicionarán por la gravedad o la sospecha de complicaciones, como troponina, proBNP, D dímero, TSH, etc.

EF: exploración física, Rx: radiografía, PCR: proteína C reactiva, Coagulación, no incluye D- dímero, INP: interconsulta no presencial.

No es necesario la realización de seguimiento ni de pruebas complementarias en el paciente con enfermedad leve o asintomática que no ha requerido intervención relevante ni hospitalización durante la fase aguda y de seguimiento telefónico, a menos que el propio paciente lo solicite.



3. SÍNDROME POST-COVID-19 (SPC).

a. ¿Qué pacientes con síntomas persistentes precisan seguimiento?

Precisan seguimiento los pacientes diagnosticados de síndrome post-COVID-19 definido como aquellos con signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19 y que continúan durante más de 12 semanas y no se explican por la presencia de un diagnóstico alternativo. En ausencia de comorbilidad, la evaluación inicial de estos pacientes se realizará en el ámbito de atención primaria.

b. ¿Qué pruebas complementarias se recomiendan para la evaluación del SPC?

De forma general, se recomiendan como primera aproximación diagnóstica, la realización de las evaluaciones y pruebas complementarias indicadas en la tabla 4.

Tabla 4. Evaluación a realizar en los pacientes con SPC en atención primaria.

<ul style="list-style-type: none"> - EF y saturación de oxígeno - Analítica básica (cada 6 meses) * - Radiografía de tórax anteroposterior y lateral - ECG
<ul style="list-style-type: none"> - Criterios de derivación a especialidades médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Neumología: síntomas respiratorios persistentes o progresivos o evidencia de daño pulmonar más allá de las 12 semanas. Si se considera la necesidad de realización de PFR o TAC de tórax antes de las 12 semanas, valorar INP y/o derivación precoz a Neumología. - Neurología: cefalea intratable o que no responde a los tratamientos habituales y aquellas con signos de alarma. - Cardiología: sospecha de cardiopatía isquémica o evidencia de otros signos de alarma como síncope, arritmias o presencia de disautonomía. - Psiquiatría: trastorno del ánimo grave que no responde al tratamiento habitual o trastorno de estrés postraumático. - Otras especialidades: signos de alarma.

* Considerar la realización de serología completa (VIH, VHC, VHB) en caso de precisar completar estudio

EF: exploración física, ECG: electrocardiograma, VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana, VHC: virus de la hepatitis C, VHB: virus de la hepatitis B, PFR: pruebas funcionales respiratorias, TAC: tomografía axial computerizada, INP: interconsulta no presencial.

c. Recomendaciones de NO hacer en SPC

No forman parte de la evaluación rutinaria de los pacientes con SPC y por tanto no están indicados:

- Controles de imagen rutinarios.
- Pruebas de laboratorio basadas en síntomas de dudoso valor diagnóstico o pronóstico.
- Eco torácica.
- ECO cardio.

No se recomienda pautar tratamiento fuera de las necesidades sintomáticas ya que no hay ningún tratamiento en el momento actual que haya demostrado mejorar el pronóstico de esta entidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. IDSA Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Publicado 11 abril 2020. Última actualización 25 junio 2021. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Coronavirus (COVID-19) –Information for healthcare professionals about coronavirus (COVID-19). Última actualización 15 marzo 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
3. National Institutes of Health (NIH): Coronavirus (COVID-19). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Treatment Guidelines. Última actualización 17 junio 2021. Disponible en: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/>
4. National Health Service (NHS) England: Coronavirus guidance for clinicians and NHS managers. Última actualización 22 junio 2021. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/>
5. WHO: COVID-19 Clinical management: living guidance. Última actualización 25 enero 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
6. NICE: COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Última actualización 18 diciembre 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
7. SEMFYC: Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía de práctica clínica. <https://www.semfyc.es/la-semfyc-en-tiempos-de-coronavirus/novedades-en-publicaciones-manifestaciones-persistentes-de-la-covid-19-guia-practica-clinica/>
8. Abordaje del paciente con COVID-19 en AP. <https://www.semfyc.es/la-semfyc-en-tiempos-de-coronavirus/novedades-en-publicaciones-abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria/>
9. Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria [Basic aspects of COVID-19 for management from primary care]. Aten Primaria. 2021;53(6):101966. doi:10.1016/j.aprim.2020.12.007
10. SEMI-SEMERGEN. Protocolo para la continuidad asistencial del paciente con diagnóstico de COVID-19. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/776.pdf>
11. Sibila O, Molina-Molina M, Valenzuela C, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post-COVID-19 [Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Consensus for post-COVID-19 Clinical Follow-up]. Open Respiratory Archives. 2020;2(4):278-283. doi:10.1016/j.opresp.2020.09.002 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2659663620300771>
12. BTS. COVID-19: information for the respiratory community. Guidance on respiratory follow up of patients with radiologically confirmed COVID-19 pneumonia. Última actualización 5 junio 2020. Disponible en: <https://www.brit-thoracic.org.uk/covid-19/covid-19-information-for-the-respiratory-community/>
13. Ortega Ruiz F, Díaz Lobato S, Galdiz Iturri JB, et al. Continuous home oxygen therapy. Arch Bronconeumol. 2014;50(5):185-200. doi:10.1016/j.arbres.2013.11.025
14. Sardesai I, Grover J, Garg M, et al. Short Term Home Oxygen Therapy for COVID-19 patients: The COVID-HOT algorithm. J Family Med Prim Care. 2020;9(7):3209-3219. Published 2020 Jul 30. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1044_20
15. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. Nature. 2021;594(7862):259-264. doi:10.1038/s41586-021-03553-9
16. Parkin A, Davison J, Tarrant R, et al. A Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community. J Prim Care Community Health. 2021;12:21501327211010994. doi:10.1177/21501327211010994
17. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ. 2020;370:m3026. Published 2020 Aug 11.
18. Vitacca M, Migliori GB, Spanevello A, et al. Management and outcomes of post-acute COVID-19 patients in Northern Italy. Eur J Intern Med. 2020;78:159-160.

