

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

Noviembre 2020





ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	2
CONCEPTOS. DEFINICIÓN DE CASO	2
MANEJO CLÍNICO de la INFECCIÓN AGUDA.....	3
EVOLUCIÓN CLÍNICA	3
PRESENTACIONES CLÍNICAS	4
VALORACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:	5
VALORACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	7
EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA	8
VALORACIÓN CLÍNICA PRESENCIAL DE PACIENTE COVID EN EL CENTRO DE SALUD O SU DOMICILIO	9
CRITERIOS ORIENTATIVOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA POR COVID DESDE EL CENTRO DE SALUD O SU DOMICILIO	10
TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	10
SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN COVID-19 POST-AGUDA.....	12
CONSIDERACIONES GENERALES	12
INDICACIÓN DE AISLAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA	13
EVOLUCIÓN Y PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS EN PACIENTES POSTCOVID.....	14
SEGUIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA AL ALTA HOSPITALARIA...	15
ASPECTOS A VALORAR EN EL SEGUIMIENTO	15
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES POSTCOVID CON SÍNTOMAS PERSISTENTES	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS.....	20
ANEXO 1: ALGORITMO DE SEGUIMIENTO DEL CASO	20
ANEXO 2: ESCALAS DE RIESGO	21
ANEXO 3: ESCALA FUNCIONAL POSTCOVID:.....	22
ANEXO 4: VALORACIÓN PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS:.....	23
ANEXO 5: APOYOS PARA AUTOCUIDADOS TRAS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	24



INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-Cov-2, es una nueva enfermedad, en la que, aunque se van teniendo abundantes datos y bibliografía que nos orientan sobre su comportamiento, aún persisten bastantes dudas sobre su tratamiento, su evolución y secuelas.

En este escenario, ya hay algunas ideas claras:

- Que es necesario el aislamiento de los casos y la cuarentena de los contactos estrechos para tratar de controlar la diseminación de la enfermedad.
- Que la mayoría de los pacientes van a evolucionar bien con tratamiento sintomático.
- Que, en algunos casos, la enfermedad evoluciona de una forma inesperada y los pacientes que aparentemente iban evolucionando bien, pueden sufrir un empeoramiento en pocas horas.
- Que incluso pacientes que clínicamente están estables, presentan ya alteraciones radiológicas.
- Que en la mayoría de los pacientes la sintomatología se resuelve, aunque los síntomas pueden persistir durante semanas o meses.

Este documento, se reúne la evidencia actualizada del manejo clínico y terapéutico de los pacientes afectados por COVID-19 con la intención de servir de apoyo a los profesionales de Atención Primaria en su práctica diaria.

CONCEPTOS. DEFINICIÓN DE CASO

- **Caso sospechoso.** Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita, de cualquier gravedad, que cursa con fiebre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), tos, disnea u otros síntomas como odinofagia, anosmia, ageusia, mialgias, diarrea, dolor torácico, cefalea entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.
- **Caso probable.** Caso de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con COVID-19, con resultado negativo de PDIA¹, o caso sospechoso con PDIA no concluyente.
- **Caso confirmado.** Se consideran dos situaciones:
 - Con infección activa:
 - Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva
 - Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PDIA negativa y resultado positivo a IgM (e Ig G negativa) por serología de alto rendimiento (no por test rápidos).
 - Persona asintomática con PDIA positiva con IgG negativa o no realizada
 - Con infección resuelta:
 - Persona asintomática con serología IgG positiva (técnica de alto rendimiento) independientemente del resultado de PDIA.

¹ PDIA: Prueba de detección de infección activa: Prueba rápida de detección de antígenos o Detección de ARN viral mediante RT-PCR (o técnica molecular equivalente).

- **Caso descartado.** Caso sospechoso con PDIA negativa (IgM también negativa, si se ha realizado), en el que no hay una alta sospecha clínica.
- **Caso persistente:** Aquel caso confirmado en el que persisten síntomas más allá de las 2 o 3 semanas, que pueden ser leves o moderados-graves.

La vigilancia epidemiológica de los casos y contactos y la realización de pruebas de detección de coronavirus se especifican en el documento Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos Covid-19. Implementación en Atención Primaria. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria>

MANEJO CLÍNICO de la INFECCIÓN AGUDA

EVOLUCIÓN CLÍNICA

El cuadro clínico más habitual corresponde a los síntomas definitorios de caso. Así mismo, se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas indicados en la *Tabla 1*.

Síntomas más frecuentes
Fiebre (72,8 %)
Tos (69 %)
Disnea (47,4 %)
Hiposmia-disgeusia (43 %)
Escalofríos (23 %)
Odinofagia (21,8 %)
Digestivos (diarrea, vómitos) (35,2 %)
Congestión nasal (4,7 %)
Otros síntomas asociados
Neurológicos: Mareo (17 %), alteración del nivel de conciencia (7 %), accidente cerebrovascular (2,8 %), ataxia (0,5 %), epilepsia (0,5 %), neuralgia (2,3 %) y síndrome de Guillain-Barré.
Cardiológicos: Síntomas de fallo cardíaco o daño miocárdico agudo.
Otorrinolaringológicos: Dolor facial, obstrucción nasal.
Oftalmológicos: Ojo seco (21 %), visión borrosa (12,7 %), sensación de cuerpo extraño (11,8 %) y congestión conjuntival (4,7 %).
Dermatológicos: erupciones tipo rash, urticariformes, vesiculosas (similares a varicela) o púrpura; se han descrito lesiones acro-cianóticas, similares a la perniosis, en los dedos de las manos y los pies, más frecuentes en niños y adolescentes.
Hematológico: Mayor incidencia de sangrados y de fenómenos trombóticos, como infarto cerebral, isquemia cardíaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda.

Tabla 1: Síntomas asociados a la infección por COVID-19.



La neumonía es la entidad clínica más frecuente (54 %), sobre todo en hombres, personas mayores de 60 años y con enfermedades de base (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades respiratorias e hipertensión arterial).

PRESENTACIONES CLÍNICAS

(National Institutes of Health)

- **Infección Asintomática o Presintomática:** test diagnóstico positivo para detección SARS-CoV-2 pero no presenta síntomas de COVID-19.
- **Enfermedad leve:** personas con alguno de los signos y síntomas de COVID-19 (ej: fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y olfato) pero que no tienen taquipnea, disnea o imágenes anormales en la Rx de tórax.
- **Enfermedad moderada:** personas que muestran evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante la evaluación o imágenes y que tienen una saturación de oxígeno (SpO2) $\geq 94\%$ por pulsioximetría.
- **Enfermedad grave:** pacientes que tienen una SpO2 $< 94\%$ por pulsioximetría, una proporción de presión arterial parcial de oxígeno y fracción de oxígeno inspirado (PaO2 / FiO2) < 300 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto o infiltrados pulmonares $> 50\%$.
- **Enfermedad crítica:** individuos que tienen insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción multiorgánica.

Síntomas	Días después del inicio de los síntomas (pacientes graves, curso clínico no fatal)																																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24																		
Fiebre	■																																									
Tos	■																																									
Disnea							■																																			
Severidad*																																										

*Necesidad de ingreso en UCI/ventilación mecánica.
Fuente: Zhou F et al 2020.

Tabla 2: Duración de los síntomas en pacientes graves que requieren ingreso hospitalario sin pronóstico fatal. SEMFYC 2020

Se estima que más del 80% de los pacientes con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14% una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos. En los casos graves, puede complicarse con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SARS), sepsis y shock séptico, insuficiencia renal y afectación cardíaca.

La edad avanzada y la comorbilidad (especialmente enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes y EPOC) constituyen factores de riesgo de gravedad y muerte. El riesgo es mayor en hombres (probables factores genéticos-hormonales y estilos de vida) y la incidencia en nuestro medio es mayor en mujeres (probablemente asociado a los cuidados, que realizan con más frecuencia, y profesiones sociosanitarias).

Los **factores que aumentan el riesgo** de desarrollar formas graves de COVID-19:

Factores de riesgo establecidos

- Mayores de 60 años
- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Estado inmunodeprimido por trasplante de órgano sólido
- Obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²)
- Enfermedad cardiovascular grave
- Insuficiencia cardiaca
- Arteriopatía coronaria
- Cardiomiopatías
- Fumadores
- Anemia drepanocítica
- Diabetes mellitus tipo 2

Posibles factores de riesgo

- Asma (moderada a grave)
- Enfermedad cerebrovascular
- Fibrosis quística
- Hipertensión arterial
- Estado inmunodeprimido por trasplante de células hematopoyéticas, VIH, uso de corticosteroides u otros agentes inmunosupresores, otras inmunodeficiencias.
- Enfermedad hepática
- Condiciones neurológicas, como la demencia
- Sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25 pero < 30 kg / m²)
- Embarazo
- Fibrosis pulmonar (tener tejido pulmonar dañado o cicatrizado)
- Talasemia (un tipo de trastorno sanguíneo)

Tabla 3: Factores de Riesgo para COVID-19. Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Actualizado a 2-11-2020.

VALORACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1.- PRUEBA DE DETECCIÓN DE INFECCIÓN ACTIVA (PDIA):

- Prueba de detección de ARN viral mediante PCR (o equivalente)
- Prueba rápida de Antígenos

Son necesarias para la confirmación diagnóstica del caso.

A todas las personas sospechosas de COVID-19 se les realizará una prueba de detección viral durante las primeras 24 horas de su detección.

Las muestras se tomarán del tracto respiratorio superior: exudado nasofaríngeo (preferentemente) u orofaríngeo.



El personal que recoja las muestras, precisa usar un EPI. Las muestras PCR deben introducirse en un medio de transporte para virus, refrigeradas a 4 °C y transportadas en triple embalaje.

Si la PDIA fuera negativa y existe una alta sospecha clínica de Covid-19 se valorará repetir la prueba. Si se realizó una detección rápida de antígeno de inicio, se realizará una PCR. Si se realizó una PCR de inicio, se repetirá la PCR a las 48 horas.

Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se podría plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

El seguimiento epidemiológico del caso se recuerda en el [Anexo 1: Algoritmo seguimiento caso](#).

2- RADIOGRAFÍA DE TORAX

En este contexto se hace más necesario que nunca identificar qué pacientes se van a beneficiar de la realización de una radiografía. Previamente, se realizará valoración presencial con exploración y toma de saturación.

Estaría **aconsejado realizar una radiografía de tórax** en las siguientes situaciones:

Síntomas y signos clínicos para sospechar una neumonía adquirida en la comunidad en un adulto son:
<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura superior a 38°C durante más de 5-7 días* o reaparición de fiebre tras un periodo afebril - Taquipnea >22 respiraciones / minuto - Taquicardia > 100 latidos / minuto, aunque no como único signo - Empeoramiento de la disnea - Modificación o alteración en la auscultación - Saturación < 94% en pulsioximetría
<p>*A los 5 días de clínica persistente: Pacientes >60 años o menores con comorbilidad. A los 7 días de clínica persistente: Pacientes < 60 años sin comorbilidad</p>

Tabla 4: Síntomas de sospecha de neumonía

Para su realización tienen que darse además estas dos condiciones:

- Que el paciente se pueda desplazar por sus propios medios al lugar de realización de la Rx.
- Que exista una Sala de Radiología de tórax específica para pacientes con COVID-19 procedentes de Atención Primaria.

Procedimiento para realización de Radiografías

- Debe evitarse que se acumulen pacientes en las salas de espera
- El paciente acudirá con mascarilla y a su llegada al centro se pondrá una 2ª mascarilla con instrucción de no tocarse la cara una vez puesta.
- Se realizará Rx tórax PA y L.
- Sería deseable que tras la realización de la radiografía (y comprobación de su correcta realización), se realice su lectura, previo al traslado del paciente, para que éste se realice al destino más adecuado en función del resultado de la misma (domicilio, consulta o lugar de procedencia, o centro hospitalario si procede).

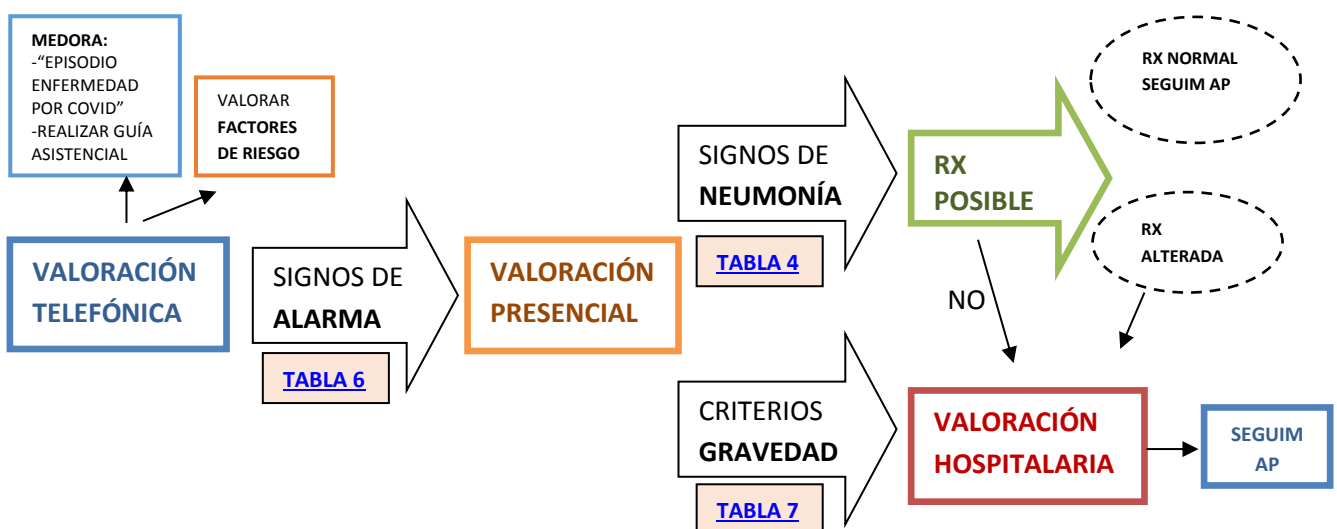
Actuación tras Radiografía:

- **Si no hay alteraciones en Rx ni criterios de gravedad** que precisen valoración hospitalaria ([Tabla 6](#)), seguimiento ambulatorio.
- **Si no alteraciones en la Rx pero clínica sugestiva de gravedad** derivación hospitalaria.
- **Si lesión sugestiva de neumonía COVID**, derivar a urgencias hospitalarias para valoración y analítica urgente.

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

Se realizarán otras pruebas que sean necesarias por su sintomatología o descompensación de enfermedades de base: Ecografía Pulmonar si está disponible, EKG, analítica, etc.

VALORACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Algoritmo 1. Valoración Clínica en AP



EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA

La primera valoración suele ser telefónica, cumpliendo las directrices de prevención de la enfermedad. En pacientes con síntomas leves de la enfermedad, el seguimiento se realizará preferentemente de forma telefónica. De esta forma se detectarán los síntomas de alarma o empeoramiento que sean decisivos para realizar una atención presencial.

Debido a que las complicaciones pueden aparecer en los 7 primeros días tras el debut de la enfermedad, se recomienda realizar una revisión telefónica en 24 horas, 48 y 96 horas y 7 días tras el inicio de los síntomas. El resto del seguimiento dependerá de la evolución clínica del/a paciente.

En caso de empeoramiento, se indicará al paciente o familia qué contacte con su CAP para ser reevaluado, o con los Servicios de Urgencias y Emergencias (112 o el número 900 222 000) en caso de necesitar atención urgente.

Los aspectos en los que incidir durante la evaluación telefónica serán:

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



Es necesario no olvidar la **valoración emocional y social**, que puede verse afectada por el aislamiento. En el caso de detección de problemas psicosociales que impidan el seguimiento domiciliario, debería derivarse a la persona, siempre que su situación clínica lo permita, a los recursos de apoyo habilitados para ello, así como incrementar medidas de soporte social y comunitario (compra y comida a casa, reparto de medicinas, apoyo emocional telefónico, etc).

Además de la vulnerabilidad clínica de los pacientes con factores de riesgo hay que tener en cuenta la vulnerabilidad social determinada por factores como la situación económica, el nivel educativo, la situación laboral, las condiciones laborales, el estatus migratorio, entre otros. Estas personas suelen soportar también una mayor vulnerabilidad epidemiológica, entendida como un mayor riesgo epidemiológico por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena.

VALORACIÓN CLÍNICA PRESENCIAL DE PACIENTE COVID EN EL CENTRO DE SALUD O SU DOMICILIO

Ante estos síntomas o signos de alarma se realizará una valoración presencial de la persona, bien sea en la consulta, bien en domicilio:

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

La valoración clínica comprenderá inspección del paciente, auscultación respiratoria, medición de la frecuencia respiratoria y cardíaca y pulsioximetría. (Saturación normal entre 95-100%).

Exploración física dependiendo del origen de los síntomas: abdominal, neurológica, etc. Toma de presión arterial si precisa.



Valoración emocional y social.

Se realizará con el profesional adecuadamente protegido y con desinfección posterior del material empleado (fonendoscopio y pulsioxímetro).

Ante síntomas y signos sugestivos de neumonía (ver [Tabla 4](#)) si se dispone de **Radiología**, estaría indicado realizarla, si el estado del paciente así lo permite, si no se derivará al hospital.

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)
- Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria)
- Hemoptisis
- 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 moderado o grave.
- Descompensación importante de su enfermedad de base

Tabla 7: Basado en NEWS 2 y SEMFYC.

TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El tratamiento en pacientes ambulatorios dependerá de la gravedad del cuadro clínico y los hallazgos en la radiografía. En todos los casos es necesario el aislamiento domiciliario.

Consejos generales para la recuperación:

Es importante cuidar la salud de forma general:

- Llevar una **dieta equilibrada** acorde a sus factores de riesgo y patologías.
- Es necesario que los pacientes se mantengan **bien hidratados**, particularmente aquellos pacientes con fiebre sostenida o más alta, en quienes las pérdidas de líquidos insensibles pueden ser significativas.
- **Evitar tóxicos** como el tabaco y el alcohol y limitar la cafeína.
- Pautas de higiene de sueño.

- **Cuidarse emocionalmente:** descanso, relajación, realizar tareas que aporten emociones positivas.
- Los y las pacientes sin hipoxia, se recomienda que se **movilicen y deambulen** frecuentemente.
- Es recomendable para la persona **estar activa y retomar las tareas** que pueda realizar tan pronto como lo tolere durante su recuperación.
- Es importante **avisar sobre la variabilidad** en el tiempo de la resolución de los síntomas hasta la recuperación completa.

Algunos pacientes con **tos o disnea** pueden experimentar una mejoría sintomática con reposo en decúbito prono en lugar de decúbito supino.

La **tos persistente**, que interfiere con el sueño o causa malestar puede tratarse con un medicamento para la tos (dextrometorfano o codeína).

Se deben mantener los tratamientos previos como Antihipertensivos o AINEs. Cualquier duda sobre los tratamientos es conveniente consultar al equipo de AP.

Sobre el tratamiento específico:

1.-CUADRO CLÍNICO LEVE Y/O RADIOGRAFÍA NORMAL: (Tos leve, dolor de garganta, febrícula o fiebre no mantenida, anosmia...)

- **Tratamiento sintomático:** Paracetamol (preferentemente sobre AINEs) e hidratación adecuada.

2.-CUADRO CLÍNICO MODERADO: (ver [presentaciones clínicas](#))*

En caso de sospecha de **coinfeción/sobreinfección** instaurar tratamiento antibiótico:

Tratamiento de elección	Alternativa
Azitromicina 500 mg/24h oral 3 días + Amoxicilina 1 gr/12 h x 7 días oral o Amoxicilina-clav. 875/125 mg /8 h x 7 días oral (1ª elección si Asma Bronquial o EPOC)	Levofloxacin 500 mg/12h 1 ^{er} día oral + 500 mg/24h oral 4 días

BRONCODILATADORES: Si se precisan, administración preferentemente en cartucho presurizado con cámara espaciadora individual, para evitar la generación de aerosoles.

-Salbutamol 100 mcg/inh + Ipratropio bromuro 20 mcg/inh: 2 inhalaciones cada 4-6 h.

-Corticoides inhalados: SOLO SI Asma Bronquial o EPOC.

CORTICOIDES SISTÉMICOS: Se recomiendan exclusivamente a dosis bajas en pacientes que precisen oxigenoterapia. Se ha observado una reducción de mortalidad con **Dexametasona** (6 mg x 10 días) en los pacientes ingresados con ventilación mecánica invasiva y pacientes con necesidad de oxígeno, pero su uso podría ser contraproducente en pacientes que no precisan oxigenoterapia (saturación < 92%).

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA: Heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas para pacientes inmovilizados o con factores de riesgo: **Enoxaparina** 4.000 UI (40 mg) vía s.c. una vez al



día. Si ClCr entre 15-30 ml/min: **Enoxaparina** 2.000 UI (20mg) vía s.c. una vez al día. No se recomienda si ClCr<15 ml/min. (Otra opción puede ser Bemiparina 3.500 UI/día).

*Además de los pacientes no complicados que se están siguiendo desde AP, podrá darse de alta desde el hospital pacientes con neumonía leve con < 60 años, con Escala Pneumonia Severity Index (PSI) I-II, (ver [Anexo 2](#)) sin complicaciones radiológicas ni complicaciones analíticas, sin comorbilidad importante (ver [Tabla 3](#)) siempre que se cumplan los siguientes supuestos:

- Neumonía alveolar unilobar.
- Sin disnea
- Con saturación de O₂ y frecuencia respiratoria normales
- Cifra de linfocitos > 1200
- Transaminasas normales
- LDH normal
- D-dímero < 1.000 (documento urgencias)

(Ministerio de Sanidad. Documento técnico Manejo en urgencias del COVID-19)

TRATAMIENTO AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS:

- a. **Seguimiento diario telefónico** y presencial a las 48 horas del alta para valoración saturación y auscultación.
- b. **Valorar riesgo trombótico.** Según escala PRETEMED ([Anexo 2](#)) ≥ 4 (alto riesgo trombótico): Enoxaparina 40 mg/día SC [Si FG < 30 → Enoxaparina 20 mg/día]. Durante 7-10 días (si persiste encamamiento y/o alto riesgo trombótico tras 10 días valorar prolongar hasta 28 días). (Otra opción puede ser Bemiparina 3.500 UI/día).
- c. Se recomienda una **actividad física** adecuada: caminar por casa, movimientos de flexo-extensión /rotación de pies en sedestación.
- d. Si proteína C reactiva elevada (>50) o síntomas de coinfección bacteriana se añadiría tratamiento antibiótico.

3.-CUADRO CLÍNICO GRAVE O RADIOLOGÍA MODERADA O GRAVE

Derivación al servicio de urgencias hospitalarias (Ver [apartado de Criterios de derivación](#))

SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN COVID-19 POST-AGUDA

CONSIDERACIONES GENERALES

Existen escasas evidencias disponibles sobre la persistencia y las secuelas de la enfermedad COVID-19 y de su seguimiento y tratamiento.

Para los pacientes con una infección por SARS-CoV-2 que han requerido ingreso hospitalario, las aportaciones recogidas en este documento tratan de ser un complemento a las recomendaciones que figuren en el informe de alta hospitalaria. En estos pacientes siempre se tendrá en cuenta la clínica que ha presentado el enfermo durante su ingreso hospitalario y las indicaciones de seguimiento que figuren en el informe de alta hospitalaria. Se deberán controlar las alteraciones y afectaciones orgánicas además del control del resto de las comorbilidades que ya padecía anteriormente el paciente.



Los hospitales deberán emitir un informe clínico de alta hospitalaria lo más completo posible al EAP responsable del seguimiento del paciente.

Los EAP deberán conocer el funcionamiento de la **Consulta Hospitalaria de Seguimiento de COVID-19** correspondiente a su área de salud, dicha consulta servirá como un canal de comunicación fluido entre los dos niveles asistenciales. En el informe de alta hospitalaria figurará el teléfono de contacto de la Consulta Hospitalaria de Seguimiento Covid-19.

INDICACIÓN DE AISLAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

➤ PACIENTES CON PCR POSITIVA AL ALTA HOSPITALARIA

AISLAMIENTO:

Los casos que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener **aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria. A partir de estos 14 días, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. En cualquier caso, si antes de transcurridos estos 14 días de aislamiento domiciliario desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo, se podrá desaislar al paciente.**

En los casos confirmados de residentes en centros para mayores o en otros centros sociosanitarios que no cumplan criterios de hospitalización y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo **de 14 días** desde el inicio **de los síntomas debido a su situación de vulnerabilidad**. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro.

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE PERSONAL SANITARIO Y SOCIO SANITARIO

El personal sanitario y sociosanitario se podrá reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas (14 días si ha requerido ingreso hospitalario) siempre que permanezcan asintomáticas al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que indique ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de Ig G por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado (por consenso se admite que un Ct>30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva). Sin embargo, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso.

➤ PACIENTES CON PCR NEGATIVA AL ALTA HOSPITALARIA

En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas respiratorios en los tres días previos, se considerará que la infección está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio.



EVOLUCIÓN Y PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS EN PACIENTES POSTCOVID

Ha habido un número creciente de pacientes que experimentan síntomas persistentes después del COVID-19 agudo. En este momento hay información limitada sobre la prevalencia, duración, causas subyacentes y estrategias de manejo efectivas para estos signos y síntomas persistentes.

El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica. Mientras que la mayoría de los pacientes se recuperan en estas 2 semanas, aproximadamente el 10% de los pacientes siguen presentando síntomas después de 3 semanas, y algunos pueden presentar síntomas durante meses.

En un estudio de encuesta a adultos sintomáticos, el 35% no había vuelto a su estado de salud habitual 2 o 3 semanas después. Entre las personas de 18 a 34 años de edad que no presentaban ninguna afección médica crónica subyacente, el 20% no había vuelto a su estado de salud habitual. Se han demostrado síntomas prolongados y discapacidades en pacientes con enfermedad COVID-19 más leve, incluidos los pacientes ambulatorios.

Casi el 90% de los pacientes hospitalizados que se recuperaron de COVID-19 informaron la persistencia de, al menos, un síntoma relacionado con la COVID-19, 2 meses después del alta. Solo el 12.6% de los pacientes no presentaba ningún síntoma relacionado, el 32% presentaba uno o dos síntomas, y el 55% tres o más síntomas.

Algunos de los síntomas persistentes que se han informado incluyen **fatiga (astenia), dolor en las articulaciones, febrícula, dolor en el pecho, palpitaciones, tos, dificultad para respirar y empeoramiento de la calidad de vida**. Un estudio en China encontró que la función pulmonar todavía estaba deteriorada un mes después del alta hospitalaria. Un estudio del Reino Unido informó que entre 100 pacientes hospitalizados (32 recibieron atención en la UCI y 68 recibieron atención solo en las salas de hospital), el 72% de los pacientes de la UCI y el 60% de los pacientes de la sala experimentaron fatiga y disnea de 4 a 8 semanas después del alta hospitalaria. Los autores del estudio sugieren que después del hospital la rehabilitación puede ser necesaria para algunos de estos pacientes.

También se han constatado síntomas neurológicos y psiquiátricos entre pacientes que se han recuperado de COVID-19 agudo. Aparecen altas tasas de **ansiedad y depresión** en algunos pacientes, observándose que los pacientes más jóvenes experimentan más síntomas psiquiátricos que los pacientes > 60 años.

Los pacientes pueden seguir experimentando **dolores de cabeza, alteraciones en la visión, pérdida de audición, pérdida del gusto u olfato, movilidad alterada, entumecimiento en las extremidades, temblores, mialgias, pérdida de memoria, deterioro cognitivo y cambios de humor** hasta 3 meses después del diagnóstico de COVID-19. Se necesita más investigación para mejorar comprender la fisiopatología y el curso clínico de estas secuelas posteriores a la infección e identificar estrategias de manejo para pacientes. Además, se han descrito **erupciones cutáneas y síntomas gastrointestinales**.

Estudios apuntan, en pacientes con un cuadro clínico grave, secuelas a nivel respiratorio como fibrosis pulmonar y a nivel cardiovascular, como miocarditis, arritmias.

Los pacientes con COVID-19 que han precisado de estancia en una unidad de críticos prolongada, también pueden estar en riesgo de **síndrome post-cuidados intensivos** (deficiencias persistentes en la cognición, salud mental y/o función física después de la supervivencia de una enfermedad



crítica) aunque de momento se desconoce la incidencia después del COVID-19. Esto sobre todo va a afectar a pacientes de mayor edad y con patologías asociadas. Los síntomas más frecuentes incluirían: debilidad muscular intensa, disfunción cognitiva, problemas de salud mental (insomnio, síndrome de estrés postraumático, depresión y ansiedad). Es importante minimizar el riesgo mediante el seguimiento clínico, apoyo familiar y mejor educación sobre este síndrome a pacientes y sus familias.

SEGUIMIENTO POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA AL ALTA HOSPITALARIA

- Se realizará un primer contacto telefónico a las 24- 48 horas después del alta.
- Seguimiento telefónico sucesivo cada 48-72 horas según situación clínica al alta, durante 14 días. Seguimiento posterior según evolución.
- Para programar el seguimiento tanto telefónico, como presencial (en consulta AP y hospitalaria) o domiciliario, siempre se tendrá en cuenta el estado clínico del paciente.
- El equipo de atención primaria decidirá si dicho contacto telefónico es realizado por el personal médico o de enfermería, en función de la organización del mismo y las características del paciente y lo dejara reflejado por escrito en su protocolo interno COVID-19.

ASPECTOS A VALORAR EN EL SEGUIMIENTO

La situación al alta de los pacientes con Covid-19 es muy variable según el tiempo de estancia en el hospital, la gravedad, si ha precisado o no cuidados en UCI y las comorbilidades que presenta el enfermo. Algunos de estos aspectos es necesario valorarlos **también en pacientes que han sido seguidos por AP, sin precisar ingreso.**

1-Revisión del informe de alta hospitalaria donde deberá quedar reflejado:

- Órganos afectados
- Alteraciones analíticas y de coagulación relevantes
- Alteraciones radiológicas relevantes en el momento del alta
- Alteraciones electrocardiográficas relevantes (QTc)
- Tratamientos durante el ingreso y al alta hospitalaria

2- ANAMNESIS

-Situación al alta hospitalaria: apetito, movilidad, alteraciones cognitivas, síntomas respiratorios, cardiacos, digestivos, neurológicos, dermatológicos, úlceras de decúbito, estado nutricional... (Valorar Escala estado funcional postCOVID en [Anexo 3](#))



- **Criterios de gravedad o empeoramiento como:**

- 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
- Reparición 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

-**Revisión de la medicación:** Adherencia, tolerancia, reacciones adversas, control de riesgos e interacciones medicamentosas.

- **Enfermedades concomitantes, comorbilidades y factores de riesgo** en especial las asociadas con peor pronóstico con COVID-19 como enfermedades cardiovasculares, EPOC, insuficiencia renal crónica, diabetes, etc. En las personas con pluripatología crónica compleja se realizará valoración integral según el Proceso de Atención.

- **Evaluación del estado emocional** y valoración de la necesidad de apoyo psicológico: Estado de ansiedad, insomnio, depresión, tristeza.

- **Situaciones de especial vulnerabilidad** y valoración de la dependencia y si precisa, derivar a Trabajador/a Social.

- **Indicación de aislamiento** y valoración de su cumplimiento en los pacientes que lo precisen. Informar sobre protocolo de aislamiento en domicilio. Insistir en la importancia de mantener y cumplir las medidas de aislamiento domiciliario. Para el aislamiento es necesario tener en cuenta si el domicilio o residencia del paciente presenta las condiciones necesarias para ese aislamiento, y de no ser así, completarlo en un recurso intermedio.

-**Se debe valorar la situación de convivientes y sus necesidades:** apoyo familiar y social. Atención a la persona cuidadora.

Ante la presencia criterios de gravedad y/o empeoramiento de los síntomas, el médico de atención primaria valorará la necesidad de seguimiento telefónico diario, consulta presencial, visita a domicilio o derivación a hospital.

En todo caso el personal sanitario adoptará las medidas de autoprotección adecuadas.

3- EXPLORACIÓN FÍSICA

- Cuando se realice valoración clínica presencial ésta comprenderá inspección del paciente, auscultación respiratoria y cardiaca, medición de la frecuencia respiratoria y cardiaca y pulsioximetría.
- En los pacientes con síntomas de mareo o disnea intensa al esfuerzo se realizará **prueba de desaturación por esfuerzo:** En ausencia de contraindicaciones, se debe invitar a estos

pacientes a repetir la lectura del oxímetro después de 40 pasos en una superficie plana y después tras pasar un minuto sentándose y poniéndose de pie lo más rápido posible.

- Se valorará la necesidad de medición de la presión arterial.
- Según los síntomas se valorarán otras exploraciones: abdominal, extremidades inferiores, neurológica, etc.

Se realizará con el profesional adecuadamente protegido y desinfección posterior del material según las normas establecidas.

4-PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Radiografía de tórax**

- Las neumonías leves o los cuadros respiratorios leves no precisaran seguimiento radiológico a no ser que presenten un empeoramiento clínico o persistencia de los síntomas.
- Tras **neumonías graves, control radiológico a las 6-8 semanas**, salvo otras indicaciones en informe de alta.

- **Analítica**

Se recomienda cuando esté indicada en función de situación clínica, el tratamiento y las alteraciones al alta.

Se deberá realizar al menos hemograma, función renal, función hepática junto con el seguimiento de las alteraciones que existieran al alta.

Se tendrán en cuenta las comorbilidades del paciente y cualquier otra indicación que conste en el informe del alta.

- **ECG**

Se revisará si en el informe de alta figura la existencia de un alargamiento de espacio QT atribuible a la medicación administrada.

En todo caso repetir ECG especialmente si el $QT \geq 480$ ms, si se mantiene medicación que prolongue QT, o si hay alteraciones hidroelectrolíticas, alteración de la función renal.

- **Otras pruebas**

Programar las pruebas necesarias para el control de las enfermedades concomitantes.

5-ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO:

No se dispone de recomendaciones definitivas y basadas en la evidencia para el tratamiento del COVID postagudo. Se debe tratar a los pacientes de manera pragmática y sintomática:

- antipiréticos para la fiebre
- técnicas de respiración para la tos crónica
- oximetría de pulso para monitorizar la disnea
- rehabilitación pulmonar
- retorno al ejercicio por etapas



En los pacientes que han precisado ingreso hospitalario se seguirán las indicaciones sobre el tratamiento que figuren en el informe de alta.

Muchos pacientes se recuperan con medidas como descanso, tratamiento sintomático, y aumento gradual de la actividad.

Se recomienda una estrategia de revisión y deprescripción de fármacos que no mejoren el pronóstico vital ni sean fundamentales para el control sintomático.

-Consideraciones sobre tratamientos farmacológicos:

-Según los últimos datos publicados, no se encuentra evidencia científica que justifique la retirada de IECA/ARAI.

-Según los últimos datos publicados, no se encuentra evidencia científica que justifique la retirada de los AINE, si se está ya en tratamiento con ellos y con buen control, se mantendrá. Se dará preferencia al paracetamol como antipirético.

-Se debe tener precaución con el uso de diuréticos, revisando la función renal al alta.

-Se debe estar atento a los efectos adversos de fármacos utilizados en el tratamiento.

-Tratamiento antitrombótico según indicación en informe de alta. Se suele aconsejar continuar en domicilio con la profilaxis que tuviera en el hospital al menos 7 días salvo otra indicación en el informe. Si la inmovilización va ser prolongada, se considerará mantener más tiempo a dosis profiláctica, especialmente en paciente con factores de riesgo para enfermedad tromboembólica. Se recomienda la deambulación y los ejercicios de extremidades inferiores.

-Ejercicio físico y rehabilitación respiratoria

- Tras la inmovilización prolongada es necesario realizar ejercicio físico.
- Se indicarán pautas regladas de ejercicio físico (ver [Anexo 5](#)).
- Se indicará, si se precisa, rehabilitación respiratoria (ver ejercicios iniciales en anexo 3).
- Se contará con el apoyo de fisioterapeuta de Atención Primaria.
- Se establecerán circuitos de Rehabilitación hospitalaria específicos para los pacientes que lo necesiten desde las consultas COVID hospitalarias.

-Recomendaciones nutricionales

Valorar el estado de nutrición especialmente en enfermos que precisaron ingreso en UCI y en ancianos frágiles. Ver consejos en [Anexo 5](#).

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES POSTCOVID CON SÍNTOMAS PERSISTENTES

Debido a la persistencia de síntomas que presentan algunos pacientes postCOVID, tanto en aquellos que han sufrido formas moderadas-graves de la enfermedad como en los que han tenido formas leves, y con la finalidad de poder conocer la evolución de los enfermos que han tenido una



infección por COVID-19, independientemente de que hayan precisado ingreso hospitalario o no, se evaluará de forma periódica la presencia de síntomas según [Anexo 4](#).

Ante la persistencia de estos síntomas se valorará realizar interconsulta con el hospital de referencia para derivación del paciente a estudio, manteniendo un seguimiento del paciente coordinado entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

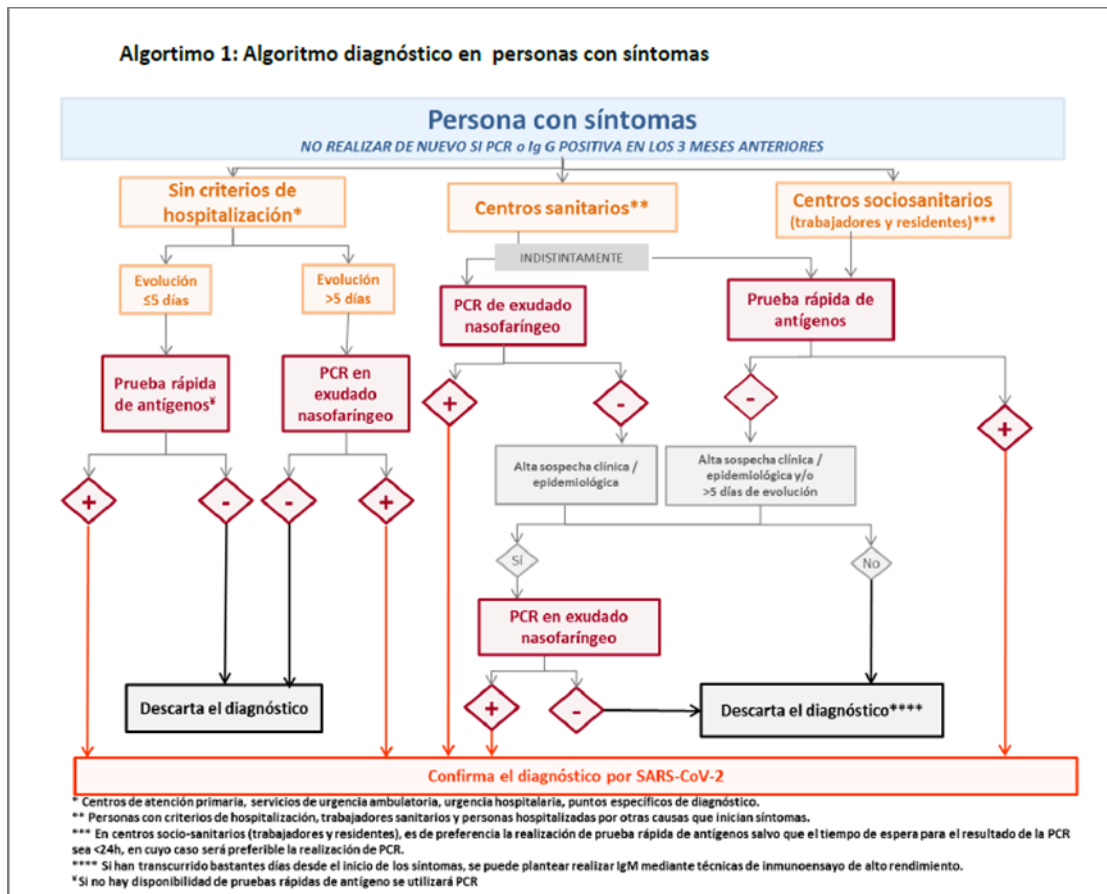
BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad: Estrategia de detección, vigilancia y control de COVID-19 25.09.2020
- Ministerio de Sanidad: Información Científico Técnica, Actualización 28 agosto 2020
- 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
- Ministerio de Sanidad: Equidad en Salud y COVID-19 Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales 29 de octubre 2020
- COVID Symptom Study. How long does COVID-19 last? 2020 [internet publication].
- 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 equivale al cdc
- Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020 Jul 9 equivale al carfi la figura
- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ. 2020 Aug 11;370:m3026 la imagen
- 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.
- 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.sobre función pulmonar
- 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. Sobre function pulmonar
- 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.
- 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.
- COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed [11/6/2020].
- 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.

- SEMFYC. La SEMFYC en tiempos de COVID. Marzo-Junio 2020.
- WHO. 2020. Support for Rehabilitation: Self-Management after COVID-19 Related Illness.
- Ministerio de Sanidad. Documento técnico Manejo en urgencias del COVID-19. 26- junio-2020
- Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarios y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. Gac. Sanit. 2020
- Izquierdo-Domínguez A., Rojas-Lechuga M J., Mullol J. y Alobidd I. Pérdida del sentido del olfato durante la pandemia COVID-19. Med Clin (Barc). 2020 Nov 13; 155(9): 403–408.

ANEXOS

ANEXO 1: ALGORITMO DE SEGUIMIENTO DEL CASO



ANEXO 2: ESCALAS DE RIESGO

ESCALA RIESGO NEUMONÍA: PNEUMONÍA SEVERITY INDEX (PSI) (On line).

<http://www.samiuc.es/pneumonia-severity-index-psi/>

ESCALA RIESGO PARA TROMBOPROFILAXIS:

Tabla para el cálculo del riesgo de ETV en procesos médicos e indicaciones de tromboprofilaxis

	Pesos ajustados		
	1	2	3
Procesos precipitantes	Embarazo / puerperio ^a Viajes en avión > 6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardiaca clase III Neoplasia	AVCA con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardiaca clase IV Mieloma con quimioterapia ^d Traumatismos de MMII sin cirugía
Procesos asociados	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MMII TVS previa	Síndrome nefrótico Trombofilia ^b TVP previa ^c Vasculitis (Beçhet/Wegener)	
Fármacos	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromatasa Tamoxifeno-Raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
Otros	Catéter venoso central Edad >60 años Obesidad (IMC >28) Tabaquismo >35 cigarrillos/día	Encamamiento > 4 días	

Cálculo del Riesgo Ajustado (RA)

RA = Suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (azul claro) + suma de pesos de otras circunstancias de riesgo (amarillo).

Esta fórmula sólo puede aplicarse si su paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado ≥2.

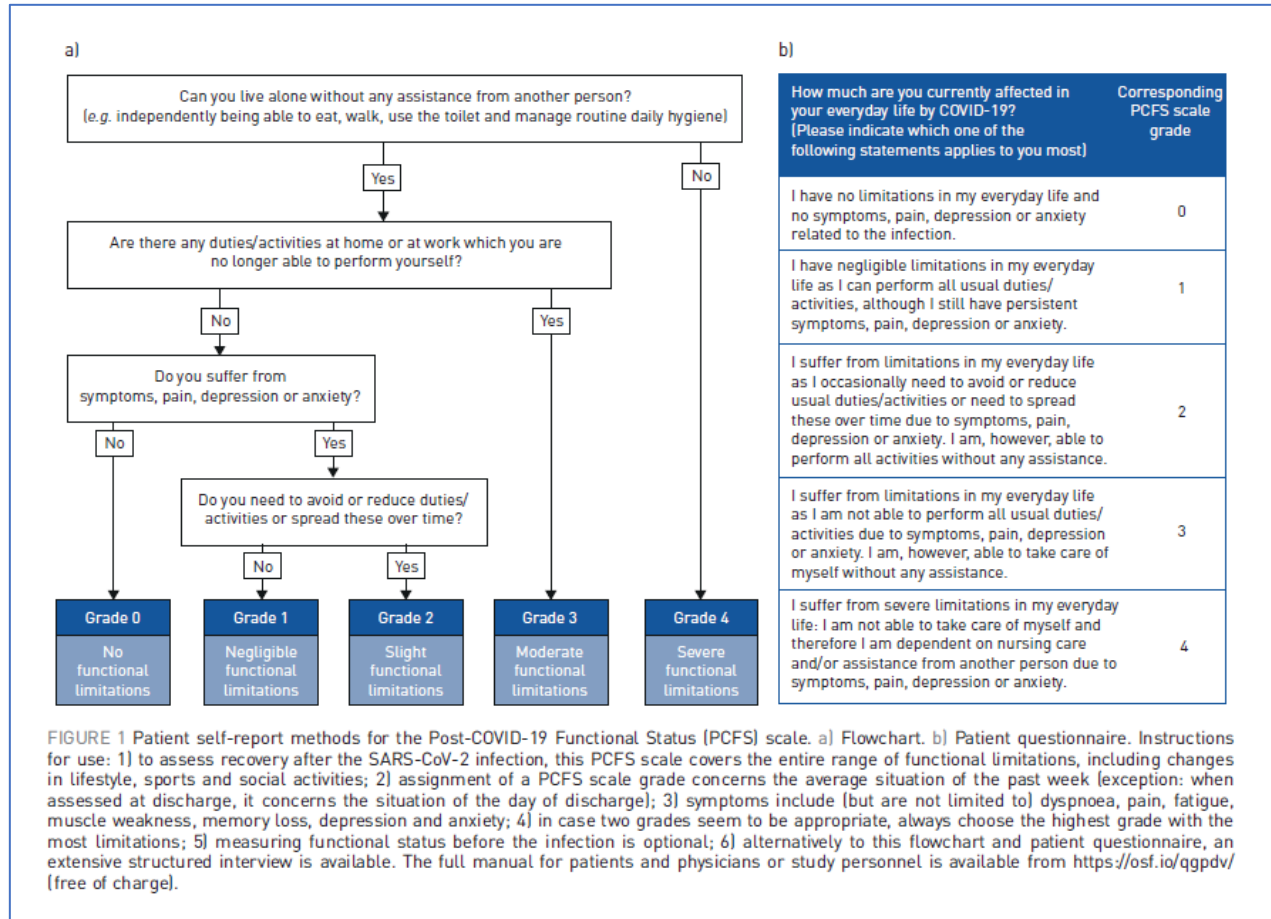
Recomendaciones de profilaxis de ETV

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	Se sugiere profilaxis con HBPM
>4	Se recomienda profilaxis con HBPM

AVCA: Accidente vascular cerebral agudo; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **IMC:** Índice de masa corporal; **MMI:** Miembros inferiores; **TVP:** Trombosis venosa profunda previa; **TVS:** Trombosis venosa superficial; **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

^aPeso 3 si: embarazo y trombofilia; Peso 4 si: embarazo y TVP previa; ^bPeso 2 si: factor V de Leyden en >60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos; Peso 1 si: factor VIII >150% factor V de Leyden en <60 años; ^cPeso 3 si: TVP previa espontánea; Peso 5 si: TVP previa y trombofilia; ^dPeso 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

ANEXO 3: ESCALA FUNCIONAL POSTCOVID:





ANEXO 4: VALORACIÓN PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS:

PERIODICIDAD DE LA VALORACIÓN DESDE EL INICIO DE SINTOMAS		A LAS 2-3 SEMANAS	A LAS 6-8 SEMANAS	A LAS 12-14 SEMANAS
FECHA DE REALIZACION DE LA ENCUESTA				
SÍNTOMAS GENERALES	cansancio			
	mareos			
	anorexia			
	sensación de debilidad			
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	tos			
	disnea			
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	diarrea			
	náuseas, vómitos			
	disfagia			
	pirosis			
	dolor abdominal			
SÍNTOMAS MUSCULOESQUELETICOS	artralgias			
	mialgias			
SÍNTOMAS CUTANEOS	sequedad de piel			
	exantemas			
SÍNTOMAS ORL	rinorrea			
	disfonía			
	otalgia			
	vértigo			
	odinofagia			
SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS	anosmia			
	disgeusia			
	cefalea			
	parestesias			
	alteraciones de la memoria/concentración			
SÍNTOMAS VASCULARES CARDIO	palpitaciones,			
	taquicardia			
	alteraciones en la tensión arterial			
	dolor torácico			
SÍNTOMAS OCULARES	conjuntivitis			
	alteraciones visuales			
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	ansiedad			
	insomnio			
	depresión			
OTROS SÍNTOMAS				



ANEXO 5: APOYOS PARA AUTOCUIDADOS TRAS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA.

(ver Documento Acompañante)



¿Para quién es este folleto?

Este folleto proporciona ejercicios básicos y consejos para personas adultas que han estado gravemente enfermos e ingresados en el hospital con COVID-19. Proporciona información sobre las siguientes áreas:



Manejo de la disnea



Hacer ejercicio después de salir del



Manejar problemas con tu voz



Manejo de comer, beber y tragar



Manejo de la pérdida de olfato



Manejar problemas con la atención, la memoria y el pensamiento.



Gestionar las actividades de la vida



Manejar el estrés y los problemas con el estado



Cuándo contactar a un profesional de la salud