

Documento para la **atención integral** al paciente **post-COVID**



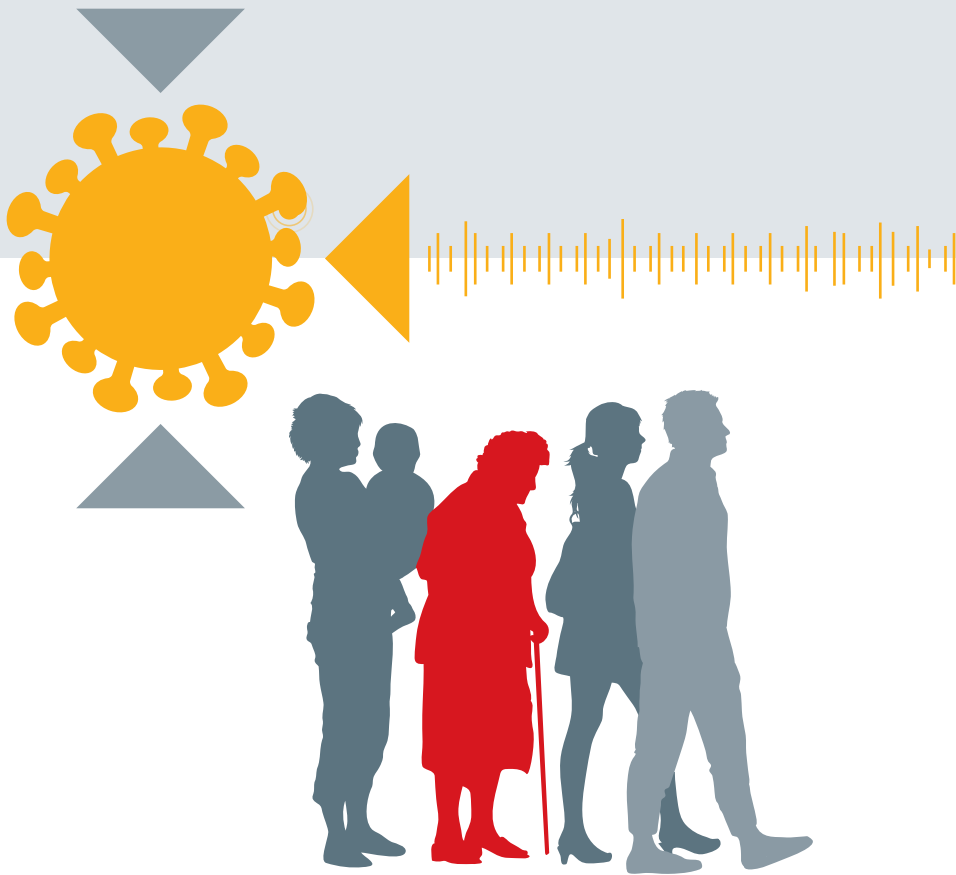
Con el patrocinio de:

Fundación
AstraZeneca 



DOCUMENTO

para la **atención integral** al paciente **post-COVID**



Documento realizado con el apoyo metodológico de la Consultora **T&T Consultoría Estratégica**



Índice

1. Introducción: Justificación del proyecto	4
1.1. Perfil del paciente	4
1.2. Efectos detectados en los pacientes tras la infección por SARS-COV-2	6
2. Documento para la Atención Integral al paciente post-COVID: descripción	8
2.1. Ámbito de aplicación	8
2.2. Población a la que se dirige	8
2.3. Objetivos y metodología	8
2.4. Panel de expertos	9
3. Acuerdos y recomendaciones	10
3.1. Clasificación de los pacientes para su seguimiento	10
3.2. Recomendaciones para el seguimiento clínico de los pacientes post-COVID	15
3.3. Mecanismos para fortalecer la coordinación asistencial	18
3.3.1. Coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria	18
3.3.2. Coordinación entre especialidades en el ámbito hospitalario	18
3.3.3. Coordinación con la esfera social	19
3.4. Registro de información clínica	20
4. Lecciones aprendidas: retos de futuro para el sistema sanitario	23
5. Decálogo de recomendaciones generales	25
6. Bibliografía	27

1. Introducción: Justificación del proyecto

En los últimos meses, la pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba el Sistema Nacional de Salud (SNS), como a los sistemas sanitarios de los países del mundo azotados por la misma.

Con el transcurso de los meses, clínicos y científicos han podido generar un mayor conocimiento acerca del propio virus, su manejo y tratamiento así como las secuelas de la enfermedad.

En este sentido, se han descrito complicaciones posteriores a la fase aguda de la COVID-19, tanto relacionadas directamente con la enfermedad como otras asociadas a las largas estancias hospitalarias, en unidades de críticos en muchas ocasiones.

El seguimiento de estos pacientes y las secuelas clínicas generadas por la infección, supone una nueva necesidad asistencial que requiere un abordaje multidisciplinar, protocolizado y equitativo en el conjunto del SNS.

Por ello, desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), y con el apoyo de la Fundación AstraZeneca, se ha considerado oportuno llevar a cabo una reflexión de consenso entre las Sociedades Científicas (SSCC) más relacionadas con la epidemia, gestores y directivos de la salud y pacientes; para establecer cómo debe organizarse y gestionarse el seguimiento clínico adecuado a las necesidades que presentan los pacientes que han superado la fase aguda de la infección por COVID-19.

1.1. Perfil del paciente

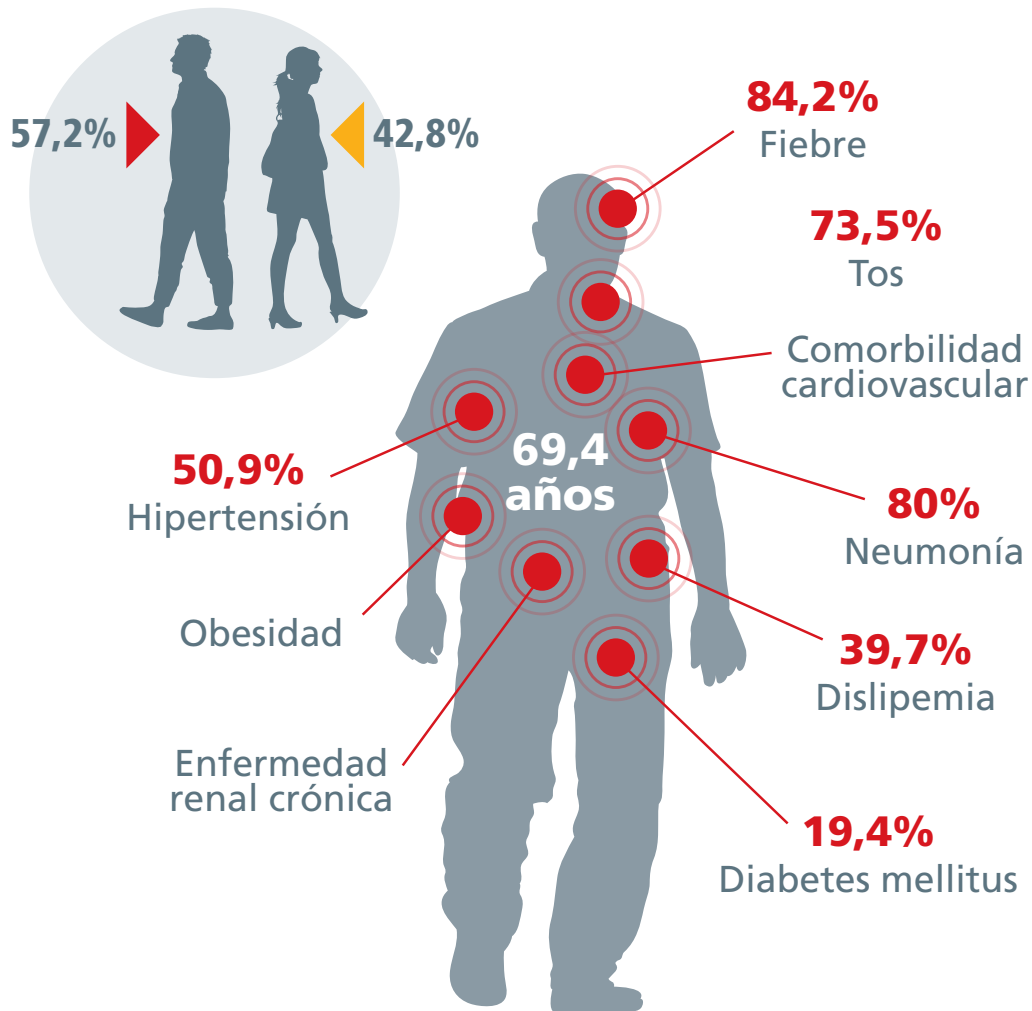
La Sociedad española de Medicina Interna ha desarrollado el registro clínico SEMI-COVID-19. Este registro de pacientes constituye el mayor de España y uno de los más amplios del mundo, aunque sólo recoge datos de pacientes hospitalizados. Aunque actualmente cuenta con datos clínicos de más de 17.000 pacientes hospitalizados con infección confirmada por SARS-CoV-2 recientemente se ha publicado el análisis relativo a la información de los 15.000 primeros pacientes ⁽¹⁾ sobre los que se ha recogido información;

datos que también han sido presentados en el I Congreso Nacional COVID-19.

Los datos analizados sobre los pacientes con COVID-19 que resultaron hospitalizados arrojan un perfil de varón cercano a los 70 años y con presencia de comorbilidades, especialmente hipertensión, obesidad y dislipemia.

Concretamente, la mediana de edad de los pacientes registrados resultó de 69,4 años de los que el 57,2% eran hombres. Del total, 50,9%

SEMI-COVID-19



presentaban hipertensión, el 39,7% dislipemia y el 19,4%,diabetes mellitus. También aparece de forma frecuente la comorbilidad cardiovascular (insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica).

Según los datos reportados por otras sociedades científicas, como la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), la enfermedad renal crónica (ERC) aumenta de forma importante el riesgo de COVID-19 grave. Además, la COVID-19 puede producir daño renal agudo, que puede ser persistente hasta en la mitad de los casos. Aquellos pacientes en tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante) son los más susceptibles de sufrir COVID-19, tal y como se desprende del Registro de la Sociedad Española de Nefrología. En estos casos, la mortalidad global es superior al 25% de los infectados, siendo mayor en hemodiálisis que en diálisis peritoneal o en los trasplantados renales.

También se ha observado que la presencia de enfermedades neurológicas crónicas como comorbilidad, se asocia de manera independiente a un peor pronóstico en los pacientes de COVID-19 ⁽²⁾.

Según los datos recogidos por el registro SEMI-COVID-19, la mayoría de los pacientes hospitalizados presentaba clínica respiratoria en el momento del ingreso y el 80% ingresó con neumonía.

Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (84,2%) y tos (73,5%). Asimismo, se apreciaron frecuentemente parámetros analíticos elevados de ferritina (73,5%), lactato deshidrogenasa (73,9%) y dímero D (63,8%), así como la linfopenia (52,8%).

A la vista de los datos recogidos por el registro SEMI-COVID-19, la tasa de mortalidad hospitalaria fue del 21%, con una estrecha relación entre la edad avanzada y la mortalidad.

1.2. Efectos detectados en los pacientes tras infección por SARS-COV-2

Sin llegar a hablar de secuelas, dado que habrá que ver si la persistencia de los signos y síntomas post infección se convierten en crónicos y, por lo tanto, en secuelas; sí que existe ya evidencia recogida, así como experiencia clínica suficiente acumulada, como para hablar de un conjunto de signos que afectan a los pacientes tras la infección aguda por COVID-19.

En el I Congreso Nacional COVID-19 se presentaron algunos datos extraídos del seguimiento realizado a pacientes de COVID-19 así como una valoración telemática de sintomatología a los tres meses del diagnóstico, desarrollada en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Estos datos ponen de manifiesto que el 50% de pacientes presenta síntomas persistentes y/o alteraciones en las pruebas radiológicas a los tres meses. Asimismo, se ha comprobado que no siempre la persistencia de sintomatología grave a los tres meses se correlaciona con la gravedad del episodio inicial, y el 39% de las derivaciones de pacientes por efectos persistentes se corresponden con pacientes que no requirieron ingreso durante la primera oleada de la pandemia de COVID-19.

Al hablar de los efectos del COVID-19 post infección debe atenderse tanto a las complicaciones derivadas de la propia infección, como a aquellas relacionadas con el ingreso hospitalario: la utilización de sistemas de ventilación invasivos u otros procedimientos invasivos, largos períodos de inmovilización, estancias en unidades de críticos, iatrogenia medicamentosa, etc.

Hasta ahora, y en base a la experiencia clínica acumulada en los meses transcurridos desde la primera oleada, parece que los síntomas detectados como persistentes presentan una evolución muy fluctuante. Aunque en una afectación variable, en general se han observado las siguientes complicaciones post infección:

Generales

- Astenia en diferentes grados, desde extrema e invalidante, a moderada o leve
- Sensación distérmica, febrícula o fiebre
- Malestar general
- Anorexia y pérdida de peso
- Sudoración profusa
- Escalofríos

Tromboembólicas

- Enfermedad tromboembólica venosa
- Accidentes cerebro vasculares
- Cardiopatía isquémica
- Síndrome posttrombótico
- Hipertensión pulmonar tromboembólica
- Otros eventos trombóticos

Respiratorias

- Tos
- Disnea de causa multifactorial: pulmonar, musculoesquelética, cardiovascular, depresión...
- Opresión o dolor torácico
- Laringoespasmos
- Broncoconstricción
- Desaturaciones bruscas y transitorias
- Expectoración continua
- Hemoptisis
- Debut EPOC

Otorrinolaringología

- Picor o dolor de garganta
- Disfagia
- Boca seca
- Afonía/disfonía
- Otagia
- Ototubaritis
- Aftas
- Congestión nasal

Cardiacos

- Palpitaciones
- Hipotensión ortostática
- Debut hipertensivo
- Miocarditis/pericarditis
- Taquicardia/ bradicardia sinusal
- Síncope

Osteomusculares

- Artralgias
- Mialgias múltiples o aisladas
- Calambres y contracturas en reposo
- Dolor de espalda
- Atrofia y debilidad muscular

Digestivos

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Dispepsia
- Intolerancias
- Pirosis
- Flatulencia

Neurológicos y Cognitivos

- Anosmia de larga duración
- Disgeusia
- Cefaleas
- Debilidad del enfermo crítico
- Confusión y desorientación
- Crisis comiciales
- Temblores
- Alteración de la marcha
- Falta de concentración
- Quejas de memoria, alteración atencional y déficit de concentración
- Parestesias, disestesias
- Mareos y/o inestabilidad
- Neuropatías
- Hipoacusia, acúfenos, hiperacusia
- Síndrome Guillain Barré
- Secuelas de ictus

Endocrinológicas

- Desnutrición
- Pérdida de peso y de masa muscular
- Hiperglucemia de estrés, diabetes.
- Tiroiditis, disfunción tiroidea
- Otras endocrinopatías (hipofisitis)
- Alteraciones hidroelectrolíticas, hipofosfatemia.

Psiquiátricas

- Depresión
- Ansiedad
- Estrés post-traumático
- Insomnio

Renales

- Daño renal agudo secundario a:
 - Tubulopatía proximal
 - Glomerulopatía
 - Microangiopatía trombótica
- Necesidad de inicio de técnica de sustitución de la función renal (diálisis)

Alteraciones hepáticas

Alteraciones dermatológicas

En todo caso, debe señalarse que en el momento actual existe aún muchas incertidumbres sobre la persistencia de estas afecciones en el tiempo, su incidencia real y su evolución. Por ello, y **a medida que se vaya generando mayor conocimiento científico sobre este aspecto, este documento podrá ser revisable y actualizable en base a la evidencia disponible.**



2. Documento para la Atención Integral al paciente post-COVID: Descripción

2.1. **Ámbito de aplicación**

El presente documento recoge una serie de recomendaciones pensadas para poder ser implementadas en el ámbito de los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud, implicando a los niveles asistenciales y profesionales y disciplinas de apoyo que se precisen en cada caso.

2.2. **Población a la que se dirige**

Las recomendaciones recogidas a continuación se dirigen a los pacientes que han superado la infección por SARS-COV-2 y tienen por objetivo contribuir a la organización de recursos y protocolización de procesos para su seguimiento adaptando estos procedimientos a las necesidades clínicas que presente cada grupo de pacientes.

Los pacientes diagnosticados de COVID-19 necesitan un seguimiento adaptado a la gravedad con que han sufrido la enfermedad, a la situación funcional que tienen en el momento del alta y de manera coordinada entre niveles asistenciales.

2.3. **Objetivos y metodología**

Objetivos

El **principal objetivo** de este trabajo es alcanzar un consenso sobre el que construir un modelo

asistencial para el seguimiento clínico adecuado a las necesidades que presentan los pacientes que han superado la fase aguda de la infección por COVID; a partir de la constitución de foro de debate multidisciplinar de clínicos, gestores sanitarios, directivos de la salud y pacientes.

En este sentido, a través de este trabajo se pretende consensuar unos criterios que ayuden a identificar a qué pacientes se les debe llevar a cabo un seguimiento específico para tratar secuelas asociadas a la COVID así como prevenir y detectar precozmente eventos posteriores derivados de la infección.

De esta forma será posible una adecuada planificación de los recursos disponibles y hacer compatible este seguimiento con la actividad asistencial ordinaria así como la atención a los nuevos pacientes COVID.

Asimismo, se hace necesario contribuir a la generación de evidencia acerca de la evolución clínica de la COVID-19 para mejorar conocimiento de la enfermedad y del virus que la causa. De esta forma, tanto gestores como sociedades científicas, podrán a su vez detectar áreas de oportunidad en la generación de líneas de investigación para el desarrollo de proyectos que permitan avanzar en el conocimiento clínico y respuesta terapéutica de la COVID-19.

Metodología

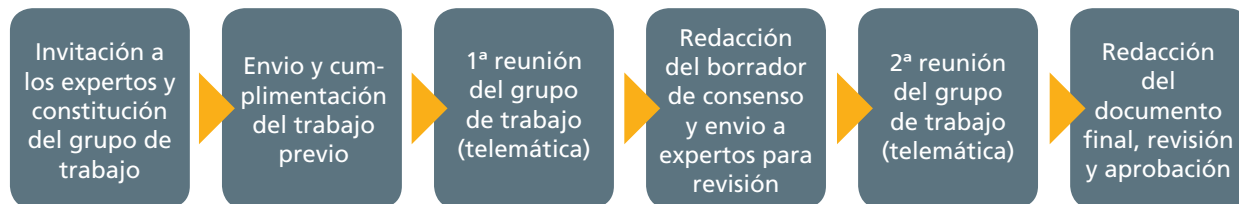


Figura 1: Metodología de trabajo.

2.4. Panel de expertos

Como se ha señalado, para el abordaje de este trabajo se ha constituido un grupo de trabajo formado por:

Gestión pública, gestión sanitaria y directivos de la salud

- Ana Pastor, Vicepresidenta del Congreso y ex Ministra de Sanidad.
- José Martínez Olmos, Escuela Andaluza de Salud Pública. Ex Secretario General de Sanidad.
- Lourdes Martínez, Gerente de Cuidados del SERMAS.
- Francisco Marí, Gerente del Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
- Eloína Núñez, Gerente del Área Integrada de Santiago de Compostela.
- Juan José Ríos, Director Médico del Hospital Universitario La Paz de Madrid.
- Mercedes Carrasco, Subdirectora Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.
- M^a Andión Goñi, Directora de Enfermería del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Vocal de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).

Sociedades Científicas

- SEC: Fernando Arribas, Jefe de Servicio de Cardiología en el Hospital 12 de Octubre, Madrid.
- SEEN: Irene Bretón, Presidenta. Hospital Gregorio Marañón.
- SEFH: Olga Delgado, Presidenta. Jefa de Servicios de Farmacia Hospitalaria del Hospital Son Espases en Palma de Mallorca.
- SEMERGEN: Manuel Llinares, Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas, Medicina Tropical y del Viajero.
- SEMFYC: Jesús Molina, Responsable del Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias.

- SEMG: M^a Teresa Jorge, responsable del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Francisco José Sáez, responsable del Grupo de Trabajo de Gestión.
- SEMI: Jesús Díez, Vicepresidente. Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.
- S.E.N.: M^a Dolores del Pino, Presidenta. Servicio de Nefrología del Hospital de Torrecárdenas, Almería. Emilio Sánchez, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital de Cabueñes, Asturias.
- SEN: José Miguel Láinez, Presidente. Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Valencia. David García Azorín, Junta Directiva de a SEN. Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- SEOM: José Ignacio Chacón, Secretario de la Junta Directiva. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.
- SEP: Celso Arango, Presidente. Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- SEPAR: Germán Peces-Barba, Vicepresidente. Jefe de Sección de Neumología del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid.
- SETH: José Antonio Páramo, Presidente. Co-director del Departamento de Hematología y Hemoterapia de la Clínica Universidad de Navarra.

Pacientes

- Foro Español de Pacientes (FEP): José Luis Baquero, Director.
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP): Carina Escobar, Presidenta.

3. Acuerdos y recomendaciones

3.1. Clasificación de los pacientes para su seguimiento

Los pacientes que han superado la fase aguda de la infección por SARS-COV-2 con signos y síntomas persistentes, y a la vista de los efectos que la enfermedad puede generar también en esta fase, deben tener acceso a un seguimiento multidisciplinar adaptado a las características de las principales afecciones orgánicas y funcionales y posibles secuelas a medio y a largo plazo.

La identificación de las principales complicaciones derivadas de la enfermedad, permitirá el diseño de un plan terapéutico adaptado a las necesidades de cada paciente y conllevará, por lo tanto, el seguimiento de una ruta asistencial específica.

Como primer paso, el grupo de consenso se planteó establecer una fórmula para la estratificación de los pacientes post-COVID que resulte aplicable en las diferentes áreas o departamentos de salud, tanto en aquellas con un número elevado de pacientes, como en aquellas que cuentan con cifras inferiores de afectados post-COVID.

Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

En todo caso, prevalecerá el criterio del facultativo que lleve el seguimiento del paciente y que podrá, si lo estima conveniente, dar el alta al paciente de su proceso cuando los signos o síntomas desaparezcan o no revistan relevancia clínica.

- Definir un modelo de clasificación de pacientes que atienda a criterios lo más objetivos posible, para reducir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir la máxima equidad.
- Establecer un modelo asistencial sostenible en términos de carga asistencial para el sistema.
- Clasificar a los pacientes y establecer rutas asistenciales en función de sus necesidades, aunque estableciendo cauces de coordinación y relación que favorezcan la continuidad asistencial y la movilidad del paciente en el sistema sanitario.
- Tomar como punto de partida para la estratificación, la situación del paciente al alta y, junto con sus características basales, determinar a priori el riesgo de complicaciones o secuelas posteriores. Se ha definido un modelo para

la estratificación que permita el control de todos los pacientes post-COVID con la participación y coordinación de los diferentes niveles asistenciales para cubrir las diferentes necesidades que puede presentar cada paciente.

- En todo caso, prevalecerá el criterio del facultativo que lleve el seguimiento del paciente y que podrá, si lo estima conveniente, dar el alta al paciente de su proceso cuando los signos o síntomas desaparezcan o no revistan relevancia clínica.

Paciente post-COVID

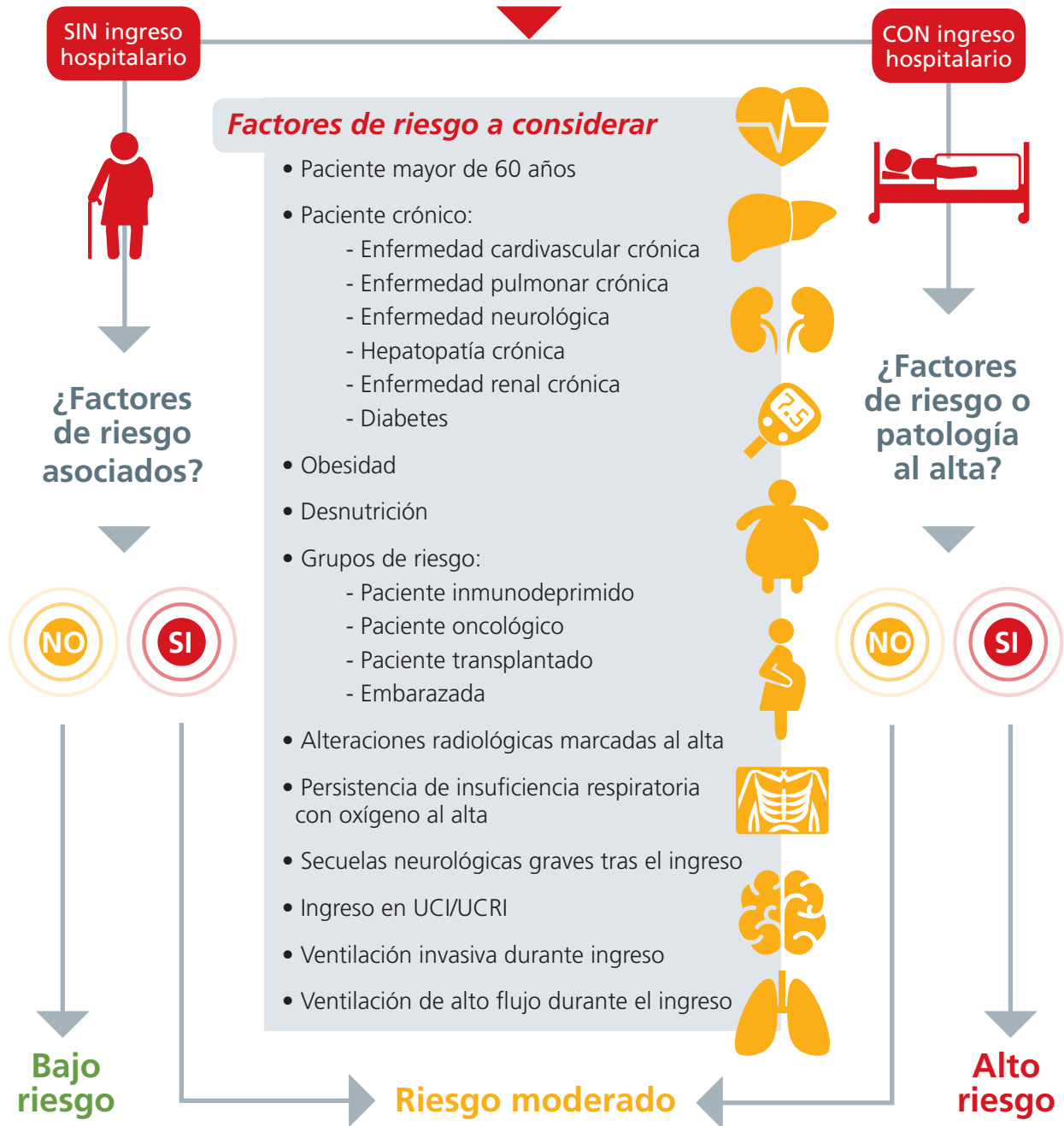


Figura 2: Esquema para la estratificación de pacientes post-COVID en función del riesgo de presentar complicaciones posteriores.

Como punto de partida se propone diferenciar entre aquellos pacientes que precisaron de ingreso (hospitalario o domiciliario) de los que no. En segundo lugar se considera criterio determinante en el seguimiento la presencia o no de factores de riesgo asociados o patología al alta. En este sentido se considerarán factores de riesgo la edad superior a 60 años, pertenecer a un grupo de riesgo, presencia de comorbilidades, haber precisado de hospitalización en unidad de críticos o bien soporte respiratorio invasivo, o signos radiológicos de neumonía al alta. La valoración de los factores de riesgo permitirá al clínico clasificar, a priori, al paciente como "bajo riesgo", "riesgo moderado", "alto riesgo". **Esta clasificación es dinámica**, y el clínico podrá a lo largo del seguimiento del paciente reevaluar su inclusión en un grupo u otro, lo que puede implicar el paso de un nivel asistencial a otro, así como su alta definitiva.

Figura 3: Factores de riesgo a considerar en los pacientes post-COVID.



Factores de riesgo a considerar

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

• Grupo 1: Bajo riesgo

En este grupo se incluyen:

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

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

Se recomienda utilizar el **triaje telefónico**, utilizando procedimientos y listas de verificación consensuadas y protocolizadas, para poder determinar

las necesidades del paciente y hacer la posterior citación para pruebas y consulta presencial si la situación clínica del paciente lo precisa.

Es recomendable llevar a cabo una valoración clínica, funcional y emocional del paciente. En caso de detectar necesidades adicionales es conveniente facilitar el acceso a través de e-consulta al equipo de enlace del ámbito hospitalario (internista/neumólogo de enlace) para valorar al paciente o derivar a otro especialista en caso de que el criterio clínico así lo aconseje.

En este sentido, el panel de expertos recomienda contar con un internista y un neumólogo de enlace que actúen como consultores para atender las e-consultas así como otros requerimientos que se puedan suscitar. A su vez, el papel del profesional de Enfermería de Continuidad Asistencial (o profesional que asuma estas competencias en cada Comunidad Autónoma) también contribuirá a adaptar el proceso a las necesidades del paciente.

En caso de que el paciente precise ser derivado para evaluación por parte de otro especialista, **la derivación se llevará a cabo a través del especialista de enlace**, que será quien tras una e-consulta con el Médico de Familia, coordinará la atención al paciente junto con los especialistas de la Unidad Clínica o Consulta Monográfica Integral en función de las necesidades clínicas que presente.

• Grupo 2: *Riesgo moderado*

En este grupo se incluyen:

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

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

Como en los pacientes de bajo riesgo, el control a este grupo de pacientes lo desarrollará el equipo de Atención Primaria: unidad asistencial (médico de familia y enfermera).

También se recomienda llevar a cabo un primer triaje telefónico para determinar las necesidades del paciente.

Si no se citó ya al paciente en el momento del alta para pruebas de control, se le citará telefónicamente. Con los resultados, se recomienda consulta presencial para llevar a cabo una valoración clínica, funcional y emocional del paciente.

Es conveniente articular mecanismos para llevar a cabo e-consulta con el internista o neumólogo de enlace en caso de que el paciente presente necesidades adicionales; así como **vías clínicas para la derivación rápida** de los pacientes que precisen de una evaluación adicional, **a través del especialista de enlace**.

• Grupo 3: *Alto riesgo*

En este grupo se incluyen:

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

El control a este grupo de pacientes recaerá en el ámbito hospitalario, la Unidad Clínica Multidisciplinar COVID o Consulta Monográfica Multidisciplinar COVID en función de la unidad organizativa que se haya diseñado en

cada centro para la atención a estos pacientes. Asimismo, es importante la coordinación con el equipo de Atención Primaria, así como con los centros sociosanitarios, para la atención integral de las diferentes necesidades de este colectivo de pacientes, tanto en el momento del alta como en el futuro próximo.

En estos pacientes, entre los que se encuentran los afectados por la COVID-19 en su forma más grave, aquellos que han precisado de hospitalizaciones largas, ventilación mecánica invasiva y otros grupos de riesgo; se recomienda **control telefónico la primera semana tras el alta.**

Este primer control telefónico podrá llevarlo a cabo Enfermería o desde la especialidad que dio el alta al paciente. Posteriormente, en torno a cuatro semanas tras el alta, **se citará presencialmente al paciente para valoración integral.**

Siempre que sea posible, se recomienda la citación de las pruebas de control en el momento del alta, de forma que la visita presencial se produzca ya con los resultados de las pruebas exploratorias.

Esta evaluación presencial se llevará a cabo en consulta multidisciplinar entre Medicina Interna y Neumología, pero preferiblemente y siempre que sea posible **con el especialista que dio el**

alta hospitalaria al paciente. En ella se llevará a cabo la valoración clínica, funcional y emocional, con observación de los factores de riesgo adicionales así como de las necesidades psicosociales. En esta primera consulta de seguimiento, se efectuará un cribado de necesidades para valoración por otras especialidades.

El seguimiento posterior se pautará a criterio médico cada 3/6/12 meses. Tras esta primera valoración, el peso del seguimiento del paciente recaerá en Neumología, en caso de que el paciente presente secuelas respiratorias persistentes tras la infección; o en Medicina Interna, cuando sean otras las secuelas que presente el paciente. Todo ello, en coordinación con las otras especialidades y disciplinas integradas en la Unidad Clínica Multidisciplinar o en el Comité COVID, para poder llevar a cabo una atención integral al paciente desde un punto de vista bio-psicosocial.

En este sentido, se recomienda establecer mecanismos de coordinación con el área de Trabajo Social así como con el sector socio-sanitario.

También debe valorarse la necesidad de definir y poner en marcha un Plan de cuidados domiciliario y/o soporte al autocuidado, en colaboración con Atención Primaria y las Unidades de Hospitalización Domiciliaria.

Es importante señalar que en aquellos pacientes que, aún habiendo superado la fase aguda o crítica de la infección, presenten PCR positiva para el SARS-COV-2, el seguimiento clínico deberá adaptarse a las circunstancias de aislamiento que debe respetar el paciente en esta circunstancia⁽³⁾. Para ello, los medios telemáticos y el seguimiento telefónico protocolizado serán herramientas indispensables.

Asimismo, en la clasificación de los pacientes en función del riesgo que a priori pueden presentar de posibles complicaciones derivadas de su infección por COVID-19, el criterio clínico será una herramienta de valoración fundamental en la evaluación de los factores de riesgo.

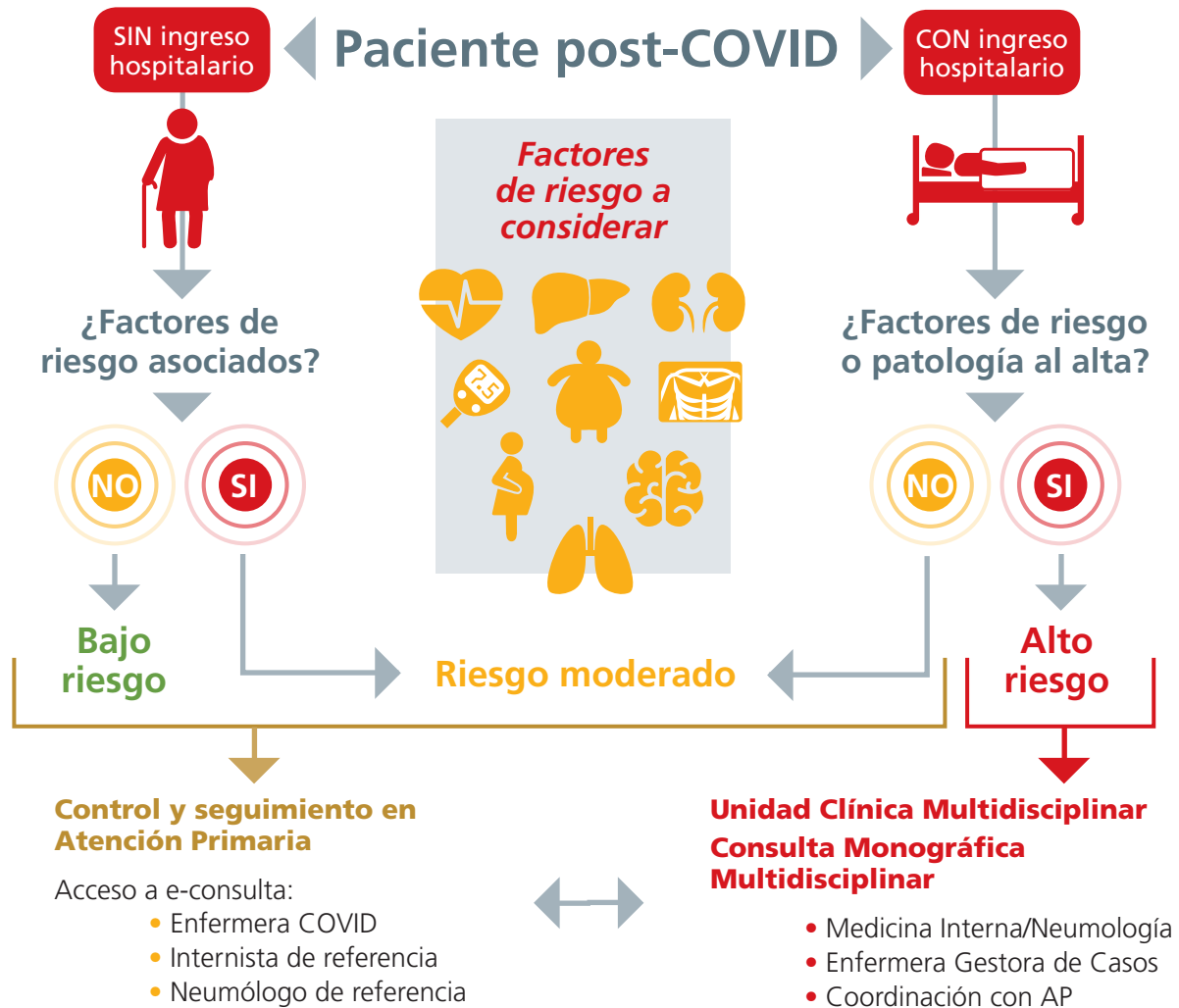


Figura 4: Seguimiento a los pacientes post-COVID en función de la evaluación del riesgo de complicaciones

3.2. Recomendaciones para el seguimiento clínico de los pacientes post-COVID

A continuación, y sin perjuicio de las indicaciones que puedan emitirse por las guías clínicas publicadas por parte de las Sociedades Científicas implicadas en el seguimiento de los pacientes post COVID, se recogen algunas recomendaciones en cuanto a las pruebas a llevar a cabo a este colectivo de pacientes, para vigilar y prevenir las

secuelas y eventos posteriores a la infección por COVID-19.

La pruebas recomendadas suponen una guía para poder establecer protocolos, aunque será el estado clínico del paciente lo que determine cuáles son las pruebas que verdaderamente deben ser realizadas en cada caso.

En consonancia con lo recogido en el modelo propuesto para la clasificación de los pacientes que deben ser sometidos a seguimiento clínico, se establecen recomendaciones tanto para los pacientes que serán controlados en Atención

Primaria como para aquellos cuya vigilancia se desarrolle en el ámbito hospitalario, bien en la Unidad Clínica Multidisciplinar o en la Consulta Monográfica Multidisciplinar.

En todo caso, y como se ha señalado anteriormente, más allá de las indicaciones recogidas a continuación, el criterio clínico será determinante a la hora de pautar un seguimiento u otro y las pruebas o controles a realizar durante el mismo.

Recomendaciones para el seguimiento en Atención Primaria

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



- Valoración clínica integral.



- Analítica de sangre: hemograma, bioquímica, coagulación y serología.



- En pacientes que presentaron neumonía o presentan disnea una vez superada la infección, se recomienda realizar radiografía de tórax.



- Escalas de depresión/ansiedad (se propone la utilización de las escalas HADS, HAMD o HAM-A) ^(4, 5).



- Valoración del sueño y de la calidad de vida a través encuestas y escalas (se propone la utilización de EuroQoL-5D) ⁽⁶⁾.



- Cribado nutricional (se propone la utilización de la herramienta MUST), cribado de sarcopenia (se propone la herramienta SARC-F) ⁽⁷⁾.



- Valorar la fragilidad mediante las escalas y test adecuados.

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

el criterio clínico será determinante a la hora de pautar un seguimiento u otro y las pruebas o controles a realizar durante el mismo.

Recomendaciones para el seguimiento en el ámbito hospitalario

Como se ha señalado en el seguimiento a desarrollar en

AP, también en el ámbito hospitalario el criterio clínico contribuirá a determinar las pruebas y controles a realizar al paciente en función de las necesidades que presente.

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



- Valoración clínica.

(mMRC)



- Evaluación de la disnea, mediante la escala modificada de la disnea del Medical Research Council (mMRC).



- Pruebas de función respiratoria:
 - Espirometría forzada
 - Test de difusión alveolar
 - Prueba de la marcha de seis minutos.



- Si se evidencia insuficiencia respiratoria, se realizará gasometría de la arterial basal.



- Angio tomografía computarizada torácica con mapa de yodo o, tomografía torácica de alta resolución, según sea la afectación pulmonar (y considerando la función renal para establecer medidas de nefroprotección si es necesario).






- Analítica de sangre:






- Hemograma, perfil renal (renal (incluyendo la filtrado glomerular estimado por CKD-EPI y microalbuminuria), hepático, inflamatorio (proteína C reactiva, fibrinógeno, interleuquina-6, ferritina), hemostático (Dímero D), creatina cinasa, troponina, glucemia y hemoglobina glicosilada.

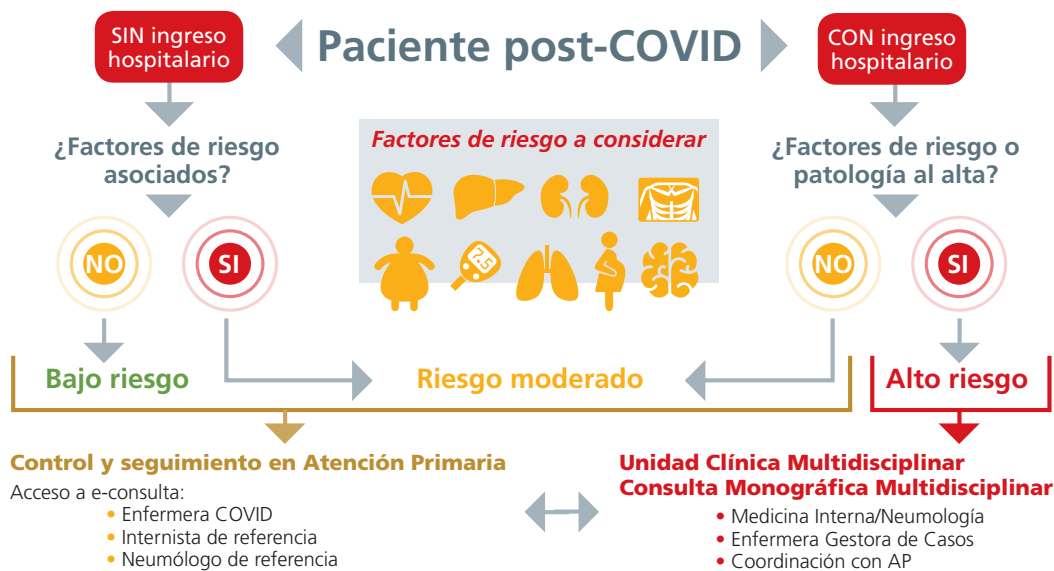
(CKD-EPI)



- 
 - Estudio de la respuesta inmune innata y adquirida.
- 
 - Microbiología: VHB, VHC, Epstein Barr, citomegalovirus, herpes simple. En caso de haber recibido dosis altas de corticoides: mantoux o quantiferon y aspergillus.
- 
 • Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud valorada con cuestionario recomendado.
- Cuestionario de actividad física

- 
 • Cuestionario de evaluación del estado emocional y del sueño.
- 
 • En casos seleccionados:
 - Eco-doppler de miembros inferiores.
 - Ecocardiograma.
 - Fibrobroncoscopia.
- 

Se recomienda **reevaluación cada tres meses si hay hallazgos patológicos o si persisten los signos o síntomas.**



- ✓ Analítica de sangre: hemograma, bioquímica, coagulación y serología.
- ✓ Escalas de depresión/ ansiedad
- ✓ Valoración del sueño
- ✓ Encuesta de calidad de vida
- ✓ Valoración del estado nutricional
- ✓ Valorar la fragilidad
- ✓ Pacientes que presentaron neumonía o refieren disnea: radiografía de tórax

- ✓ Valoración clínica
- ✓ Evaluación de la disnea
- ✓ Pruebas de función respiratoria
- ✓ Analítica de sangre: Hemograma, respuesta inmune, microbiología, bioquímica
- ✓ Cribado nutricional
- ✓ Si insuficiencia respiratoria, gasometría de la arterial basal
- ✓ Angio tomografía computarizada torácica con mapa de yodo o, tomografía torácica de alta resolución
- ✓ Valoración de la calidad de vida
- ✓ Cuestionario de actividad física
- ✓ Cuestionario de evaluación del estado emocional

Figura 5: Recomendaciones para el seguimiento de los pacientes post-COVID en función de la valoración del riesgo de complicaciones posteriores.

3.3. Mecanismos para fortalecer la coordinación asistencial

Tal y como ya se ha comentado, el paciente post-COVID que presenta signos patológicos tras la fase aguda de la infección, debe poder acceder a una atención multidisciplinar. Para que esta atención contemple la atención integral del paciente, resulta indispensable establecer mecanismos adecuados que aseguren la coordinación entre especialidades, entre los diferentes escalones asistenciales y también entre la esfera sanitaria y la social para poder atender a los pacientes con necesidades especiales.

3.3.1. La coordinación asistencial entre Atención Primaria-Atención Hospitalaria

El modelo de estratificación de pacientes propuesto por el grupo de trabajo tiene el objetivo de ordenar la atención a los pacientes post-COVID, sin embargo, no se trata de una clasificación estática, si no de un modelo en el que los profesionales sanitarios deben coordinarse de la forma adecuada para que el paciente pueda circular en el sistema sanitario de la forma que permita una mejor atención de sus necesidades clínicas. Para ello, resulta necesario establecer procesos formales para:

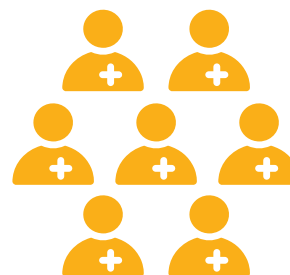
- Definir la figura del **especialista de enlace**, Internista o Neumólogo, que actúe como consultor para el Médico de Familia cuando se precise.
- Establecer los mecanismos para el desarrollo de **e-consultas** entre el Médico de Familia y el Internista o Neumólogo de enlace.
- Definir la figura de **Enfermera gestora de casos para los pacientes post-COVID en el ámbito hospitalario** para la coordinación entre las diferentes especialidades, incluida Medicina de Familia, y otras disciplinas como Enfermería de AP, trabajadores sociales, esfera sociosanitaria, etc. Asimismo esta figura velará por la coordinación y continuidad de cuidados.

- Definir **protocolos para la atención domiciliaria** así como planes de cuidados domiciliarios.
- Disponer de formación y **protocolos para el seguimiento y el cribado telefónico a partir de cuestionarios y/o listas de verificación** consensuadas y protocolizadas.
- Disponer de **vías clínicas de derivación rápida** para pacientes post-COVID con necesidades de seguimiento específicas o de pruebas complementarias de realización en el ámbito hospitalario. En este sentido, se recomienda el uso de aquellas vías que ya estén establecidas para otro tipo de patologías.
- Acordar y difundir un **protocolo para la valoración de las necesidades psico-sociales** de los pacientes.

3.3.2. Coordinación entre especialidades en el ámbito hospitalario

Para conseguir un modelo protocolizado, consensuado y multidisciplinar es necesario el diseño de un **Modelo asistencial para la atención integral del paciente post-COVID**, adaptado a las especificidades de cada área o departamento de salud. En la definición de este modelo deberán concretarse las rutas asistenciales a seguir por los diferentes colectivos de pacientes así como recoger los nombres y vías de contacto de las personas que lideren la atención a los pacientes post-COVID en cada una de las disciplinas involucradas en el Modelo.

Asimismo, será una pieza clave en la gestión y supervisión del Modelo definido el Comité COVID. En base a la experiencia, se recomienda integrar en el **Comité COVID** a representantes de las siguientes especialidades:



Especialidades a integrar en el comité COVID

Medicina de Familia (Atención Primaria)	Medicina Intensiva	Inmunología
Medicina Interna	Urgencias	Radiología
Neumología	Medicina Preventiva	Análisis Clínicos
Cardiología	Rehabilitación	Farmacia Hospitalaria
Endocrinología y Nutrición	Microbiología	Dirección Médica
Nefrología	Geriatría	Dirección Enfermería
Neurología	Oncología	Trabajo social
Psiquiatría	Pediatría	Psicología Clínica
	Otorrinolaringología	Fisioterapia

3.3.3. Coordinación con la esfera social

En lo que respecta a la atención y seguimiento del paciente post-COVID, que precise de una coordinación específica con el ámbito social o sociosanitario, deben distinguirse tres situaciones distintas que precisarán de la puesta en marcha de diferentes soluciones:

- Pacientes ancianos no institucionalizados o personas dependientes.
- Pacientes ancianos o personas dependientes institucionalizadas en residencias de la tercera edad o centros de atención a la discapacidad.
- Pacientes de cualquier rango de edad que, tras una estancia hospitalaria larga, presentan necesidades de cuidado específicas que ya no pueden seguir siendo atendidas en su hospital de agudos.

En los dos primeros casos, estos pacientes serán **integrados dentro de los planes de atención a la cronicidad** implantados en cada Comunidad Autónoma, como Pacientes Crónicos Complejos o Pacientes Crónicos Avanzados. A través de los equipos y recursos especializados en la atención a la cronicidad establecidos en

un profesional de referencia para la supervisión y coordinación de los aspectos de la atención sanitaria en las residencias de la tercera edad, se convierte en una acción prioritaria a poner en marcha.

cada ámbito se dispondrá del plan de cuidados y seguimiento clínico oportuno adaptado a las necesidades que se presenten en cada caso.

Es importante señalar la necesidad de establecer un **profesional de enlace con el sistema sanitario para la atención a los pacientes institucionalizados**. En este sentido, la crisis sanitaria vivida con motivo de la pandemia de COVID-19, ha puesto de manifiesto la necesidad de resolver la **necesaria coordinación, comunicación e integración entre la esfera sanitaria y la social**.

Por ello, identificar un **profesional de referencia para la supervisión y coordinación de los aspectos de la atención sanitaria en las residencias de la tercera edad**, bien sea un profesional del centro social o un profesional del centro de Atención Primaria al que la residencia se encuentra adscrita, se convierte en una acción prioritaria a poner en marcha.

Siendo más ambiciosos, y ateniendo a las oportunidades que las lecciones aprendidas tras la crisis sanitaria ponen sobre la mesa, la coordinación entre la esfera social y sanitaria utilizando sistemas de información compartidos debería convertir en una prioridad.

La información recogida por la persona que ejerce de cuidador formal en una persona anciana y/o dependiente,

puede aportar mucho valor al profesional sanitario responsable de la atención o cuidados sanitarios a ese paciente; y viceversa.

Como se señalaba, existe otro colectivo de pacientes que, tras recibir el alta hospitalaria, y como consecuencia de estancias hospitalarias prolongadas, va a precisar una serie de cuidados que ya no pueden llevarse a cabo en el hospital de agudos, pero que tampoco pueden ser atendidos en sus domicilios sin la asistencia de profesionales especializados.

Por ello, es importante tener en cuenta en este grupo de pacientes el disponer de **circuitos adecuados para su derivación a centros de media y larga estancia**, la articulación de **planes de cuidados domiciliarios** adaptados a sus necesidades, así como establecer una **coordinación y comunicación constante con los trabajadores sociales** de los centros hospitalarios.

La COVID-19 ha puesto de manifiesto la **necesidad de establecer procesos transversales entre ámbitos sanitarios y extra-sanitarios** para ser capaces de atender a determinados colectivos de pacientes que presentan unas necesidades específicas que pueden hacerles más vulnerables.

3.4. Registro de información clínica

Junto con la atención a la sintomatología persistente, el seguimiento a los pacientes post COVID tiene también como objetivo generar conocimiento sobre el SARS-COV-2, la patología y sus secuelas, recogiendo información clínica relevante sobre la evolución de los pacientes.

En este sentido, el grupo de trabajo autor de este consenso considera de interés la integración de la información recogida por los diferentes registros de pacientes que están liderando diferentes Sociedades Científicas, como una medida eficaz para compartir la información y fomentar la investigación clínica.

La aplicación de este conocimiento en un futuro permitirá su explotación por múltiples vías; como establecer estudios clínicos, investigaciones, patrones de comorbilidades, etc. por lo que la trascendencia de registrar esta información es significativa.

La recopilación de esta información, por otro lado, no pretende restar agilidad ni sobrecargar los recursos de atención a los pacientes, por lo que la definición de la información a registrar a lo largo del proceso de seguimiento debe definirse de un modo racional y realista, estableciendo indicadores consensuados y coordinados que permita aglutinar y explotar la información.

La posibilidad de llevar a cabo una recogida de datos clínicos de una forma consensuada entre diferentes centros asistenciales en el SNS, que permitiera acceder a la información de un buen número de pacientes, permitiría desarrollar un proyecto de investigación y comparación de registros e historias clínicas de pacientes COVID-19 a través de herramientas de minería de datos, y poder así extraer patrones diferenciales y predictivos sobre la evolución de la infección y sus secuelas.

En este sentido, los expertos que han participado en la elaboración de este consenso, consideran una oportunidad el registro de un número mínimo de datos que posibilite llevar a cabo este estudio de comparabilidad.



Información clínica a registrar



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan Insuficiencia Respiratoria Crónica a los 3/6/12 meses:

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que han presentado evento cardiovascular post-infección a los 3/6/12 meses:

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que han presentado evento cerebrovascular post-infección a los 3/6/12 meses:

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan enfermedad tromboembólica a los 3/6/12 meses:

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que necesitan tratamiento rehabilitador a los 3/6/12 meses:

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan Enfermedad Renal Crónica (ERC) a los 3/6/12 meses.

■ Porcentaje de pacientes de pacientes COVID con fracaso Renal Agudo (FRA) que requirieron tratamiento con diálisis.

■ Porcentaje de pacientes COVID en programas de diálisis crónicos (hemodiálisis y diálisis peritoneal) que requirieron ingreso hospitalario (planta y UCI)



■ Porcentaje de pacientes COVID trasplantados renales que requirieron ingreso hospitalario (planta y UCI)



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan enfermedad autoinmune de nueva aparición a los 3/6/12 meses

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan deficiencias nutricionales a los 3/6/12 meses

- Pacientes que no recibieron ingreso hospitalario.
- Pacientes que recibieron ingreso hospitalario fuera de unidad de críticos.
- Pacientes que recibieron ingreso en UCI o UCRI.



■ Porcentaje de pacientes COVID que precisaron ventilación invasiva y que presentan disfagia a los 3/6/12 meses



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan síntomas neurológicos (persistencia de cefaleas, anosmia...) a los 3/6/12 meses

■ Evolución de la valoración en escalas de calidad de vida a los 3/6/12 meses.



■ Porcentaje de pacientes COVID menores de 65 años que permanecen de baja laboral a los 3/6/12 meses.



■ Porcentaje de reingresos en planta de pacientes COVID dados de alta respecto al total de pacientes COVID.

■ Porcentaje de reingresos en UCI de pacientes COVID dados de alta respecto al total de pacientes COVID.



■ Porcentaje de pacientes COVID que presentan otras infecciones a los 3/6/12 meses de alta por COVID.



■ Porcentaje de pacientes con úlceras por presión (UPP) a los 3/6/12 meses.

■ Porcentaje de pacientes con déficit de movilidad a los 3/6/12 meses.



■ Porcentaje de pacientes con depresión post infección o trastorno por estrés postraumático.

■ Porcentaje de pacientes que precisan dispositivos como sondas ostomías o vías venosas centrales a los 3/6/12 meses



■ Porcentaje de pacientes que precisen recursos sociosanitarios a los 3/6/12 meses.

■ Porcentaje de pacientes que precisen cuidados domiciliarios a los 3/6/12 meses.



4. Lecciones aprendidas: retos de futuro para el sistema sanitario

Este trabajo de consenso se ha llevado a cabo entre los meses de julio a septiembre de 2020. En estos meses, la evolución de la situación epidemiológica en España ha llevado a las 13 Sociedades Científicas, a las organizaciones de pacientes y a los gestores y directivos de la salud que han formado parte del grupo de expertos, a compartir las lecciones aprendidas tras la crisis sanitaria. La pandemia de COVID-19 ha venido a poner de manifiesto cuáles son las áreas de mejora del sistema y cuáles son, en consecuencia, los retos que el SNS debe afrontar en el futuro inmediato. A continuación se recogen, agrupados en tres ámbitos de actuación, los principales retos identificados a priorizar tras las lecciones aprendidas tras la pandemia de COVID-19.

En relación al modelo organizativo

El gran reto identificado para construir un nuevo sistema de salud mejorado y reforzado, es el de conseguir una verdadera **integración y coordinación entre niveles asistenciales, AP y atención hospitalaria, y con la atención socio-sanitaria**. Es necesaria la potenciación y el desarrollo del ámbito de AP así como trabajar en asegurar la continuidad asistencial también con el ámbito social mediante la participación de los trabajadores sociales.

Lo vivido durante la pandemia de COVID-19 debería actuar como palanca de cambio para reforzar y transformar el sistema sanitario, para pensar en qué modelo de asistencia sanitaria y sociosanitaria se quiere para el futuro post-COVID.

Definir qué papel debe jugar la telemedicina y dotar a los centros de medios para desarrollarla con garantías suficientes para profesionales y pacientes, construir un modelo basado en rutas asistenciales adaptadas a las necesidades de cada paciente, construir nuevo modelo de AP dotado de recursos suficientes y con acceso a herramientas diagnósticas que la conviertan en una escalón

más resolutivo, apostar por la prevención (secundaria y terciaria) y la promoción de la salud como la principal herramienta para velar por la salud pública, reforzar los sistemas de hospitalización y cuidados domiciliarios, implantación de cuidados paliativos, etc.

A su vez, la pandemia ha revelado como necesario reforzar los sistemas de información epidemiológicos y el área de salud pública en su conjunto.

Junto a todo lo señalado, los expertos identifican algunos retos organizativos de cara al enfrentamiento de nuevas oleadas pandémicas como la necesidad de disponer de información real de las camas de críticos de cada Comunidad Autónoma, sin contar en esa cifra las camas de reanimación o quirófanos que en la actualidad se utilizan para cuidados críticos cuando se precisan. Asimismo, la formación reglada a los profesionales sanitarios en la atención a los pacientes con COVID-19 es una cuestión a abordar cuando la presión asistencial de la pandemia permita abordarla de una forma protocolizada.

En el futuro inmediato, **la principal preocupación apuntada por el conjunto de profesionales que ha llevado a cabo este consenso es la necesidad de compatibilizar la atención a los pacientes COVID-19 con la actividad asisten-**

cial ordinaria; tanto en la atención a los procesos crónicos, los agudos urgentes o no urgentes y la actividad de prevención que desarrolla el sistema sanitario. Todo ello tanto en el ámbito de la Atención Primaria como la hospitalaria.

En relación a los profesionales del ámbito sanitario

En este punto, los miembros del panel de expertos quieren subrayar el impacto que la COVID está teniendo en los profesionales de la salud, en cuanto a agotamiento físico y emocional.

Por ello, va a ser necesaria la puesta en marcha de forma generalizada de programas de apoyo psicológico, así como medidas en materia de recursos humanos que permitan garantizar el buen funcionamiento y la máxima calidad del sistema sanitario y proteger la integridad y seguridad de pacientes y profesionales. En este sentido, se precisan plantillas de médicos especialistas suficientes, estables, con capacitación y titulación validada para el puesto de trabajo requerido. En Enfermería, será importante contar con las enfermeras de práctica avanzada, cuando exista este nivel de experiencia, en cuidados críticos, quirúrgicos, oncológicos, urgencias, etc.



Asimismo, las medidas adoptadas en materia de protección de los profesionales ante patologías infecciosas y contagiosas deben mantenerse y reforzarse, tanto con el COVID-19, mediante los cribados a pacientes que ingresan en un centro hospitalario, el adecuado almacenamiento de material de protección y equipos de protección individual, la formación a profesionales, etc; como en el futuro para la atención a grupos de pacientes concretos.

En relación a la opinión pública

Algunas de las lecciones aprendidas que dejará esta pandemia, es la necesidad de formar e informar de forma veraz y objetiva a la población. Sólo con una opinión pública formada, será posible alcanzar una verdadera responsabilidad individual y un verdadero compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario que evite futuros colapsos, causados en gran medida por la falta de información y la incertidumbre generada por información no objetiva.



Se hace necesario trabajar en una salud pública bien dotada y de calidad, que contribuya a la prevención y fomente la corresponsabilidad, por ejemplo, con la vacunación, las medidas de autoprotección e higiene, etc.

En este sentido, los autores del consenso hacen una llamada a la necesidad de enfatizar el papel que en esta tarea tienen medios de comunicación y los líderes de opinión. Difundir mensajes basados en la evidencia e informar desde el rigor, permitirá avanzar en la corresponsabilidad ciudadana con la salud pública y con el sistema sanitario.

5. Decálogo de recomendaciones generales

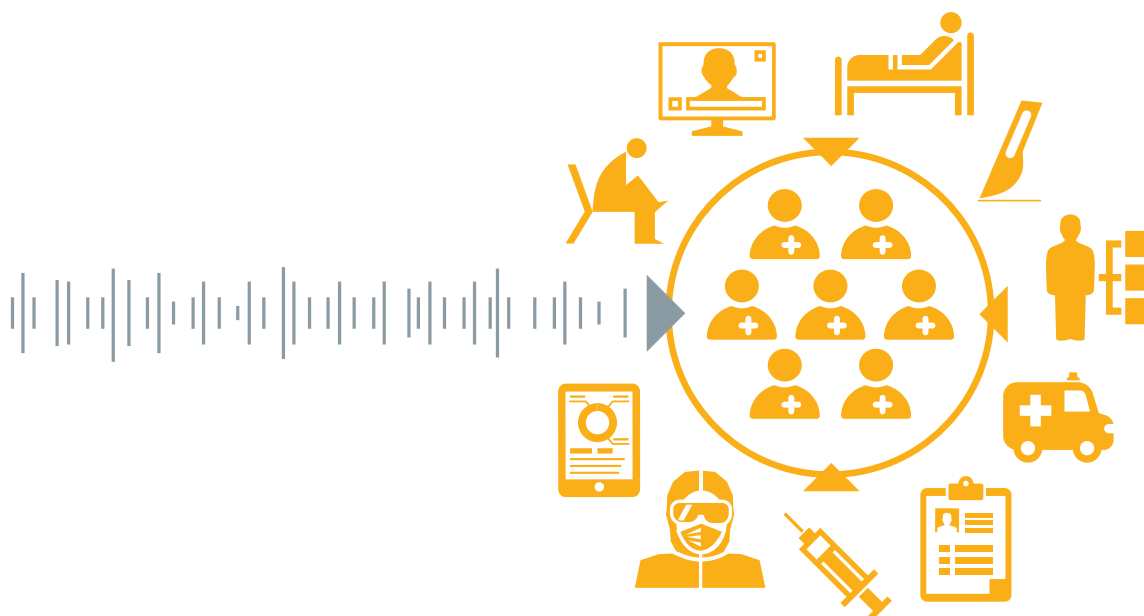
Como resumen, a continuación se recogen las 10 recomendaciones globales, que reflejan el espíritu de este consenso y cuya implementación y desarrollo llevarán a la puesta en marcha de un modelo asistencial para la atención a los pacientes post-COVID que de respuesta a las necesidades variables que presenta este colectivo.

Las recomendaciones recogidas se han ordenado en función de la prioridad que el grupo de expertos autor del consenso ha otorgado a cada una de las propuestas, empezando por las más urgentes o necesarias, a las que pueden postergarse más.

Decálogo

- 1.** Diseñar los **protocolos necesarios** para que los pacientes que han superado la infección por COVID-19 tengan **acceso a una atención multidisciplinar** capaz de atender sus necesidades clínicas así como prevenir posibles eventos posteriores derivados de la infección.
- 2.** Desarrollar los mecanismos necesarios para asegurar la **coordinación asistencial entre especialidades, entre niveles asistenciales y entre la esfera sanitaria y la social** para asegurar la atención integral y la continuidad asistencial de los pacientes post-COVID.
- 3.** Poner en marcha las **acciones adecuadas para asegurar la equidad y reducir la variabilidad asistencial en la atención y seguimiento clínico a los pacientes post-COVID en el conjunto del SNS** (protocolos y modelos asistenciales consensuados, listas de verificación, guías clínicas...).
- 4.** Poner en marcha y **establecer las medidas de refuerzo oportunas que permitan retomar la actividad ordinaria, clínica, quirúrgica y de prevención sanitaria** que no pudo ser desarrollada durante la primera ola pandémica para reducir los potenciales efectos colaterales que este hecho pudiera conllevar en los ciudadanos.

5. Promover un modelo de atención al paciente post-COVID que tenga en cuenta su **dimensión bio-psico-social** junto con la clínica.
6. Implementar las herramientas necesarias para el desarrollo de la **telemedicina, la teleconsulta y el uso de las tecnologías de la información** para hacer compatible la atención a los pacientes post-COVID, con la actividad asistencial ordinaria, así como la atención a los pacientes de COVID-19 en una nueva ola pandémica.
7. Fomentar la **formación e información veraz a la opinión pública** para promover la responsabilidad individual y colectiva de la ciudadanía para la contención, en la medida de lo posible, de la propagación del virus. Para ello, será necesario contar con las organizaciones de pacientes, medios de comunicación y otros líderes de opinión. En esta línea, se recomienda también la difusión de materiales informativos para los pacientes post-COVID.
8. Disponer de **sistemas de registro de información clínica** estandarizados y compatibles entre sí que permitan una adecuada explotación de datos para el desarrollo de patrones predictivos de la evolución de la patología en determinados colectivos de pacientes.
9. Poner en marcha **medidas de apoyo a los profesionales del sector salud** en el plano emocional y laboral que les ayuden a afrontar otra posible crisis sanitaria generada por una nueva oleada de contagios así como a gestionar el impacto psicológico derivado de la pandemia.
10. Fortalecer los **sistemas de información epidemiológica** para que, llegado el caso, permita contar con un sistema sanitario más preparado en futuras crisis de salud pública.

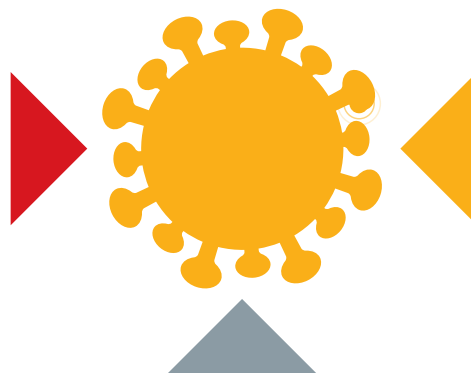


6. Bibliografía

1. Casas-Rojo JM, Antón Santos JM, Millán-Núñez Cortés J, Lumbreras Bermejo C, Ramos-Rincón JM et al. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. Rev Clin Esp. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003>
2. García-Azorín D, Martínez-Pías E, Trigo J, et al. Neurological comorbidity is a predictor of death in COVID-19 disease: A cohort study on 576 patients. Front Neurol 2020. doi: 10.3389/fneur.2020.00781
3. Ministerio de Sanidad, Instituto Carlos III. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19. Septiembre 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
4. Zigmond, A.S; Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67: 361-370. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
5. Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986;14:324-34.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
7. Krznaric Ž, Bender DV, Laviano A, Cuerda C, Landi F, Monteiro R, Pirlich M, Bazzoni R. A simple remote nutritional screening tool and practical guidance for nutritional care in primary practice during the COVID-19 pandemic. Clin Nutr. 2020 Jul;39(7):1983-1987. Disponible en: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/action/showPdf?pii=S0261-5614%2820%2930222-3>



Documento para la
atención integral
al paciente
post-COVID



Para más información: Secretaría Técnica de SEDISA (secretaria@sedisa.net)

#Post-covidSEDISA



@SEDISA_NET

Con el patrocinio de:

Fundación
AstraZeneca 



sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud