

# Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria.

## Documento para Atención Primaria.

Versión 4.0 22/4/2021. Documento sujeto a revisión permanente.

Modificaciones señaladas en el texto, las principales:

- Se elimina el seguimiento de QTc recomendado con los tratamientos de la primera ola.
- Se actualiza duración de cuarentena al alta hospitalaria.

## Contenidos

1. Justificación
2. Coordinación y transición asistencial en el alta hospitalaria
  - Alta en pacientes con PCR positiva
3. Características del paciente dado de alta tras hospitalización por COVID-19
  - 3.1. Riesgo de secuelas
  - 3.2. Efectos en el entorno familiar y convivientes
4. Procedimientos al alta hospitalaria
5. Seguimiento posterior
  - 5.1. Visita domiciliaria
  - 5.2. Pruebas complementarias
  - 5.3. Intervenciones
    - Riesgo de enfermedad tromboembólica
    - Deprescripción y riesgo de interacciones
    - Ejercicio físico tras inmovilización prolongada

Anexo

## 1. Justificación

Atención Primaria es el eje fundamental de seguimiento tras el alta de los pacientes con COVID-19. Como en otros aspectos relacionados con esta enfermedad, la evidencia disponible y los protocolos existente son muy escasos, por lo que la propuesta puede modificarse con la aparición de nuevos datos.

Se mantiene la vía telefónica como sistema fundamental para el contacto con el paciente con buena evolución clínica, cuya periodicidad o necesidad de visitas domiciliarias se establecerá según su estado clínico [22/04/2021].

## 2. Coordinación y transición asistencial en el alta hospitalaria

El alta hospitalaria a domicilio<sup>1</sup> se establecerá cuando la condición clínica así lo permita<sup>2</sup>, y preferentemente con al menos un test PCR negativo en muestras respiratorias. Deben tenerse en cuenta estas consideraciones:

- El **informe de alta** será accesible desde el buzón correspondiente del programa de historia clínica electrónica OMI-AP; por tanto, se revisará con frecuencia para detectar altas por COVID-19 y realizar seguimiento oportuno [22/04/2021].
- Cuando se considere necesario, desde el **servicio hospitalario** donde se da el alta **se notificará telefónicamente** la misma al responsable del Equipo de Atención Primaria que atenderá al paciente, para programar seguimiento telefónico [22/04/2021].
- Se habilitará un **busca o extensión en el Servicio de Medicina Interna** responsable de pacientes COVID con el que los profesionales de Atención Primaria puedan contactar directamente en caso de dudas con los pacientes dados de alta en horario de mañana. En caso de dudas con paciente COVID dado de alta en horario de atención continuada, se contactará con el busca del Servicio de Medicina Interna que haya dado el alta.

**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 enfermedad está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio [22/04/2021].

### Alta en pacientes con PCR positiva

En algunos casos, el alta puede producirse con **test PCR aún positivo**, si la evolución lo justifica, y si la situación socio familiar y capacidades del paciente permiten completar el tiempo de aislamiento domiciliario en condiciones adecuadas. En ese caso, el **aislamiento domiciliario se mantendrá al menos 14 días desde el inicio de síntomas, y siempre que hayan transcurrido 3 días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este período se alargará a 21 días** [22/04/2021].

**No obstante**, si antes de transcurridos los días de aislamiento domiciliario desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo, se podrá desaislar al paciente.

---

<sup>1</sup> En caso de no darse las condiciones para aislamiento domiciliario, desde el servicio hospitalario responsable se coordinará el ingreso a establecimientos nivel 2, nivel 3 o nivel 4 según el procedimiento "Niveles de atención y criterios clínicos de clasificación de pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios" publicado en Astursalud.

<sup>2</sup> Mejoría evidente de síntomas respiratorios, paciente afebril 3 días, mejoría evidente y estabilidad de infiltrados pulmonares en imagen radiológica, saturación basal >94%, frecuencia respiratoria <22.

### 3. Características del paciente dado de alta tras hospitalización por COVID-19

Los pacientes dados de alta son pacientes que han presentado una **evolución variable**, desde una afectación moderada en algunos casos, a situaciones de gravedad con ingreso en UCI, que precisarán un tiempo de convalecencia prolongado hasta su recuperación funcional.

Clasificación básica de situaciones al alta hospitalaria a domicilio
Pacientes con buena situación general al alta, requieren mínimos o ningún cuidado
Pacientes que precisan recuperación en domicilio, con supervisión sanitaria telefónica o algún apoyo social
Pacientes que precisan cuidados de medicina o enfermería presenciales durante menos de 4 semanas
Pacientes con dependencia funcional que precisará apoyo sanitario y social durante más de 4 semanas, con ayuda domiciliaria.

Existen varias **situaciones que pueden condicionar la evolución**. Todas esas situaciones tras el alta requerirán el abordaje integral y el seguimiento en un tiempo, más o menos prolongado, desde atención primaria y, cuando sea precisa, la intervención de unidades de apoyo (psicología, fisioterapia, trabajo social, etc).

#### 3.1. Riesgo de secuelas

Secuelas relacionadas con COVID-19	Secuelas relacionadas con el ingreso
Pulmonares (alteración de función pulmonar, fibrosis pulmonar)	Derivadas de inmovilidad prolongada (úlceras por presión, trastornos miopáticos o neuropáticos)
Cardiológicas (miocardiopatías víricas, cardiopatía isquémica)	Alteraciones cognitivas
Renales (insuficiencia renal)	Iatrogenia por procedimientos (venopunción, intubación, sondaje urinario)
Hepáticas (elevación persistente de enzimas hepáticas)	Efectos secundarios farmacológicos
Enfermedad tromboembólica venosa o riesgo (dependiente de movilidad, factores de riesgo basales y niveles de dímero D, plaquetas y marcadores de coagulación durante la fase aguda)	Secuelas psicológicas (trastornos depresivos, estrés postraumático)

#### 3.2. Efectos en el entorno familiar y convivientes

- Impacto en la esfera emocional, económica, laboral, etc.

#### 4. Procedimientos al alta hospitalaria

Tras el alta hospitalaria, se recomienda **contacto telefónico antes de las 48 horas** por el equipo básico de Atención primaria (medicina o enfermería).

**En caso de PCR positiva al alta**, se recordarán los consejos de aislamiento, que debe mantenerse al menos 14 días desde el inicio de síntomas **[22/04/2021]** (ver epígrafe *Alta en pacientes con PCR positiva*). En caso de precisar visita domiciliaria, se realizará con equipo de protección individual (EPI) adecuado para el nivel de riesgo.

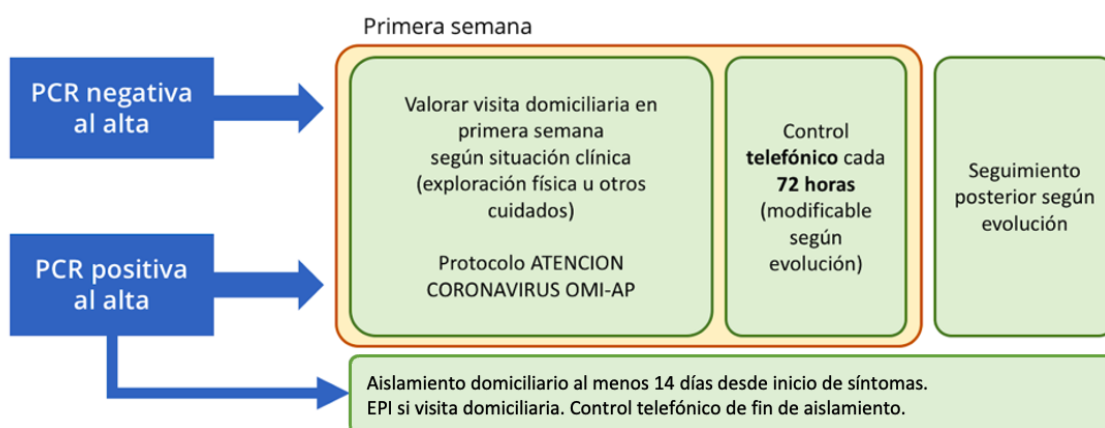
En la primera llamada de control, se tendrán en cuenta las intervenciones descritas en la siguiente tabla, registrando en el protocolo de OMI-AP las prioridades para las siguientes llamadas de seguimiento:

Evaluación	
<p><b>Anamnesis</b> acerca de su estado general, y sintomatología.</p> <p><b>Según situación clínica</b>            → <b>valorar visita a domicilio</b>            → <b>establecer prioridades de seguimiento</b>, (registrando en OMI-AP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dependencia</b> para actividades de la vida diaria</li> <li>- Trastornos de <b>movilidad</b> y sensitivos (miopáticos o neuropáticos)</li> <li>- Sintomatología <b>respiratoria</b> o <b>cardiológica</b> (disnea, tos, taquipnea, dolor pleurítico, expectoración)</li> <li>- Síntomas <b>digestivos</b> (vómitos o diarrea).</li> <li>- Presencia o no de <b>fiebre</b></li> <li>- Alteraciones <b>cognitivas</b></li> <li>- <b>Úlceras por decúbito</b></li> <li>- Manifestaciones cutáneas (independientes de la gravedad): rash eritematoso, lesiones urticariformes o variceliformes, manifestaciones acrales, habitualmente con poco picor</li> </ul>
Revisión de <b>informe de alta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones de órganos diana (filtrado glomerular, pruebas de función hepática, lesiones pulmonares)</li> <li>- Alteraciones hidroelectrolíticas, coagulación (último dímero D del ingreso)</li> </ul>
Anamnesis de síntomas de descompensación de <b>enfermedades concomitantes</b>	EPOC, cardiopatías, diabetes, enfermedad renal crónica, hepatopatías, etc.
Revisión de <b>medicación</b> al alta	Adherencia, tolerancia, riesgos que precisen control específico
Estado <b>emocional</b> personal y de sus convivientes	Valorar necesidad de apoyo psicológico
Evaluación básica de <b>contexto</b> : vivienda, dificultades para abastecimiento, personas cuidadoras y red social, situación laboral.	Derivación a <b>trabajo social</b> sanitario si precisa

Otras intervenciones	
Gestión de <b>Incapacidad Temporal</b>	CIAP 77.08 (caso confirmado). En PCR+ al alta, al menos hasta día 10 tras el alta hospitalaria, posteriormente según recuperación.
Coordinación con <b>unidades de apoyo</b> según indicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo Social</li> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Psicología de Atención Primaria, Salud Mental, con posibilidad de intervención vía telefónica</li> <li>- Otras, según situaciones específicas</li> </ul>
<b>Recomendaciones</b> para siguientes días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución de dudas</li> <li>- Manifiestar disponibilidad vía telefónica, consultar si aparición de sintomatología (descrita en anamnesis)</li> </ul>
<b>Programar</b> siguientes contactos	En función de según situación basal, necesidad de intervenciones telefónicas o en domicilio, y evolución

## 5. Seguimiento posterior

El seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria se realizará en función de su situación basal al alta, sus factores de riesgo y su evolución posterior:



Contenido de seguimiento
Presencia de síntomas y evolución
Adherencia y tolerancia al tratamiento farmacológico
Valoración del entorno y persona dedicada a los cuidados
Recomendaciones y medidas ante otros problemas: inmovilidad, control sintomático, dificultades para suministros, descompensación y control de otros problemas de salud
Indicación de pruebas complementarias (analítica de control o radiografía de tórax) o revisión en servicio hospitalario
Gestión de IT, con cita telefónica al final del período de aislamiento o mejoría clínica

### 5.1. Visita domiciliaria

Valorar si es precisa **visita domiciliaria (incluyendo, si es preciso, analítica de control y exploración física)** por equipo de profesional de medicina y/o enfermería, teniendo en cuenta las medidas de protección si la PCR es positiva al alta y está dentro del período recomendado de aislamiento .

### 5.2. Pruebas complementarias

<b>Radiografía de control</b>	Algunas guías recomiendan a las 12 semanas, o realizar si empeoramiento clínico o persistencia de síntomas, o recomendación por servicio hospitalario en el informe de alta, en función de la gravedad de la neumonía o hallazgos radiológicos.
<b>Analítica general</b>	Control de función renal y alteraciones hidroelectrolíticas no resueltas, o si se tiene que introducir o aumentar dosis de diuréticos o IECA/ARA2. Según otros hallazgos de última analítica al alta, con el apoyo de recomendaciones del informe de alta hospitalaria, si las hubiera.
<b>Otras</b>	Espirometría a las 6-12 semanas en función de la sintomatología respiratoria, para valorar la función pulmonar, si existen condiciones para su realización con medidas de protección adecuadas . Programar pruebas que puedan ser necesarias para <b>control de comorbilidades</b> , priorizando aquellas que se hayan descompensado o supongan más riesgo en la situación del paciente.

### 5.3. Intervenciones

#### *a. Riesgo de enfermedad tromboembólica*

En la COVID-19 severa, se han descrito un patrón característico de elevación del dímero D y fibrinógeno, por las que en pacientes ingresados en plantas de hospitalización se suele indicar trombopprofilaxis con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), a las dosis profilácticas estándar, que pueden elevarse en ciertas circunstancias.

No está claramente establecido el riesgo de enfermedad tromboembólica al alta o en pacientes no ingresados con COVID-19. En pacientes que no hayan desarrollado enfermedad tromboembólica venosa durante su ingreso, continuarán en su domicilio con la misma trombopprofilaxis que tuvieron pautaada en el hospital durante al menos 7 días (normalmente dosis profilácticas estándar de HBPM, ajustadas a la función renal).

Debe hacerse una valoración individualizada del riesgo trombótico (podrían utilizarse instrumentos como la escala IMPROVE, teniendo en cuenta que no están validados en este contexto<sup>3</sup>) y hemorrágico. Se considerará mantener por más tiempo, a dosis habitualmente profiláctica, en pacientes con inmovilidad prolongada, especialmente con factores de riesgo basales de enfermedad tromboembólica. Se recomendará deambulación y ejercicios de piernas y pies, así como evitar la deshidratación.

<sup>3</sup> Piera Carbonell A, et al. COVID-19 y trombopprofilaxis: recomendaciones para nuestra práctica clínica en Atención Primaria. Semergen. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.07.007>

**b. Deprescripción y riesgo de interacciones**

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

Aunque no están claramente contraindicados, se recomienda no introducir IECA/ARA-2 hasta superar la infección, y evitar AINE. Si está a tratamiento de hipertensión arterial con buen control con IECA/ARA-2, debe mantenerse el tratamiento. Tener precaución con el uso de diuréticos, revisando la función renal al alta.

Revisión de **interacciones** y efectos adversos, con especial vigilancia en pacientes polimedicados, por sus numerosas interacciones.

**c. Ejercicio físico tras inmovilización prolongada**

Se introducirán pautas regladas de ejercicio físico y rehabilitación respiratoria adaptadas a su situación basal y a las posibilidades de su entorno, para lo cual se puede contar con el apoyo de fisioterapeuta de Atención Primaria.



## Anexo I

Evaluación	
Revisión de <b>informe de alta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones de órganos diana (filtrado glomerular, pruebas de función hepática, lesiones pulmonares)</li> <li>- Alteraciones hidroelectrolíticas, coagulación (dímero D al alta)</li> </ul>
<p><b>Anamnesis</b> acerca de su estado general, y sintomatología.</p> <p><b>Según situación clínica</b>            → <b>valorar visita a domicilio</b>            → <b>establecer prioridades de seguimiento</b>, (registrando en OMI-AP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dependencia</b> para actividades de la vida diaria</li> <li>- Trastornos de <b>movilidad</b> y sensitivos (miopáticos o neuropáticos)</li> <li>- Sintomatología <b>respiratoria</b> o <b>cardiológica</b> (disnea, tos, taquipnea, dolor pleurítico, expectoración)</li> <li>- Síntomas <b>digestivos</b> (vómitos o diarrea).</li> <li>- Presencia o no de <b>fiebre</b></li> <li>- Alteraciones <b>cognitivas</b></li> <li>- <b>Úlceras por decúbito</b></li> <li>- Manifestaciones cutáneas (independientes de la gravedad): rash eritematoso, lesiones urticariformes o variceliformes, manifestaciones acrales, habitualmente con poco picor</li> </ul>
Anamnesis de síntomas de descompensación de <b>enfermedades concomitantes</b>	EPOC, cardiopatías, diabetes, enfermedad renal crónica, hepatopatías, etc.
Revisión de <b>medicación</b> al alta	Adherencia, tolerancia, riesgos que precisen control específico
Estado <b>emocional</b> personal y de sus convivientes.	Valorar necesidad de apoyo psicológico
Evaluación básica de <b>contexto</b> : vivienda, dificultades para abastecimiento, personas cuidadoras y red social, situación laboral.	Derivación a trabajo social sanitario si precisa
Otras intervenciones	
Gestión de IT	
Coordinación con <b>unidades de apoyo</b> según indicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo Social.</li> <li>- Fisioterapia.</li> <li>- Psicología de Atención Primaria, Salud Mental, con posibilidad de intervención vía telefónica.</li> <li>- Otras, según situaciones específicas.</li> </ul>
<b>Recomendaciones</b> para siguientes días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución de dudas.</li> <li>- Manifestar disponibilidad vía telefónica, consultar si aparición de sintomatología (descrita en anamnesis).</li> </ul>
<b>Programar</b> siguientes contactos	En función de según situación basal, necesidad de intervenciones telefónicas o en domicilio, y evolución.