

# Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria. Documento para Atención Primaria.

Versión 2.0 , 22/6/2020. Documento sujeto a revisión permanente.

Modificaciones señaladas en el texto. Fundamentalmente, se introduce la posibilidad de retirar aislamiento en pacientes con PCR+al alta hospitalaria, si antes de los 14 días se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo.

## [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](#)

## [Anexos](#)

## 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, cuya periodicidad se establecerá según su estado clínico.

## 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:

- Desde el **servicio hospitalario** donde se da el alta **se notificará telefónicamente** la misma al Equipo Gestor de Casos del Área de destino. Será recomendable hacerlo al responsable del Equipo de Atención Primaria que atenderá al paciente o en su ausencia al Responsable COVID de medicina o enfermería del centro, para programar seguimiento telefónico.
- El **informe de alta** será accesible desde el buzón correspondiente del programa de historia clínica electrónica OMI-AP.
- 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.
- La **gestión y dispensación de la medicación de uso hospitalario** que precise el paciente al alta se realizará desde el propio servicio de farmacia hospitalaria, con entrega a domicilio del paciente cuando sea necesario.

### 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 tras el día del alta hospitalaria. No obstante**, 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 **[22/6/2020]**.

En caso de indicación específica por parte de la autoridad en Salud Pública de PCR de control post-alta, se articulará según procedimiento planteado en cada área sanitaria (en áreas centrales a través de SAMU).

---

<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 14 días<sup>3</sup> (*Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmado COVID-19* disponible [en Astursalud](#)). En caso de precisar visita domiciliaria, se realizará con equipo de protección individual (EPI) para transmisión por gotas y contacto.

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:

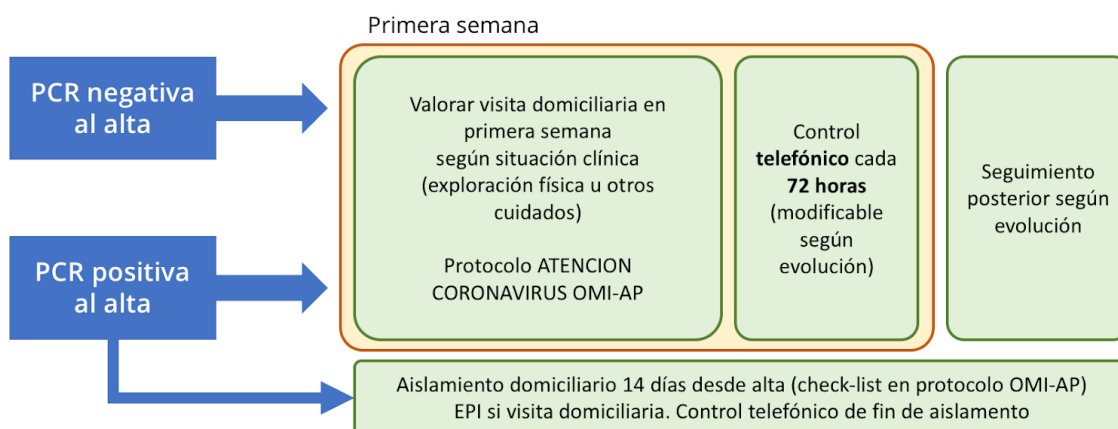
Evaluación	
<p><b>Anamnesis</b> acerca de su estado general, y sintomatología.</p> <p><b>Según situación clínica</b>            → <b>valorar visita a domicilio</b>            → <b>establecer prioridades de seguimiento</b>, (registrando en OMI-AP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dependencia</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 (QT, 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

<sup>3</sup> No obstante, 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 [22/6/2020].

Otras intervenciones	
Gestión de <b>Incapacidad Temporal</b>	CIAP 77.08 (caso confirmado). En PCR+ al alta, al menos hasta día 14 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 a los 14 días del alta hospitalaria

### 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 de los 14 días tras el alta hospitalaria<sup>4</sup>.

### 5.2. Pruebas complementarias

<b>Radiografía de control</b>	No es precisa salvo 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>	La continuidad del tratamiento con lopinavir/ritonavir no precisa controles analíticos tras el alta, salvo indicación expresa por alteraciones hepáticas previas. 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>Electrocardiograma</b>	Revisar si consta en informe de alta <b>prolongación del espacio QT (&gt;440 ms)</b> secundario a los fármacos administrados durante el ingreso (hidroxicloroquina, lopinavir, azitromicina), y valorar repetir el mismo si se mantienen fármacos que prolongan espacio QT o alteraciones hidroelectrolíticas no resueltas, especialmente <b>si prolongación de QT &gt;480 ms</b> durante ingreso. Evitar la utilización de novo de ISRS (escitalopram, citalopram), moxifloxacino, domperidona o claritromicina.
<b>Otras</b>	Espirometría a las 4-6 semanas en función de la sintomatología respiratoria, para valorar la función pulmonar. 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 habituales, que pueden elevarse en ciertas circunstancias.

No está claramente establecido el riesgo de enfermedad tromboembólica al alta en pacientes con COVID-19. En pacientes que no hayan desarrollado enfermedad tromboembólica venosa durante su ingreso, continuarán en su domicilio con la misma trombopprofilaxis que tuvieran pautada en el hospital durante al menos 7 días.

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.

#### *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.

<sup>4</sup> No obstante, 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 [22/6/2020].

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 de tratamientos concomitantes con lopinavir/ritonavir, 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

### Prolongación del intervalo QT

Los fármacos utilizados en el tratamiento de pacientes con SARS-CoV-2 como la cloroquina/hidroxicloroquina (antimaláricos), lopinavir / ritonavir (antirretrovirales) y la azitromicina (macrólido) tienen el potencial riesgo de generar una prolongación del intervalo QT y un riesgo de inducir muerte súbita cardíaca inducida por fármacos.

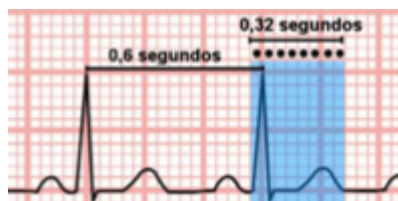
Las principales complicaciones asociadas a la prolongación del intervalo QT son la Taquicardia helicoidal (Torsade de Pointes) inducida por fármacos y la Fibrilación ventricular.

El intervalo QT se mide en un ECG con la estandarización adecuada (**25 mm/sg** y **10 mm/mV**) en las derivaciones DII o V5, considerando el espacio desde el inicio de la onda Q del complejo QRS hasta finalizar la onda T (multiplicar el número de cuadraditos pequeños x 0,04 sg x1000 y dando el resultado en ms).

El intervalo QT es patológico si es mayor de 440 ms en hombres y 460 ms en mujeres.



El intervalo QT es dependiente de la frecuencia cardíaca, de manera que su medida se encontrará acortada en periodos de taquicardia y será prolongada en periodos de bradicardia. Por esta razón es que se han establecido fórmulas para corregir la medida de este intervalo, la más conocida de ellas es la fórmula de Bazett, en la que se divide el valor del QT medido sobre la raíz cuadrada del intervalo RR.



$$QT_c = \frac{QT}{\sqrt{RR(s)}} = \frac{0.32}{\sqrt{0.6}} = 0.41s$$

No obstante, en este contexto, **con un intervalo QTc <480 ms bajo tratamiento, no es preciso suspender tratamiento ni controlar electrocardiográficamente salvo si hay cambios clínicos.**



## Anexo II

### Tratamientos específicos en pacientes ingresados

El tratamiento farmacológico de la COVID-19 está sujeto a limitaciones de la evidencia científica y a ensayos clínicos en curso. Aunque los protocolos pueden variar en distintos hospitales, o modificarse las pautas según situaciones individuales, en general, el posicionamiento actual de los fármacos en el tratamiento de pacientes con COVID-19 es el siguiente:

<b>Enfermedad no complicada con comorbilidades</b>  <b>Neumonía leve</b>	Hidroxiclороquina 200 mg/12 horas 10 días, con 400 mg/12 horas el primer día, o tratamiento de 5 días con dosis de carga los dos primeros días. +Azitromicina 250 mg/día 5 días, con 500 mg el primer día  <i>considerando asociación de Lopinavir/ritonavir 7-10 días.</i>
<b>Neumonía grave</b>	Hidroxiclороquina (pauta de 5 o 10 días) +Azitromicina 5 días +Lopinavir/ritonavir 7-10 días
<b>Criterios de mala evolución o progresión</b>	Hidroxiclороquina (pauta de 5 o 10 días) +Azitromicina 5 días +Lopinavir/ritonavir 7-10 días +Metilprednisolona  <i>considerando asociación de tocilizumab (solo en candidato a UCI)</i>

## Anexo III

Evaluación	
Revisión de <b>informe de alta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones de órganos diana (QT, 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>  → valorar visita a domicilio  → establecer prioridades de seguimiento, (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.