

# PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS CON CONDICIÓN POST-COVID



Depósito Legal: AS-01583-2022

Edita: Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc. , sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

Las imágenes utilizadas en portada y contraportada de dominio público y pueden encontrarse en la página web: [www.rawpixel.com](http://www.rawpixel.com)

PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS CON CONDICIÓN POST-COVID.

Contenido

<b>PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS CON CONDICIÓN POST-COVID.</b>	<b>2</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>6</b>
Objetivo general	
Objetivos específicos	
<b>3. Diagnóstico y valoración de la condición post-COVID</b>	<b>6</b>
Criterios de inclusión de condición para este proceso asistencial	
Criterios de exclusión	
Evaluación de los pacientes	
<b>4. Manejo y plan asistencial de condición post-COVID</b>	<b>11</b>
Tratamiento	
Criterios orientativos de derivación para valoración post-COVID en ámbito hospitalario.	
<b>5. Papel de la enfermera en Atención Primaria</b>	<b>14</b>
Intervenciones enfermeras	
<b>6. Procedimiento de Trabajo Social Sanitario en condición Post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19</b>	<b>16</b>
Objetivo general	
Población diana	
Criterios de derivación	
Valoración/evaluación social sanitaria	
Intervención o tratamiento social	
<b>7. Procedimiento para la Atención Psicológica a personas en condición post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19.</b>	<b>19</b>
Población diana	
Objetivos específicos	
Situaciones de vulnerabilidad o riesgo	
Indicadores de posible adaptación disfuncional	21
<b>8. Procedimiento para la atención por Fisioterapia o Rehabilitación a personas en condición post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19</b>	<b>22</b>
Valoración inicial: anamnesis y revisión de historia clínica	

Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria

Recomendaciones

Intervención de fisioterapia en AP

Criterios para derivación a Atención Hospitalaria

**9. Información complementaria del Proceso Asistencial 25**

Comunicación entre niveles asistenciales

Registro en historia clínica

**10. Evaluación e indicadores del proceso asistencial 26**

**ANEXOS**

ANEXO 1. Intervención de fisioterapia en pacientes con COVID persistente en las unidades de atención primaria

ANEXO 2. Recomendaciones generales y ejercicios.

ANEXO 3. Niebla mental

ANEXO 4. Cefalea

ANEXO 5. Anosmia

ANEXO 6. Algoritmo de actuación en enfermería

ANEXO 7. Algoritmo de actuación trabajo social sanitario

ANEXO 8. Algoritmo de actuación en atención psicológica a personas en condición post-covid y secuelas derivadas de covid-19 (Circuito de AP)

ANEXO 9. Algoritmo del proceso de derivación de pacientes en situación post-covid a fisioterapia.

**Autores**

Este protocolo está en revisión permanente en función de la evolución y de la nueva información de que se disponga sobre la infección por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19).		
Versión	Fecha	Página y cambios
	17.05	

## 1. Introducción

Tras un episodio de COVID-19, un porcentaje significativo y variable de personas refieren síntomas prolongados y recurrentes, durante semanas o meses. Este hecho se presenta independientemente de la gravedad de éste y supone un reto asistencial, dado el gran impacto sanitario y social de la pandemia. Las definiciones y las denominaciones han ido variando a lo largo del tiempo, y se trata de una condición en permanente revisión en función del conocimiento científico, manteniendo aún importantes retos e incertidumbres en cuanto al diagnóstico, el tratamiento y el modelo asistencial con mejores resultados.

El documento del Ministerio de Sanidad “Información clínica COVID-19. Información científica técnica”, aporta una revisión en permanente actualización de la **condición post-COVID-19**<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) ha establecido por consenso<sup>2</sup> la definición para el caso o **condición post-COVID** aquella que tiene lugar en personas con historia de infección SARS CoV-2 probable o confirmada, normalmente a partir de 3 meses desde el comienzo de COVID-19 sintomática y si la duración de los síntomas es de al menos 2 meses y no puede ser explicada por un diagnóstico alternativo pudiendo presentarse tras la recuperación de un episodio agudo o persistir tras la enfermedad inicial. También se le conoce como síndrome postcovid o covid persistente.

---

<sup>1</sup>Accesible en:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211028\\_CLINICA.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211028_CLINICA.pdf)



En adelante se empleará esta terminología, recogida en las últimas actualizaciones de la OMS. Queda igualmente supeditado a posibles modificaciones terminológicas en los informes técnicos correspondientes.

<sup>2</sup> A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Accesible en:

[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_conditionClinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_conditionClinical_case_definition-2021.1)

En este documento, se plantea una estrategia con la atención primaria (AP) como eje coordinador, conectado y con comunicación bidireccional con otros ámbitos asistenciales, en función de las necesidades de las personas afectadas. La COVID-19 (en cualquiera de sus presentaciones o secuelas) tiene potencialidad de afectación multisistémica, por lo que puede ser necesaria la participación de diversos especialistas o unidades de apoyo, con el consiguiente riesgo de pérdida de la continuidad y longitudinalidad en la atención.

En este sentido:

- La AP realizará la gestión del proceso asistencial por medio del seguimiento y acompañamiento de los pacientes, de forma longitudinal y en el ámbito comunitario.
- De ese proceso longitudinal podrán partir subprocesos de asistencia compartida con la Atención Hospitalaria, variables según las necesidades del paciente.
- En la Dirección de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud, se mantendrá el grupo de trabajo multidisciplinar para la actualización del documento de referencia de atención a la condición post-COVID-19, que asegure la equidad en la atención en la comunidad autónoma.

## **2. Objetivos**

### ***Objetivo general***

Establecer un proceso de cuidados integrados e integrales que garantice la continuidad asistencial del paciente con diagnóstico de condición post-COVID.

### ***Objetivos específicos***

- Protocolizar la actuación de los distintos profesionales asistenciales implicados: Equipo de Atención Primaria (EAP), Atención Hospitalaria, Trabajo Social Sanitario, Salud Mental y Rehabilitación.
- Identificar y monitorizar las necesidades (recursos materiales, humanos, organizativos y comunitarios) generadas desde este proceso asistencial.

## **3. Diagnóstico y valoración de la condición post-COVID**

### ***Criterios de inclusión de condición para este proceso asistencial***

Para este documento se incluyen en la condición post-COVID:

- Diagnóstico caso confirmado COVID-19<sup>3</sup> y que además incluya uno de los siguientes criterios:
  - Síntomas que persisten más allá de las 12 semanas desde el inicio de síntomas por infección aguda por SARS-CoV-2, y que formaron parte de su presentación clínica.
  - Síntomas que se desarrollan después de la infección de COVID-19 atribuibles a la misma, sin otra causa que los justifique (otras fuentes los denominan síntomas posvirales o posinfección).

#### ***Criterios de exclusión***

- Síntomas o patologías previas que ya existían antes de la infección aguda por SARS-CoV-2. En el caso de empeoramiento, si se trata de síntomas o patologías agravadas o reactivadas por la COVID-19.
- Secuela de la COVID-19 por lesión órgano específica por parte del SARS-CoV-2.

***SECUELAS - En algunos documentos o estudios, la diferencia entre la condición post-COVID o las secuelas no queda clara, o se superponen estas entidades. Para este documento, haría referencia a un daño órgano-específico que persiste más allá de las 12 semanas tras el inicio del cuadro de COVID agudo.***

---

<sup>3</sup> La OMS incluye en su definición personas con infección COVID-19 sospechada o confirmada, sin requerir PDIA o serología positiva, para evitar pérdidas de diagnósticos de personas que no tuvieron acceso a test en las fases iniciales de la pandemia. Para esta guía, el grupo motor considera que, fuera de los casos establecidos como *caso posible* en la primera oleada, en la que no se realizaba test a los casos sintomáticos que no requerían ingreso hospitalario, es precisa la confirmación (mediante PDIA en el momento de la infección aguda, o prueba serológica a posteriori) de haber sufrido la infección. Este criterio se puede modificar y adaptar con las sucesivas estrategias y definiciones del Ministerio de Sanidad.

**Evaluación de los pacientes**

Existe una gran variabilidad sintomática, son múltiples los órganos afectados y, a día de hoy, todavía se desconoce el mecanismo fisiopatológico que origina los síntomas. En la siguiente tabla se trata de incluir los síntomas más frecuentemente descritos en la condición post-COVID.

**Tabla 1. Clasificación de síntomas persistentes por aparatos y sistemas. Descripción general, no exhaustiva.**

APARATO/SISTEMA	SÍNTOMAS
SISTÉMICOS	Cansancio, fiebre vs febrícula*, debilidad, sofocos, sudoración, exacerbación tras el esfuerzo*, pérdida ponderal.
NEUROLÓGICOS	Deterioro cognitivo*, mareo*, pérdida de memoria*, "niebla mental"*, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la sensibilidad (parestias*), trastornos del sueño*, cefaleas*, alteraciones del gusto u olfato*, alucinaciones, visión borrosa*, cuadros confusionales, parálisis faciales, disautonomía
PSIQUIÁTRICOS	Ansiedad*, bajo estado de ánimo, depresión*, trastorno estrés postraumático
CARDIOVASCULARES	Ritmo cardiaco sobre todo taquicardias*, presión arterial, varices, trombos*, dolor torácico tipo ágor*
DERMATOLÓGICO	Picores, urticarias, exantemas, cambios en la piel y uñas, alopecia, pernio, nuevas alergias*
GASTROINTESTINALES	Dolor abdominal*, molestias/dispepsia, reflujo*, intestino irritable, anorexia, diarrea*, estreñimiento*, disfagia
PULMONAR/RESPIRATORIO	Disnea*, tos seca*, estornudos, alteración de la saturación de oxígeno
OTORRINOLARINGOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS	Parálisis facial, ojos secos, visión borrosa, dolor de garganta, disfonía, acúfenos*, vértigo
REPRODUCTIVOS, GENITOURINARIOS Y ENDOCRINOS	Alteraciones menstruación*, relaciones sexuales, función urinaria-vejiga hiperactiva, debut diabético, alteraciones del tiroides
INMUNOLÓGICOS Y AUTOINMUNES	Aparición de nuevas respuestas inmunes o aumento de las existentes, nuevas alergias/intolerancias a alimentos o fármacos
MUSCULOESQUELÉTICO	Dolores osteomusculares y articulares*, espasmos musculares*, presión torácica, debilidad muscular, sarcopenia

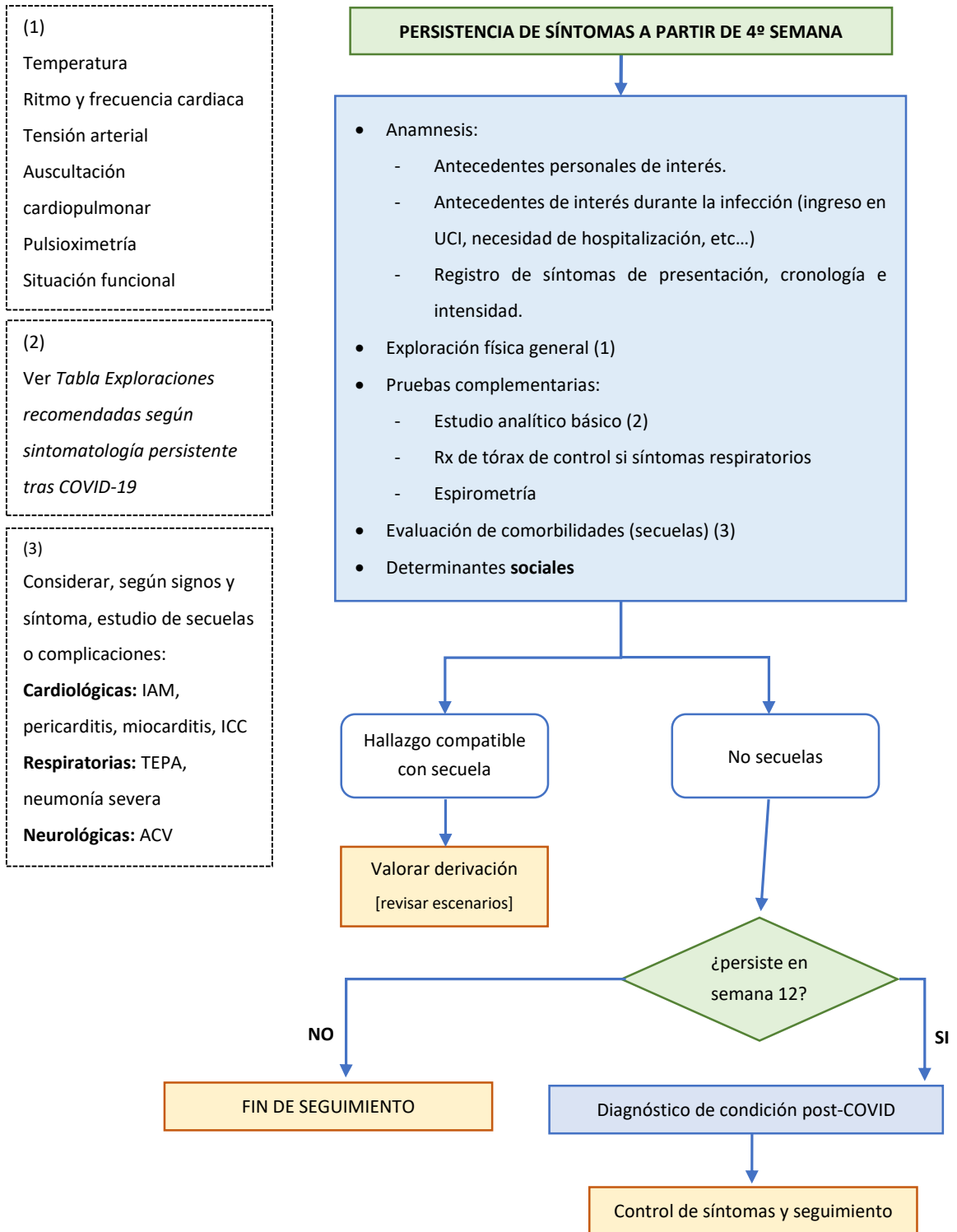
\*Síntomas incluidos en el Anexo 2 de la documentación de consenso de la OMS (82).

Fuente: Información clínica COVID-19. Información científica técnica. Ministerio de Sanidad, 28 de octubre de 2021.

En el siguiente algoritmo se describe la evaluación inicial en AP, para aquellas personas en seguimiento por sintomatología tras infección aguda por COVID-19.



**Proceso diagnóstico en síntomas persistentes tras COVID-19**



*Algoritmo 1 Proceso diagnóstico en síntomas persistentes tras COVID 19*

GUÍA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS CON CONDICIÓN POST-COVID

Tabla 2 . Exploraciones recomendadas según sintomatología persistente tras COVID-19

	Fatiga <sup>1</sup>	Artralgias	Mialgias	Dolor tórax	Tos	Disnea	Cefalea	Trastornos digestivos
Hemograma	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
VSG	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
PCR	Si	Si	Si	Si	Si	Si		Si
Perfil hepático	Si	Si	Si	Si	Si	Si		Si
Perfil pancreático				Si				Si
Perfil renal	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Función tiroidea	Si	Si	Si	Si	Si			
Proteinograma	Si	Si	Si					
Perfil nutricional	Si	Si	Si					
Cortisol	Si							
FR		Si <sup>2</sup>	Si					
NT-PROBNP	Si			Si		Si		
Dímero-D	Si			Si		Si		
Enzimas musculares			Si	Si		Si		
Ac-antitransglutaminasa								Si
Sangre oculta en heces								Si
Presión arterial	Si			Si			Si	
Fondo de ojo							Si	
SatO2	Si			Si	Si	Si		
ECG	Si			Si	Si	Si		
Rx tórax	Si			Si	Si	Si		
Eco pulmonar				Si	Si	Si		
Eco articular		Si						
Eco abdominal								Si
Espirometría	Si			Si	Si	Si		
TC torácico				Si		Si		
Endoscopia digestiva								Si

VERDE: Exploraciones de primera línea.  
 AMARILLO Exploraciones de segunda línea o con clara orientación diagnóstica.  
<sup>1</sup> sensación subjetiva de agotamiento o dificultad (no disnea) para realizar actividades físicas o mentales.  
<sup>2</sup> en artralgias con características inflamatorias.

#### 4. Manejo y plan asistencial de condición post-COVID

##### **Tratamiento**

Con el conocimiento científico disponible actualmente no existe tratamiento farmacológico específico que haya demostrado beneficio en los pacientes diagnosticados de condición post-COVID.

Aunque la atención primaria es la responsable principal de la gestión y seguimiento de los pacientes a través de su equipo multidisciplinar, dependiendo de la sintomatología y del grado de afectación, puede ser necesaria la derivación a alguna especialidad hospitalaria o a otras unidades de apoyo.

Sin embargo, algunos de los síntomas referidos tienen tratamiento sintomático, que deberá ser individualizado:

- Fatiga, mialgias, astenia: son los síntomas más comunes que puede beneficiarse de las siguientes recomendaciones:
  - Descanso: se recomienda una buena higiene del sueño, en caso necesario prescribir tratamiento para los problemas del sueño.
  - Ejercicio: se recomienda terapia de ejercicio individualizado mediante ejercicios aeróbicos y de entrenamiento muscular. *(Anexo 1)*
  - Para los pacientes con limitaciones más pronunciadas o tolerancia al ejercicio debido a debilidad muscular se podrán remitir a las unidades de fisioterapia.
- Disnea o intolerancia al esfuerzo físico:
  - Con pruebas de función respiratoria normales se les propondrá un programa de rehabilitación respiratoria con ejercicios aeróbicos y de entrenamiento muscular. *(Anexo 2)*
- Síntomas psicológicos: A los pacientes con predominio de esta sintomatología se puede valorar la derivación a un recurso de salud mental
- Niebla mental o síntomas neurológicos y neurocognitivos: Se les harán recomendaciones de estimulación cognitiva. *(Anexo 3)*
- Cefalea: Se les harán recomendaciones para el manejo de la cefalea. *(Anexo 4)*
- Anosmia: Se les harán recomendaciones para la rehabilitación de la anosmia. ***(Anexo 5)***

##### **Crterios orientativos de derivación para valoración post-COVID en ámbito hospitalario.**

- Independiente para actividades de vida diaria o buena situación basal previa.
- Diagnóstico de secuela por COVID-19.
- Presencia de criterios de alarma o persistencia de síntomas con afectación funcional o dudas diagnósticas.

- Sospecha de síndrome post-cuidados intensivos con afectación funcional **(rehabilitación)**.

No presentan otras patologías que condicionen de forma significativa su evolución/esperanza de vida (neoplasias, enfermedades crónicas avanzadas...), y limitan el beneficio de más intervenciones en el ámbito hospitalario.

Tabla 3 Criterios de alarma/derivación de síntomas habituales tras estudio previo por Atención Primaria.

Criterios de alarma/derivación de síntomas habituales tras estudio previo por Atención Primaria		
	Comentarios	Derivación
Disnea	<p>Determinar si inicio reciente y brusco o persiste desde inicio de infección, circunstancias modificantes y síntomas asociados.</p> <p>Descartar secuelas órgano-específicas (pulmonares, pleurales, cardiológicas y pericárdicas) y posible iatrogenia.</p> <p>Revisar la tabla “Exploraciones recomendadas según sintomatología persistente tras COVID-19”.</p>	<p>Persistente tras la semana 12 o previamente si hay importante repercusión funcional o cambios evolutivos. Descartar empeoramiento de patología previa como causa, considerando valoración por especialidad correspondiente (MI, NML)</p>
Dolor torácico	<p>Recoger localización, circunstancias modificantes, síntomas acompañantes, etc.</p> <p>Descartar secuelas órgano-específicas (pulmonares, pleurales, cardíacas-pericárdicas) o iatrogenia.</p> <p>Revisar la tabla “Exploraciones recomendadas según sintomatología persistente tras COVID-19”.</p>	<p>Si es sugerente de origen cardiológico (clínica y pruebas complementarias), derivar a Cardiología</p> <p>En caso de persistencia de más de 3 meses, derivar a Neumología.</p>
Tos	<p>Recoger características de la tos, antecedentes de procedimientos invasivos, patologías concomitantes y síntomas asociados.</p> <p>Descartar secuelas órgano-específicas</p> <p>Pruebas de imagen, función respiratoria según sospecha clínica.</p>	<p>Persistente tras 12 semanas o previamente si existe algún criterio de alarma (MI, NML u ORL)</p>
Anosmia o ageusia	<p>Recoger antecedentes ORL y exploración.</p>	<p>Si persiste más de 6 meses. Alteraciones de la voz, odinofagia persistente (ORL).</p>
Cansancio o astenia	<p>Revisar: factores psicosociales, fármacos, etc.;</p> <p>enfermedades previas que puedan asociarse a fatiga crónica (SFC, fibromialgia, enf. crónicas); descartar secuelas órgano específicas.</p> <p>Revisar la tabla “Exploraciones recomendadas según sintomatología persistente tras COVID-19”.</p>	<p>Si cumple criterios de SFC, forme parte de un cuadro más complejo y/o asocie signos de alarma (MI).</p>

<p><b>Síntomas neurológicos</b></p>	<p>Recoger antecedentes personales, circunstancias modificantes, momento de inicio, posibles fármacos relacionados.</p> <p>Exploración neurológica adaptada al síndrome.</p>	<p>Agravamiento de cefalea previa, duración de cefalea persistente con mal control &gt;3 meses. “Niebla mental” o trastornos de memoria con repercusión funcional (NRL)</p>
<p><b>Síntomas digestivos</b></p>	<p>Síntomas variables (anorexia, diarrea, náuseas o vómitos, dolor abdominal).</p> <p>Revisar factores psicosociales, fármacos, patologías previas.</p> <p>Estudio según cuadro clínico y diagnóstico de sospecha.</p>	<p>Diarrea que persiste más de 3 meses (poco frecuente por COVID-19); previamente si síntomas de alarma en síntomas digestivos.</p>
<p><b>Salud Mental</b></p>	<p>V. epígrafe: Procedimiento para la intervención en Salud Mental en condición Post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19.</p>	<p>Secuelas psicológicas con repercusión funcional y mala evolución.</p>
<p><b>Artralgias o mialgias persistentes</b></p>	<p>Dolor articular sin signos inflamatorios o mialgias.</p> <p>Filiar tipo de dolor y circunstancias modificantes. Considerar su relación (debilidad y atrofia muscular) con encamamiento prolongado o ingreso en UCI (síndrome post-cuidados intensivos).</p> <p>Revisar: factores psicosociales, fármacos (estatinas, ciprofloxacino, etc.); enfermedades previas que puedan asociarse a artralgias.</p> <p>Revisar la tabla “Exploraciones recomendadas según sintomatología persistente tras COVID-19”.</p> <p>Descartar artritis post-COVID-19 (datos inflamatorios), y criterios de fibromialgia o dolor crónico generalizado.</p>	<p>Derivación (tras estudio en AP) a reumatología o MI si persistencia mayor de 12 semanas o mala evolución.</p>

## 5. Papel de la enfermera en Atención Primaria

Las enfermeras y los enfermeros de AP cuidan de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, en su comunidad, valorando sus necesidades mediante un procedimiento planificado y sistemático que permite una valoración integral y una construcción de un plan de cuidados y seguimiento individualizados<sup>4</sup>.

Las personas con diagnóstico de condición post-COVID precisan de un equipo coordinado en AP con una respuesta y comunicación ágiles entre ámbitos asistenciales. Desde AP las enfermeras y los enfermeros de atención comunitaria realizarán una valoración general y detallada de las personas y familias afectadas siendo referente en aquellos procesos relacionados con la cronicidad, tanto en el ámbito individual como en el comunitario. Actualmente se desconocen numerosos aspectos de la evolución de este proceso, por lo tanto, el papel de la enfermera o el enfermero en la escucha activa, el abordaje de necesidades y seguimiento de los problemas detectado permite un enfoque eficaz y rápido para abordar la recuperación de los pacientes.

### *Intervenciones enfermeras*

<b>Detección</b>	Detección de personas en situación de condición post-COVID con sintomatología persistente o secuelas derivadas.
	Detección de signos y síntomas de alarma y elaboración de un plan de actuación de acuerdo con el paciente.
	Detección de personas con especial vulnerabilidad relacionada con los ejes de desigualdad (género, nivel socioeconómico bajo, etc.).
<b>Valoración y seguimiento</b>	Monitorización de síntomas mediante la medida y registro de variables clínicas: temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, pulsioximetría, etc.
	Valoración integral de la persona mediante los patrones funcionales de salud de Gordon y escalas validadas, que permitan monitorizar la evolución general y la sintomatología relacionada con la condición post-COVID.
	Participación en el seguimiento, en colaboración y coordinación con Trabajo Social Sanitario, para proporcionar el apoyo social necesario.

<sup>4</sup> Fomento-Marín N, Aparicio-Juez S, García-Júlvez M, Pola-García M, Plumed-Tejero M. Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COVID persistente. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2022 Mayo; 10 (2): 34-46.

<b>Educación para la Salud</b>	Proporcionar información adecuada y adaptada, a la persona, sobre la enfermedad.
	Proporcionar educación a la persona sobre su sintomatología y medición de variables clínicas, si procede.
	Incluir a familiares y personas cuidadoras de pacientes con condición post-COVID en los programas de educación en aquellos casos en los que se identifique esta necesidad.
	Participación junto con todo el equipo multidisciplinar en la educación para la salud para proporcionar las herramientas necesarias para promover el cuidado y el autocuidado, tanto en personas afectadas como en familiares y personas cuidadoras.
<b>Recomendación de activos</b>	Recomendación adaptada e individualizada de activos para la salud y recursos comunitarios que puedan ayudar a promover la salud respondiendo a las necesidades particulares con el objetivo de aumentar el bienestar real y percibido.
	Aconsejar e informar sobre autocuidados y autogestión, ofreciendo formación e intervenciones de apoyo de manera individual o grupal, con el objetivo de aumentar las capacidades de las personas para gestionar sus problemas de salud. Existen programas especialmente diseñados con este propósito. En Asturias se imparten los talleres "Tomando Control de su Salud" <sup>5</sup> .

La mayoría de las personas afectadas por condición post-COVID serán atendidas en las consultas de AP. El papel de enfermería es altamente relevante ya que gestiona la atención a la complejidad desde un proceso deliberativo con el paciente al garantizar un abordaje integral que tenga en cuenta la afectación física, emocional y funcional derivadas de los síntomas de la condición post-COVID, y a través de un proceso colaborativo con los profesionales implicados en la atención y el cuidado al resultar personas clave en la relación entre todos los ámbitos asistenciales.

---

<sup>5</sup> Paciente Activo Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Asistencia Sociosanitaria.  
<https://www54.asturias.es/pacas/portal/>

## **6. Procedimiento de Trabajo Social Sanitario en condición Post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19**

La condición post-COVID comprende un conjunto de síntomas, reconocidos por la comunidad científica internacional, que interfieren en el bienestar de las personas afectadas y en la percepción de calidad de vida, que menoscaban su autonomía y pueden producir discapacidad a corto – medio plazo, necesitando ayudas puntuales y/o permanentes.

En el momento actual, no se conoce un tratamiento clínico curativo, lo que conlleva malestar e inseguridad en las personas afectadas. En este contexto, el rol de las y los profesionales de Trabajo Social Sanitario, resulta imprescindible desde la óptica de la calidad asistencial y la humanización del Sistema Sanitario.

### ***Objetivo general***

Hacer efectiva la prestación de Trabajo Social Sanitario, recogida en el artículo 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la atención del paciente crónico desde la AP de salud, al igual que el resto del equipo del que forma parte.

---

***Para la consecución de este objetivo general, se proponen los siguientes objetivos específicos:***

- Acogida y acompañamiento social durante el proceso asistencial.
- Valoración/evaluación social de todas las personas afectadas de condición post-COVID que presenten algún tipo de vulnerabilidad.
- Plan Personal de Atención Sociosanitaria

### ***Población diana***

Se derivarán a la consulta de la Trabajadora social sanitaria o trabajador social sanitario a las personas que presenten condición post-COVID que requieran valoración social, según criterios de derivación.

### ***Criterios de derivación***

Se valorará la solicitud de consulta con la Unidad de Trabajo Social Sanitario para aquellas personas con condición post-COVID que, además, cumplan con uno o más de los siguientes criterios:

- Personas que viven solas



- Personas que tienen otras personas a su cargo: hijos o hijas menores, personas mayores, personas con alguna discapacidad y/o dependencia o personas con especiales necesidades de cuidados.
- Personas dependientes o que presentan alguna limitación para la realización de alguna de las ABVD o para el autocuidado.
- Personas con dificultades idiomáticas.
- Personas migrantes.

### ***Valoración/evaluación social sanitaria***

Básicamente, desde el trabajo social sanitario, se estudian y analizan las siguientes dimensiones:

1. Situación sociofamiliar
2. Situación de la vivienda
3. Situación económica, laboral y educativa
4. Dinamismos vitales de la persona
5. Situaciones contextuales que pueden incidir en la persona afectada
6. Relaciones familiares y sociales
7. Apoyos formales y/o informales

### ***Intervención o tratamiento social***

El modelo psicosocial comprende tres fases: 1) el estudio, 2) diagnóstico y comprensión y 3) tratamiento social. Siguiendo la teoría de Hamilton (1957), las **prestaciones básicas** de trabajo social sanitario son:

- La intervención psicosocial en la persona afectada (paciente).
- La intervención psicosocial en la familia y en el entorno próximo del paciente y de la paciente.
- La intervención en la gestión de los servicios y programas de apoyo necesarios para complementar y reforzar las dos primeras.

1. Intervención psicosocial en la persona con condición post-COVID	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acogida y acompañamiento durante el proceso asistencial</li> <li>• Soporte psicosocial</li> <li>• Apoyo en la toma de decisiones</li> <li>• Apoyo psicosocial para reforzar el cumplimiento terapéutico</li> <li>• Apoyo psicosocial en la comprensión de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediación (familiar y/o con profesionales)</li> <li>• Asesoramiento en el ajuste de expectativas en relación al proceso-pronóstico</li> <li>• Educación breve para la salud</li> <li>• Información y asesoramiento sobre derechos, servicios y prestaciones sanitarias y/o sociales.</li> <li>• Otras</li> </ul>

2. Intervención psicosocial en la familia y en el entorno próximo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acogida, acompañamiento y seguimiento durante el proceso de cuidados</li> <li>• Soporte psicosocial en la comprensión de la enfermedad</li> <li>• Mediación (familiar y/o con profesionales)</li> <li>• Asesoramiento y ayuda en la reorganización del sistema familiar</li> </ul>	<p><b>Trabajo Social comunitario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo psicosocial a la familia para que encuentre los medios necesarios para su bienestar en su entorno social.</li> <li>• Soporte familiar para alentar los esfuerzos cooperadores con la comunidad para conseguir objetivos comunes.</li> <li>• Promover cambios concretos en el entorno y asegurarse de que se produzcan.</li> <li>• Ayudar a las personas para que trabajen colaborando en adquirir la confianza y las habilidades necesarias para afrontar problemas.</li> <li>• Construir y mantener grupos que trabajen en proyectos comunitarios, incrementando las competencias de la población y la mejora de sus estilos de vida.</li> <li>• Promover el voluntariado social en salud.</li> </ul>

3. Intervención en la gestión de los servicios y programas de apoyo necesarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alojamiento residencial ERA</li> <li>• Alojamiento residencial para personas con Discapacidad</li> <li>• Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)</li> <li>• Servicio de Teleasistencia (TAD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensión No Contributiva (PNC)</li> <li>• Reconocimiento Discapacidad</li> <li>• Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)</li> <li>• Otros recursos o prestaciones</li> </ul>

## 7. Procedimiento para la Atención Psicológica a personas en condición post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19.

Como hemos visto, existen dos grandes grupos de síntomas que pueden servir para orientar las líneas de tratamiento en los pacientes con condición post-COVID: sintomatología física y sintomatología emocional y cognitiva.

Hay constancia, según diversos estudios, de que un elevado porcentaje de pacientes con condición post-COVID presentan un bajo estado de ánimo, desesperanza, altos niveles de ansiedad, dificultad para dormir, etc. Un porcentaje más bajo experimentan síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) principalmente, aquellos que fueron ingresados en UCI y el personal sanitario.

Se considera probable que la etiología de las consecuencias psicológicas por infección por la COVID-19 sea multifactorial, incluyendo: los efectos directos de la infección viral, la infección cerebral, enfermedades cerebrovasculares, intervenciones médicas, aislamiento social, preocupación por contagiar a otros, el estigma, la pérdida o abandono del trabajo, en suma, el impacto de una nueva enfermedad que hace que vayan surgiendo sentimientos de angustia, incertidumbre, desesperanza, tristeza, soledad e impotencia como parte de un proceso de adaptación a esta nueva situación que deben afrontar.

Bajo esta premisa de múltiples factores actuando en un mismo individuo es por lo que hay que evitar patologizar estas emociones y apelar a la cautela en cuanto al sobrediagnóstico y la medicalización de los síntomas emocionales. Es esencial que desde AP se realice una evaluación pormenorizada con una exploración adecuada, incluyendo aspectos relacionados con sus síntomas actuales y su capacidad para afrontarlos, así como su proyección futura. De igual forma hay que valorar la presencia de antecedentes de Salud Mental y riesgo de suicidio (indicadores de mala prognosis junto a la sintomatología de TEPT), realizando una escucha activa y empática. Se promoverá la ventilación emocional, la normalización de las emociones, la psicoeducación y técnicas de regulación emocional, que favorezcan la activación de los recursos de afrontamiento personales para la situación presente.

Los síntomas emocionales y cognitivos persistentes se han descrito como parte de la condición post-COVID o sus secuelas, con una incidencia importante, por lo que en esa esfera puede ser necesaria la intervención desde AP o la Red de Salud Mental.

En nuestra comunidad autónoma, en abril de 2020 se estableció un *Programa de Atención Psicológica en pandemia de COVID-19*, dentro del que se pueden incluir los circuitos

asistenciales para la atención a personas con condición Post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19.

### ***Población diana***

Personas con diagnóstico de condición post-COVID o secuelas de COVID-19, **que no están en seguimiento por recursos de Salud Mental** del Servicio de Salud del Principado de Asturias y que requieren valoración, tratamiento o seguimiento de la esfera psicológica a criterio de profesional responsable de su proceso asistencial, por reacciones disfuncionales, especialmente en contexto de factores de riesgo o vulnerabilidad.

### ***Objetivos específicos***

- Disminuir el sufrimiento psíquico y amortiguar el impacto psicológico derivado de la condición post-COVID o secuelas derivadas de COVID-19.
- Prevenir y disminuir los síntomas psicopatológicos y los trastornos mentales que se detecten o puedan producirse.
- Evitar intervenciones *psicopatologizantes* e iatrogénicas.
- Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento de pacientes y familias de las demandas externas e internas en su contexto.
- Facilitar la detección y derivación al programa por parte de los y las profesionales sanitarios de personas en situaciones de fragilidad/riesgo que pueden hacer más difícil la adaptación a la condición post-COVID o a las secuelas derivadas de COVID-19.
- Elaborar y difundir materiales de apoyo con recomendaciones para entrega a pacientes en condición post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19.

Para dichos objetivos, se seguirá el circuito desarrollado en el Protocolo de Atención Psicológica en pandemia por Covid-19, protocolo que se ha demostrado eficaz y ya tiene establecido procedimiento de derivación y registro en la historia clínica electrónica y al que únicamente habría que añadir el motivo de consulta por “condición post COVID” (ANEXO 8). Para situaciones de especial riesgo como pueden ser las personas que muestren ideación autolítica, TEPT o depresión grave se recomienda derivación al equipo de Salud Mental, según los procedimientos de derivación ya establecidos. En estos casos, se asegura la continuidad asistencial a través de la cartera de recursos de la red de Salud Mental.

### ***Situaciones de vulnerabilidad o riesgo***

- Personas con multimorbilidad o situación social de riesgo (mala red social/familiar, pobreza, etc.).
- Historia de situaciones traumáticas previas o duelos complejos.

- Historia de alteraciones previas en su salud mental o en tratamiento psicológico o psicofarmacológico actual o previo.
- Personas con diversidad funcional, especialmente intelectual, que pueden presentar dificultades relacionadas con la comprensión de la situación y la expresión emocional de sus malestares.

***Indicadores de posible adaptación disfuncional***

- Reacciones emocionales de alta intensidad que desborden o bloqueen las estrategias de afrontamiento de la persona.
- Extensión en el tiempo de las reacciones esperables de malestar.
- Respuestas sintomáticas ansiosas significativas, con mala respuesta a intervención realizada desde AP.
- Preocupaciones o miedos intensos en relación con el estado de salud, no manejables con pautas o estrategias de afrontamiento habituales.
- Despersonalización o desrealización.
- Alteraciones importantes del sueño.
- Abandono del autocuidado: alimentación e higiene, tendencia al encamamiento, etc.
- Irritabilidad, explosiones de ira, tensiones frecuentes que afectan a su funcionamiento social.
- Conductas peligrosas para la salud, uso de sustancias como método de afrontamiento de la situación.
- Desesperanza, expresión reiterada de sentimientos negativos, tristeza, inactividad, pensamientos de falta de valía o sensación de fracaso, incrementados por su proceso actual.

## **8. Procedimiento para la atención por Fisioterapia o Rehabilitación a personas en condición post-COVID y secuelas derivadas de COVID-19**

Una rehabilitación segura y eficaz constituye una parte esencial en la recuperación funcional de las personas que padecen una discapacidad. En la actualidad no hay pruebas suficientes para orientar las mejores prácticas en pacientes en condición post-COVID, dada la heterogeneidad de la presentación de los síntomas. Por ello, el inicio de los tratamientos de fisioterapia o la recomendación de la práctica de la actividad física y el deporte debe realizarse tras una adecuada evaluación de las personas afectadas y evitar así actuaciones que pudieran agravar los síntomas como la fatiga, la disnea o el malestar post-esfuerzo (PEM).

### ***Valoración inicial: anamnesis y revisión de historia clínica***

Es relevante conocer los datos clínicos relativos a la COVID-19 como son: presencia de neumonía bilateral, Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, tiempo de estancia en UCI y otras circunstancias que afecten a la recuperación posterior o aumenten el riesgo de complicaciones.

Asimismo, es importante conocer el historial médico de las y los pacientes y los fármacos administrados que puedan interferir en la frecuencia cardíaca y tensión arterial (u otros parámetros que influyan en la respuesta al esfuerzo), ya que condicionan el tipo de ejercicio terapéutico prescrito.

Se recomienda seguir un algoritmo de decisión terapéutica en relación con la fisioterapia respiratoria<sup>6</sup> y valorar los síntomas antes de decidir el nivel asistencial al que se le derivará.

### ***Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria***

La derivación de pacientes con condición post-COVID a las Unidades de Fisioterapia de AP podrá realizarse desde las consultas de Medicina de Familia o Pediatría de los EAP. En dichas unidades se aplicarán los tratamientos necesarios a través de las diferentes técnicas de cinesiterapia y/o agentes físicos, así como el ejercicio terapéutico adaptado a las necesidades de cada individuo.

---

<sup>6</sup> Arbillaga-Etxarri A, Lista-Paz A, Alcaraz-Serrano V. Fisioterapia respiratoria post-COVID 19: algoritmo de decisión terapéutica. Open Respiratory Archives. 2021. DOI: 10.1016/j.opresp.2021.100139. Accesible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-open-respiratory-archives-11-resumen-fisioterapia-respiratoria-post-covid-19-algoritmo-decision-S2659663621000588>

La fisioterapia debe basarse en la atención centrada en la persona y garantizar de este modo varios aspectos: el acceso (minimizar el efecto geográfico), evitar la saturación del ámbito hospitalario (usando espacios comunitarios), y mejorar la adherencia al tratamiento.

### **Recomendaciones**

Los y las fisioterapeutas pueden desempeñar un papel importante para optimizar la recuperación funcional de los pacientes con condición post-COVID, ya que pueden intervenir con programas de educación y considerar otros factores relevantes en el control de los síntomas más allá de la actividad física (*Anexo 1*).

### **Intervención de fisioterapia en AP**

- Educación para la salud: programas grupales en los que se expliquen los síntomas, así como el manejo de estos. Talleres de relajación y promoción del autocuidado.
- Recomendaciones saludables: adaptación de los y las pacientes al ejercicio y/o actividad física de forma progresiva, intentando evitar el aislamiento social y la vida sedentaria.
- Fisioterapia respiratoria: gimnasia respiratoria diafragmática. Utilización de incentivos para mejorar la capacidad ventilatoria y ejercicios de control de la disnea.
- Cinesiterapia: enseñanza de ejercicios aeróbicos de bajo consumo y estiramientos globales activos.
- Agentes físicos: Analgesia a través de medios físicos como la termoterapia superficial o diatermia profunda para aliviar el dolor articular

### **Criterios para derivación a Atención Hospitalaria**

- Pacientes con condición post-COVID 19 que presenten polineuropatía del paciente crítico, daño orgánico permanente, síndrome de fatiga post viral y aquellos casos en los que el diagnóstico COVID persistente sea dudoso, siendo preciso descartar otras patologías.
- Pacientes con enfermedades cardíacas con mala tolerancia al ejercicio. El COVID-19 puede causar miocarditis y pericarditis agudas contraindicando el ejercicio<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> European Society of Cardiology. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of the CV Disease during the COVID-19 Pandemic. Last update 10 June 2020. Accesible en: <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>.

- Pacientes con malestar post esfuerzo PEM. Se define como el empeoramiento de los síntomas que resultan de una actividad cognitiva, física, emocional o social mínima o de una actividad que se podría tolerar previamente (Carrothers et al, 2003). El NICE advierte contra el uso de la terapia de ejercicio gradual para personas recuperándose de COVID-19<sup>8,9</sup>. No obstante, recomiendan reanudar de forma conservadora las actividades diarias, aun ritmo asumible y seguro dentro de los límites de los síntomas que presenta, sin llegar al punto de fatiga o exacerbación de síntomas (durante y en los días siguientes)<sup>10</sup>.
- Desaturación de oxígeno causada por un esfuerzo: Se ha observado una disminución de la saturación de oxígeno entorno al 4% en el 32% de las personas con COVID persistente un mes después del alta hospitalaria. Se debe tener como objetivo en la rehabilitación prevenir esa desaturación<sup>11</sup>.
- Pacientes con fibrosis pulmonar o afectación orgánica post-COVID cuyo seguimiento se realizaría en ámbito hospitalario.
- Pacientes con disfunción del Sistema Nervioso Autónomo e intolerancia al ortostatismo.

---

<sup>8</sup> National Institute for Health Research. Living with COVID-19 - Second Review. London, UK: NICE; 2021. Accesible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19-second-review/#What>.

<sup>9</sup> World Physiotherapy. World Physiotherapy Response to COVID-19 Briefing Paper 9. Safe rehabilitation approaches for people living with Long COVID: physical activity and exercise. London, UK: World Physiotherapy; 2021. Accesible en: <https://world.physio/sites/default/files/2021-06/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-2021.pdf>

<sup>10</sup> National Institute for Health Research. Living with COVID-19 - Second Review. London, UK: NICE; 2021. Accesible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19-second-review/#What>

<sup>11</sup> Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ. 2020 Aug 11;370:m3026. doi: 10.1136/bmj.m3026. PMID: 32784198. Accesible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026.long>



## 9. Información complementaria del Proceso Asistencial

### *Comunicación entre niveles asistenciales*

Se facilitará la comunicación entre los diferentes ámbitos asistenciales implicados estableciendo líneas de comunicación a través de las herramientas disponibles.

Se fomentará el uso de las **consultas virtuales colaborativas** que permitan agilizar la respuesta al proceso. Estas consultas virtuales permitirán la comunicación entre los diferentes ámbitos y las diferentes especialidades implicadas.

### *Registro en historia clínica*

El registro de los procesos relacionados con la atención a personas afectadas de la condición post-COVID se realizará con los códigos establecidos para el caso con el objetivo de poder realizar una adecuada atención sociosanitaria entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales. Su adecuado registro posibilitará además una adecuada evaluación del proceso asistencial que se está aplicando y proporcionar información sobre los indicadores de calidad del mismo.

Este registro ha de estar disponible en todos los programas informáticos implicados: OMI/ECAP, SELENE y MILLENIUM.

## 10. Evaluación e indicadores del proceso asistencial

- Difusión del proceso asistencial en las diferentes áreas sanitarias.
- Porcentaje de profesionales formados anualmente en el proceso asistencial.
- Porcentaje de personas con diagnóstico de condición post-COVID.
- Nº de personas con diagnóstico de Condición post-COVID abierto respecto al total de personas con Nº TIS.
- Porcentaje de valoraciones de Trabajo Social Sanitario en pacientes con condición post-COVID.
- Porcentaje de pacientes con cita en Trabajo Social Sanitario en pacientes con condición post-COVID.
- Porcentaje de personas con derivación a Fisioterapia respecto al total de pacientes diagnosticados de condición post-COVID.
- Porcentaje de personas con derivación a Psicología Clínica de atención primaria o a unidades de referencia respecto al total de pacientes diagnosticados de condición post-COVID.
- Porcentaje de Incapacidades Transitorias (ITs) generadas en pacientes con condición post-COVID a raíz de este proceso asistencial.

## **ANEXO 1**

### ***INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON COVID PERSISTENTE EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA***

En las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se realizará el abordaje de pacientes diagnosticados de COVID persistente, una vez que su MAP haya considerado tras su valoración, que no procede su derivación a Atención Hospitalaria, al no presentar signos ni síntomas que indiquen Síndrome de Malestar Post Esfuerzo (MPE), enfermedades cardíacas, desaturación de oxígeno o disfunción autonómica e intolerancias ortostáticas, con el objetivo de trabajar en un contexto de rehabilitación segura y eficaz.

La fisioterapia en estos pacientes tiene como objetivo controlar los síntomas como la fatiga y la debilidad muscular (diagnóstico diferencial con PME o Síndrome de Fatiga Crónica) además de facilitarles el aprendizaje de ejercicios que faciliten su recuperación funcional sin perjudicar la calidad de vida.

### ***PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA<sup>1-5</sup>***

1. Educación para la salud: Formación terapéutica para facilitar el aprendizaje de ejercicios y facilitar herramientas para gestionar el autocuidado, así como abordar la aceptación de la situación clínica del paciente. Se explicarán el tratamiento propuesto, que será siempre individualizado y los objetivos que se pretenden alcanzar.
2. Ventilación Dirigida: Gimnasia respiratoria diafragmática: Se trata de ejercicios que mejoren el descenso del diafragma y su recorrido para mejorar la ventilación pulmonar. La posición del paciente permite, debido al peso de las vísceras, variar la resistencia opuesta al descenso del diafragma y se colocará al paciente en sedestación, pero también si es posible en decúbitos laterales y en cuadrupedia.
3. Espirometría incentivada dirigida: Se utilizarán aparatos que faciliten la retroalimentación visual del paciente durante los movimientos inspiratorios/espíricos. Son aparatos preferiblemente volumétricos tipo Voldyne o Coach.
4. Entrenamiento de los músculos ventilatorios: se utilizarán dispositivos Inspiratory Muscle Trainer (IMT) con válvula de umbral para entrenamiento de los músculos inspiratorios con resistencia en función de la Presión Inspiratoria máxima (PI máx.) independiente del flujo aéreo.

5. Fortalecimiento de los músculos periféricos/actividad física: El trabajo progresivo de fuerza y resistencia se adaptará al paciente y es aconsejable monitorizar dicho trabajo usando la pulsioximetría. Los pacientes con niveles de fatiga bajos o medios deben continuar con sus actividades de la vida diaria y realizar ejercicios con aumento gradual de la duración, intensidad y frecuencia de la actividad, sin provocar fatiga (Escala de Borg) y sin empeorar los síntomas en cuyo caso se debe suprimir la actividad. Siguiendo las recomendaciones de la American College of Sport Medecine, se propone:
- Combinar contracciones concéntricas, excéntricas e isométricas
  - Ejercitar grandes músculos o poliarticulares antes que los pequeños y monoarticulares.
  - Utilizar intensidades tolerables medias no de baja intensidad
  - Efectuar 2-3 sesiones por semana, 8-12 repeticiones al 60% de la RM y con 2 minutos de descanso.

**Bibliografía:**

- World Physiotherapy. World Physiotherapy Response to COVID-19 Briefing Paper 9. Safe rehabilitation approaches for people living with Long COVID: physical activity and exercise. London, UK: World Physiotherapy; 2021.
- Cotler J, Holtzman C, Dudun C, Jason LA. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. *Diagnostics (Basel)*. 2018;8(3):66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30208578>
- Técnicas Kinesiterapéuticas en Rehabilitación Respiratoria. EMQ, 26-500-A-10.Elsevier.2016
- Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J, et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients [published correction appears in *PM R*. 2022 Jan;14(1):164]. *PM R*. 2021;13(9):1027-1043. doi:10.1002/pmrj.12684
- Mikkelsen, M. E., Abramoff, B., Elmore, J. G., & Kunins, L. (2021). COVID-19: evaluation and management of adults following acute viral illness. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.(Accessed on October 30, 2021.[Google Scholar].

## ANEXO 2

### RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS.

- Tener un horario constante para acostarse y levantarse conduce a horarios de sueño más regulares y evita períodos de privación del sueño o períodos prolongados de vigilia durante la noche.
- Evite las siestas que duran más de 1 hora y las siestas al final del día.
- Evite la cafeína después del almuerzo.
- Las recomendaciones generalmente se enfocan en evitar el alcohol cerca de la hora de acostarse. El alcohol inicialmente es sedante, pero se activa a medida que se metaboliza. El alcohol afecta negativamente la arquitectura del sueño.
- La nicotina es un estimulante y debe evitarse cerca de la hora de acostarse y por la noche.
- Se recomienda la actividad física durante el día, en particular, de 4 a 6 horas antes de acostarse, ya que esto puede facilitar el inicio del sueño. Se desaconseja el ejercicio riguroso dentro de las 2 horas antes de acostarse.
- Mantenga el entorno de sueño tranquilo y oscuro. El ruido y la exposición a la luz durante la noche pueden interrumpir el sueño. Esto también puede incluir evitar la exposición a la televisión o la tecnología cerca de la hora de acostarse, ya que esto puede tener un impacto en los ritmos circadianos al cambiar el horario de sueño más tarde.
- Evite consultar la hora por la noche. Esto incluye despertadores y otros relojes (por ejemplo, relojes y teléfonos inteligentes). Verificar la hora aumenta la excitación cognitiva y prolonga la vigilia.
- Evite una comida copiosa cerca de la hora de acostarse, pero no se acueste con hambre. Coma una comida saludable y abundante por la noche y evite los refrigerios nocturnos.

### Videoteca



<http://10.36.160.11/huca/web/enfermeria/html/visor.asp?doc=EJERCICIOS%20RESPIRATORIOS%20comp.avi>

<https://n9.cl/gfaxe> (una vez que acceda a la página web introduzca en usuario y contraseña: invitado)



### **ANEXO 3**

#### ***NIEBLA MENTAL (\*Recomendaciones incluidas en el documento de Proceso Asistencial de la Condición post-COVID-19 del Gobierno de Aragón<sup>12</sup>)***

La estimulación cognitiva hace referencia a las actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.). Ordenar los ejercicios siguiendo una jerarquía permite la repetición y estimulación del objetivo subyacente al proceso.

Las tareas han de completarse con suficiente intensidad para conseguir la mejora del proceso. Ser flexible en la adaptación de los objetivos de la estimulación de cada paciente. Se puede realizar una intervención inespecífica o trabajar de forma específica cada uno de los componentes del proceso con módulos y objetivos diferenciados y presentados jerárquicamente. Existen programas de ordenador que ofrecen ventajas como la progresión de las tareas, la retroalimentación de la evolución, variables que se pueden modificar y permite adaptar la tarea.

Es importante establecer rutinas para realizar los ejercicios.

#### ***ESTIMULACIÓN COGNITIVA ATENCIÓN SOSTENIDA***

- Tareas de cancelación.
- Matrices atencionales.
- Tareas de go-no-go.
- Sopas de letras.
- Búsqueda de diferencias.

#### ***ATENCIÓN SELECTIVA***

- Tareas similares a las de atención sostenida añadiendo información o distractora.
- Realizar una tarea con música.
- Sopas de letras.
- Búsqueda de diferencias.

#### ***ATENCIÓN ALTERNANTE***

- Cambios en las demandas de las tareas: ejercicios de papel y lápiz que requieren alternar la actividad.

---

<sup>12</sup> Alamillo J, Borderías L, Chaverrí C, Daga B, Del Corral E, Figueras P, et al. Proceso asistencial para la atención a las personas con condición post covid-19 en Aragón. Gobierno de Aragón: 2021.

### **ATENCIÓN DIVIDIDA**

- Tareas simultáneas, combinar dos tareas de vigilancia, una visual y otra auditiva, por ej., contar el nº de veces que aparece una palabra mientras se lee un texto.

### **ATENCIÓN EJECUTIVA**

- Tareas de go-no-go: responder de manera contraria a la forma natural de hacerlo
- Añadir tiempo de realización para cualquiera de las anteriores tareas.
- Formar palabras con letras (anagramas).
- Sudokus y añadir tiempo progresivamente.
- Localizar parejas con tiempo.
- Búsqueda de diferencias.

### **MEMORIA DE TRABAJO**

- Recuerdo mental de diferentes propiedades de las letras del abecedario.
- Ordenar correctamente refranes, frases o palabras.
- Ordenar alfabéticamente palabras de una frase Deletrear palabras en orden directo e inverso.
- Realizar operaciones aritméticas mentalmente.

### **MEMORIA SEMÁNTICA**

- Elaboración de información: Copia, repaso de temas, repetición mental, subrayado.
- Extracción de la información fundamental para reducir el material a almacenar: Resúmenes y esquemas.
- Asociar la nueva información con datos ya conocidos para favorecer al aumento de significado de la información a retener: Elaboración de analogías o metáforas

### **MEMORIA A LARGO PLAZO**

- Las tareas propuestas para estimular la memoria a corto plazo, pueden aplicarse para estimular la memoria a largo plazo aumentando el tiempo de demora entre presentación de estímulos y recuerdo.

### **HABILIDADES VISO ESPACIALES Y VISO CONSTRUCTIVAS**

1. Tareas de localización espacial.
2. Laberintos.
3. Copia de figuras.
4. Comparación de figuras y formas geométricas.

5. Reconocimiento de objetos y caras.
6. Puzzles.
7. Dibujos de diferente complejidad mediante copia y de manera espontánea.  
Construcción de figuras con piezas de dos y tres dimensiones.
8. Copia de patrones.

***FUNCIONES EJECUTIVAS***

1. Añadir tiempo de realización para cualquiera de las anteriores tareas.
2. Tareas de go-no-go: responder de manera contraria a la forma natural de hacerlo.
3. Formar palabras con letras (anagramas).
4. Sudokus con tiempo Localizar parejas con tiempo.
5. Búsqueda de diferencias.
6. Laberintos.



## ANEXO 4

### ***CEFALEA (\*Recomendaciones incluidas en el documento de Proceso Asistencial de la Condición post-COVID-19 del Gobierno de Aragón<sup>13</sup>)***

La etiopatogenia de la cefalea persistente es todavía desconocida, se manejan varias teorías, descompensación de cefalea primaria previa, que se trate de una cefalea tensional en el contexto de los cambios de rutinas asociados a la infección y el aislamiento, una cefalea de origen vírico inflamatorio o la aparición de una cefalea diaria persistente de novo.

Manejo de la cefalea tras infección COVID, en Atención Primaria: en general se debería proceder como ante cualquier paciente que acude a la consulta por cefalea: la exploración física, las exploraciones complementarias y la valoración de los signos de alarma deben ser los mismos.

Recomendaciones de tratamiento:

- Solicitar la realización de calendarios que incluyan días de dolor y analgesia consumida, para valorar frecuencia e intensidad de la cefalea, y poder descartar cefaleas por abuso de medicación. Los calendarios permiten además que el paciente identifique desencadenantes o patrones relacionados con el dolor que podrían haber pasado desapercibidos. Se recomienda hacer calendario mínimo de 2-3 meses, siempre que no haya criterios de alarma que no permitan demorar el tiempo de estudio.
- Explicar al paciente que en la mayoría de casos la evolución es benigna con mejoría progresiva espontánea. También que no existe evidencia de tratamiento, en el momento actual, siendo el manejo sintomático/preventivo basado en el tratamiento habitual al de la cefalea.
- Indicar siempre medidas generales: adecuada higiene del sueño; evitar abuso de analgesia, sobre todo de opioides y triptanes; evitar ayunos prolongados; evitar estrés.
- Tratamiento farmacológico preventivo: se consideraría subsidiario de tratamiento los pacientes con cefalea de más 12 semanas tras la infección (en general, valorar tratamiento en pacientes con frecuencia en calendarios de más de 8/10 días de dolor al mes, pero individualizar en cada caso en función de la intensidad e interferencia en el día a día).
  - Si características tensionales (localización bilateral, opresiva, intensidad leve-moderada, sin sonofobia, sin empeoramiento con la actividad física habitual y sin

---

<sup>13</sup> Alamillo J, Borderías L, Chaverrí C, Daga B, Del Corral E, Figueras P, et al. Proceso asistencial para la atención a las personas con condición post covid-19 en Aragón. Gobierno de Aragón: 2021.

nauseas ni vómitos): realizar ensayo terapéutico con Amitriptilina a dosis de 10mg/día, pudiendo incrementarse según respuesta hasta 25-50mg/día. Su efecto beneficioso suele comenzar al cabo de unas 2 semanas de tratamiento, y es máximo a las 2-3 semanas. debe evitarse en pacientes con glaucoma, hipertrofia de próstata, estreñimiento importante, enfermedad hepática grave (su metabolismo es hepático) o arritmia cardíaca, particularmente en casos de bloqueo auriculoventricular. Los efectos secundarios más frecuentes que limitan su uso son secundarios a su actividad anticolinérgica (boca seca, visión borrosa y mareo) y suelen ser evidentes a partir de los 75 mg/día

- Si características similares a migraña previa: valorar el empleo de Topiramato o Betabloqueantes.

## ANEXO 5

### ***ANOSMIA (\*Recomendaciones incluidas en el documento de Proceso Asistencial de la Condición post-COVID-19 del Gobierno de Aragón<sup>14</sup>)***

La disfunción olfatoria que aparece durante la infección por SARS CoV 2, es uno de los síntomas más prevalentes. Un sentido del olfato abolido o disminuido altera significativamente la interpretación del mundo. Además, se ha demostrado que la hiposmia-anosmia tienen un impacto negativo en la calidad de vida y el estado de ánimo. La persistencia de la disfunción olfatoria es distinta según las series, pero los estudios publicados con más pacientes hablan de que un tercio de los pacientes presenta una recuperación completa en los primeros 15 días, a los 60 días entre un 75-85% han recuperado y se alcanza el 95% a los 6 meses.

Se han descrito múltiples tratamientos para la alteración del sentido del olfato por una infección viral: corticoides orales o tópicos, vitaminas... pero actualmente la evidencia científica no apoya ninguna terapia farmacológica en estos pacientes. Por otro lado, la rehabilitación olfatoria ha demostrado un beneficio moderado en la mejora de esta disfunción.

#### ***¿Cómo rehabilitar el olfato?:***

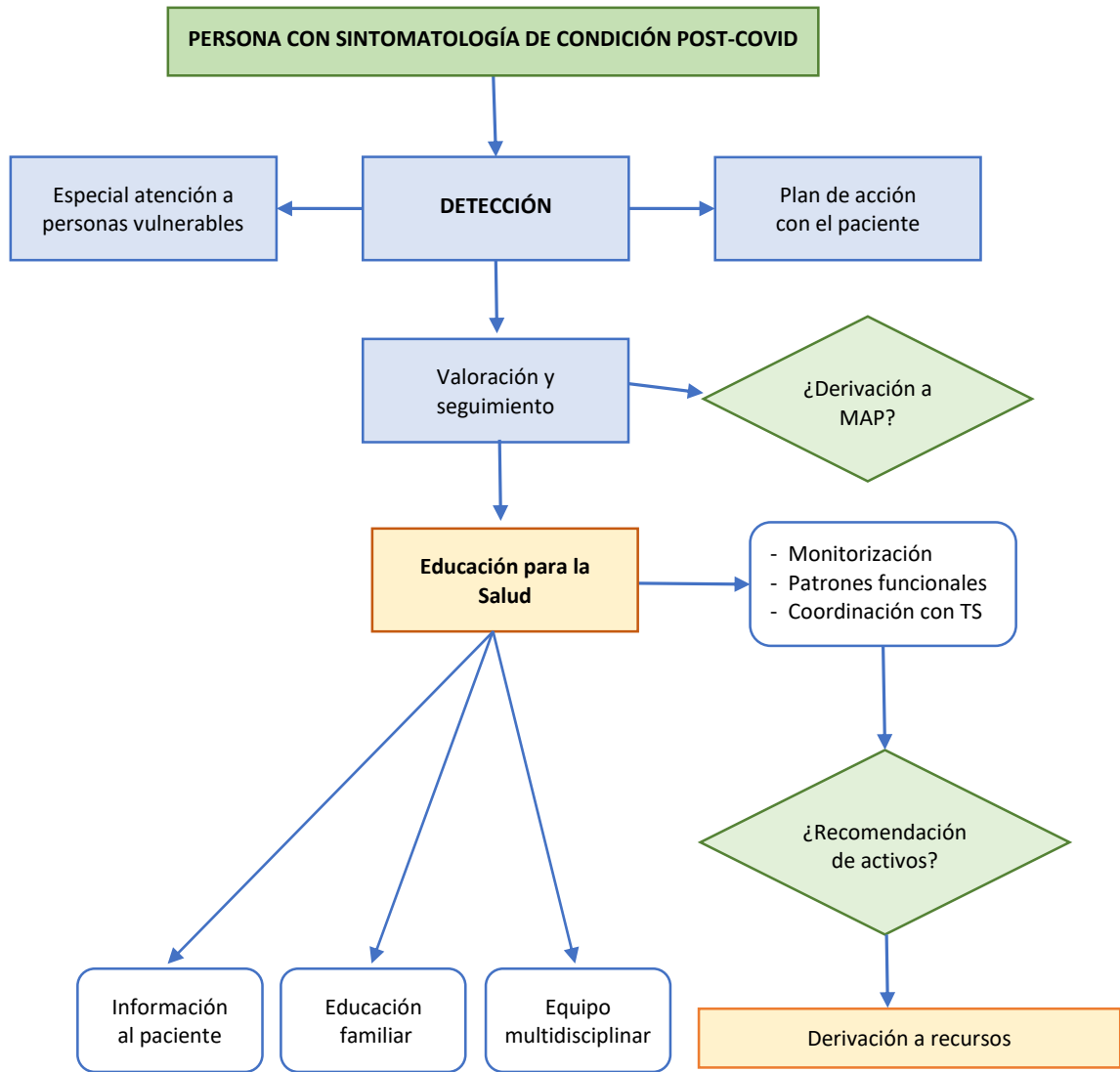
- Exposición repetitiva de diferentes odorantes con gradación de intensidad.
- Se recomienda realizar los ejercicios dos veces al día.
- Preferiblemente odorante: frutal (limón), mentolado (eucaliptus), aromático (café, queso, clavo...) y floral (rosa)
- Oler durante 10 segundos tres veces cada odorante haciendo un descanso de 2-3 minutos entre cada uno de ellos.
- La duración de la rehabilitación debe ser al menos de 12 semanas.

---

<sup>14</sup> Alamillo J, Borderías L, Chaverrí C, Daga B, Del Corral E, Figueras P, et al. Proceso asistencial para la atención a las personas con condición post covid-19 en Aragón. Gobierno de Aragón: 2021.

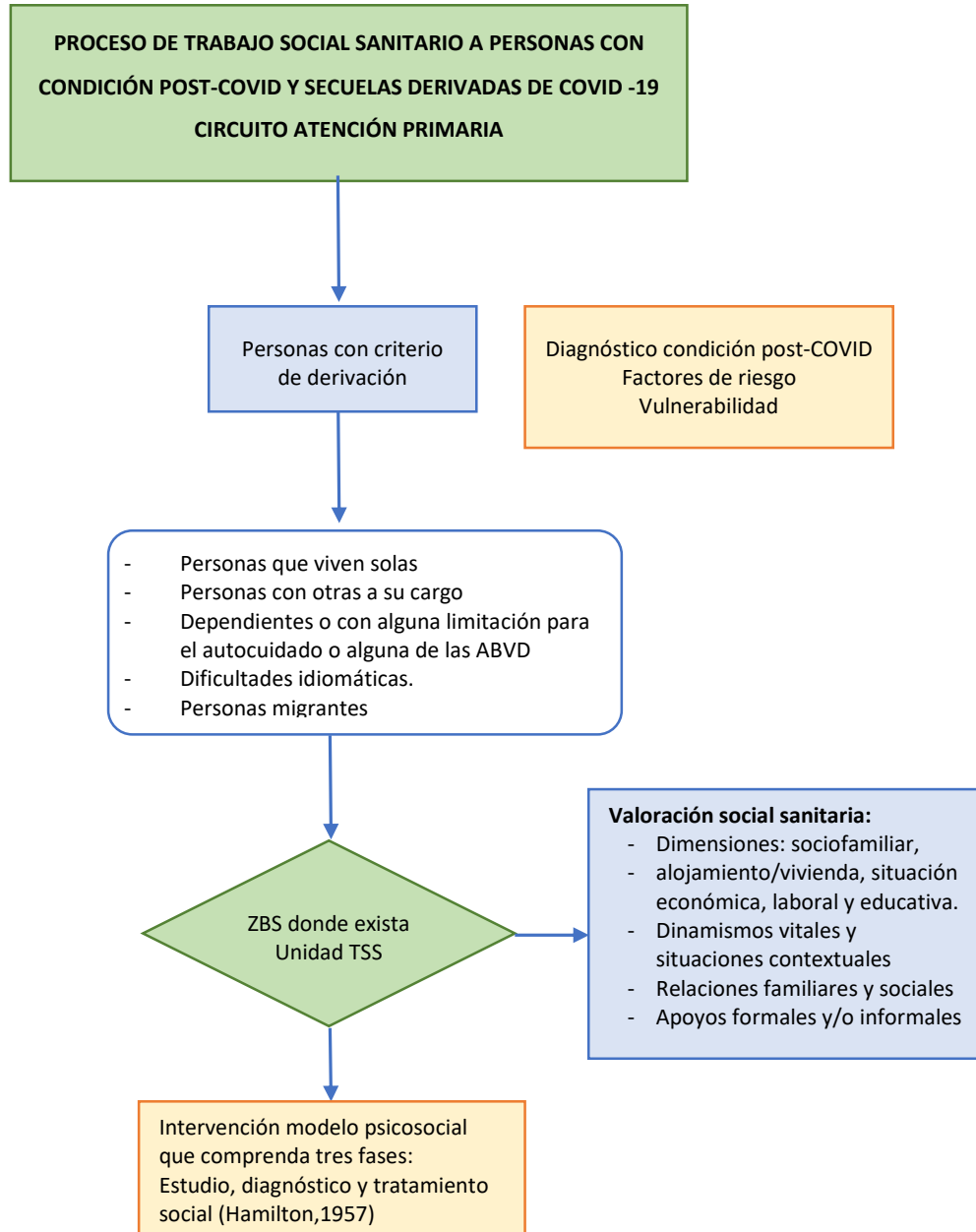
**ANEXO 6**

**ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA**



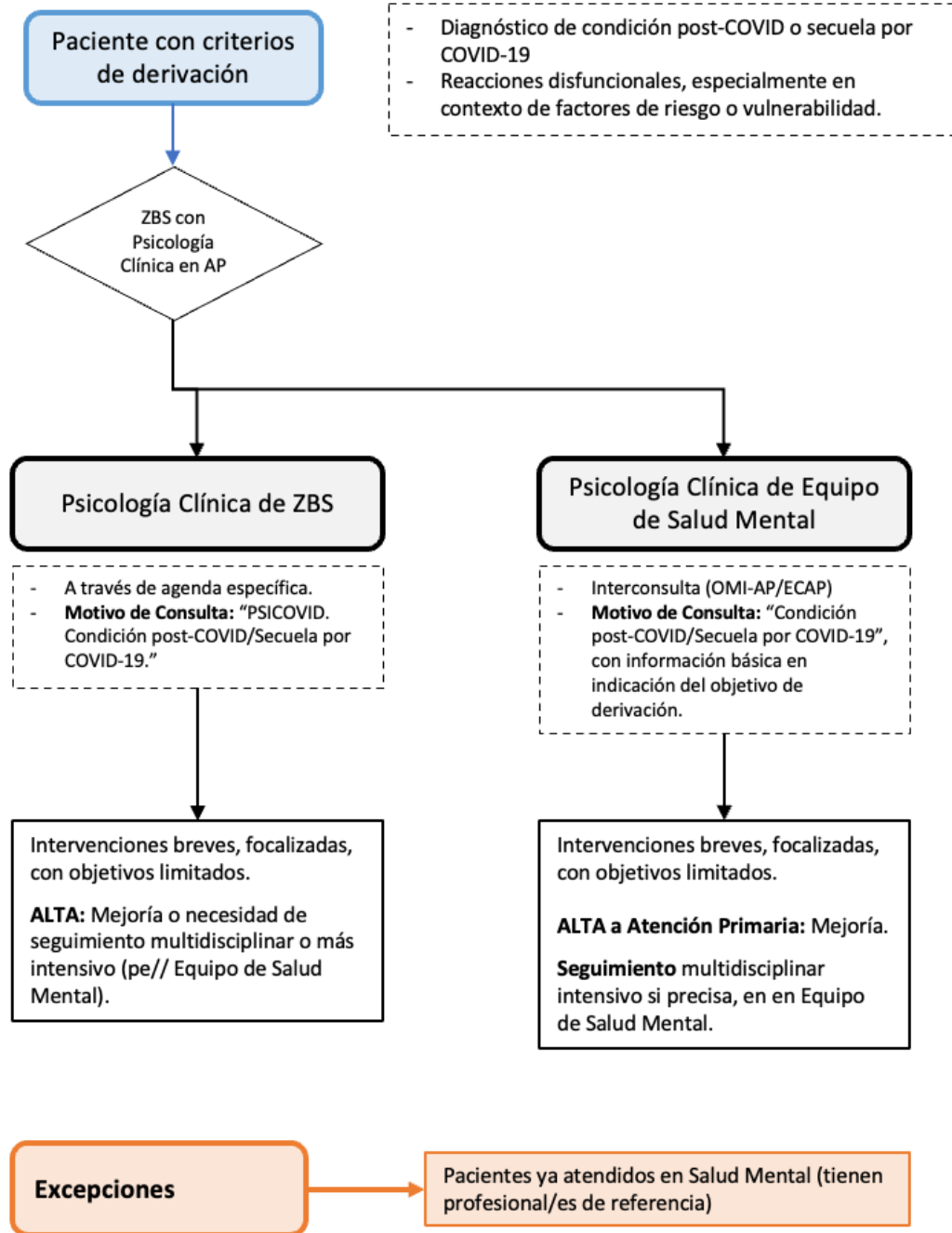
**ANEXO 7**

**ALGORITMO DE ACTUACIÓN TRABAJO SOCIAL SANITARIO**



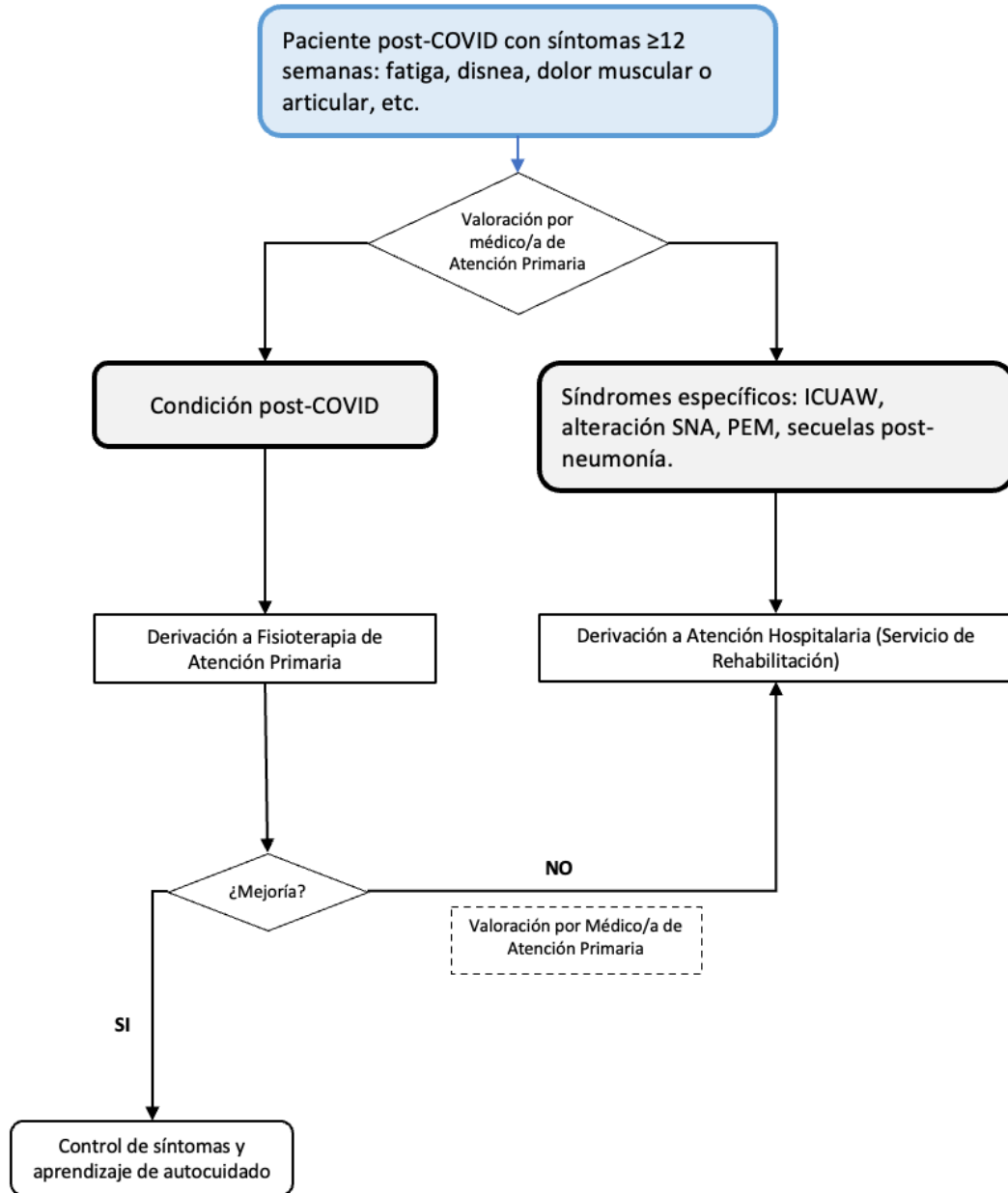
**ANEXO 8**

**ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PERSONAS EN CONDICIÓN POST-COVID Y SECUELAS DERIVADAS DE COVID-19 (Circuito de AP)**



**ANEXO 9**

**ALGORITMO DEL PROCESO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN POST-COVID A FISIOTERAPIA.**



ICUAW: intensive care unit [ICU]-acquired weakness (debilidad muscular adquirida en la UCI)  
 SNA: sistema nervioso autónomo  
 PEM (malestar post-esfuerzo)

## **AUTORES**

### ***DIRECCIÓN***

- **MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ CAÑEDO.**  
Directora General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud.
- **SERGIO VALLES GARCÍA.**  
Director General de Política y Planificación Sanitarias.  
Consejería de Salud.

### ***COORDINACIÓN***

- **MÓNICA ARMAYOR PRADO.**  
Enfermera. Jefa de Sección. Servicio de Cuidados en Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria.  
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud.
- **EMMA MOATASSIM FERNÁNDEZ.**  
Enfermera. Área de Coordinación Asistencial. Subdirección de Organización de Servicio Sanitarios .Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

### ***AUTORES***

- **RODRIGO ABAD RODRÍGUEZ.**  
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Área Sanitaria IV.
- **MARÍA BELÉN ALONSO BADA.**  
Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria.  
Dirección General de Política y Planificación Sanitarias



- **MARÍA ARGÜELLES SAMPEDRO.**  
Trabajadora Social Sanitaria. Servicio de Cuidados en Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria.  
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud.
- **LUCÍA FERNÁNDEZ ARCE.**  
Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria  
Dirección General de Política y Planificación Sanitarias
- **ALVARO GONZÁLEZ FRANCO.**  
Médico Especialista en Medicina Interna. Director Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Área Sanitaria IV. SESPA:
- **MARÍA NERI IGLESIAS FERNÁNDEZ.**  
Trabajadora Social Sanitaria. Servicio de Cuidados en Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria.  
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud.
- **MARÍA ÁNGELES LAVIANA FERNÁNDEZ.**  
Enfermera. Departamento de Calidad. Hospital Valle del Nalón.  
Área Sanitaria VIII. SESPA.
- **JOSE ANTONIO MARTÍNEZ PUBIL.**  
Fisioterapeuta. Supervisor de Fisioterapia y Terapia Ocupacional  
Área IV . SESPA.
- **PABLO PÉREZ SOLÍS.**  
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laviada.  
Área Sanitaria V. SESPA.

- **MARÍA JESÚS RODRÍGUEZ NACHÓN.**  
Enfermera. Jefa de Sección. Servicio de Cuidados en Atención Centrada en la persona y Autonomía.  
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria  
Consejería de Salud.
- **YOLANDA SUÁREZ ANTUÑA.**  
Trabajadora Social Sanitaria. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM). SESPA.
- **GEMA VITOS SÁNCHEZ.**  
Enfermera. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM). SESPA.





