



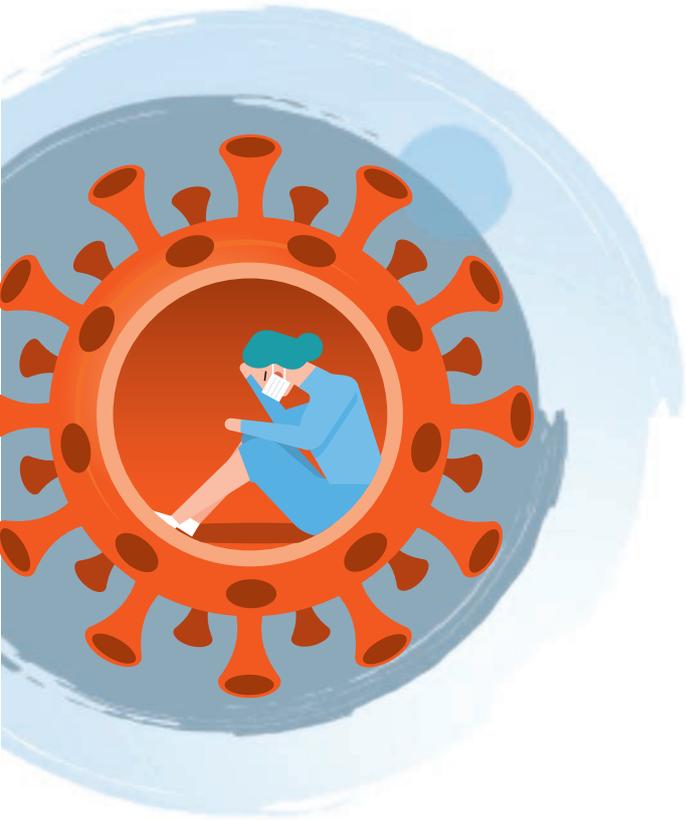
# GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE LONG COVID/COVID PERSISTENTE

---

DOCUMENTO DE MANEJO RÁPIDO







# GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE LONG COVID/COVID PERSISTENTE

## DOCUMENTO DE MANEJO RÁPIDO

### Definiciones

1. **COVID-19 agudo:** Signos y síntomas de la COVID-19, tras su contagio, que se pueden extender hasta a unas 4 semanas desde el contagio.
2. **Secuelas de la COVID-19**, denominadas frecuentemente post-COVID: Existe el antecedente de una afectación grave por la COVID-19 en su fase aguda, que, frecuentemente, ha requerido ingreso hospitalario, incluso en unidades de críticos, y que presentan síntomas derivados de secuelas posteriores al daño estructural de las complicaciones sufridas.
3. **COVID Persistente o Long COVID (CP/LC):** Complejo sintomático multiorgánico que afecta a aquellos pacientes que han padecido la COVID-19 (con diagnóstico confirmado por pruebas de laboratorio o sin él) y que permanecen con sintomatología tras la considerada fase aguda de la enfermedad, pasadas 4 e incluso 12 semanas, persistiendo los síntomas en el tiempo.

#### Conceptos básicos en relación con la definición COVID Persistente / Long COVID:

- Persistencia de síntomas más allá de las 4-12 semanas tras el contagio por SARS-CoV-2.
- Diagnóstico por PDIA en la fase aguda de la COVID-19 cuando ésta ha estado accesible, diagnóstico clínico en el resto de las circunstancias.
- Presentación independiente de la gravedad de la fase aguda de la COVID-19, su sintomatología no es fruto de las secuelas de la enfermedad aguda.
- Inexistencia de periodo de curación de la fase aguda (no post-COVID).
- Distribución en todas las edades, incluso en edad pediátrica, con predominio en la mediana edad.
- Presencia en ambos sexos, con predominio en las mujeres.
- Frecuente fluctuación de los síntomas y/o curso clínico en forma de brotes.
- Inexistencia de explicación por una enfermedad subyacente alternativa.

\*Algunos pacientes con secuelas pueden, a su vez, presentar persistencia de síntomas de la COVID, más allá de las secuelas estructurales.

## Hipótesis etiopatogénicas

### Principales teorías de la etiopatogenia de la COVID Persistente / Long COVID:

- Persistencia del virus
- Tormenta inflamatoria y alteración de la inmunidad
- Autoanticuerpos

## Prevalencia

### Prevalencia del COVID Persistente / Long COVID:

Al menos un 10 % de los contagiados.

## Cuadro clínico

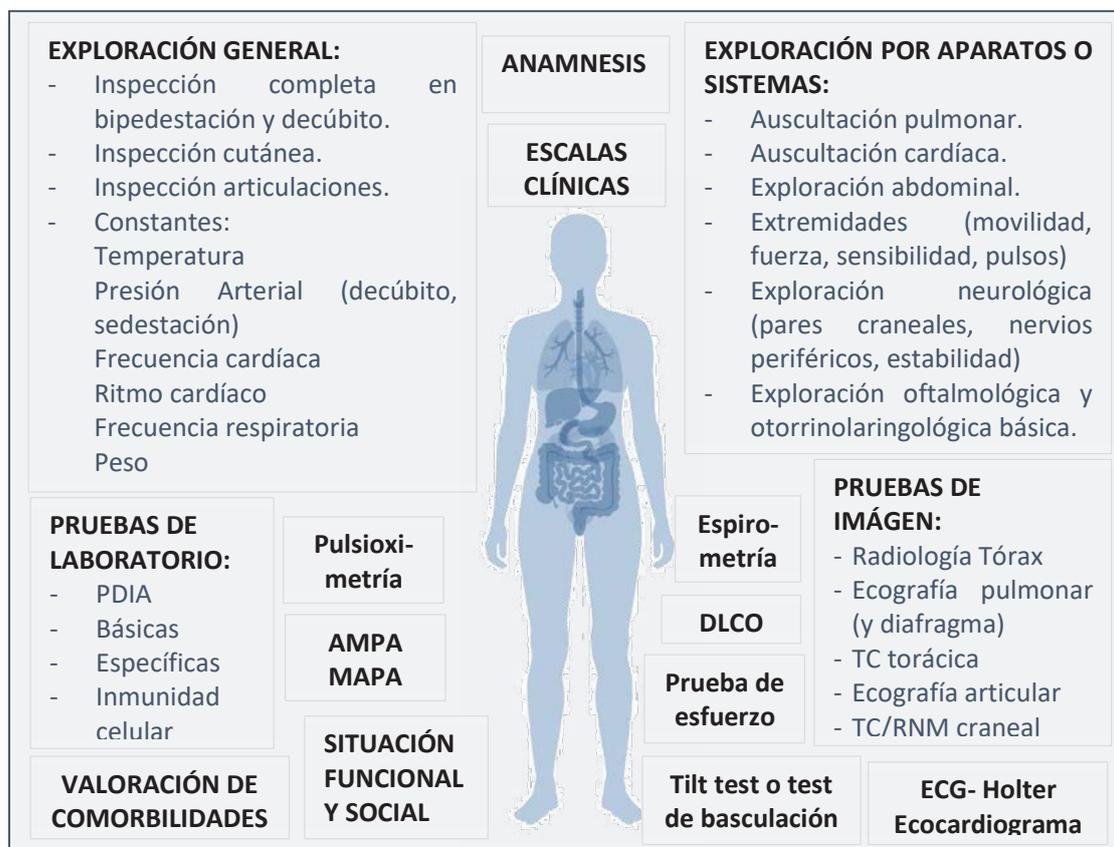
Características	Encuesta Internacional (19)	Encuesta Nacional (17,40)
Mujeres	78.9 %	79 %
Edad	Media: 46.3 años 59.1 % de 30-49 años Presente en cualquier edad	Media: 43.3 años 50 % de 36-50 años Presente en cualquier edad
PCR diagnóstica realizada y positiva	27 %	48 %
Media de días de persistencia	96 % > de 90 días, hasta los 6 meses.	Todos tenían >90 días Media: 185.5 días
Total de síntomas registrados	205	201
Síntomas a seguimiento en todos los encuestados	66	87
Media de síntomas durante la persistencia de 6 meses	13.8	36
Sistemas/órganos afectados	Total: 10 Media: 9	Total: 12 Media: 6
Tipo de afectación	Multisistémica / Multiorgánica	Multisistémica / Multiorgánica
Síntomas más frecuentes:	Fatiga 77,7% Malestar post-esfuerzo 72,2% Disfunción cognitiva 55,4%	Astenia 95.91 % Malestar general 95.5 % Falta de concentración 78.2 % Fallos de memoria 72.6 %
Sistemas/órganos más afectados	Síntomas generales 98.3 % Síntomas neurológicos 88.0 % Síntomas psicológicos /emocionales 88.3 % Síntomas ap. Locomotor 93.9 % Síntomas respiratorios 93.0 % Alteraciones digestivas 85.5 %	Síntomas generales 95.9 % Síntomas neurológicos 86.5 % Síntomas psicológicos /emocionales 86.2 % Síntomas ap. Locomotor 82.8 % Síntomas respiratorios 79.3 % Alteraciones digestivas 70.8 %



En los 7 primeros días, experimentar más de cinco síntomas debe alertarnos hacia una alta probabilidad del desarrollo de persistencia de síntomas.

Síntoma/Medida	Escalas seleccionadas	Escala mejor valorada y porcentaje de pacientes que la seleccionan (50)
Fatiga	MFIS	83% MFIS (51)
Ejercicio físico	Escala IPAQ Escala Global de Actividad Física	47% Escala global de actividad física (52)
Trastornos emocionales	Escala EVEA Escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD) Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	53% HAD (53)
Trastornos del sueño	Escala de Oviedo Índice de gravedad del insomnio Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI	58% PSQI (54)
Trastorno de atención	Escala MoCA Escala TMT Modificación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE-30)	53% MFE-30 (55)
Disnea	Escala mMRC Escala de BORG	92% mMRC (56)
Dolor	Escala Española de Dolor Crónico Mc Gill Brief Pain Inventory	47% Escala Española de Gradación del Dolor Crónico (57)
Calidad de vida	SF-36 Euro QoL-5D EORTC QLQ-C30	59% SF-36 (58)

## Exploración física



## Pruebas analíticas básicas

- Hemograma completo con las tres series y VSG\*.
- Glucosa.
- Perfil lipídico.
- Perfil renal: creatinina, urea, filtrado glomerular.
- Iones: sodio, potasio.
- Perfil hepático: bilirrubina, ALT y AST, GGT, fosfatasa alcalina.
- Albúmina
- LDH
- Proteína C Reactiva.
- Pruebas de función tiroidea (TSH y si alteración completar estudio).
- Metabolismo del hierro (hierro, ferritina, transferrina, IS transferrina)
- Vitamina B12, folato.
- Vitamina D, calcio, fósforo.
- Pruebas de coagulación.

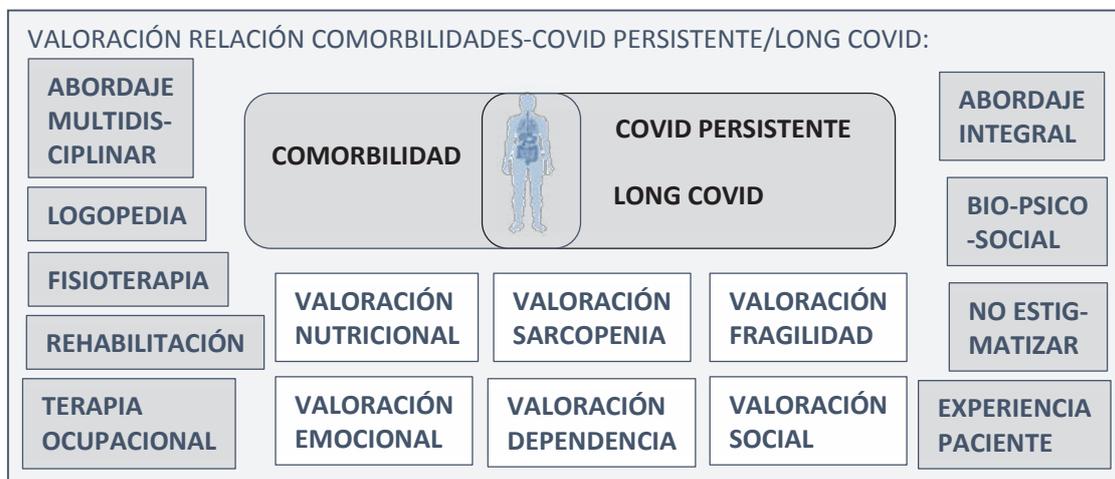
Necesidad de ayuno dada las condiciones preanalíticas que requieren determinadas pruebas. Determinadas pruebas del perfil básico pueden ser moduladas en los laboratorios por criterios de **gestión de adecuación de la demanda** (urea a partir de la elevación de creatinina, perfil hepático a partir de la citólisis con la ALT o colestasis con GGT o Fosfatasa alcalina).

\*VSG cuestionada por aportar poco a la Proteína C Reactiva.

## Pruebas analíticas básicas

Perfil sintomático de persistencia de síntomas	Parámetros
Astenia Artralgias Mialgias	Proteinograma Ácido úrico FR, ANA, complemento C3-C4 y valorar la betaglicoproteína (beta GP2) o anticuerpos antifosfolípido (si artralgias) Cortisol (si astenia persistente intensa) Enzimas musculares: CK, aldolasa (si mialgias)
Síntomas respiratorios: disnea, tos, dolor torácico	Dímero D Péptidos natriuréticos (BNP/NT-proBNP) Troponina (si dolor torácico sospechoso de cardiopatía isquémica) Amilasa/lipasa (si dolor torácico)
Síntomas digestivos	Amilasa/lipasa Calprotectina en heces Sangre oculta en heces PCR en heces (si sospecha persistencia virus, aunque no forma parte de la práctica clínica sino de la investigación)
Exacerbaciones con picos febriles y sintomatología respiratoria	Antigenuria: neumococo y legionela. Cultivos y otras pruebas microbiológicas en función del foco (hemocultivos, urocultivo, IGRAs) Serología de neumonías atípicas. Procalcitonina.
Deterioro físico intenso, cuadro con exacerbaciones y antes del inicio de tratamientos retrovirales	VIH
Algunos autores, empiezan a aconsejar realizar un panel de estudio de otros virus	Al menos virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes.

## Estudio de comorbilidades



## Abordaje terapéutico

Plan terapéutico frente al CP/LC:		
POTENCIAL TRATAMIENTO SISTÉMICO*:	TRATAMIENTO DIRIGIDO A SUSTITUIR DÉFICITS NUTRICIONALES:	TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antivirales</li> <li>- Reducción de la inflamación</li> <li>- Otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitamina B<sub>12</sub></li> <li>- Vitamina D</li> <li>- Omega-3</li> <li>- Otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacológico</li> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Rehabilitación Física</li> <li>- Rehabilitación Olfatoria</li> <li>- Rehabilitación Cognitiva</li> <li>- Intervención psicológica</li> <li>- Terapia ocupacional</li> <li>- Logopedia</li> <li>- Prescripción ejercicio f.</li> </ul>

\*Son abordajes experimentales de los que se dispone de poca información en el momento actual.

**Potenciales tratamientos SISTÉMICOS:**  
**EN LA ACTUALIDAD NO DISPONEN DE AUTORIZACIÓN PARA SU USO EN CP/LC EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.**

**FÁRMACOS ANTIVIRALES**  
Remdesivir

**ANTICUERPOS MONOCLONALES**

**IVERMECTINA**

**MONTELUKAST**



**OTROS TRATAMIENTOS**

Recordar la posibilidad de que, en ocasiones, ante la falta de respuestas, el paciente recurra el uso de las pseudociencias y el efecto de estas.

**IMPORTANCIA DE UNA INFORMACIÓN VERAZ, CLARA Y COMPRESIBLE DE LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS, RESULTADOS ESPERADOS Y DEL GRADO DE CONOCIMIENTO.**

**Tratamientos destinados a SUSTITUIR DÉFICITS NUTRICIONALES, marcadores y otros:**  
**EN LA ACTUALIDAD NO FORMAN PARTE DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.**

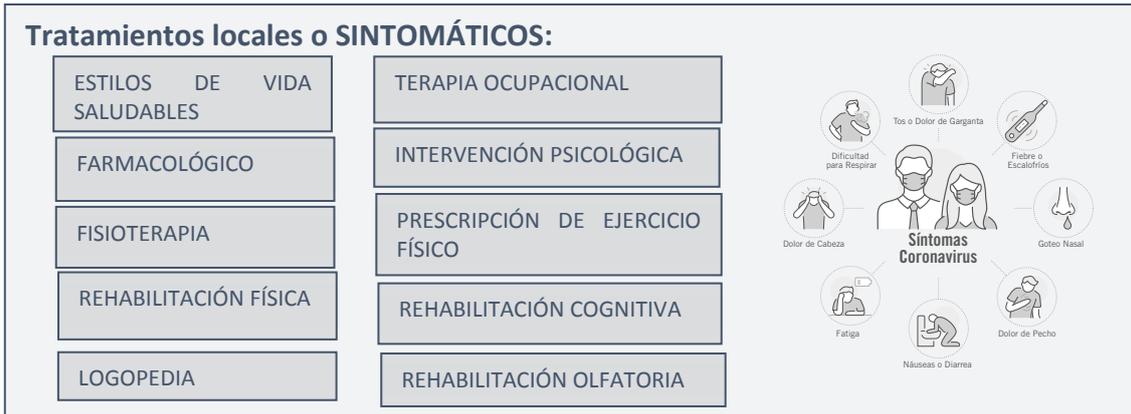
VITAMINA B 12

VITAMINA D

OMEGA-3

OTROS





<b>RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS</b>		
Como norma general, el tratamiento de síntomas seguirá las pautas de la práctica clínica habitual en otras entidades. No olvidar la importancia de las MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.		
<b>Síntoma/Medida</b>	<b>Tratamiento sintomático</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Fatiga</b>	Abordaje de problemas de sueño (higiene del sueño y fármacos). Ejercicio gradual y tolerable. Fisioterapia. Rehabilitación física. Terapia ocupacional.	Valorar pérdida condición física. Descartar anemia. Descartar hipoxemia/hipoxia. Descartar miopatía. Valorar estado emocional y descartar depresión acompañante.
<b>Síntomas neurológicos</b>	Tratamiento de la cefalea. Tratamiento anticomercial. Tratamiento de las parestesias con pregabalina. Rehabilitación cognitiva. Terapia ocupacional. Logopedia.	Valorar IC con Neurología si focalidad y signos de alarma. COVID-19 puede empeorar cefaleas previas. Abordaje de problemas de sueño (técnicas de relajación, hipnóticos). Descartar situaciones comórbidas: depresión y ansiedad. Valorar logopedia para tratamiento de alteraciones cognitivo-comunicativas.
<b>Trastornos emocionales</b>	Tratamiento de Ansiedad. Tratamiento de Depresión (ISRS, paroxetina, amitriptilina, venlafaxina, duloxetina, mirtazapina) Intervención Psicológica. Terapia ocupacional. Apoyo trabajo social.	TEPT o patología previa valorar IC con Psiquiatría. Abordaje de problemas de sueño (técnicas de relajación, hipnóticos). Valorar IC con psicología.
<b>Disnea</b>	Ejercicios de respiración. Estrategias de manejo de disnea. Fisioterapia respiratoria. Oxigenoterapia si SpO <sub>2</sub> ≤ 92 % Terapia ocupacional.	Si compromiso pulmonar grave o debilidad neuromuscular valorar IC con Neumología.

	Logopedia.	Coordinación fonorespiratoria y rehabilitación del cierre glótico puede mejorar la disnea. Valorar otras IC según etiología.
<b>Tos</b>	Antitusivos. Broncodilatadores.	Descartar otras causas: IECAs, asma, reflujo gastrointestinal.
<b>Dolor</b>	Tratamiento habitual del dolor complementado con la etiología. Broncodilatador si dolor torácico por broncospasmo. Fisioterapia. Rehabilitación física. Terapia ocupacional.	Si se pauta AINE utilizar la menor dosis efectiva durante el menor tiempo posible.
<b>Síntomas olfatorios</b>	Entrenamiento o rehabilitación de olfato y gusto. Rehabilitación del olfato mediante Terapia ocupacional y Logopedia. Corticoide pauta corta 15 días.	Si persiste IC otorrinolaringología.
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	Antieméticos si vómito. Loperamida si diarrea.	Si persisten IC digestivo, descartar virus acantonado en TD. Descartar, si procede, enterocolitis por Clostridium difficile.
<b>Síntomas del aparato locomotor</b>	Tratamiento sintomático habitual. Fisioterapia. Rehabilitación. Terapia ocupacional. Hábitos de vida saludables.	
<b>Síntomas dermatológicos</b>	Tratamiento según práctica clínica.	Valorar IC con dermatología si persisten.
<b>Trastornos del sueño</b>	Higiene del sueño. Relajación y control de estímulos. Tratamiento Farmacológico.	
<b>Taquicardia</b>	Ivabradina en POTS. Bisoprolol.	Valorar Tilt test o test basculante. Valorar IC cardiología.
<b>Patología tiroidea</b>	Consumo adecuado de yodo. Tratamiento hipo e hipertiroidismo.	IC endocrinología en hipertiroidismo.
<b>Pérdida de peso, desnutrición y sarcopenia</b>	Comidas pequeñas y frecuentes. Suplementos de calorías y proteínas si precisa. No prescribir suplemento si no se constata desnutrición o riesgo.	Valorar interconsulta nutricional. IC con endocrinología.
<b>Patología suprarrenal</b>	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Determinación de cortisol entre 7:00 y 9:00 AM. Revisar medicación. Hidroaltesona	IC con Endocrinología si cortisol plasmático entre 7:00 y 9:00 AM < 10 microg/dl (preferente si <5).

<b>Alteraciones electrolíticas</b>	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados.	IC endocrinología si disnatremia
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>	Cribado en CP/LC	
<b>Trastornos hematológicos</b>	Vacunación de pacientes oncohematológicos con CP/LC.	IC de pacientes oncohematológicos con CP/LC, y citopenias.
<b>Disfagia</b>	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Reflujo gastroesofágico Rehabilitación de la deglución por logopedia.	IC Otorrinolaringólogo si signos de alarma, para rehabilitación de la deglución en pacientes graves. IC a Unidad de Disfagia para valoración y rehabilitación.
<b>Afectación pulmonar</b>	Pacientes con fase aguda grave/hospitalizados. Oxigenoterapia si SpO <sub>2</sub> ≤ 92 %	IC neumología pacientes post-COVID.

## Seguimiento

<b>CHECK LIST PARA EL ESTUDIO BASAL</b>	
Fecha de contagio	
Edad / Fecha nacimiento	
Sexo	
Profesional sanitario	
Situación laboral	
Enfermedades previas al contagio	
Ingreso hospitalario en fase aguda	
Nivel de actividad antes del contagio (1 a 10, siendo 10 la máxima)	
Nivel de salud antes del contagio (1 a 10, siendo 10 la máxima)	
Síntomas al debut: Nº y descripción	
Presentación al inicio: fluctuante, constante, ....	
Intensidad de los síntomas al inicio (1 a 10, siendo 10 la máxima)	
Influencia del esfuerzo físico en los síntomas	
Influencia del esfuerzo mental en los síntomas	
Factores que mejoran o empeoran síntomas	
<b>DIARIO DE SÍNTOMAS</b>	
<b>Escalas clínicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatiga: MFIS</li> <li>- Ejercicio Físico: Escala global de actividad física</li> <li>- Trastorno emocional: HAD</li> <li>- Trastorno atención: CFE-30</li> <li>- Disnea: Escala Española de Gradación del dolor crónico.</li> <li>- Calidad de vida: SF-36</li> </ul>	
<b>Constantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura</li> <li>- Presión arterial</li> <li>- Frecuencia cardiaca</li> </ul>	

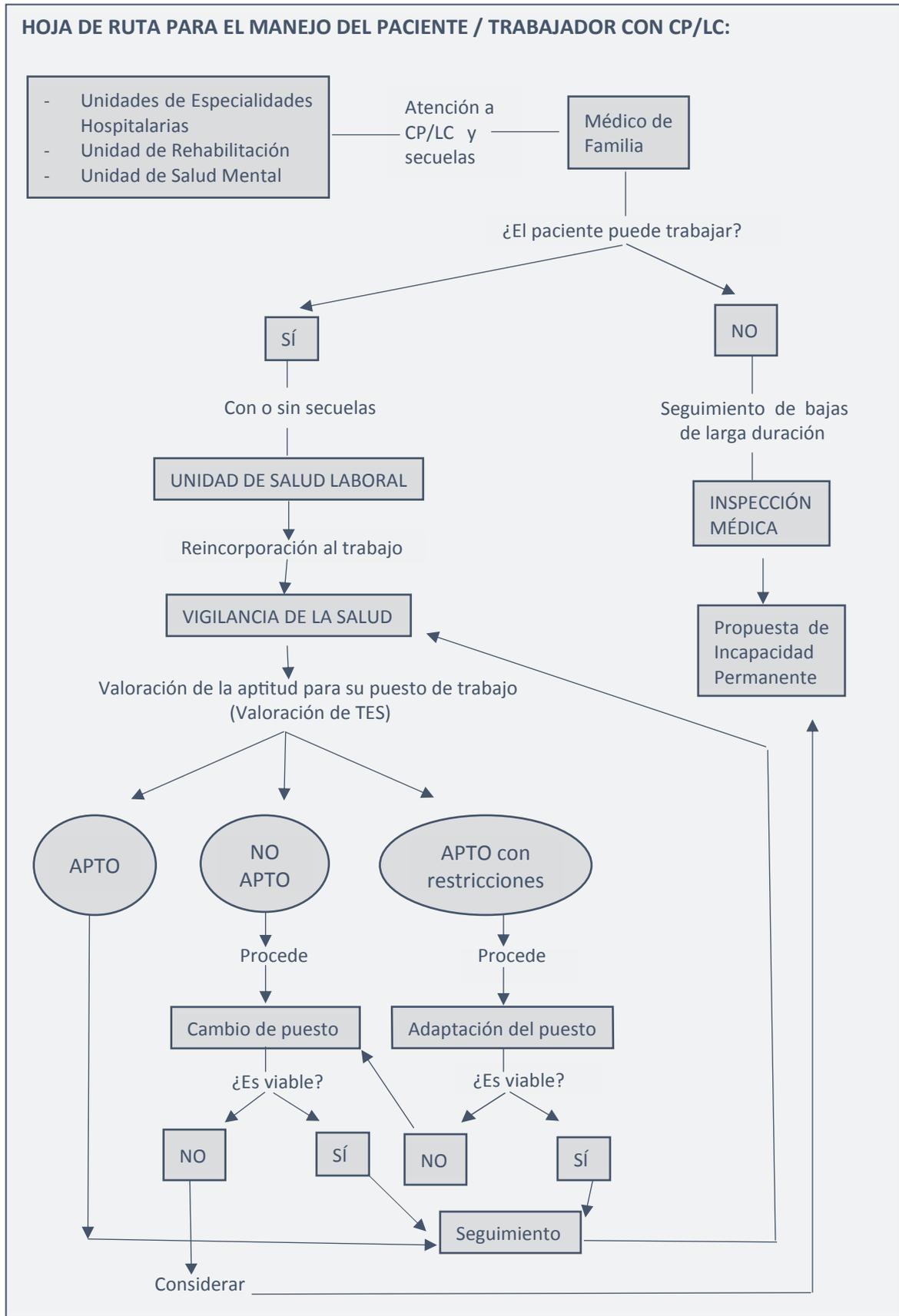
<b>CHECK LIST PARA EL ESTUDIO BASAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rito cardiaco</li> <li>- Frecuencia respiratoria</li> </ul>	
<b>Exploración física general:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspección completa en bipedestación y decúbito</li> <li>- Inspección cutánea</li> <li>- Inspección articular</li> </ul>	
<b>Exploración por aparatos o sistemas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultación pulmonar</li> <li>- Auscultación cardiaca</li> <li>- Exploración abdominal</li> <li>- Extremidades: movilidad, fuerza, sensibilidad, pulsos</li> <li>- Exploración neurológica: pares craneales, nervios periféricos, estabilidad</li> <li>- Exploración oftalmológica básica</li> <li>- Exploración otorrinolaringológica básica</li> </ul>	
<b>Pruebas de imagen, si procede:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiología de tórax</li> <li>- Ecografía torácica</li> <li>- TC torácica</li> </ul>	
<b>Pulsioximetría</b>	
<b>Espirometría, si procede</b>	
<b>DLCO, si procede</b>	
<b>ECG</b>	
<b>Ecocardiograma, si procede</b>	
<b>AMPA/MAPA, si procede</b>	
<b>Ecografía articular, si procede</b>	
<b>PDIA, fecha y resultado/s</b>	
<b>Pruebas de laboratorio básicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo 3 series, VSG</li> <li>- Glucosa</li> <li>- Perfil lipídico</li> <li>- Perfil renal</li> <li>- Iones</li> <li>- Perfil hepático</li> <li>- LDH</li> <li>- Proteína C Reactiva</li> <li>- Pruebas tiroideas</li> <li>- Metabolismo del hierro</li> <li>- Vitamina B12, folato</li> <li>- Vitamina D, calcio, fósforo.</li> <li>- Pruebas de coagulación.</li> </ul>	
<b>Pruebas de laboratorio específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Astenia, artralgias, mialgias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Proteinograma, ac úrico</li> <li>FR, ANA, C3-C4, betaglicoproteína si artralgia</li> <li>Cortisol si astenia</li> <li>Enzima muscular: CK, aldolasa, si mialgia</li> </ul> </li> </ul>	

<b>CHECK LIST PARA EL ESTUDIO BASAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas respiratorios (disnea, tos, dolor torácico): Dímero D, péptidos natriuréticos (BNP/NT-proBNP), Troponina y amilasa/lipasa si dolor torácico.</li> <li>- Síntomas digestivos: perfil pancreático/lipasa, Calprotectina en heces, sangre oculta en heces, PCR en heces si sospecha persistencia virus (normalmente no se hace en práctica clínica, sí en investigación).</li> <li>- Exacerbación con picos febriles y síntomas respiratorios: antigenuria de neumococo y legionela, serología neumonías atípicas, procalcitonina.</li> <li>- Deterioro físico intenso, exacerbaciones, antes del inicio de retrovirales: VIH</li> <li>- Panel vírico: VEB, CMV, VHB, VHC</li> </ul>	
<b>Inmunidad celular, describir</b>	
<b>Comorbilidades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción Comorbilidades previas a la COVID-19 Patologías surgidas en el seguimiento</li> <li>- Valoración nutricional</li> <li>- Valoración sarcopenia</li> <li>- Valoración fragilidad</li> <li>- Valoración emocional</li> <li>- Valoración dependencia</li> <li>- Valoración social</li> </ul>	
<b>Situación funcional y social:</b> Escala BPAQ Escala SPPB T1ST AVD básicas AVD instrumentales Productividad Ocio	
<b>Plan terapéutico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendaciones generales</li> <li>- Tratamiento sistémico o específico</li> <li>- Tratamiento síntomas</li> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Rehabilitación</li> <li>- Terapia ocupacional</li> <li>- Logopedia</li> <li>- Otros</li> </ul>	
<b>Vacunación y respuesta</b>	
<b>Adherencia al tratamiento</b>	

CHECK LIST DE SEGUIMIENTO PROGRAMADO												
	1 m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m
P= Presencial / TC=Teleconsulta												
Fecha de contagio												
Edad / Fecha nacimiento												
Sexo												
Profesional sanitario												
Situación laboral	TC	P	TC	P	TC	P	TC	P	TC	P	TC	P
Enfermedades previas al contagio												
Ingresos hospitalarios entre consultas												
Nivel de actividad ACTUAL (1 a 10, siendo 10 la máxima)	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Nivel de salud ACTUAL (1 a 10, siendo 10 la máxima)	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Síntomas al ACTUALES: Nº y descripción	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Presentación ACTUAL: fluctuante, constante, ....	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Intensidad de los síntomas ACTUAL (1 a 10, siendo 10 la máxima)	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Influencia del esfuerzo físico en los síntomas	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Influencia del esfuerzo mental en los síntomas	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Factores que mejoran o empeoran síntomas	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
DIARIO DE SÍNTOMAS												
<b>Escalas clínicas</b>	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P

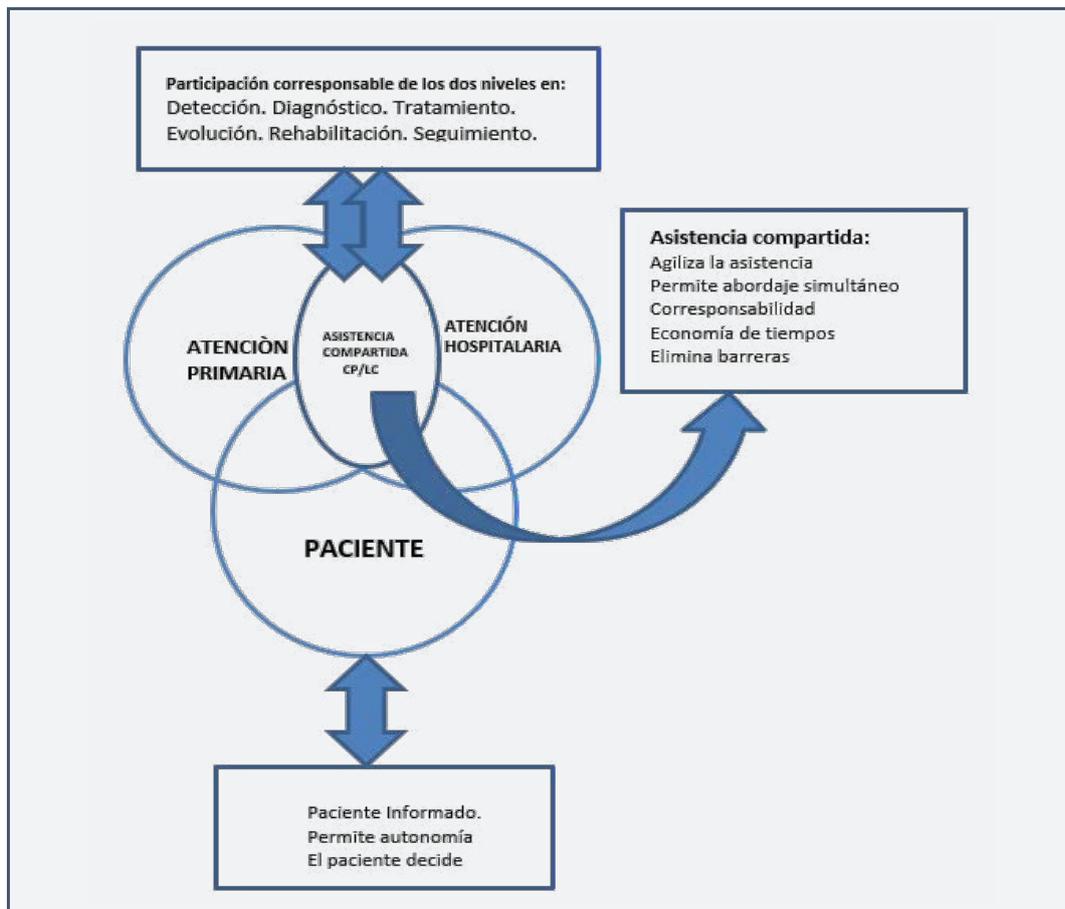
CHECK LIST DE SEGUIMIENTO PROGRAMADO												
	1 m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m
P= Presencial / TC=Teleconsulta												
Constantes												
Exploración física general	-	P	-	P	-	P	-	-	P	-	-	P
Exploración por aparatos o sistemas	-	P	-	P	-	P	-	-	P	-	-	P
Pruebas de imagen, si procede#												
Pulsioximetría #												
Espirometría, si procede #												
DLCO, si procede #												
ECG #												
Ecocardiograma, si procede #												
AMPA/MAPA, si procede #												
Ecografía articular, si procede #												
PDIA, fecha y resultado/s												
Pruebas de laboratorio básicas						P						P
Pruebas de laboratorio específicas						Según resultados						Según resultados
Inmunidad celular, describir				++								**
Comorbilidades	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Situación funcional y social	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Plan terapéutico	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Vacunación y respuesta	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P
Adherencia al tratamiento	TC	P	TC	P	TC	P	TC	TC	P	TC	TC	P

### Reincorporación sociolaboral



INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social; TES: Trabajador especialmente sensible.

## Interconsulta / Consulta compartida



<b>Signos y síntomas de ALARMA</b>
Cualquier síntoma que empeore progresivamente sin explicación aparente ni control.
Disnea con saturación de oxígeno en el aire < 96 % en reposo y al aire ambiental (en EPOC también el empeoramiento de nivel basal de saturación previo). Si < 92 enfermedad grave.
Disnea acompañada de dolor torácico que empeora con la inspiración profunda.
Empeoramiento de la función respiratoria.
Dolor torácico de características inexplicables.
Focalidad neurológica (vómito en escopetazo, crisis epiléptica, trastorno cognitivo-conductual, papiledema, pérdida fuerza, afectación del habla, alteración musculatura facial, confusión, letargia, ...).
Cianosis periférica o central (en reposo o al caminar).
Vómitos incoercibles.
Diarrea con deshidratación.
Diarrea con síntomas inflamatorios o rectorragia asociada.
Dolor abdominal cólico con signos de suboclusión.

<b>Signos y síntomas de ALARMA</b>
Frecuencia cardíaca >125 lpm.
Hipotensión < 90/60.
Síncope o lipotimia.
Inestabilidad hemodinámica.
Dolor torácico irradiado sospechoso de anginoso o signos ECG de isquemia.
Edemas maleolares.
Frecuencia respiratoria > 20 rpm.
Taquipnea con tiraje intercostal.
Hipofonesis unilateral o neumotórax.
Hemoptisis.
Fiebre sin foco.
Fiebre coincidente con artritis.
Artritis o mialgias con manifestaciones sistémicas sugestivas de otra enfermedad sistémica del tejido conectivo o vasculitis.
Dolor vertebral o articular intenso en paciente tratado con corticoides a dosis altas, para descartar fractura u osteonecrosis.

<b>Especialidad</b>	<b>Indicaciones de Interconsulta</b>
<b>Fisioterapia</b>	Pacientes que presenten uno o más de estos síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatiga</li> <li>- Dolores articulares</li> <li>- Dolores musculares</li> <li>- Dolor torácico</li> <li>- Tos</li> <li>- Disnea persistente</li> <li>- Parálisis facial</li> </ul>
<b>Rehabilitación</b>	Deberán ser priorizados los pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromiso funcional.</li> <li>- Sin compromiso funcional, pero patología cardio-respiratoria previa y riesgo alto, o en caso de riesgo medio-bajo si tienen saturaciones de oxígeno menores del 95 % o se producen desaturaciones mayores al 4%.</li> <li>- Con disfunción cognitiva.</li> </ul> Se valorará especialmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Astenia</li> <li>- Debilidad</li> <li>- Mialgias</li> <li>- Artralgias</li> <li>- Disfunción cognitiva</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional</b>	Se priorizarán pacientes cuyos síntomas ocasionan limitación/dificultad o imposibilidad para realizar sus rutinas diarias, incluyendo AVD básicas y/o instrumentales, actividades productivas y de ocio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatiga</li> <li>- Disnea</li> <li>- Disfunción muscular periférica</li> <li>- Alteraciones de la sensibilidad (parestias...)</li> <li>- Alteraciones de los sentidos (gusto, olfato)</li> </ul>

Especialidad	Indicaciones de Interconsulta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor osteomuscular y articular</li> </ul> <p>Y otros síntomas que influyan en la realización de actividades y en su participación, requiriendo de un abordaje desde una perspectiva rehabilitadora o compensatoria.</p>
<b>Logopedia</b>	<p>Pacientes que presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfagia u otros trastornos de la masticación y deglución</li> <li>- Disfonía</li> <li>- Disnea asociada a la emisión vocal</li> <li>- Déficit muscular periférico que afecte a la musculatura orofacial</li> <li>- Fatiga asociada al habla</li> <li>- Disfunciones neurocognitivas que repercuten en la capacidad de comunicación</li> </ul>
<b>Neurología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descartar causas previas o coexistentes de la cefalea.</li> <li>- Cefalea con signos de alarma.</li> <li>- Pacientes con alteraciones neurológicas de la COVID-19 con déficit o lesión focal, mayoritariamente con pacientes que tuvieron una fase aguda de la COVID-19 complicada (post-COVID).</li> <li>- Crisis comiciales no secundarias a trastorno sistémico o farmacológico coincidentes.</li> <li>- Rehabilitación cognitiva si problemas de concentración y memoria que interfieren en su vida diaria.</li> </ul>
<b>Psicología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno de estrés postraumático.</li> <li>- Depresión y ansiedad leve-moderada que no responden al abordaje de AP.</li> <li>- Depresión y ansiedad grave.</li> </ul> <p>Para las técnicas cognitivo-conductuales se priorizarán los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos depresivos</li> <li>- Trastornos de ansiedad</li> <li>- Trastornos somatomorfos de intensidad entre leve y moderada.</li> </ul>
<b>Unidad de Salud Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad grave.</li> <li>- Depresión grave.</li> <li>- Trastorno de estrés postraumático moderados y graves.</li> </ul> <p>Personas de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno psiquiátrico previo</li> <li>- Ideación suicida</li> <li>- Personal sociosanitario o cuidadores con una alta incidencia de trastorno de estrés postraumático</li> </ul>
<b>Otorrinolaringología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IC urgente para descartar enfermedad oncológica si: síntomas obstructivos, rinorrea, alteraciones visuales, síntomas unilaterales, cefalea, pérdida de peso, epistaxis.</li> <li>- Síntomas olfativos y gustativos que no se resuelven en 2 meses.</li> <li>- Disfagia de 2 meses de evolución o con síntomas de alarma de enfermedad oncológica.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistencia de síntomas digestivos 2 o más meses.</li> </ul>

Especialidad	Indicaciones de Interconsulta
<b>Cardiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ante palpitaciones en las que se haya descartado otras causas no cardíacas, para realizar su filiación.</li> <li>- Síncope, dolor torácico y otros síntomas que requieran estudio cardiológico, especialmente en aquellos que hayan sufrido cardiopatía durante la fase aguda. Con atención a la necesidad de atención urgente/preferente.</li> <li>- POTS y otros síntomas cardiacos disautonómicos que requieran completar estudio.</li> </ul>
<b>Unidad del Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se consigue el control del dolor</li> <li>- Se preciso la utilización de técnicas propias de esta unidad.</li> </ul>
<b>Reumatología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones objetivadas que no se puedan encuadrar en el contexto de CP/LC.</li> </ul>
<b>Dermatología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alopecia mantenida.</li> <li>- Perniosis que no controla y se mantiene en el tiempo.</li> </ul>
<b>Endocrinología y Nutrición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso grave y problemas continuos de apetito.</li> <li>- Desnutrición.</li> <li>- Sarcopenia.</li> <li>- Hipertiroidismo primario o subclínico.</li> <li>- Cortisol plasmático entre 7:00 y 9:00 h &lt; 10 microg/dl (preferente si &lt; 5).</li> <li>- Disnatremia.</li> </ul>
<b>Hematología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con enfermedades onco-hematológicas previas que se contagian por el SARS-CoV-2 o presentan CP/LC.</li> <li>- Citopenias.</li> </ul>
<b>Neumología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con compromiso pulmonar grave o debilidad neuromuscular, normalmente <b>post-COVID</b> por secuelas.</li> <li>- Disnea moderada-grave.</li> <li>- Desaturaciones persistentes con SpP<sub>2</sub> ≤ 92 %.</li> <li>- Presentan otros síntomas respiratorios graves añadidos a la disnea.</li> </ul>
<b>Medicina Interna</b>	<p>Prioridad pacientes <b>post-COVID</b> que tuvieron una fase aguda grave y requirieron hospitalización presentando <b>secuelas</b>: Pacientes que han sido diagnosticados de infección por sars-cov-2 mediante test de antígenos, PCR o test serológico y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplen criterios de pluripatología o crónicos complejos con sintomatología atribuible a la Covid-19 y que persiste más allá de los tres primeros meses del diagnóstico de la infección.</li> <li>- Pérdida ponderal igual o superior a un 10% del peso habitual.</li> <li>- Disnea de inicio tras diagnóstico de neumonía por SARS CoV 2 o progresión de su clase funcional habitual más allá de los tres meses del diagnóstico.</li> <li>- Alteraciones analíticas, que perduran más allá de los tres primeros meses, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elevación de LDH</li> <li>○ Elevación de CK</li> </ul> </li> </ul>

Especialidad	Indicaciones de Interconsulta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elevación de transaminasas</li> <li>○ Elevación de ferritina</li> <li>○ Anemia</li> <li>○ Linfopenia</li> </ul> <p>- Dolor torácico en relación con el esfuerzo que persiste más allá de los tres primeros meses.</p> <p>En los pacientes con CP/LC valorar situaciones de importante disminución de la capacidad funcional y empeoramiento generalizado o específico constatado con el seguimiento a través de las escalas clínicas sin otra razón alternativa conocida.</p> <p>Objetivo: identificar la etiología y fisiopatología de los síntomas para establecer el tratamiento adecuado.</p>
<b>Angiología y Cirugía Vasculár</b>	<p>Signos sugerentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombosis venosa profunda (tanto de miembros inferiores como miembros inferiores).</li> <li>- Trombosis venosa superficial.</li> <li>- Arteriopatía periférica.</li> <li>- Isquemia aguda de miembros inferiores y miembros superiores</li> </ul>



Documento colaborativo entre colectivos de pacientes y sociedades científicas  
 Versión 1.0.  
 Fecha: 01/05/2021

