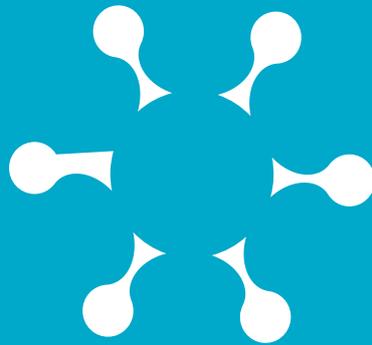


RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE
PERSONAS CON ANTECEDENTES DE COVID-19
-Y SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19- PERSISTENTE



ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON CONDICIONES POST-COVID-19



MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
POBLACIÓN OBJETIVO	5
DEFINICIÓN DE CASO POST COVID-19	5
PROFESIONALES A QUIENES SE DESTINAN LAS RECOMENDACIONES	6
OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES	6
RECOMENDACIONES	7
ANEXO CON INSTRUCCIONES	9
FLUJOGRAMA ASISTENCIAL - DEFINICIONES	10
RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD	11
CONSULTORIO POST CUIDADOS INTENSIVOS	12
CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO	32
LINEAMIENTOS DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL EN CONSULTORIO POST-COVID-19	41
COMENTARIOS FINALES	44
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA	45

AUTORXS

Colaboradorxs del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Enio García. Farmacéutico, Sanitarista Jefe de Asesores Ministerio de Salud PBA.

Mariano Salerno. Médico Generalista, Director de la Dirección de Políticas de Atención en Salud. Dirección Provincial de Hospitales.

Elisa Estenssoro. Ex-Jefa de Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal de Agudos San Martín de La Plata. Asesora de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la PBA.

Clarisa Testa. Médica. Asesora del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Santiago Giordano. Médico Clínico. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención en Salud. Dirección Provincial de Hospitales.

Verónica González. Odontóloga. Directora de Investigación y Cooperación Técnica. Escuela de Gobierno Floreal Ferrara.

Agustina María Edna D'Agostino. Dra. En Psicología. Asesora Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género.

Jacqueline Motylski. Médica. Asesora de la Subsecretaría de Atención y Cuidados en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Andrea Das Neves. Especialista en Terapia Intensiva. Ex Directora Comité de Seguimiento y Rehabilitación SATI.

Carolina Foster. Kinesióloga Fisiatra. Esp en Kinesifisiatría Crítica SATI/UNSAM. Directora comité de Seguimiento y Rehabilitación SATI.

Rosa Reina. Especialista en Terapia Intensiva. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Sociedad Argentina de Medicina

Luis Cámara. Médico clínico. Ex presidente SAM. Staff Clínica Médica Hospital Italiano de Buenos Aires.

Hugo Milione. Médico clínico. Staff Clínica Médica Hospital Paroissien de San Justo. Coordinador Carrera de Medicina UNLaM y miembro comisión directiva SAM.

Marcelo Zylberman. Médico clínico. Staff Clínica Médica Hospital Argerich de CABA. Profesor Medicina Interna UBA. Doctorado UBA. Miembro comisión directiva SAM.

Susana Salomón. Médica clínica. Profesora de Medicina Interna, Universidad Nacional de Cuyo. Miembro comisión directiva SAM.

Matías Mirofsky. Médico clínico. Miembro comisión directiva SAM. Subjefe Medicina Interna Hospital Leónidas Lucero de Bahía Blanca.

Pascual Valdez. Médico clínico. Ex presidente SAM. Presidente Foro Internacional de Medicina Interna. Profesor Medicina Interna UBA y UNLaM. Doctorado UBA. Staff Terapia Intensiva Hospital Vélez Sarsfield de CABA.

APBA (Asociación de Psicólogos de Buenos Aires)

Marcelo Clingo. Psicólogo. Presidente APBA.

Irupé Mariño. Psicóloga. Secretaria General APBA.

APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Bernabé Ibáñez. Psiquiatra. Docente facultad de Cs. Médicas UNR. Tutor de Residentes de la carrera de especialización en Psiquiatría Adultos, UNR
Miembro de la CD de APSA.

Cora Luguercho. Psiquiatra. Vicepresidenta de Apsa. Ex directora de SM comunitaria de Chubut. Coordinadora Secciones Apal.

Ignacio Manuel Crespo. Gerente de Atención a Las Personas. Hospital Dr Miguel Ragone. Presidente de la Asociación de Psiquiatría de Salta. Secretario del Capítulo de Patología Dual de APSA.

Mariana Moreno. Psiquiatra Infantojuvenil. Directora de salud mental de San Martín. Miembro CD de APSA. Secretaria del capítulo de psiquiatría infantojuvenil de APSA.

Aymara Pinsker. Psiquiatra. Presidenta Apchu. Miembro CD Apsa. Directora Hospital Santa Teresita de Rawson. Chubut.

INTRODUCCIÓN

Estas recomendaciones fueron elaboradas en el marco del programa "*Seguimos Cuidándote: Programa provincial de atención a personas que atravesaron COVID*" como un proyecto colaborativo multidisciplinar entre diferentes direcciones del Ministerio de Salud y las sociedades científicas:

- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI).
- Sociedad Argentina de Medicina (SAM).
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA).
- Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Aborda la atención de las personas que presentan síntomas luego de una infección compatible con COVID-19, que se mantienen luego de las 8-12 semanas y que no se explican por un diagnóstico alternativo.

POBLACIÓN OBJETIVO

Las recomendaciones que se encuentran a continuación se dirigen a los pacientes que han superado la infección por SARS-CoV-2, teniendo como objetivo contribuir a la organización de recursos y protocolización de su seguimiento, adaptando el mismo a las necesidades clínicas que presente cada grupo de pacientes. La atención y continuidad del cuidado de las personas seguirá el marco establecido en el Programa Provincial de atención de condiciones post COVID-19, el cual propone una atención integral y coordinada entre diferentes niveles asistenciales, adaptándose a la gravedad con la que han transitado la enfermedad, al estado general en el momento del alta y contemplando las esferas psicológicas, cognitivas y físicas. El programa cuenta con una unidad básica de atención conformada por médico clínico/generalista y profesional de la salud mental quienes realizarán, de manera independiente, la primera consulta en los consultorios post COVID-19 y determinarán si el/la paciente debe continuar su atención en el mismo nivel por atención psicológica o física o, por el contrario, ser derivado al tercer nivel donde será atendido por profesionales de la salud correspondientes.

DEFINICIÓN DE CASO POST COVID-19

El término Condiciones Post COVID-19 es un término general que abarca las diferentes consecuencias para la salud física y mental que pueden presentarse finalizado el período agudo de la enfermedad por SARS CoV-2 y que no se explican por otra causa aparente. (1)

PROFESIONALES A QUIENES SE DESTINAN LAS RECOMENDACIONES

- Médicxs: especialistas en medicina general, clínica médica, fisiatría, neurología, geriatría, intensivistas, cardiología y psiquiatría.
- Profesionales de Rehabilitación: kinesiólogxs, terapeutas ocupacionales y fonaudiólogos.
- Salud Mental: psicólogos y psiquiatras.
- Trabajadorxs Sociales.
- Personal de enfermería.

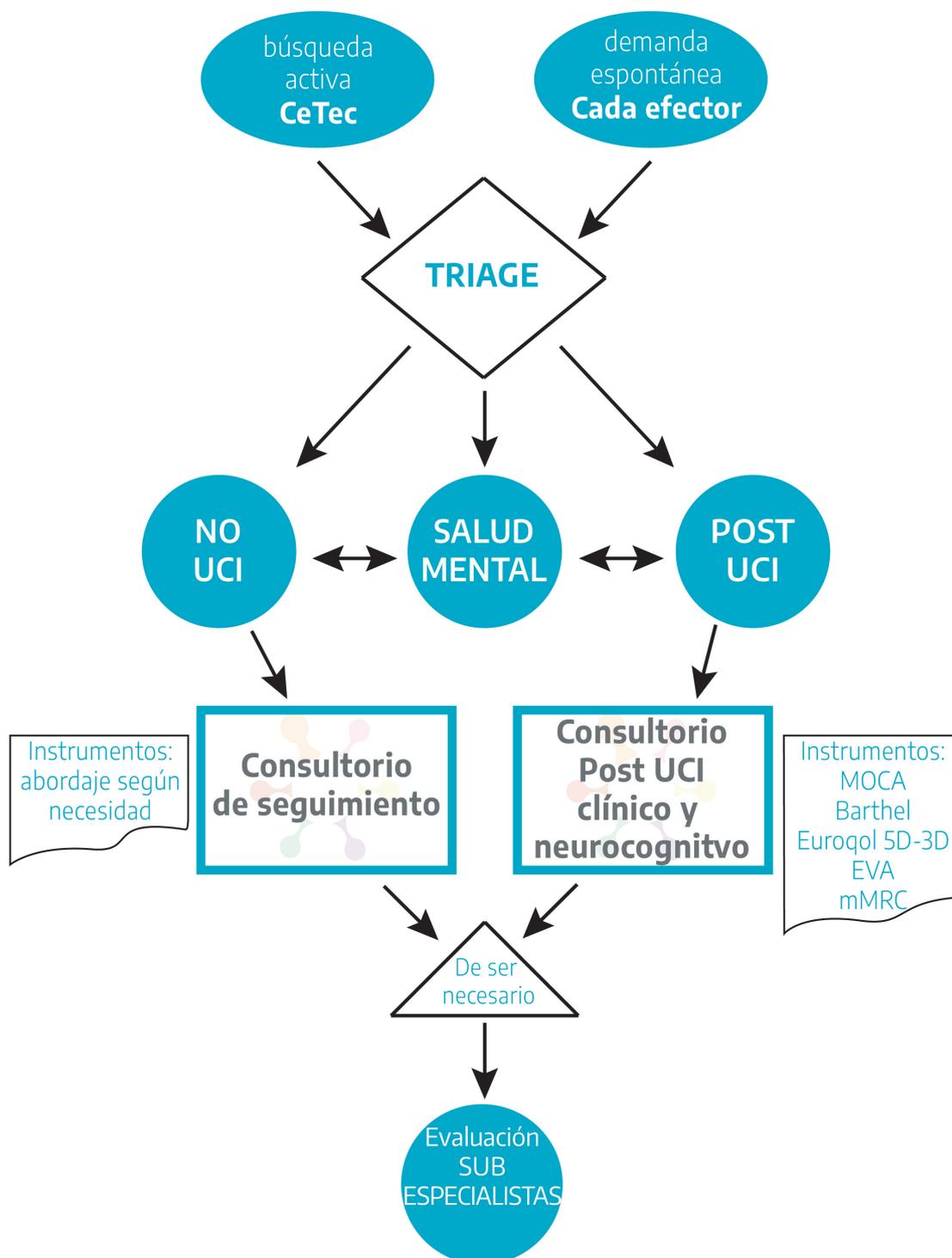
OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES

Construir un modelo asistencial para la atención y el seguimiento interdisciplinario adecuado a las necesidades que presenten lxs pacientes que han superado la fase aguda de la infección por COVID-19.

RECOMENDACIONES

La sintomatología de COVID-19 persistente se refiere a los síntomas [referidos en este link](#).

Se propone el siguiente flujograma con las definiciones [en este link](#).



Recomendaciones Generales de la Atención: para una atención de calidad, se sugiere [leer las siguientes recomendaciones](#)

Instrucciones sobre consultorio post COVID-19 – Terapia Intensiva

- [Cronograma de consultas](#)
- **Primera Consulta** - [Confección de historia clínica](#) – [Modelo de cuestionario clínico](#) – [Exámen físico](#) – [Escala de evaluación clínica](#) – [Estudios complementarios](#) – [Necesidad de evaluación por sub especialistas](#) – [Indicación de rehabilitación](#)
- **Segunda Consulta** idem primera consulta
- **Tercera Consulta** idem primera consulta
- **Cuarta Consulta** idem primera consulta

Instrucciones sobre consultorio de Seguimiento

Primera Consulta: [Entrevista clínica](#) – [Modelo de cuestionario clínico](#) – [Escala de evaluación clínica](#) – [Problemas previos](#) - [Sugerencia de examen físico](#) – [Estudios Complementarios](#) – [Manejo de comorbilidades](#) – [Guía de derivación](#) – [Abordaje terapéutico](#) – [Indicación de rehabilitación](#) – [Abordaje del adulto mayor](#) – [Seguimiento del usuario](#) – [Prácticas preventivas](#) –

Lineamientos para el abordaje en salud mental: Primera entrevista

[Comentarios finales](#)

[Bibliografía de referencia](#)

ANEXO CON INSTRUCCIONES

SINTOMATOLOGIA PERSISTENTE

1. Síntomas respiratorios
 - Disnea
 - Tos
2. Síntomas cardiovasculares
 - Dolor precordial
 - Palpitaciones
3. Síntomas generales
 - Fatiga
 - Fiebre
 - Dolor generalizado
4. Síntomas neurológicos
 - Alt. cognitivas (niebla mental)
 - Cefalea
 - Insomnio
 - Neuropatía periférica
 - Mareos
 - Delirium
5. Síntomas gastrointestinales
 - Dolor abdominal
 - Náuseas
 - Diarrea
 - Hiporexia - anorexia
6. Síntomas musculo esqueléticos
 - Artralgias
 - Mialgias
7. Síntomas otorrinolaringológicos
 - Acúfenos
 - Odinofagia
 - Anosmia
 - Disgeusia
 - Otagia
8. Síntomas dermatológicos
 - Alopecia
 - Rash

*Se priorizará la atención si presenta **síntomas de alarma**:

- Hipoxemia severa o desaturación ante el ejercicio.
- Signos de enfermedad respiratoria severa: disnea grado 3 o 4.
- Dolor precordial.

FLUJOGRAMA ASISTENCIAL - DEFINICIONES

Se propone la creación de dos dispositivos de atención ambulatoria hospitalaria de lxs pacientes con condiciones post COVID-19 en base a la complejidad de atención y la evaluación requerida durante el transcurso de la infección. En caso de que se considere necesario, se realizarán las derivaciones a lxs subespecialistas correspondientes.

Consultorio de Seguimiento: destinado a pacientes con síntomas persistentes que no hayan requerido internación en UCI (ARM, VNI y pronó vigil).

Se sugiere el siguiente equipo para este consultorio:

- Médicx Clínicx o Médicx General y/o Familiar.
- Profesional de salud mental.
- Enfermerx.

Consultorio post CUIDADOS INTENSIVOS: destinado a pacientes que cursaron internación en UCI.

Se sugiere la conformación de equipo interdisciplinario ampliado conformado por:

- Médicx Intensivista o Médicx Clínicx o Médicx General y/o Familiar.
- Kinesiólogx, Fisiatra, Terapista ocupacional.
- Profesional de salud mental.
- Enfermerx.
- Trabajador/a Social.

Sub-especialidades hospitalarias afines

- Neumonología.
- Cardiología.
- Neurología.
- Nutrición.
- Fonoaudiología.
- Dermatología.
- Otrxs.

La **búsqueda activa** será realizada a través del CeTec, en un primer momento, para aquellxs pacientes que hayan egresado de UCI en el último trimestre del año 2021. Telefónicamente se les indicará que es importante que concurren a la consulta con los estudios complementarios y la epicrisis.

Lxs pacientes que realicen **demanda espontánea**, serán clasificados según hayan cursado internación en UCI o requerido VNI/prono vigil, los cuales van a ser evaluados directamente en el consultorio post CUIDADOS INTENSIVOS. Los que no cumplan esas condiciones serán evaluados en el consultorio de seguimiento, y en el caso de ser necesario, y por

consideración del equipo básico de atención, se podrá derivar a el/la paciente al equipo ampliado para ser evaluado por lxs subespecialistas correspondientes y ofrecer el tratamiento adecuado.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

- Promover una orientación de gestión holística, integral, interdisciplinaria, que esté centrada en el/la paciente y su familia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.
- Abordar la situación desde una perspectiva integral, que contemple por igual a las esferas cognitiva, física y mental.
- Facilitar enfoques estandarizados para evaluar los síntomas y las condiciones disminuyendo la variabilidad interprofesional y unificando criterios.
- Acordar con lxs pacientes objetivos de salud y de recuperación alcanzables.
- Brindar información con el fin de transmitir, a las personas y a sus familias, información sobre los síntomas esperables y aquellos que necesitan la intervención del equipo de salud.
- Realizar consultas compartidas con diferentes especialistas y subespecialistas en caso de ser necesario. Facilitar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes profesionales de salud intervinientes, tanto dentro del efector como con otros efectores de distintos niveles (CAPS; UPAS, etc).
- En caso de síntomas persistentes, realizar una completa evaluación clínica para descartar otros diagnósticos, ofrecer tratamiento para los síntomas individuales y brindar acceso a la rehabilitación integral si lo necesita.
- Evitar realizar estudios programados "masivos y universales" SIN criterio clínico, a todxs lxs pacientes que tuvieron infección por COVID-19.
- Asegurar el seguimiento continuo de las comorbilidades de el/la paciente para su adecuado control.
- Conectar, de ser necesario, a lxs pacientes con los servicios sociales, para la asistencia de posibles problemáticas sociales posteriores al COVID-19 (financieras, laborales, enfermedades familiares, duelo, cuidado), y recursos sobre discapacidad y adaptaciones razonables para el trabajo o la escuela.
- Es importante que lxs profesionales de la salud escuchen y validen las experiencias de lxs pacientes, reconociendo que los resultados de las pruebas de diagnóstico pueden estar dentro de los rangos normales incluso para pacientes cuyos síntomas y afecciones impactan negativamente en su calidad de vida, funcionamiento y capacidad para regresar a sus actividades habituales.

Las orientaciones que se desarrollan en la presente guía no son definitivas, ni estáticas, podrán ser modificadas o complementadas posteriormente de acuerdo a la experiencia que se observe en la implementación y los nuevos avances de la evidencia científica disponible.

CONSULTORIO POST CUIDADOS INTENSIVOS

CRONOGRAMA DE CONSULTAS

Se recomienda la realización por parte del equipo de este consultorio 3 consultas: 1, 3 y 6 meses luego del alta hospitalaria de el/la paciente y una cuarta opcional (entre los 6 meses y el año) según lo consideren lxs profesionales de acuerdo a la evolución y necesidades de el/la paciente. En todas las consultas se realizará el examen físico y se aplicarán las escalas de evaluación, descriptas a continuación.

De acuerdo a la intensidad y severidad de los síntomas, y a la evolución de los mismos, estos tiempos pueden variar reduciéndose o ampliándose entre consultas.

PRIMERA CONSULTA

Objetivo: Evaluar sintomatología presente y establecer prioridades de consultas.

A los 30 días del alta hospitalaria.

- Modalidad presencial mediante turno programado.
- Se podrá evaluar modalidad virtual (teleconsulta) en caso de dificultad para la movilización o dificultad en traslado al hospital. Se realiza un abordaje telefónico y, luego de la evaluación integral, se da un turno específico para el comienzo del tratamiento (si lo requiere).
- Entrevista realizada a la persona y a familiar/es o cuidador/es.
- Objetivo:
 - Evaluación clínica, confección de historia clínica.
 - Evaluación de secuelas físicas y cognitivas.
 - Evaluación del estado nutricional.
 - Atención de comorbilidades presentes: evaluar tratamiento farmacológico, adherencia, pautas de autocuidado, etc.
 - Solicitar estudios complementarios.
 - Realizar interconsultas con subespecialistas en caso de ser necesario.
 - Asegurar el acceso, en caso de que corresponda, a evaluación para certificación de discapacidad.
- Tiempo estimado: 60 minutos (aproximadamente).

CONFECCIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

- Datos personales y filiatorios: fecha de nacimiento, género, antecedentes, comorbilidades, años de estudio, convivientes, trabajo/oficio
- Solicitar epicrisis de la internación. Es importante en esta primera consulta realizar una entrevista semi estructurada con el objetivo de obtener la mayor información posible acerca de **la internación de el/la paciente**.
 - Días de internación.
 - Días con requerimiento de ARM o VNI.
 - ¿Hubo requerimiento de diálisis? ¿Cuántos días?
 - Uso de vasopresores por shock séptico.

- Extubación accidental - reintubación.
- Aparición de Delirium durante la internación.
- Otras complicaciones durante la internación.
- Tratamientos recibidos durante la internación.

Anamnesis

- Evaluación de los problemas de salud previos (antecedentes de enfermedad actual).
- *Deberán registrarse las patologías preexistentes y sus respectivos tratamientos.*
- Realizar una evaluación integral de los síntomas y su impacto identificando las repercusiones y la posible discapacidad originada.

Se recomienda en primer lugar explicar cuáles son las consecuencias de la enfermedad crítica, siendo esperables y parte de un proceso habitual de recuperación, y registrar el impacto que esto tiene indagando acerca de la frecuencia, gravedad y momento de aparición para poder, en las consultas posteriores, realizar un correcto seguimiento de su evolución.

Preguntas a formular
1. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
2. ¿Se siente totalmente recuperadx?
3. ¿Percibe sus latidos con actividades simples (palpitaciones)?
4. ¿Tiene dolor torácico?
5. ¿Se siente mal cuando se para o permanece de pie?
6. ¿Siente falta de aire/disnea?
7. ¿Se siente fatigadx/cansadx?
8. ¿Tiene problemas para dormir?
9. ¿Trabajaba y/o estudiaba antes de presentar COVID? -Si la respuesta es sí: ¿Luego de la enfermedad, retomó el trabajo y/o estudio? Si retomó: ¿jornada laboral / estudio completa?
10. ¿Ha tenido consultas a emergencias desde el alta o última consulta? (Lo último ocurrido).
11. ¿Se ha internadx desde el alta o última consulta? (lo último ocurrido).

EXAMEN FÍSICO

- Talla; Peso; IMC (pre y post internación).
- Tensión arterial: 2 tomas por tensiómetros validados en posición sentado, acostado y de pie.
- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de Oxígeno capilar en reposo.
- Examen cardiovascular, respiratorio y neurológico.
- Evaluación de fuerza muscular con dinamómetro (en caso de estar disponible) o escala MRC.

Los profesionales de la salud deben establecer el nivel de actividad actual y previo a la infección de el/la paciente.

INSTRUCCIONES PARA APLICACIÓN DE EVALUACIONES CLÍNICAS

1. Secuelas Cognitivas: Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)

Se utiliza para evaluar disfunciones cognitivas. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación.

El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Procedimiento:

1) Alternancia conceptual:

El/la examinador/a da las siguientes instrucciones: "dibuje una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea desde el 1 hacia la letra A y, a continuación, de la A hacia el 2 y así sucesivamente. Termine aquí (señale la E)".

Puntuación.

Se asigna un punto si el/la paciente realiza la siguiente secuencia: 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E, sin que ninguna línea se cruce.

Si la persona no se autocorrigió inmediatamente después de cometer un error, es decir, no lo corrigió antes de pasar a la parte del cubo, la puntuación debe ser 0.

No se asignará ningún punto si la persona dibuja una línea conectando el final (E) con el principio (1).

2) Capacidades visoconstructivas (cubo):

El/la examinador/a señalando el cubo indicará: "copie este dibujo de la manera más precisa posible".

Puntuación. Se asigna un punto si se realiza el dibujo correctamente.

- El dibujo debe ser tridimensional.
- Todas las líneas deben estar presentes.
- Sin espacios o con poco espacio entre las líneas.
- No se añaden líneas.
- Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables).
- Debe mantenerse la orientación espacial del cubo. No se asigna ningún punto si no se han cumplido todos los criterios anteriores.

3) Capacidades visoconstructivas (reloj):

El/la examinador/a debe asegurarse de que la persona no mira el reloj mientras realiza la tarea y de que no hay ningún reloj a la vista. Señalará el espacio adecuado y dará las siguientes instrucciones: "Dibuje un reloj. Incluya todos los números y dibújelo señalando las 11 y 10 minutos".

Puntuación. Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes:

- Contorno (1 pt.): Debe dibujar el contorno del reloj, ya sea un círculo o un cuadrado, solo se aceptarán leves deformaciones, por ejemplo, alguna imperfección al cerrar el círculo. Si los números están dispuestos en círculo pero no se ha dibujado el contorno, este se considerará incorrecto.
- Números (1 pt.): Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; Los números deben seguir el orden correcto, estar bien colocados y situados aproximadamente en su cuadrante del reloj. Se aceptarán los números romanos. Los números deben estar dispuestos en círculo, aunque el contorno sea cuadrado. Todos los números deben estar situados dentro o fuera del contorno del reloj. Si la persona sitúa algunos números dentro del contorno del reloj y algunos fuera del contorno, no se le asignará ningún punto.
- Agujas (1 pt.): Las dos agujas deben indicar la hora correcta. La aguja de las horas debe ser claramente más corta que la de los minutos. Las agujas deben estar centradas dentro de la esfera del reloj y su punto de unión debe estar cerca del centro del reloj.

4) Identificación:

El/la examinador/a señalará cada dibujo, empezando por la izquierda, y deberá decir: "Dígame el nombre de este animal".

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las siguientes respuestas: (1) león (2) rinoceronte (3) camello o dromedario.

5) Memoria:

El/la examinador/a leerá una lista de cinco palabras **a un ritmo de una palabra por segundo**, tras dar las siguientes instrucciones: "Esta es una prueba de memoria. Le

voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención. Cuando acabe, dígame todas las palabras que pueda recordar. No importa el orden en el que me las diga". El/la examinador/a deberá marcar con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el/la paciente repita en este primer intento. El examinador no debe corregir a el/la paciente si este/a recuerda mal una palabra o dice una palabra que se parece a la correcta. Cuando el/la paciente diga que ya ha terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, el/la examinador/a volverá a leer la lista de palabras tras dar las instrucciones siguientes: "Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda". El/la examinador/a marca con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el/la paciente repita en el segundo intento. Al final del segundo intento, se informará a el/la paciente de que debe recordar estas palabras diciendo: "Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba".

Puntuación. En los intentos 1 y 2 no se darán puntos.

6) Atención:

Administración de Serie de números hacia delante

El/la examinador/a dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer una serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos en el mismo orden en el que yo los he dicho". El/la examinador/a leerá una secuencia de cinco números a un ritmo de uno por segundo.

Administración de Serie de números hacia atrás

El/la examinador/a dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer otra serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás". El/la examinador/a leerá la secuencia de tres números a un ritmo de uno por segundo. Si el/la paciente repite la secuencia hacia delante, el examinador no podrá pedirle en ese mismo momento que repita la secuencia hacia atrás.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las secuencias repetidas correctamente (nota: el orden exacto de la secuencia numérica inversa es 2-4-7).

Vigilancia y administración

Se leerá una serie de letras a un ritmo de una por segundo, tras dar las instrucciones siguientes: "Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra 'A', dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito".

Puntuación. Se asigna un punto si no se comete ningún error o solo se comete uno (por ejemplo, la persona da el golpecito con una letra equivocada o no da el golpecito con la letra 'A').

Serie del 7

El/la examinador/a dará las instrucciones siguientes: "Ahora me gustaría que

restara 7 de 100 y que continuara restando 7 a la cifra de su respuesta anterior hasta que le pida que pare". El/la paciente debe realizar un cálculo mental y, por lo tanto, no puede recurrir a contar con los dedos o con un lápiz y papel para realizar esta actividad. El/la examinador/a no podrá repetir las respuestas de el/la paciente. Si el/la paciente pregunta cuál ha sido su última respuesta o qué número debe restar de su respuesta, el/la examinador/a responderá repitiendo las instrucciones si no lo ha hecho ya.

Puntuación. Esta prueba obtiene tres puntos en total. No dé ningún punto (0) por las restas incorrectas, dé 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas y 3 puntos si el/la paciente hace cuatro o cinco restas correctas.

Cada resta se evaluará separadamente, es decir, si el/la paciente responde con un número incorrecto pero resta 7 de dicho número, se contará como una resta correcta. Por ejemplo, el paciente puede contar "92 - 85 - 78 -71 -64". "92" es incorrecto, pero todos los resultados de las restas siguientes son correctos. Esto cuenta como un error y la tarea debería puntuarse con un 3.

Repetición de frases

Se darán las siguientes instrucciones: "Ahora le voy a leer una frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy". Después de la respuesta, diga: "Ahora voy a leerle otra frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación".

Puntuación. Se asigna un punto por cada frase repetida correctamente. La repetición debe ser exacta. Se debe prestar atención a los errores de omisión (p.ej., olvidar "solo"), sustitución/adición (p.ej., sustituir "solo" por "siempre"), errores gramaticales/plurales incorrectos (p.ej. "se esconde" por "se escondía"), etc.

7) Fluidez verbal

Se darán las siguientes instrucciones: "Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra F. Le pediré que pare al minuto. No se permiten nombres, números y las formas conjugadas de un verbo. ¿Está preparado? [Pausa] [Tiempo 60 seg.] Pare". Si el/la paciente nombra dos palabras seguidas que empiezan con otra letra del abecedario, deberá repetirle la letra correcta si aún no le ha repetido las instrucciones. Puntuación. Se asigna un punto si el/la paciente dice 11 palabras o más en un minuto. El examinador anotará las respuestas del paciente en el margen o en el reverso de la hoja del test.

8) Abstracción

Se pedirá a el/la paciente que explique qué tienen en común cada pareja de palabras, ilustrándolo con el ejemplo siguiente: "Le diré dos palabras y me gustaría que usted me dijera a qué categoría pertenecen [pausa]: una naranja y un plátano". Si el/la paciente da la respuesta correcta, el examinador deberá decir: "Sí, las dos pertenecen a esta categoría de frutas". No dé otras instrucciones o explicaciones. Tras el primer intento de prueba, el/la examinadora deberá decir: "Ahora, un tren y

una bicicleta". Tras la respuesta, administrará el segundo intento diciendo: "Ahora, una regla y un reloj". Podrá ofrecerse una pista (una sola para todo el apartado de abstracción) si no se ha dado ninguna en el primer ejemplo.

Puntuación. Solo se puntuarán los dos últimos pares.

Se asigna un punto por cada par correcto. Se aceptan las siguientes respuestas: - tren/bicicleta = medios de transporte, medios de locomoción, para viajar - regla/reloj = instrumentos de medición, para medir Las siguientes respuestas no son aceptables: - tren/bicicleta = tienen ruedas - regla/reloj = tienen números.

9) Recuerdo diferido

Se darán las siguientes instrucciones: "Antes le he leído una serie de palabras y le he pedido que las recordase. Dígame ahora todas las palabras de las que se acuerde". El/la examinador/a marca con una cruz las palabras que el/la paciente recuerde sin necesidad de pistas en el espacio reservado a dicho efecto.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas.

10) Orientación

Se darán las siguientes instrucciones: "Dígame en qué fecha estamos hoy". Si el/la paciente ofrece una respuesta incompleta, se le apuntará de forma oportuna diciendo: "Dígame [el año, el mes, la fecha exacta y el día de la semana]". A continuación, el/la examinador/a dirá: "Ahora, dígame cómo se llama este lugar y en qué localidad nos encontramos".

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las respuestas correctas. La fecha y el lugar (nombre del hospital, clínica, consulta) deben ser exactos. No se asignará ningún punto si el/la paciente se equivoca por un día en el día del mes y de la semana.

PUNTUACIÓN TOTAL:

Sume todos los puntos obtenidos en el margen derecho de la hoja. Añada un punto si el paciente tiene 12 años o menos de estudios, hasta un máximo de 30 puntos. Una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
 Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: _____
 Nivel de estudios: _____
 Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo []		Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos) [] [] [] Contorno Números Agujas		PUNTOS ___/5	
IDENTIFICACIÓN								[] [] []		___/3	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO SEDA TEMPLO CLAVEL ROJO	1º INTENTO 2º INTENTO						NINGÚN PUNTO	
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden.						[] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos en orden inverso.			___/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.						[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B			___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100.	[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65								___/3 4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos	
ABSTRACCIÓN	Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta						[] tren-bicicleta [] reloj-regla			___/2	
RECUERDO DIFERIDO	(MIS) Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO SEDA TEMPLO CLAVEL ROJO							___/5 Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
	Puntuación de la escala de memoria (MIS)	X3 X2 X1								MIS = ___ / 15	
ORIENTACIÓN		[] Fecha [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad								___/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org							MIS: ___/15 (Normal ≥ 26/30)			TOTAL ___/30	
Administrado por: _____		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios							

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.
 ID061021 / MOCA-8.1-Test_AU1.0_spa-ES.doc

2. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Índice de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniendo una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Permite valorar el impacto que los problemas de salud tienen, tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios.

Para su utilización se asigna a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluídas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Se realiza en, aproximadamente, 5 minutos.

Tabla 1**Puntuaciones originales de las AVD incluídas en el Índice de Barthel**

Actividad	Descripción	Valor	Pts
Comer	Dependiente. Necesita ayuda para cortar, untar manteca, usar condimentos, etc. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento).	0 5 10	
Trasladarse entre la silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado. Necesita ayuda importante (1 o 2 personas), puede estar sentado. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). Independiente.	0 5 10 15	
Aseo personal	Dependiente. Independiente para lavarse las manos, cara, dientes, peinarse, etc.	0 5	
Uso del retrete	Dependiente. Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	0 5 10	
Bañarse o ducharse	Dependiente. Independiente para bañarse o ducharse.	0 5	
Desplazarse	Inmóvil. Independiente en silla de ruedas en 50 m. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). Independiente al menos 50 m, con muleta, excepto andador.	0 5 10 15	
Subir y bajar escaleras	Dependiente. Necesita ayuda física o verbal, puede usar cualquier tipo de muleta. Independiente para subir y bajar.	0 5 10	
Vestirse y desvestirse	Dependiente. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aprox., sin ayuda. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10	
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema). Accidente excepcional (uno/semana). Continente.	0 5 10	
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. Accidente excepcional (máximo uno/24horas). Continente, durante al menos 7 días.	0 5 10	

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

Interpretación del Índice de Barthel

Puntaje	Clasificación
< 20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia

3. CALIDAD DE VIDA - Euroqol 5D 3L

El EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) (fig. 1) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general (fig. 2). Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario.

En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas».

Se realiza en, aproximadamente, 5 minutos.

a) **Marcar con un círculo el valor que corresponda a cada categoría según el estado de salud de hoy**

Movilidad:	
No tengo problemas para caminar.	1
Tengo algunos problemas para caminar.	2
Tengo que estar en cama.	3
Cuidado personal:	
No tengo problemas con el cuidado personal.	1
Tengo algunos problemas para levantarme o vestirme solx.	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solx.	3
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o recreativas):	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.	3
Dolor/malestar:	
No tengo dolor ni malestar.	1
Tengo dolor o malestar moderado.	2
Tengo mucho dolor o malestar.	3
Ansiedad/Depresión:	
No estoy ansiosx ni deprimidx.	1
Estoy moderadamente ansiosx o deprimidx.	2
Estoy muy ansiosx o deprimidx.	3

ATENCIÓN: Este puntaje NO se obtiene de la suma. Deben registrarse los valores de cada dominio. Ejemplo de puntuación: 1111, 13111 1231

b) Evaluación visual analógica (EVA)

Termómetro EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Deberá marcar con un 100 en el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse. Quien realiza la entrevista debe solicitar a el/la paciente lo siguiente: "en la siguiente escala , 100 representa el mejor estado de salud que usted puede imaginarse, y 0 el peor estado. Ud Debe marcar cómo es su estado de salud hoy, entre 0 y 100".

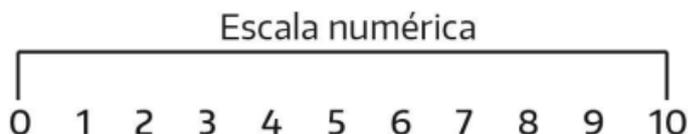


4. DOLOR - Escala visual analgesica (EVA)

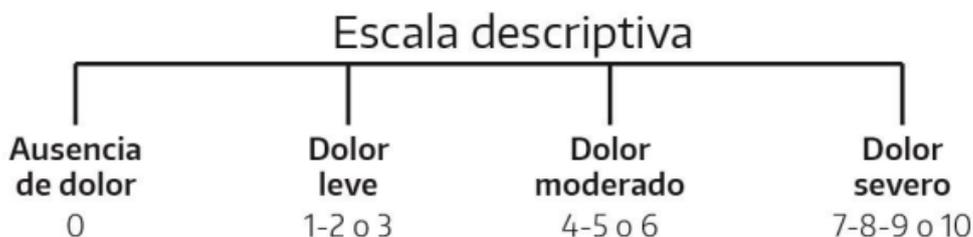
Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Interpretación: Sin dolor - Máximo dolor.

Marcar el valor que corresponda:



Interpretación, marcar la categoría que corresponda:



5. DISNEA – Escala mMRC

Es una herramienta sencilla que usada correctamente por el clínico y tomada después su

referencia por el médico evaluador, aproxima correctamente la sensación de falta de aire percibida por el paciente.

Se basa en ajustar los síntomas contados por el paciente a uno de estos estadios:

- GRADO 0: Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
- GRADO 1: Disnea al andar deprisa en terreno llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
- GRADO 2: La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en terreno llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
- GRADO 3: La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en terreno llano.
- GRADO 4: La disnea impide al paciente salir de casa o con actividades como vestirse o desvestirse.

ESCALAS PARA PROFESIONALES DE KINESIOLOGÍA

6. FUERZA MUSCULAR y SARCOPENIA: Utilización del Dinamómetro y escala MRC

El **dinamómetro** es un equipo sencillo (analógico o digital) que mide la fuerza de presión. Es la forma más objetiva para evaluar la fuerza por lo que es de preferencia en caso de estar disponible.

La fuerza de presión manual se correlaciona con la fuerza general de un individuo.



Modo de utilización:

El sujeto deberá agarrar el dinamómetro con la mano hábil y apretar lo más fuerte que pueda, es necesario que permanezca sentado en una silla con respaldo, hombros aducidos y sin rotación, codo flexionado en 90°, antebrazo en posición neutra y muñeca en posición neutra, con ambos pies apoyados en el suelo y con la espalda apoyada en el respaldo. El brazo evaluado debe estar en contacto con el cuerpo y el dinamómetro se utiliza en posición vertical.

El sujeto debe procurar mantener la presión de modo progresivo y continuado y

mantenerla por lo menos durante 2 segundos. Tiene que realizar el test dos veces y después de una pequeña pausa se ejecuta una segunda tentativa. El evaluador hace la lectura y anota el mejor resultado.

Se considera debilidad cuando el registro en un varón es menos de 11 kg y en una mujer de 7kg.

Además de valorar la fuerza muscular de manera objetiva es un instrumento útil para comparar en las diferentes consultas la recuperación de la fuerza.

En caso de no contar en el consultorio con un dinamómetro se propone como alternativa la **escala de MRC**, la cual evalúa bilateralmente el rango de movilidad y la fuerza que desarrollan 6 grupos musculares (3 del miembro superior y 3 del miembro inferior).

En los miembros inferiores se valora contra la gravedad y resistencia aplicada por el evaluador:

- Flexión de cadera.
- Extensión de rodilla.
- Dorsiflexión de tobillo.

En el miembro superior:

- Abducción de hombro.
- Flexión de codo.
- Dorsiflexión de muñeca.

La escala debe emplearse para cada uno de los grupos musculares y va de 0 a 5, donde 0 es la ausencia de contracción y 5 es fuerza normal: individuo capaz de completar el rango de movilidad articular contra la gravedad y contra la resistencia aplicada.

De esta manera se puede obtener un máximo de 60 puntos. Si la persona obtiene un valor menor a 48 se considera debilidad muscular asociada o adquirida en la UCI.

Grupo y movimiento muscular evaluados (bilateralmente)		Puntuación de la contracción	Pts.
IZQ	DER	- No visible	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Visible/contracción palpable sin movimiento del segmento articular	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, no vence gravedad	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, vence gravedad	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento vence gravedad y resistencias impuestas	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Fuerza normal	5

Nota: La evaluación de la fuerza muscular es tan importante como la funcionalidad de el/la paciente, ya que ambos resultados no siempre se corresponden.

7. SHORTPHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (PUNTUACIÓN SPPB)

Es una batería corta de pruebas físicas que integra diversos instrumentos. Se utiliza para pacientes críticos, es muy rápida y sólo requiere como instrumento de medición un cronómetro. Además, es sencilla de realizar en el espacio de un consultorio. Se realiza en 3 partes y valora:

- Equilibrio
- Velocidad de la marcha
- Fuerza

PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

ID/Nombre:

1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



Pies juntos =10 seg. = 1 p
<10 seg. = 0 p

+



Semi-tandem =10 seg. = 1 p
<10 seg. = 0 p

+



Tandem =10 seg. = 2 p
3 - 9.99 seg. = 1 p
< 3 seg. = 0 p

=

Total puntos:

2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



El participante no pudo: = 0 puntos
Tiempo entre > 8.7 = 1 punto
Tiempo entre 6.21 - 8.70 = 2 puntos
Tiempo entre 4.82 - 6.20 = 3 puntos
Tiempo entre < 4.82 = 4 puntos

La mejor puntuación:

3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó

El participante no pudo >60 seg = 0 puntos
Tiempo entre ≥16.7 seg = 1 punto
Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg = 2 puntos
Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg = 3 puntos
Tiempo entre ≤ 11.19 seg = 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:

Equilibrio estático

El/la paciente debe pararse con los dos pies juntos. En caso de lograr el equilibrio prosigue la prueba, si por el contrario no logra mantener el equilibrio se finaliza esta parte y la puntuación será de 0 puntos.

En el caso de que pueda mantenerlo y sostenerlo en el tiempo se le solicita que realice la posición de semi tándem y finalmente postura en tándem.

En el caso de que el/la paciente no pueda mantener el equilibrio durante la prueba se considera que tiene alto riesgo de caída y fragilidad por lo que es necesario realizar rehabilitación.

Velocidad de la marcha

El/la paciente debe recorrer 4 metros y el/la evaluador/a deberá cronometrar el tiempo en el que tarda en recorrer esa distancia.

Mientras más tiempo tarde en cubrir esa distancia fija más vulnerabilidad y riesgo de caídas presenta, por lo que la relación entre el puntaje y los segundos es inversamente proporcional.

En el caso de que la persona obtenga un total de menos de 10 puntos se considera que existe riesgo de caída y fragilidad.

Fuerza

En esta parte de la evaluación deberá utilizarse el cronómetro. Se deberá medir el tiempo en el que el individuo requiere para pararse y sentarse en una silla, 5 repeticiones.

Para la realización correcta de la prueba el/la paciente debe tener los brazos cruzados (de manera que sólo se evalúe la fuerza muscular de los miembros inferiores) y que cuando se ponga de pie esté completamente en extensión llegando a la posición bípeda con extensión completa de los segmentos, al lograr esto puede volver a tomar asiento y repetir la secuencia.

La prueba aborda lo que el/la paciente tarde en hacer las 5 repeticiones.

Esta última prueba **puede combinarse con la prueba de pararse y sentarse durante un minuto** ya que brinda la posibilidad de evaluar de manera adicional posible disnea e hipoxemia. Es un test descrito originalmente para gerontes pero se utiliza en pacientes con condiciones post covid.

Antes de empezar es recomendable que el sujeto se siente y realice un descanso (luego de la prueba de marcha de 4 metros) mientras que se le explica el procedimiento y se le coloca el saturómetro. Se debe registrar la saturación basal y la frecuencia cardíaca.

Se inicia el cronómetro, el/la paciente debe realizar las repeticiones como se describen anteriormente. Se registrará cuánto tiempo tarda en hacer las primeras 5 y además se contará cuántas logró hacer el/la paciente durante 60 segundos.

En el registro final de la prueba deberán figurar el total de repeticiones y los valores finales de saturación y frecuencia cardíaca.

Si se da una caída de más de 3 puntos en la saturación es necesario referenciar al servicio de neumonología y determinar en qué momento cae la saturación.

En promedio la cantidad de repeticiones que un adulto sano puede hacer en un minuto es de 30. En el caso de pacientes egresados de unidad de cuidados intensivos este valor se reduce a 15 en la mayoría de los casos.

Aquellas personas que presenten alguna alteración en las pruebas descritas siempre se benefician con planes de actividad física.

ESCALAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Las escalas clínicas son instrumentos que pueden ser útiles como apoyo en la valoración y diagnóstico clínico, seguimiento de la evolución de los síntomas, pronóstico, así como también para unificar criterios entre los diferentes profesionales. La escala debe ser fácil de aplicar, y estar adaptada a las necesidades de la persona. (6)

Secuelas Físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades básicas de vida diaria (ABVD): Índice de Barthel. - Calidad de vida: Euroqol 5D-3D. - Dolor: Escala visual analgésica (EVA). - Disnea: mMRC. <p>Para profesionales en kinesiología.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de equilibrio, movilidad y riesgo de caídas: - Short physical performance battery (Puntuación SPPB). - Desaturación. - MRC.
Secuelas cognitivas	Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Laboratorio completo:

- Hemograma, glucemia, urea, creatinina, hepatograma, perfil lipídico, ERS/
- PCR; proteinograma electroforético, gases en sangre. Según hallazgos o comorbilidades: BNP - proBNP; TnI; HbA1c; TSH.
- Se recomienda realizarlo dentro de los 3 meses post alta en caso de que las condiciones de el/la paciente no lo requieran antes.

Según hallazgos clínicos o síntomas presentes:

Disnea:

- Electrocardiograma.
- Ecocardiograma transtorácico.
- Espirometría.
- Radiografía y/o tomografía de tórax.

Dolor precordial:

- Prueba Ergométrica graduada.
- Palpitaciones.
- Holter 24 hs.

Síntomas de disautonomía / Síncope:

- Tilt Test.

Alteraciones de la presión arterial:

- MAPA / MDPA.
- Disglusia, disfagia.
- Videodeglución.

NECESIDAD DE EVALUACIÓN POR SUB ESPECIALISTAS

En el caso de hallazgos clínicos de COVID-19 persistente que no puedan ser abordados por su complejidad por médico clínico o generalista, se procederá a la derivación al servicio correspondiente.

SUB ESPECIALIDAD	INDICACIÓN
NEUMONOLOGÍA	-Pacientes con compromiso pulmonar grave: disnea grado 3 o 4. -SatO ₂ < 92 reposo o desaturación > 4% ante esfuerzo. -Tos crónica.
CARDIOLOGÍA	-Palpitaciones (descartadas las causas no cardíacas). -Síncope. -Dolor precordial. -Síntomas disautonómicos.
NEUROLOGÍA	-Evaluación de pacientes con síntomas neurológicos persistentes: cefalea, mareos, parestesias, síntomas focales.
NEUROCOGNICIÓN*	-Disfunción cognitiva: Moca < 26 para evaluación completa y ofrecer oportuna rehabilitación.
NUTRICIÓN	Desnutrición. Sarcopenia. Pérdida de peso > 10%.
ORL	-Obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis. -Trastornos del olfato y/o del gusto que no resuelvan en 3 meses. -Disfagia persistente o con síntoma de alarma.
DERMATOLOGÍA	-Alopecia persistente. -Úlceras por presión.

*Incluye terapeutas ocupacionales, fisiatras, psicopedagogxs, etc.

INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN

El/la kinesiólogx participa activamente en la rehabilitación ambulatoria de la persona que esté cursando síntomas post COVID-19, tanto a nivel secundario como primario de atención, formando parte de equipos interdisciplinarios de salud. En el contexto del COVID-19, sus principales ámbitos de rehabilitación ambulatoria son las **áreas cardiorrespiratorias, musculoesquelética y neurológica**.

El objetivo de la rehabilitación tras COVID-19 a corto plazo está orientado principalmente a aliviar la sintomatología persistente como son la fatiga y disnea, entre otros. En el largo

plazo, la meta es preservar la función de la persona al máximo, mejorar su calidad de vida y facilitar su inclusión en la sociedad.

La prescripción general de rehabilitación, debe estar dirigida acorde a la enfermedad de base y la disfunción residual tras COVID-19. El tipo de intervención específica y la duración del proceso de rehabilitación dependerá de los requerimientos, la categoría y el estado funcional de cada usuario, recomendándole programas de al menos 6 a 12 semanas.

Se sugiere indicar rehabilitación en los siguientes casos:

- Compromiso funcional (Barthel < 60).
- Disnea mMRC 3.
- Saturación de oxígeno menores al 95% en reposo o desaturaciones mayores al 4% ante esfuerzo.
- Disfunción cognitiva (Moca 25).
- Fatiga persistente.
- Mialgias/Artralgias persistentes.
- Alteraciones de los sentidos (gusto, olfato, sensibilidad).
- Neuropatía paciente crítico.
- SPPB menor a 10 puntos.
- Fuerza de prensión menor a 11 kg en hombres y a 7 kg en mujeres medido con dinamómetro.
- Menos de 48 puntos en escala MRC.

SEGUNDA CONSULTA

- A los 90 días del alta hospitalaria.
- Modalidad presencial mediante turno programado.
- Se podrá evaluar modalidad virtual (teleconsulta) en caso de dificultad para la movilización o dificultad en el traslado al hospital. Se realizará en ese caso un abordaje telefónico y luego se dará un turno en el consultorio en el caso de ser necesario realizar el examen físico.
- Entrevista realizada a el/la paciente y a familiar/es o cuidador/es. Si el/la paciente ha concurrido a la primera consulta y se han registrado sus antecedentes no es necesario volver a registrarlos. Si es la primera vez que concurre al consultorio los antecedentes **deben registrarse**.
- Objetivo:
 - Evaluación clínica, continuar registro de condiciones post UCI en la historia clínica.
 - Re-evaluación de secuelas físicas y cognitivas.
 - Referencia a continuidad de atención de patologías crónicas.
 - Solicitar estudios complementarios pendientes.
 - Realizar interconsultas con subespecialistas en caso de ser necesario.
 - Indicar rehabilitación en caso de que haya quedado pendiente luego de la primera consulta o que el/la paciente no haya podido realizarla.
- Completar Historia Clínica
 - Examen Físico.
 - Escalas de Evaluación.
 - Resumen de problemas activos y pendientes.

Tiempo estimado: 45/50 minutos (aproximadamente).

TERCERA CONSULTA

Objetivo: Realizar un seguimiento en la continuidad de la rehabilitación y síntomas remanentes.

- A los **6 meses** del alta hospitalaria.
- Modalidad presencial mediante turno programado.
- Se podrá evaluar modalidad virtual (teleconsulta) en caso de dificultad para la movilización o dificultad en el traslado al hospital. Se realizará en ese caso un abordaje telefónico y luego se dará un turno en el consultorio en el caso de ser necesario realizar el examen físico.
- Entrevista realizada a el/la paciente y a familiar/es o cuidador/es.
- Objetivos:
 - Seguimiento de continuidad de rehabilitación y síntomas remanentes.
 - Re-evaluar secuelas post UCI/ post COVID-19 y registrarlo en la historia clínica.
 - Asegurar la continuidad de cuidado en relación a las patologías crónicas preexistentes.
 - Derivar al servicio de trabajo social del efector en caso de ser necesario (por ejemplo, imposibilidad de retorno al trabajo o a sus actividades académicas por persistencia de secuelas graves) para tramitar un certificado de discapacidad.
- Completar Historia Clínica
 - Examen Físico.
 - Escalas de Evaluación.
 - Resumen de problemas activos y pendientes.

Tiempo estimado: 30 minutos (aproximadamente).

Es una posible consulta de cierre.

Se sugiere realizar una evaluación integral de los síntomas y su impacto identificando las repercusiones, la posible discapacidad originada y la evolución a lo largo de las consultas.

CUARTA CONSULTA

Objetivo: cierre del caso en el consultorio de seguimiento.

Realizar entre los **6 meses y el año** del alta hospitalaria.

- Asegurar el la continuidad de rehabilitación y la continuidad de cuidado con respecto a las patologías crónicas preexistentes.
- Completar Historia Clínica
 - Examen Físico.
 - Escalas de Evaluación.
 - Resumen de problemas activos.

Tiempo estimado: 20 minutos (aproximadamente).

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO (7)

Se recomienda el seguimiento por especialista en clínica médica o medicina general dentro de los 2-3 meses del cuadro agudo.

Las condiciones post COVID-19 son afecciones multiorgánicas por lo que es indispensable realizar un abordaje integral, holístico y con valoración multisistémica, si bien se recomienda completar la anamnesis con una exploración física general y por sistemas no hay que perder de vista la afectación global.

Objetivos:

- Identificar los síntomas persistentes que el paciente presenta y, a partir de ellos, elaborar un análisis de la situación basal y evaluar el seguimiento de su evolución en el tiempo desde el inicio de los mismos.
- Realizar una evaluación integral del problema de salud a partir de la identificación de las repercusiones y la discapacidad originada por el mismo.
- Asegurar la continuidad de cuidado de las comorbilidades presentes. La persistencia de síntomas post COVID-19 interfiere en el seguimiento de las mismas.

Organización asistencial:

- A los 90 días (3 meses) de resuelta la etapa aguda si la cursó de manera ambulatoria.
- Priorizar atención antes de los 3 meses si:
 - el/la paciente cursó internación en sala de cuidados generales con oxigenoterapia continua.
 - presenta síntomas persistentes de gravedad: disnea / dolor torácico, ya que es necesario descartar en estos casos complicaciones agudas graves (TEP, SCA, ICC, etc.).
- Modalidad presencial mediante turno programado.
 - Se podrá evaluar modalidad virtual (teleconsulta) en caso de dificultad para la movilización o dificultad en traslado al hospital. Se realizará un abordaje telefónico y, luego de la evaluación integral, se dará un turno específico para el comienzo del tratamiento (si lo requiere).
- Entrevista realizada a el/la paciente y a familiar/es o cuidador/es.
- Abordaje interdisciplinar por integrantes del consultorio post COVID-19: medicx clínico/general, psicologx y/o enfermerx.
- Tiempo estimado: 60 minutos (aproximadamente).

PRIMERA CONSULTA

ENTREVISTA CLÍNICA

Historia de la infección por COVID-19

Es imperativa una escucha activa y atenta durante la entrevista, procurando un clima cordial para poder entablar una buena relación médicx-paciente. Es fundamental contar con el tiempo necesario para poder indagar en profundidad acerca de los distintos aspectos vinculados al padecimiento por COVID-19. Se recomienda proponer la inclusión de un familiar o cuidador/a en la entrevista en el caso de que el/la paciente lo desee, o haya

experimentado durante el período agudo de la enfermedad alguna alteración en su nivel de conciencia o, si al momento de la consulta, presenta alteraciones en la memoria.

La historia de la enfermedad actual debe incluir el curso de la enfermedad COVID-19 del paciente, la gravedad de la enfermedad y los tratamientos recibidos. Establecer un cronograma de cuándo aparecieron los síntomas durante la enfermedad aguda y cómo persistieron posteriormente.

Recoger si la infección requirió ingreso hospitalario y, en este caso, registrar la fecha de ingreso y de alta, el requerimiento máximo de oxígeno, estancia en UCI y duración, y las complicaciones durante el ingreso. Solicitar la epicrisis de la internación para su lectura.

Realizar una evaluación integral del impacto de los síntomas a partir de la identificación de las repercusiones y la discapacidad originada por la misma.

Una de las principales características de las condiciones post COVID-19 es la discapacidad que genera. Los síntomas más incapacitantes son la astenia/fatiga, malestar general, cefalea, dolores musculares y articulares, disnea, disminución de la concentración y la anosmia. La persistencia de estos síntomas afecta claramente la salud y la calidad de vida (incluyendo tareas habituales: aseo personal, actividades domésticas, laborales y vinculadas al ocio, responsabilidades familiares, entre otras).

-Es necesario identificar los **síntomas más discapacitantes**, y, a partir de ellos, realizar un análisis de la situación basal.

- Registrarlos según las escalas validadas para poder realizar un seguimiento de su evolución en el tiempo desde el inicio de los mismos.
- Indagar acerca de la frecuencia, gravedad y evolución de los síntomas y su impacto en la calidad de vida y la capacidad funcional, incluido el grado en que los síntomas interfieren en la autonomía de la persona y actividades habituales.
- Preguntar sobre cualquier sentimiento de preocupación o angustia, e indagar si la persona identifica sentimientos o conductas modificadas luego de haber presentado COVID-19, dificultades en el cumplimiento de sus actividades habituales vinculadas con su estado de ánimo, y si requirió algún tipo de asistencia por parte de psicólogos o psiquiatras (detallar si se le indicó alguna medicación).
- Se recomienda incluir la evaluación del nivel de apoyo y recursos materiales y sociales disponibles por el/la paciente (por ejemplo, finanzas, empleo, vivienda, acceso a alimentos) y su impacto potencial en la capacidad para acceder a los servicios de salud y recuperación. Lxs profesionales de la salud deben establecer el nivel de actividad actual y previo a la infección de el/la paciente (por ejemplo, la naturaleza de las actividades laborales o escolares, las actividades de la vida diaria), así como la detección de un trastorno por uso de sustancias potencial o conocido.
- Lxs profesionales de la salud deben preguntar sobre cualquier medicamento sin receta, remedios a base de hierbas, suplementos u otros tratamientos que lxs pacientes puedan estar tomando para sus afecciones posteriores al COVID-19.

Preguntas a formular
1. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
2. ¿Se siente totalmente recuperadx?
3. ¿Percibe sus latidos con actividades simples (palpitaciones)?
4. ¿Tiene dolor torácico?
5. ¿Se siente mal cuando se para o permanece de pie?
6. ¿Siente falta de aire/disnea?
7. ¿Se siente fatigadx/cansadx?
8. ¿Tiene problemas para dormir?
9. ¿Trabajaba y/o estudiaba antes de presentar COVID? -Si la respuesta es sí: ¿Luego de la enfermedad, retomó el trabajo y/o estudio? Si retomó: ¿jornada laboral / estudio completa?
10. ¿Ha tenido consultas a emergencias desde el alta o última consulta? (Lo último ocurrido).
11. ¿Se ha internadx desde el alta o última consulta? (lo último ocurrido).

ESCALAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Las escalas clínicas son instrumentos que pueden ser útiles como apoyo en la valoración y diagnóstico clínico, seguimiento de la evolución de los síntomas, pronóstico, así como también para unificar criterios entre lxs diferentes profesionales.

Secuelas físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades básicas de vida diaria (ABVD): Índice de Barthel. - Dolor: Escala visual analgesica (EVA). - Disnea: mMRC. - Desaturación: Pararse y sentarse durante 1 minuto.
Secuelas cognitivas	Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVIOS

Evaluar el impacto que ha tenido el COVID-19 y los síntomas persistentes en el manejo de los problemas de salud previos (diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica, etc), evaluando la repercusión en metas terapéuticas, tratamiento farmacológico, adherencia y cambios en el estilo de vida. Es fundamental indagar si el tratamiento de su patología crónica fue interrumpido durante la pandemia y, de ser así, reconectar a el/la paciente con su médico tratante.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general

- Inspección general.
- Talla; Peso; IMC.
- Tensión arterial: 2 tomas por tensiómetros validados en posición sentado, acostado y de pie.
- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de oxígeno capilar en reposo.

Exploración por aparatos o sistemas

- Auscultación pulmonar y cardíaca.
- Exploración abdominal.
- Exploración neurológica básica.
- Exploración de extremidades: perfusión periférica y evaluación de la fuerza de prensión (dinamómetro) o escala MRC.

Pruebas físicas complementarias

La prueba de desaturación por esfuerzo debe formar parte de la evaluación inicial en pacientes cuya saturación en reposo sea mayor del 96% pero cuyos síntomas sugieran desaturación por esfuerzo (como fatiga, mareo o disnea ante ejercicio).

El test de **“1 minuto sentarse y pararse”** consiste en sentarse y levantarse de una silla sin apoyar las manos tantas veces como sea posible durante 1 minuto con el/la paciente conectado al saturómetro. Una caída mayor al 4% es anormal y requiere investigación adicional, por lo que se recomienda realizar una interconsulta con el servicio de neumonología.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Después de una evaluación clínica minuciosa es probable que la persona que haya cursado una enfermedad leve o moderada **no necesite realizar ninguna prueba adicional.**

Sin embargo, en el caso de ser necesario, se sugiere prescribir estudios adaptados a los signos y síntomas hallados con el fin de descartar complicaciones agudas, evaluar posible compromiso orgánico-funcional y descartar diagnósticos diferenciales.

Se recomienda NO realizar estudios programados masivos y universales SIN criterio clínico a todos los pacientes que tuvieron infección por COVID-19. Los estudios complementarios excesivos sin ser dirigidos y no tener una clara indicación sanitaria no son informativos y pueden generar daño potencial, como mayor riesgo de incidentalomas,

ansiedad por resultados anormales que no tienen importancia clínica, exposición a radiación y elevados costos. (7)

Pruebas básicas de laboratorio: De acuerdo a los hallazgos en el examen físico, y en caso de ser necesario, el diagnóstico diferencial con otras patologías se podrá solicitar: (8)

- Hemograma completo.
 - ERS / PCR.
 - Glucosa.
 - Perfil Renal.
 - Ionograma.
 - Hepatograma.
 - Perfil lipídico.
 - LDH.
 - Pruebas de Coagulación.
 - Serologías HIV; VDRL; VHC; VHB.
- **Pruebas analíticas ampliadas**, en función de los síntomas persistentes presentes.
 1. Artralgias, Mialgias: Uricemia, proteinograma electroforético, perfil reumatológico (FR; FAN, complemento), CPK, aldolasa.
 2. Astenia persistente: Cortisol, TSH.
 3. Disnea, tos, dolor torácico: Péptidos natriuréticos (BNP; NT-proBNP); troponina I.
 4. Exacerbaciones con picos febriles y sintomatología respiratoria: cultivos de gérmenes comunes y micobacterias, baciloscopia.
 - **Radiografía de tórax**: No se recomienda la realización de controles de imagen de forma rutinaria; la realización de un control de imagen se basa en la valoración clínica, de forma similar a la de otras infecciones respiratorias.
 - **Tomografía Computarizada de Tórax (TCT)**: en caso de persistencia de síntomas (persistencia de tos crónica, dolor torácico, disnea grado 3-4 de la escala mMRC) y/o de radiografía de tórax alterada, se considerará la realización de una TCT.
 - **Electrocardiograma**: se realizará ante trastornos del ritmo o de la frecuencia cardíaca, dolor torácico y sintomatología que pudiera responder a una causa de origen cardiológico, además de en aquellos casos en los que se requiera por el control de comorbilidades.
 - **Ecocardiograma con doppler**: a valorar en los casos de persistencia de dolor torácico, sospecha de pericarditis, antecedentes personales de origen cardiovascular.
 - **MAPA / AMPA**: Ante variaciones de la tensión arterial detectadas, como el diagnóstico reciente de HTA. Para pacientes hipertensos crónicos es útil para monitorizar el objetivo terapéutico.
 - **Prueba Ergométrica de Esfuerzo**: ante pacientes con dolor torácico típico y antes de comenzar actividad física.
 - **Holter 24 hs**: Ante la presencia de palpitaciones, taquicardia de reposo y/o síncope.
 - **Pruebas funcionales respiratorias - Espirometría**: Se realizará en aquellos casos en los que persistan síntomas respiratorios: tos crónica, dolor torácico, disnea grado 3 o 4 de la escala mMRC, o imágenes pulmonares alteradas.

- **Tilt test o test de basculación:** en pacientes con disautonomía como, por ejemplo, la presencia de síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) y síncope.

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES

Se debe procurar que el/la paciente prosiga con el plan de cuidado adecuado para su comorbilidad, garantizando el seguimiento correspondiente en los distintos formatos de consulta presencial y/o teleconsulta, el acceso a la medicación y a los estudios complementarios necesarios. Referenciar en el primer nivel de atención o en consultorios externos hospitalarios según corresponda de acuerdo con la patología.

DERIVACIÓN E INTERCONSULTA CON SUBESPECIALISTAS

En el caso de hallazgos clínicos de COVID-19 persistente que necesiten abordaje adicional por un subespecialista u otra disciplina hospitalaria, se procederá a la derivación al servicio correspondiente a través de la red hospitalaria generada en el marco del programa.

SUB ESPECIALIDAD/ESPECIALIDAD	INDICACIÓN
NEUMONOLOGÍA	-Pacientes con compromiso pulmonar grave: disnea grado 3 o 4. -SatO2 < 92 reposo o desaturación > 4% ante esfuerzo. -Tos crónica.
CARDIOLOGÍA	-Palpitaciones (descartadas las causas no cardíacas). -Síncope. -Dolor precordial. -Síntomas disautonómicos.
NEUROLOGÍA	-Disfunción cognitiva: Moca < 26 para evaluación completa y ofrecer oportuna rehabilitación. -Evaluación de pacientes con síntomas neurológicos persistentes: cefalea, mareos, parestesias, síntomas focales.
NUTRICIÓN	Desnutrición. Sarcopenia. Pérdida de peso > 10%.
ORL	-Obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis. -Trastornos del olfato y/o del gusto que no se resuelvan en 3 meses. -Disfagia persistente o con síntoma de alarma.
DERMATOLOGÍA	-Alopecia persistente.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Para la mayoría de lxs pacientes, el objetivo del tratamiento médico de las condiciones posteriores al COVID-19 es optimizar la función y la calidad de vida.

Lxs profesionales de la salud deberían desarrollar un plan de manejo integral basado en los síntomas que presentan sus pacientes, las situaciones personales, sociales y sus objetivos de tratamiento. El manejo terapéutico está dirigido a cada síntoma presente en particular en base a las recomendaciones y los algoritmos clínicos utilizados cotidianamente por el/la profesional, basado en la evidencia científica disponible.

PROMOVER EL AUTOMANEJO Y EL AUTOCUIDADO

Brindar consejos e información sobre el autocuidado a partir de su evaluación inicial. Esto debe incluir:

- Informar sobre la presencia esperable de algunos síntomas que pueden persistir en el tiempo luego de cursar infección por COVID-19.
- Explicar formas de autocontrolar sus síntomas (por ej: técnicas de respiración, promoción de actividad física gradual).
- Establecer metas realistas de recuperación.

INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN

El/la kinesiólogx participa activamente en la rehabilitación ambulatoria de la persona post COVID-19, tanto a nivel secundario como primario de atención, formando parte de equipos interdisciplinarios de salud. En el contexto del COVID-19, sus principales ámbitos de rehabilitación ambulatoria son las **áreas cardiorrespiratorias, musculo esquelética y neurológica**.

El objetivo de la rehabilitación tras COVID-19 a corto plazo está orientado principalmente a aliviar la sintomatología persistente como son la fatiga y disnea, entre otros. En el largo plazo, la meta es preservar la función de la persona al máximo, mejorar su calidad de vida y facilitar su inclusión a la sociedad.

La prescripción general de rehabilitación, debe estar dirigida acorde a la enfermedad de base y la disfunción residual tras COVID-19. El tipo de intervención específica y la duración del proceso de rehabilitación dependerá de los requerimientos, la categoría y el estado funcional de cada usuarix, recomendándole programas de al menos 6 a 12 semanas.

Se sugiere indicar rehabilitación en los siguientes casos:

- Compromiso funcional (Barthel < 60).
- Disnea mMRC 3.
- Saturación de oxígeno menores al 95% en reposo o desaturaciones mayores al 4% ante esfuerzo.
- Disfunción cognitiva (Moca 25).
- Fatiga persistente.
- Mialgias/Artralgias persistentes.
- Alteraciones de los sentidos (gusto, olfato, sensibilidad).
- Neuropatía periférica.
- Pérdida de fuerza muscular: fuerza de prensión menor a 11 kg en hombres y 7 kg en mujeres medida con dinamómetro o un puntaje menor a 48 obtenido en la escala MRC.
- Puntaje menor a 10 en SPPB.

ABORDAJE DEL ADULTO MAYOR

Los **adultos mayores** que cursan infección por COVID-19 independientemente de si fueron hospitalizados o no, tienen un alto riesgo de desarrollar sarcopenia, desnutrición, depresión, delirio y dolor crónico. Los síntomas físicos se suman al impacto psicosocial de la interrupción del acceso a la atención médica, las rutinas personales básicas, las interacciones sociales y las redes de apoyo profesional.

Recomendamos realizar una **valoración geriátrica integral**: un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basada en ellos, una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.

El objetivo es mejorar la exactitud diagnóstica en base a un examen integral en diferentes esferas: clínica, funcional, mental y social.

- **Valoración Clínica:** entrevista clínica en búsqueda de grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual, estreñimiento, incontinencia), análisis de la medicación crónica, cribado nutricional (aconsejamos utilizar la **escala MNA**), exploración física dirigida, evaluación de fuerza muscular (por ejemplo, con dinamómetro, en búsqueda de sarcopenia), solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas.
- **Valoración de esfera funcional:** obtener información sobre la capacidad de la/el adultx mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Recomendamos evaluar las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Barthel. Se puntúa de 0 a 100 presentando un gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, y necesidad de rehabilitación.
- **Valoración de la esfera cognitiva:** en búsqueda de deterioro cognitivo mediante herramientas validadas (por ej. test de evaluación cognitiva Montreal **MoCA**, ver anexo)
- **Valoración de la esfera afectiva:** en búsqueda de síntomas de depresión, ansiedad o estrés postraumático. Ver apartado de salud mental.
- **Valoración de la esfera social:** las condiciones habitacionales, el apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. Recomendamos la evaluación exhaustiva por un/a trabajador/a social en caso de requerir intensificación de cuidados domiciliarios.

SEGUIMIENTO

En caso de persistencia de los síntomas, se recomienda el **seguimiento cada tres meses** para reevaluación de los pacientes y de la pauta terapéutica. La frecuencia de seguimiento podrá aumentar en caso de que el equipo tratante lo considere necesario.

En caso de no detectar signos o síntomas que precisen de este seguimiento, se procederá al alta de el/la paciente. Referenciar al equipo de salud de cabecera de la persona para continuar cuidado integral de comorbilidades si así lo requiriese.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL ADULTO

El momento de la consulta post COVID-19 es una gran oportunidad para ofrecer prácticas preventivas para la población adulta, teniendo en cuenta aquellas que fueron postergadas por la pandemia.

Se recomienda (9):

- Completar el calendario de vacunación (COVID-19 y calendario).
- Toma de tensión arterial.
- Estimación de Riesgo Cardiovascular: Todas las personas entre 40 y 79 años.
- Ofrecer métodos de screening de cáncer validados (cuando corresponda).
 - Cáncer cervicouterino:
 - Citología (PAP): personas con útero mayores a 21 años: Anual. Si durante 2 años seguidos el PAP da negativo, se puede espaciar a 3 años.
 - Cáncer Colorrectal: hombres y mujeres entre los 50 y 75 años de edad.
 - Test de sangre oculta en materia fecal (SOMF): anual.
 - Video Colonoscopia cada 10 años.
 - Cáncer de Mama:
 - Mamografía anual: personas con glándulas mamarias entre 50 y 70 años sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama.

Rastreo de ETS a todas las personas al menos una vez: HIV, VHB, VHC, Sífilis (VDRL).

Promover prácticas y entornos saludables dentro de los espacios que transitan las personas.

Garantizar el control y seguimiento de las enfermedades de base en aquellas personas que hayan discontinuado algún tratamiento profesional.

LINEAMIENTOS DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL EN CONSULTORIO POST-COVID-19 (12-15)

Es posible que en personas que atravesaron por la enfermedad de COVID-19, se observe un impacto sobre la salud mental, pudiendo presentarse en algunos casos padecimientos tras la recuperación de la fase aguda. Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encuentran la ansiedad, depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); u otras como trastornos del sueño, consumo problemático de sustancias, ideaciones suicidas, que puede afectar tanto a la persona como a su familia.

Para algunas personas, el haber estado hospitalizadas por varios días puede haber resultado una experiencia dolorosa, quedando incluso con secuelas de índole traumático. Pueden presentarse recuerdos o imágenes mentales de eventos vividos durante su hospitalización que le resultaron particularmente difíciles. La angustia también se evidencia en los relatos de aquellos que transitaron algún periodo en la guardia general, muchas veces siendo espectadores de los fallecimientos de otras personas.

Algunas presentaciones dan cuenta de la pérdida de interés o placer en actividades habituales que la persona solía disfrutar; dificultad para conciliar el sueño o dormir (insomnio), o dormir demasiado; manifestaciones de fatiga y falta de energía, enojo, frustración y/ o irritabilidad; dificultad para concentrarse o tomar decisiones; y sentimientos de culpa referidos a la enfermedad y temor persistente a volver a contraer la enfermedad o contagiar a terceros.

A su vez, es posible que quienes han transitado la enfermedad y requirieron internación en terapia intensiva -con la necesidad de asistencia respiratoria mecánica (respirador) o traqueotomías-, presenten angustias referidas al deterioro físico: ansiedad reactiva frente a la lenta rehabilitación tanto física como también cognitiva que tienen por delante, haciendo hincapié en que sus cuerpos no son los mismos, acompañada de angustia y preocupación por volver a alcanzar el estado anterior.

Primera entrevista de Evaluación de la situación de salud mental vinculada al cuadro post COVID-19 persistente

Para todos los casos que consultan en el Programa Post COVID-19, se realizará una entrevista con el propósito de relevar y evaluar presentaciones del padecimiento vinculadas a salud mental; y garantizar la continuidad en los cuidados a todxs aquellxs personas que hayan atravesado el COVID-19 y que presenten padecimientos vinculados a salud mental, sin otra causa asociada comprobable.

Es esperable que en este momento se releven las dimensiones generalmente abordadas en una primera entrevista en salud mental, atravesado por aspectos propios referidos al haber transitado la enfermedad de COVID-19.

En este sentido, es fundamental poner atención a las siguientes manifestaciones:

- Recuerdos recurrentes e involuntarios de la situación traumática: revivir el hecho como si estuviese ocurriendo otra vez, con los mismos sentimientos y emociones del momento.
- Sueños o pesadillas relacionadas con el hecho o sensación de “estar en un sueño” o que sus vivencias “no son reales”.
- Angustia permanente en torno a lo sucedido, temor de que vuelva a suceder a sí mismx o a la familia.
- Síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas.
- Preocupación, sentirse “al límite”, dificultad para concentrarse, etc.

-Reiteración de recuerdos, reviviscencias o sueños vinculados a aspectos de lo traumático, que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional y/o desapego.

Recomendamos indagar en la entrevista si la persona:

- Ha necesitado evitar o reducir deberes / actividades o distribuirlas a lo largo del tiempo, o presenta dificultades en el cumplimiento de sus actividades habituales relacionadas con cómo se siente.
- Si identifica sentimientos o conductas modificados luego de haber presentado COVID-19, y/o siente que ha perdido el interés/placer en actividades que habitualmente suele disfrutar. (Ej.; actividades de la vida diaria, como pasatiempos, deportes, hobbies, etc.).
- Se ha sentido con mayor preocupación, tristeza o ansiedad.
- Ha sentido enojo, frustración o irritabilidad frente a situaciones que usualmente no se lo producen o siente que estas emociones están exacerbadas en las situaciones que si se las generan.
- Presenta mayor dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones.
- Tuvo pensamientos de que podía morirse, y/o ideaciones suicidas.
- Ha presentado persistentes pensamientos perturbadores en relación al COVID-19.
- Ha perdido vínculos significativos y/o personas cercanas debido al COVID-19.

Si estas presentaciones persisten por más de dos semanas y se presenta tres o más veces por semana, se coordinará con el equipo de salud mental.

Más allá de los aspectos mencionados, es importante destacar que no existe un único perfil determinado para realizar acompañamiento en salud mental, y que se presentan ciertas **situaciones en las cuales se prioriza el acompañamiento:**

- Personas que han ingresado a UCI precisando ARM.
- Personas que hayan atravesado la infección por el virus SARS-CoV-2 y continúen con sintomatología asociada sin otra causa comprobable.
- Personas que manifiestan ansiedad, depresión o estrés postraumático.
- Personas que hayan presentado un diagnóstico previo vinculado a salud mental, con crisis de pánico, angustia o crisis de ansiedad.
- Personas con familiares menores o adultos fallecidos, atendiendo especialmente la situación de niños y jóvenes que hayan perdido familiares por COVID-19. En estos últimos casos, realizar una identificación detallada de las redes de cuidado para el acompañamiento, y actuar inmediatamente en la articulación intersectorial (incluir link de pautas específicas de intervención y recursero: salud mental).
- Personas que se encuentran en duelo reciente (menos de 1 año).
- Personas con disminución en la autonomía y calidad de vida.
- Personas con redes de apoyo o cuidado reducidas.

Indagar, además, si la persona actualmente recibe acompañamiento o algún tipo de atención por salud mental. Si en algún caso la persona recibió este tipo de acompañamiento, indagar por los motivos de interrupción del mismo, en términos de accesibilidad (administrativa, geográfica, y/o simbólica). Incluir además la pregunta acerca de si tuvo que tomar medicación ansiolítica para controlar algún síntoma y, al respecto, si continuó o no con un seguimiento profesional.

En todos los casos debe considerarse la capacidad de autonomía de la persona en relación a los niveles de apoyo que requiera de partes de terceros para el desenvolvimiento en la vida cotidiana, y la existencia y características de sus redes de cuidado.

Atender a otras situaciones como pueden ser la pérdida de ingresos económicos, o situaciones de violencia en las que se encuentra la persona y que requieran de la articulación pertinente (por ejemplo, con los servicios sociales de los hospitales, o SAPS, áreas municipales o provinciales, desarrollo social).

A partir de la primera entrevista, de acuerdo a la singularidad de la situación, se articulará con las respuestas de **Acompañamiento y/o Asistencia y Atención en salud mental por parte de equipos especializados, pertenecientes a los servicios de salud mental de los hospitales generales.**

Se realizarán encuentros coordinados por salud mental en los que se ofrecerá un espacio de acompañamiento y cuidado respecto a problemáticas surgidas de las personas afectadas, sus familias u otros profesionales intervinientes. Las mismas tendrán como objetivo primordial el abordaje de síntomas o situaciones que conllevan un padecimiento subjetivo para la persona relacionados con el evento crítico atravesado.

Se prevé también la realización de acciones de orientación, asistencia y acompañamiento (grupal y/o individual), destinadas a la persona, familiares y allegadxs, coordinado por los servicios de salud mental de los hospitales generales.

Para la continuidad de los cuidados se promoverá la articulación territorial con base en la comunidad. En este sentido, será imprescindible la articulación con los dispositivos pertenecientes a la Red Provincial de Atención y Cuidados en Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud-PBA.

COMENTARIOS FINALES

El objetivo de este consenso es asegurar la equidad y reducir la variabilidad asistencial en la atención y seguimiento clínico de lxs pacientes post COVID-19 en el conjunto del sistema sanitario.

La infección por COVID-19 puede dar lugar a la persistencia de síntomas, cuadro conocido como “condiciones post COVID-19” (o COVID persistente) incluso en personas jóvenes, sin comorbilidades y aquellos que cursaron una enfermedad leve. Se conoce poco sobre la evolución en el tiempo de las personas afectadas y se necesita más tiempo de investigación para comprender los efectos a largo plazo causados por el COVID-19 y la probabilidad de una recuperación completa.

Las recomendaciones vertidas en este consenso buscan que lxs pacientes afectadxs tengan acceso a una atención multidisciplinar capaz de dar respuesta a sus necesidades clínicas como así también, brindar estrategias de promoción y prevención de la salud integrales.

Por ejemplo, la incorporación de consultorios de seguimiento post terapia intensiva permitirá la identificación precoz de las alteraciones físicas, psíquicas y cognitivas presentes en el SPTI. Facilitará el ingreso a rehabilitación, la continuidad de atención de enfermedades previas, y el asegurar el acceso a pensiones no contributivas en caso de que corresponda. La incorporación de consultorios post COVID-19 ayudará a identificar a que pacientes se les debe llevar a cabo un seguimiento específico para tratar secuelas asociadas, así como prevenir y detectar precozmente eventos posteriores derivados de la infección. Además, en el marco del revinculación paciente/sistema de salud, es una gran oportunidad para otorgar acceso a estrategias promo preventivas acorde a su edad y género.

Para conseguir un modelo protocolizado, consensuado y multidisciplinar es necesario el diseño de un Modelo asistencial para la atención integral del paciente post COVID-19, adaptado a las especificidades de cada institución o región sanitaria, con el objetivo de generar y fortalecer la red de atención.

Esperamos también que la implementación del programa contribuya a la generación de evidencia acerca de la caracterización clínica, la evolución, etc., brindando áreas de oportunidad en la generación de líneas de investigación para el desarrollo de proyectos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. MANIFESTACIONES PERSISTENTES DE LA COVID-19 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
2. Consenso Interdisciplinario de Rehabilitación para Personas Adultas Post COVID-19. Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación SOCHIMFYR
3. LIVING WITH COVID19 SECOND REVIEW Tuesday 16th March 2021. NIHR
4. Evaluating and Caring for Patients with Post-COVID Conditions: Interim Guidance. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. CDC. June 2021
5. Das Neves AV, et al, Symptom burden and health-related quality of life among intensive care unit survivors in Argentina: A prospective cohort study, J Crit Care (2015),
6. Busico M, das Neves A, Carini F, Pedace M, Villalba D, Foster C, García Urrutia J, Garbarini M, Jereb S, Sacha V, Estenssoro E. Follow-up program after intensive care unit discharge. Med Intensiva (Engl Ed). 2019 May;43(4):243-254. English, Spanish.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Managing the long-term effects of COVID-19. Edinburgh: SIGN; 2020
8. GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE LONG COVID/COVID PERSISTENTE. SEMG. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) - LONG COVID ACTS
9. Recomendación práctica para la atención al paciente con LONG COVID/ COVID PERSISTENTE. Milione, Zylberman M, Valentini R, Salomon S, Mirofsky M, Pollan J, Sabio R, Savia A, Valdez P, Romani A, Camera L, Schejtman A, Malfante P. Miembros del Consejo COVID 19 Sociedad Argentina de Medicina
10. Assessment and Testing. Evaluating and Caring for Patients with Post-COVID Conditions: Interim Guidance. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. CDC. June 2021.
11. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención: Argentina 2016. - 1a ed. 1a reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles: Organización Panamericana de la Salud; Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2017.
12. Amsalem D, Dixon LB, Neria Y. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak and mental health: current risks and recommended actions. JAMA Psychiatry 2021; 78: 9-10.
13. Carod-Artal F.J. Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. REV NEUROL 2021; 72:384-396.
14. Tomasoni D, Bai F, Castoldi R, Barbanotti D, Falcinella C, Mulè G, et al. Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: a cross-sectional study in Milan, Italy. J Med Virol 2021; 93: 1175-9.
15. "Informe sobre Salud Mental post COVID-19 - Hospitales Generales" Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de género, agosto 2021.

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**