



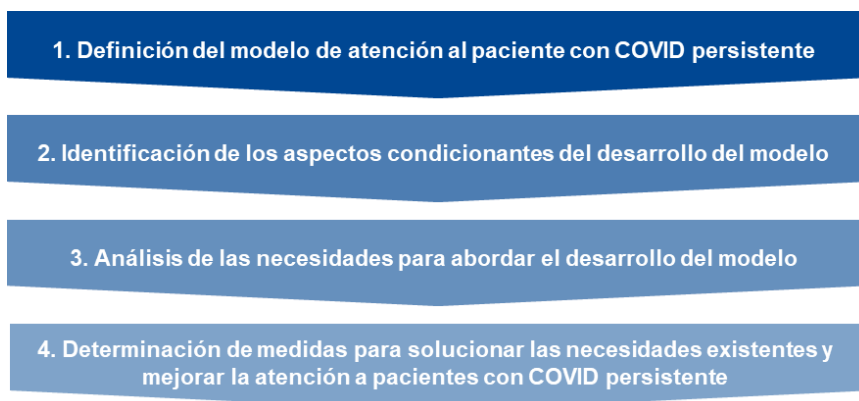
6 Definición estratégica del abordaje de COVID persistente

Partiendo del análisis realizado, la Estrategia de COVID persistente se plantea y desarrolla con la prioridad de dar respuesta a la situación de un elevado número de pacientes cuyo estado de salud y calidad de vida ha quedado mermado tras la infección. A su vez, la estrategia pretende servir de soporte a los profesionales sanitarios para lograr que sus actuaciones tengan un impacto positivo y diferencial en la recuperación de estos pacientes.

Como base de la estrategia, se define un **modelo de atención** que estandariza el proceso de abordaje del paciente que acceda a los servicios sanitarios manifestando síntomas una vez transcurridos un mínimo de 90 días desde su infección por COVID-19. El modelo de atención sintetiza todas las actividades a desarrollar por los profesionales sanitarios, su secuenciación y el ámbito de atención adecuado en cada caso, así como las vías de entrada y salida de los pacientes.

Con el fin de lograr una adecuada implantación y ejecución del marco teórico que se plantea, la estrategia incluye el análisis de aquellos **aspectos condicionantes** para su despliegue en la práctica y la identificación de las **necesidades** que surgen a partir de dicho análisis. En función de lo anterior, se determina y planifica la ejecución de un conjunto de **medidas** específicas orientadas a alcanzar una mejora de la situación epidemiológica, de la práctica asistencial y de los resultados en salud logrados en el abordaje de pacientes con COVID persistente (Figura 1).

Figura 1. Fases de la definición de la Estrategia de COVID persistente de Canarias



Fuente: Elaboración propia.

Con el objetivo de contar con una visión global de cada uno de estos elementos, el desarrollo de estas fases se ha llevado a cabo a través de la realización de talleres y entrevistas con la participación de un **equipo multidisciplinar** compuesto por 30 componentes de diferentes perfiles, servicios y ámbitos asistenciales. De este modo, se incorpora la visión integral de los profesionales que participan en la atención al paciente con COVID persistente y de los pacientes afectados (ver Relación de participantes).

Asimismo, se ha revisado numerosa bibliografía relevante con el fin de contrastar y validar los mensajes surgidos durante la realización de entrevistas y talleres con las fuentes de datos públicas y la evidencia científica disponible (ver Anexo A. Enfoque metodológico de la Estrategia).



6.1 Definición del modelo de atención al paciente con COVID persistente

El modelo de atención al paciente con COVID persistente se define con el objetivo de integrarlo en la actividad ordinaria que llevan a cabo los profesionales sanitarios para la atención al conjunto de patologías y problemas de salud que afectan a la población, a la vez que se tienen en consideración las características que diferencian al COVID persistente de otras patologías, principalmente la variabilidad de su sintomatología y la dificultad que plantea su diagnóstico. A su vez, el modelo pretende dar respuesta a las necesidades de los pacientes con COVID persistente de forma eficaz, eficiente y sostenible en el tiempo.

La metodología empleada para la definición del modelo estructura la atención al paciente en dos subprocesos, bajo la premisa de que la realización de un diagnóstico diferencial de exclusión y la pauta de un abordaje terapéutico y/o rehabilitador personalizado a las necesidades de cada caso son los principales elementos que caracterizan el abordaje de COVID persistente.

El **Subproceso 0. Detección precoz y diagnóstico de COVID persistente** abarca todas las actividades que los profesionales sanitarios llevan a cabo desde la entrada del paciente en el modelo hasta la obtención de un diagnóstico de COVID persistente. Se identifican dos posibles vías de entrada:

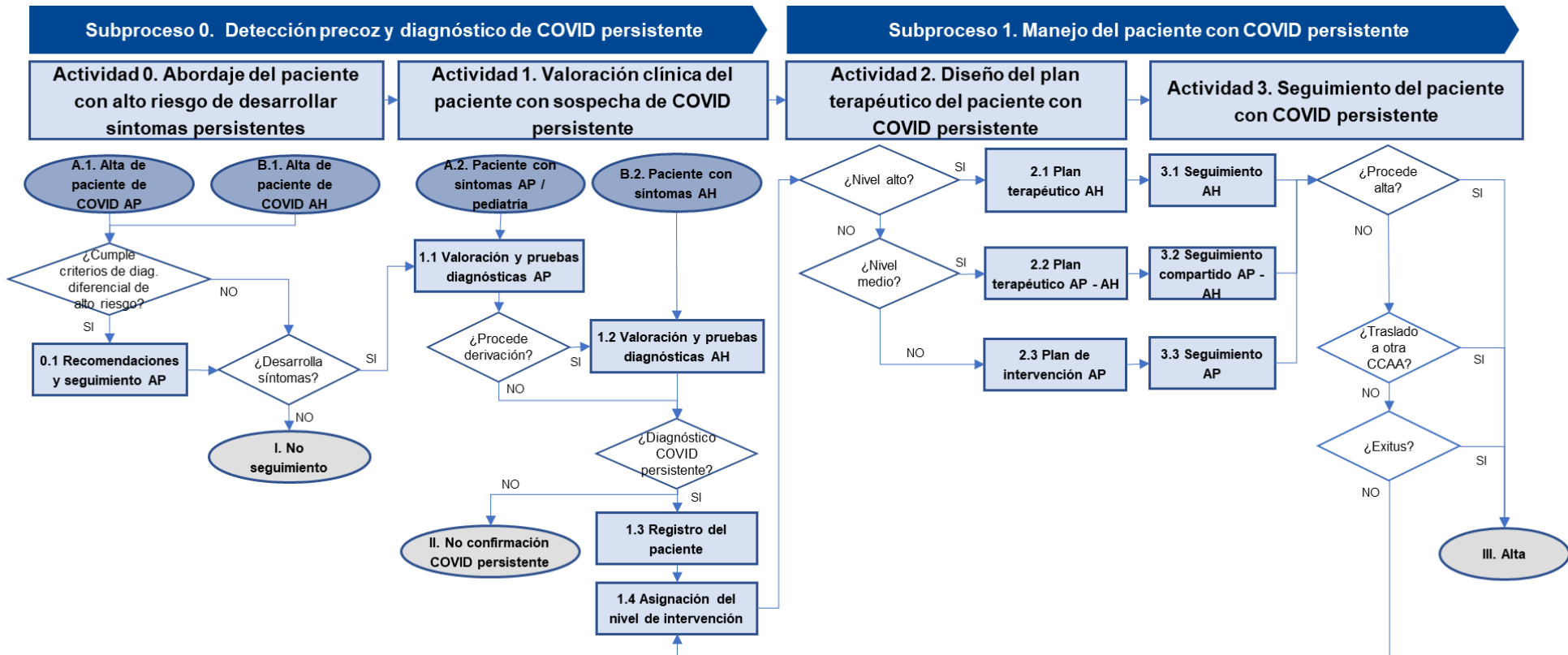
- Atención Primaria: Paciente en fase posviral que acude para atención médica o de enfermería en Atención Primaria y que manifiesta síntomas una vez transcurridos noventa días desde el inicio de la infección.
- Atención Hospitalaria: Paciente en fase posviral que acude a una consulta externa de AH y que manifiesta síntomas y/o secuelas una vez transcurridos noventa días desde el inicio de la infección.

La entrada a estos servicios sanitarios puede realizarse:

- Directamente por iniciativa propia de los pacientes tras manifestar síntomas.
- Procedentes de los servicios de urgencias, por recomendación de los profesionales encargados de su atención.
- Procedentes de un ingreso hospitalario, por recomendación de los profesionales encargados de su atención.

El **Subproceso 1. Manejo del paciente con COVID persistente** comprende las actividades realizadas desde el momento en que se ha obtenido el diagnóstico hasta la salida del sistema. Dicha salida puede deberse a la alta médica del paciente, a su fallecimiento o a su traslado a otra comunidad autónoma.

El desarrollo de los dos subprocesos se desglosa en la ejecución de cuatro actividades que a su vez incluyen las tareas realizadas para abordar las diferentes fases en las que se estructura la atención sanitaria: detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Nota: El termino AH se refiere a la actividad llevada a cabo en el ámbito hospitalario y en los Centros Ambulatorios de Especialidades (CAEs).



6.1.1 Subproceso 0. Detección precoz y diagnóstico de COVID persistente

Actividad 0. Abordaje del paciente con alto riesgo de desarrollar síntomas persistentes

Tarea 0.1. Recomendaciones y seguimiento AP

A los pacientes que superen la infección y que sean clasificados como pacientes de alto riesgo debido al hecho de haber requerido ingreso hospitalario y/o presentar factores de riesgo que induzcan a los profesionales a estimar un elevado riesgo de desarrollar síntomas persistentes, se les realiza una serie de recomendaciones para fomentar su autocuidado en los meses posteriores al alta.

Asimismo, se planifica una consulta de control en Atención Primaria, cuya conveniencia podrá ser determinada o descartada por cribado telefónico posterior. Además, si se considera necesario, se programa la realización de pruebas de control y consultas de seguimiento al paciente en el ámbito hospitalario.

Para el correcto desarrollo de esta tarea y otras posteriores, se diseñará un sistema de estratificación que clasifique a los pacientes en función de su riesgo clínico y delimite la participación de los diferentes ámbitos asistenciales a lo largo de todo el proceso de atención, empleando como punto de partida la situación clínica del paciente al alta (ver *5.4. Medidas para solucionar las necesidades existentes y mejorar la atención a pacientes con COVID persistente*).

Actividad 1. Valoración clínica del paciente con sospecha de COVID persistente:

Tarea 1.1. Valoración y pruebas diagnósticas AP

Cuando un paciente que manifieste síntomas persistentes a partir de los 90 días de la infección acude al centro de AP, se realiza una valoración inicial considerando historia clínica, sintomatología y capacidad funcional, en función de los algoritmos y guías clínicas que se diseñen (ver *5.4 Medidas para solucionar las necesidades existentes y mejorar la atención a pacientes con COVID persistente*). Asimismo, se llevan a cabo las exploraciones complementarias necesarias para determinar la posible prevalencia de otras patologías que pudieran ser compatibles con el cuadro clínico que presente el paciente, dentro del marco que establece el Catálogo de pruebas diagnósticas accesibles para Atención Primaria [26].

Los profesionales de AP tienen a su disposición herramientas para la realización de interconsultas que permitan una primera valoración de los pacientes que manifiesten un síntoma de manera predominante por parte de los profesionales del servicio médico correspondiente en el ámbito de la AH (Neumología, Neurología, Psiquiatría...).

Tarea 1.2. Valoración y pruebas diagnósticas AH

Cuando se cumplen los criterios correspondientes, el paciente puede ser derivado al especialista de AH considerado como el más adecuado para su atención. Igualmente, un paciente puede acceder a las consultas de AH procedente de los servicios de urgencias o como parte de su seguimiento tras un ingreso hospitalario.



Se realiza la valoración inicial por parte del facultativo de AH, partiendo de la información proporcionada por parte del profesional de AP, y se llevan a cabo las pruebas diagnósticas y de análisis clínico necesarias para el descarte de otras patologías y la justificación de la persistencia de síntomas. A la hora de establecer un diagnóstico de COVID persistente, prevalece el criterio del profesional acerca de la relevancia clínica de los síntomas que manifiesta el paciente.

Tarea 1.3. Registro del paciente

En caso de que los profesionales sanitarios lleguen a la conclusión diagnóstica de COVID persistente, se registra en la Historia Clínica del Paciente el código *U09.9 Condición de salud posterior a COVID-19, no especificada*.

Entre las medidas previstas en la presente estrategia se encuentra el desarrollo de un Registro de COVID persistente de Canarias que incorporará los casos de COVID persistente procedentes de la historia clínica electrónica, tanto de AP como de AH (ver *6.4. Medidas para solucionar las necesidades existentes y mejorar la atención a pacientes con COVID persistente*).

Tarea 1.4 Asignación del nivel de intervención

En base al sistema de estratificación del riesgo definido, se establece si el nivel de intervención que debe seguir el paciente es alto, medio o bajo. En función de esta clasificación, el tratamiento y seguimiento posterior se lleva a cabo con una mayor o menor periodicidad y con la intervención de AP, AH o ambos ámbitos de manera simultánea y coordinada.

6.1.2 Subproceso 1. Manejo del paciente con COVID persistente

Actividad 2. Diseño del plan terapéutico del paciente con COVID persistente:

El diseño del plan terapéutico se basará en los criterios que se establezcan en las guías que el SCS Salud promueva entre los profesionales (ver *5.4 Medidas para solucionar las necesidades existentes y mejorar la atención a pacientes con COVID persistente*).

Tarea 2.1. Plan terapéutico AH

Se prevé que el nivel de riesgo alto incluya pacientes con características de fragilidad, comorbilidad crónica y que generalmente hayan requerido una hospitalización prolongada o incluso ingreso en UCI durante su periodo de infección. Un plan de intervención adecuado a la situación de estos pacientes puede requerir diversos tipos de actuaciones: tratamiento farmacológico (teniendo en cuenta posibles efectos adversos), apoyo psicológico, sesiones de rehabilitación, terapia ocupacional, etc. Asimismo, el plan puede abordar la reducción de factores de riesgo que pudieran dar lugar a un agravamiento de la situación del paciente, haciendo hincapié en la adopción de hábitos de vida saludables.

Por tanto, el tratamiento de estos pacientes requiere de una intervención coordinada entre profesionales de diferentes especialidades, con el apoyo del personal de enfermería. El facultativo especialista que haya llevado a cabo el diagnóstico y al que corresponda el tratamiento de los síntomas predominantes en el paciente lleva a cabo las interconsultas con otras especialidades para proporcionarle al paciente la pauta de



un tratamiento completo y adecuado a sus necesidades. Asimismo, realiza las derivaciones que considere necesarias a otras especialidades.

Tarea 2.2. Plan terapéutico AP - AH

Se prevé que se consideren pacientes de riesgo medio a aquellos que presenten factores de riesgo, manifiesten su sintomatología con una intensidad considerada como grave y/o hayan sufrido una pérdida moderada de su capacidad funcional.

Su tratamiento se pauta por parte de facultativos de Atención Primaria, apoyados en el sistema de interconsultas con AH. En el caso de que la pauta del tratamiento requiera la intervención directa de un profesional de AH, se aplican los criterios de derivación correspondientes y se programa una consulta presencial del paciente.

Ambos ámbitos asistenciales promueven el empoderamiento de este tipo de pacientes en su propio tratamiento, siempre que sus profesionales lo consideren viable y recomendable. Por ejemplo, para los pacientes con necesidades de rehabilitación que no hubieran padecido problemas de funcionalidad previa a la infección, existe la posibilidad de recomendarles la realización de programas de rehabilitación que se expliquen y ejemplifiquen en los centros de salud y posteriormente puedan llevarse a cabo de manera autónoma en el hogar del paciente. Asimismo, se les orienta acerca de los motivos y causas por los que deben acudir a su médico de Atención Primaria o servicio de Urgencias durante su periodo de tratamiento y seguimiento.

Tarea 2.3. Plan terapéutico AP

Se prevé que se clasifiquen como pacientes de bajo riesgo a aquellos que manifiesten síntomas persistentes, pero sin presentar factores de riesgo ni haber requerido ingreso hospitalario durante la fase aguda de su infección. El tratamiento de este grupo de pacientes se pauta desde el ámbito de la Atención Primaria, realizando las interconsultas necesarias que puedan requerirse en el desarrollo del tratamiento.

Actividad 3. Seguimiento del paciente con COVID persistente

Tarea 3.1. Seguimiento AH

Los profesionales de AH valoran el grado de adherencia y respuesta al tratamiento, así como la recuperación del paciente de alto riesgo, a través de revisiones periódicas. En cada revisión, se reevalúa el estado de salud y la persistencia de síntomas con el fin de ajustar su tratamiento o proceder al alta del paciente, en caso de recuperación.

La clasificación de los pacientes entre los diferentes grupos de riesgo es dinámica y flexible. Durante las revisiones, el profesional reevalúa la inclusión del paciente en un grupo u otro. Asimismo, a la hora de establecer el alta del paciente, a la hora de establecer un diagnóstico de COVID persistente, predomina el criterio del facultativo correspondiente, en base a criterios clínicos de impacto de la afectación en el estado de salud del paciente.

Tarea 3.2. Seguimiento AH – AP

Los profesionales de AP llevan a cabo el seguimiento de pacientes con riesgo medio, programando consultas presenciales. En caso de empeoramiento o no mejoría de su estado, se valora la realización de una interconsulta, la programación de una cita con los profesionales de AH o incluso se insta a los pacientes que lo precisen a acudir al servicio de Urgencias.



Tarea 3.3. Seguimiento AP

Los equipos de AP realizan el seguimiento de pacientes de riesgo bajo mediante consultas de revisión, pudiendo apoyarse en procedimientos de triaje telefónico que permitan priorizar la atención presencial a los pacientes de riesgo medio y evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes de riesgo bajo.



6.2 Aspectos condicionantes del desarrollo del modelo

La implantación efectiva del modelo de atención al paciente con COVID persistente se desarrolla en un contexto atípico, debido a las consecuencias que la pandemia ha provocado en nuestro sistema sanitario y a las características de esta afectación, muy diferentes a otras patologías.

Debido a esto, como parte de la metodología planteada, se ha llevado a cabo un ejercicio de reflexión acerca de los condicionantes que influyen en su puesta en marcha, identificándose los siguientes:

1 Perfil heterogéneo del paciente con COVID persistente.

La elevada variedad de síntomas y características del paciente con COVID persistente dificulta tanto la realización de un diagnóstico de exclusión, como la pauta de los planes terapéuticos adecuados a cada caso (ver 3. *¿Qué es COVID persistente?*).

2 Diversidad en la necesidad real de intervención sanitaria para la recuperación del paciente con COVID persistente.

Las estimaciones cifran en aproximadamente 33.000 el número de personas con COVID persistente en Canarias. Las investigaciones realizadas evidencian que el nivel de necesidad de intervención en estos pacientes por parte de los servicios sanitarios es variable: mientras que algunos pacientes se recuperan sin apenas intervención profesional, otros requieren un abordaje con un elevado grado de participación de los profesionales [27, 28, 29].

Por otra parte, el nivel de sobrecarga asistencial de los servicios sanitarios se ha acentuado durante el periodo de la pandemia, dando lugar a un incremento de los plazos habituales para el abordaje de otros problemas de salud.

Teniendo en cuenta lo indicado, el desarrollo del modelo de atención al paciente con COVID persistente, en un marco de sostenibilidad y complementariedad con la atención médica al resto de patologías que afectan a la población, requiere priorizar el abordaje de los pacientes cuyo diagnóstico de COVID persistente posibilite un abordaje con impacto diferencial en sus resultados en salud, frente al abordaje asistencial de la sintomatología ante falta de diagnóstico. Durante el desarrollo de la atención, debe prevalecer el criterio del profesional clínico respecto de esta cuestión, teniendo en cuenta factores como las características del paciente, la intensidad de la sintomatología o la pérdida de capacidad funcional que se haya sufrido o se estime sufrir. Asimismo, resulta fundamental el papel del personal de enfermería, como elemento clave en el control del paciente con patología crónica estable, la promoción de hábitos saludables y el fomento de los autocuidados.



3 Evidencia científica dispersa y heterogénea.

El COVID persistente es un problema de salud emergente, que ha surgido en un contexto de pandemia, con la consecuente sobrecarga de los sistemas sanitarios no sólo en cuanto a su actividad asistencial, sino también en lo referente a su labor investigadora. Por tanto, a pesar del esfuerzo de la comunidad científica, la evidencia existente al respecto es aún dispersa y sus resultados son dispares, por lo que actualmente existen numerosas incertidumbres respecto al adecuado abordaje y manejo de estos pacientes.

Como resultado de lo anterior, el grado de desarrollo e implantación de herramientas y recursos de apoyo hacia profesionales y pacientes, tales como guías clínicas, material online para el autocuidado, aplicaciones móviles, etc., es escaso.

4 Infradiagnóstico de personas que han tenido COVID-19

Durante las primeras etapas de la pandemia, la ausencia de métodos fiables y contrastados científicamente para la detección de pacientes con infección por SARSCoV-2 dificultó de manera significativa a los sistemas sanitarios el manejo de la situación, por desconocer su magnitud real. Asimismo, en etapas posteriores se han aplicado cambios en los criterios de realización de pruebas de detección (test de antígenos / PCR), adaptándolos a las nuevas necesidades para la gestión de la pandemia.

Debido a esto, se debe considerar la existencia de un conjunto poblacional en cuya historia clínica no conste el haber padecido COVID, pese a que realmente sí haya ocurrido este hecho.

Esto supone una barrera a salvar en la realización de un correcto diagnóstico de COVID persistente por parte de los profesionales.

5 Retrasos en la atención por los servicios de Atención Hospitalaria y Atención Primaria debido a las listas de espera.

Algunas de las consecuencias de la pandemia, como la concentración de los esfuerzos de los sistemas sanitarios en su abordaje, el confinamiento de la población y la sensación de miedo a acudir a centros sanitarios, dieron lugar a cierto retraso en el abordaje de otros problemas de salud.

Posteriormente, en un contexto de mayor estabilidad y un alto porcentaje de población vacunada, esto se ha traducido en un incremento de la demanda asistencial, impactando sobre los plazos de espera de la atención sanitaria.



6.3 Necesidades para abordar el desarrollo del modelo

Para mitigar el impacto de los condicionantes en la puesta en marcha del modelo de atención al paciente con COVID persistente, se han identificado un conjunto de necesidades cuyo abordaje resulta esencial:

1 **Prevenir la infección por COVID-19 e impulsar el abordaje precoz de síntomas persistentes.**

La gestión de las enfermedades que se caracterizan por su prolongación en el tiempo, como es el caso del COVID persistente, requiere de un alto consumo de recursos sanitarios, siendo este factor especialmente trascendente en el contexto de sobrecarga asistencial descrito a lo largo del presente documento. Esto se suma a su impacto en la salud y calidad de vida de las personas y a la dificultad de su diagnóstico y tratamiento como aspectos que acentúan la importancia de su prevención y abordaje precoz.

Actualmente, no existe evidencia científica acerca de la existencia de factores predictivos del desarrollo de síntomas persistentes en casos de personas que contraen el COVID-19. Además, las investigaciones realizadas sugieren que hay menos probabilidades de que las personas que están vacunadas y se infectan por el virus (infección en vacunados) notifiquen afecciones posteriores al COVID-19, respecto de las personas que no están vacunadas [30]. Por tanto, el enfoque actual de su prevención debe basarse en evitar la propia infección de origen.

2 **Potenciar el empleo de los recursos de los que disponen los profesionales de Atención Primaria para el diagnóstico y tratamiento de COVID persistente.**

La gestión de la mayoría de los casos de COVID persistente se realiza desde el ámbito de la Atención Primaria, con un abordaje integral y con visión biopsicosocial, y con el apoyo de los profesionales de salud mental, rehabilitación y trabajo social [31, 32]. Por tanto, resulta de especial relevancia poner a su disposición las herramientas adecuadas para impulsar su resolutivez y optimizar el empleo de los recursos disponibles en los centros de atención primaria.

3 **Evitar el diagnóstico erróneo de COVID persistente.**

La definición de COVID persistente especifica que los síntomas pueden persistir desde la enfermedad inicial o ser de nueva aparición después de la recuperación de un episodio agudo de COVID (ver 3. ¿Qué es COVID persistente?). En base a este factor y a la amplia variedad de síntomas que se manifiestan, existe un riesgo real de diagnóstico erróneo de COVID persistente si no se realiza el proceso de diagnóstico con el enfoque adecuado, con los perjuicios que esto puede llegar a suponer respecto al tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Dicho enfoque debe tener en cuenta el antecedente de haber sufrido COVID, realizando un diagnóstico diferencial con otras patologías. Algunas alternativas también pueden ser consecuencia directa de haber padecido COVID, como el desarrollo de fibrosis pulmonar en pacientes con neumonía tras el alta hospitalaria [33].



4 Dotar a los profesionales de herramientas para la pauta y aplicación de los planes terapéuticos y de rehabilitación adecuados a cada paciente con COVID persistente.

Cuando surge un nuevo problema de salud, los sistemas sanitarios deben evaluar el grado de adecuación de los recursos de los que disponen para la aplicación de los planes terapéuticos y de rehabilitación que los pacientes puedan requerir.

Tanto a nivel nacional como internacional, se están invirtiendo importantes esfuerzos en desarrollar procedimientos, protocolos y materiales que sirvan de soporte a los profesionales en el abordaje de pacientes con síntomas persistentes tras infección por COVID. No obstante, estas herramientas no siempre llegan a ponerse a disposición de los profesionales, debiéndose planificar actuaciones específicas con dicho fin.

5 Optimizar los circuitos de atención y el intercambio de información entre ámbitos para el abordaje del COVID persistente.

En consonancia con el modelo propuesto, el paciente con COVID persistente debe poder acceder a una atención integral y multidisciplinar, en función de las necesidades de cada caso. Debido al escaso conocimiento científico acerca de este problema de salud, cobra especial interés el adecuado empleo de los mecanismos y herramientas que aseguren la coordinación y comunicación entre especialidades y entre los diferentes ámbitos asistenciales, potenciando el apoyo mutuo entre profesionales.

6 Corresponsabilizar a los pacientes en la aplicación de su plan terapéutico.

La extensión en el tiempo de cualquier enfermedad conlleva una mayor responsabilidad del paciente respecto a la adherencia al tratamiento y a la autogestión de la enfermedad. Esto permite a los sistemas sanitarios optimizar recursos, contribuir a un mejor autocuidado de la enfermedad, facilitar una menor carga asistencial y mejorar los resultados en salud.

En el caso de COVID persistente, existe un amplio margen para impulsar que una participación activa en su propio tratamiento del paciente, siempre teniendo en cuenta las variables que determinan su mayor o menor dependencia respecto a los profesionales sanitarios: comorbilidades, tipología, intensidad y persistencia de los síntomas, impacto funcional, etc.

7 Impulsar el conocimiento acerca del COVID persistente entre los profesionales y hacia la sociedad.

El aumento de la evidencia científica respecto a COVID persistente permitirá una mejora progresiva de las carencias y dificultades asistenciales a las que hacen frente los profesionales sanitarios para su abordaje, así como un aumento de la sensibilización social respecto a esta afectación. Para ello, resulta especialmente relevante la adecuada comunicación hacia todas las partes implicadas acerca de los avances que se vayan produciendo en este sentido.



6.4 Medidas para solucionar las necesidades existentes y mejorar la atención a pacientes con COVID persistente

Como resultado del análisis realizado anteriormente, la Estrategia de COVID persistente establece un conjunto de 28 medidas orientadas a solventar las necesidades identificadas, facilitando la puesta en marcha del modelo de atención y la mejora de la atención a pacientes con COVID persistente:

Necesidad	1. Prevenir la infección por COVID-19 e impulsar el abordaje precoz de síntomas persistentes.
Medidas	
1.1	Promover la vacunación entre la población considerando la evidencia científica en cada momento.
1.2	Impulsar campañas de sensibilización y concienciación para la prevención de la infección por COVID-19 y secuelas.
1.3	Diseñar un modelo de clasificación de pacientes en función de su situación clínica, basado en sus características y factores de riesgo.
1.4	Definir procedimientos de control clínico a pacientes con antecedentes de riesgo a través de las vías y canales disponibles, incluyendo la prevención de secuelas relacionadas con la salud mental.

Necesidad	2. Potenciar el empleo de los recursos disponibles por los profesionales de Atención Primaria para el diagnóstico y tratamiento de COVID persistente.
Medidas	
2.1	Homogeneizar el catálogo de pruebas diagnósticas y de laboratorio solicitables desde Atención Primaria en las diferentes áreas de salud y plantear su ampliación a través de equipos formados por profesionales de Atención Primaria y de las diferentes especialidades de Atención Hospitalaria.
2.2	Impulsar el rol de los profesionales de psicología en Atención Primaria para el tratamiento de síntomas y secuelas en la salud mental de los pacientes.
2.3	Promover la realización de programas en centros de salud y de atención domiciliar que impulsen la participación de enfermería, fisioterapia y trabajo social en el seguimiento de los pacientes.

Necesidad	3. Evitar el diagnóstico erróneo de COVID persistente.
Medidas	
3.1	Definir criterios de valoración clínica y de capacidad funcional del paciente orientados a priorizar el diagnóstico de COVID persistente en los pacientes con un impacto significativo y/o prolongado en el tiempo de la sintomatología en su estado de salud y calidad de vida.
3.2	Desarrollar una guía de abordaje de pacientes en AP con indicaciones concretas y diagramas de flujo hacia pruebas específicas para el diagnóstico de pacientes.



Necesidad	3. Evitar el diagnóstico erróneo de COVID persistente.
Medidas	
3.3	Integrar el COVID persistente en los cuadros de diagnóstico diferencial de otras patologías en las diferentes especialidades y valorar criterios para la realización de pruebas de detección de marcadores en los casos sin diagnóstico previo documentado de COVID-19.

Necesidad	4. Dotar a los profesionales de herramientas para la pauta y aplicación de los planes terapéuticos y de rehabilitación adecuados a cada paciente con COVID persistente.
Medidas	
4.1	Disponer de una guía de tratamiento para pacientes con COVID persistente, en función de su cuadro clínico y características.
4.2	Consensuar con gerencias del SCS los criterios de derivación desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria a los servicios de rehabilitación.
4.3	Llevar a cabo una valoración continuada de los recursos humanos y materiales necesarios en AP y AH para la rehabilitación de pacientes con COVID persistente.
4.4	Promover el desarrollo y empleo de herramientas de telecomunicación entre profesionales y pacientes, así como implantar sistemas de análisis inteligente.
4.5	Valorar con gerencias del SCS la implantación de unidades multidisciplinares y/o consultas monográficas para el seguimiento de los pacientes complejos con COVID persistente que lo precisen.

Necesidad	5. Optimizar los circuitos de atención y el intercambio de información entre ámbitos para el abordaje de COVID persistente.
Medidas	
5.1	Desarrollar acciones orientadas a fomentar el uso de las herramientas existentes de comunicación entre ámbitos.
5.2	Adecuar progresivamente las herramientas de comunicación bidireccionales entre profesionales y ámbitos asistenciales según las necesidades que se vayan detectando.
5.3	Diseñar criterios de derivación bidireccionales entre AP y AH adecuados para cada especialidad en pacientes con sospecha de COVID persistente, accesibles para los profesionales y consensuados por ambos ámbitos.



Necesidad	6. Empoderar a los pacientes en la aplicación de su plan terapéutico.
Medidas	
6.1	Identificar y/o desarrollar materiales y herramientas de soporte que proporcionen recomendaciones y ejercicios de autocuidado en función de la sintomatología, y fomentar su empleo.
6.2	Valorar la evaluación de la adherencia de los pacientes con COVID persistente al tratamiento pactado.
6.3	Impulsar la educación al paciente con antecedentes de riesgo acerca de autocuidados y sobre los signos de alarma ante los que debe solicitar atención médica.
6.4	Promover la mejora de la humanización en la estancia hospitalaria de los pacientes.

Necesidad	7. Impulsar el conocimiento acerca de COVID persistente entre los profesionales y hacia la sociedad.
Medidas	
7.1	Desarrollar acciones formativas en las que se explique entre los profesionales el concepto de COVID persistente y las claves de su abordaje.
7.2	Implantar mecanismos para la actualización de los conocimientos de los profesionales acerca de COVID persistente en base a la nueva evidencia científica.
7.3	Planificar la disponibilidad de los profesionales de material formativo y de los protocolos, procedimientos y herramientas que se desarrollen para la mejora del abordaje de COVID persistente.
7.4	Desarrollar un registro autonómico de pacientes con COVID persistente con el fin de centralizar la información de la situación epidemiológica de Canarias.
7.5	Impulsar la ejecución de proyectos de investigación en el campo de COVID persistente como herramienta para mejorar el conocimiento de la enfermedad.
7.6	Desarrollar materiales y herramientas de acceso público para impulsar el conocimiento y la concienciación acerca de COVID persistente en la sociedad.