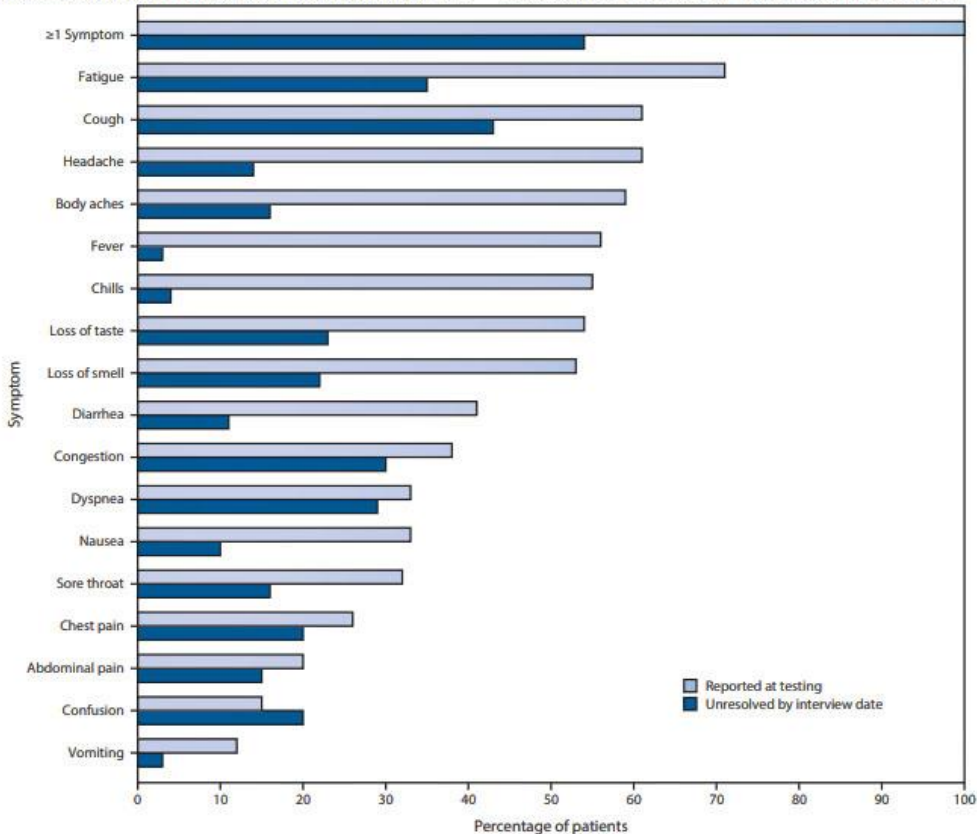


Síntomas persistentes en la COVID-19

FIGURE. Self-reported symptoms at the time of positive SARS-CoV-2 reverse transcription–polymerase chain reaction (RT-PCR) testing results and unresolved symptoms 14–21 days later among outpatients (N = 274)* — 14 academic health care systems,† United States, March–June 2020



Manejo de los síntomas persistentes de COVID-19 en atención primaria

Fieiras C, Panoso Carrasco C.N, Rosell C.I, Ariel Franco J.V.

Revista Evidencia Online 2020. 23 (4)

<http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6895>

Antecedentes: tras la fase aguda de la COVID-19, es frecuente que el paciente siga refiriendo síntomas o malestares relacionados o consecuencia de la enfermedad, especialmente aquellos que han presentado las formas más severas y que han precisado ingreso en la UCI. Si bien en el Reino Unido se ha descrito que el 10% de los pacientes sintomáticos persisten con síntomas durante más de 3 semanas, en EE.UU se referencia que el 35% de los pacientes sintomáticos durante la fase aguda no habían retornado a su estado basal en el momento que se les realizó la entrevista (mediana de 16 días), observándose que esta prolongación de la enfermedad puede presentarse incluso en pacientes que habían sido considerados como leves.

Esta evolución de la enfermedad desconcierta a los pacientes por la multitud de manifestaciones que pueden identificar, agravada por la ausencia de líneas claras de actuación y centros donde solucionen sus problemas, centros que se ven saturados y desorientados ante la falta de evidencia.

Definiciones:

- COVID-19 **postagudo o prolongado:** enfermedad multisistémica tras el cuadro agudo que se prolonga entre las semanas 3-12 tras el inicio de los primeros síntomas.
- COVID-19 **crónico:** persistencia de síntomas tras 12 semanas desde la aparición de los primeros síntomas.

Implicaciones para la Atención Primaria

- Todos los afectados por COVID-19 prolongada ha de tener acceso a la atención adecuada disponiendo, preferiblemente, de un responsable de referencia.
- Debe minimizarse la carga de la enfermedad que soporta el paciente con vías de atención bien diseñadas y criterios explícitos de derivación.
- Muchos de los pacientes, especialmente aquellos que presentaron formas leves de la enfermedad y que no precisaron de hospitalización, se recuperaran en un periodo corto (4-6 semanas) con ejercicios aeróbicos realizados con progresivo aumento de la intensidad.
- El abordaje ha de ser integral, proporcionando la continuidad de la atención y disponiendo de equipos multidisciplinares de apoyo (fisioterapeuta, cardiólogo, neumólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo y neurólogo), sin olvidar la responsabilidad que el propio paciente ha de asumir en su recuperación.
- Actitud proactiva por parte de los equipos clínicos para profundizar en el conocimiento de esta nueva enfermedad, creando protocolos basados en la evidencia que pueda homogeneizar la atención a estos pacientes.

Síntomas y complicaciones asociados al COVID-19 post-agudo	
Tos	Crónica si persiste > 8 semanas. Salvo signos de sobreinfección u otras complicaciones, ejercicios de control de la respiración y medicación si estuviera indicada (p.ej. medicación ante sospecha de reflujo gastroesofágico).
Disnea	Su recuperación puede prolongarse en el tiempo. Riesgo de deterioro de la función pulmonar.
Rehabilitación Pulmonar	Entrenamiento físico, educación y modificación del comportamiento para mejorar la condición física y psicológica.
Fatiga	Con remisiones y recaídas. Realizar ejercicio con precaución, reduciéndolo ante fiebre, disnea, fatiga intensa o dolores musculares
Cardiopulmonares	Miocarditis, pericarditis, infarto de miocardio, arritmias y embolia pulmonar, que pueden presentarse semanas después del cuadro agudo (80% de las ocasiones en forma oculta), con mayor frecuencia en sujetos con cardiopatía previa pero también en sujetos jóvenes previamente sanos.
Dolor en el pecho	Diferenciar los musculo-esqueléticos e inespecíficos de las afecciones cardiovasculares
Tromboembolismo	Duración de la hipercoagulabilidad incierta. Muchos pacientes con tromboprofilaxis durante 10 días tras el alta. Individualizar según riesgo.
Disfunción Ventricular	Tratamiento habitual de la disfunción sistólica y la insuficiencia cardíaca. Evitar el ejercicio intenso durante tres meses tras miocarditis o pericarditis.
Síndrome de Taquicardia ortostática postural	Con disautonomía (POTS), gran y anormal aumento de la frecuencia cardíaca al adquirir la posición ortostática desde el supino.
Secuelas neurológicas	Frecuentemente cefalea, mareos y abotargamiento. Ictus, convulsiones, encefalitis y neuropatías se han descrito tras COVID-19.
Salud mental	Ansiedad, estrés, ruptura de la rutina, soledad, aislamiento, desánimo, la desesperanza, insomnio. Estrés postraumático en trabajadores de la salud y en cuidadores
Paciente mayor	Alto riesgo de sarcopenia, desnutrición, depresión, delirio y dolor crónico, además de mayor impacto psicosocial de la interrupción del acceso a la atención médica, las rutinas personales básicas, las interacciones sociales y las redes de apoyo profesional. Individualizar su abordaje.

Pruebas requeridas en el abordaje de la COVID-19 post-aguda

- **Evaluación clínica minuciosa** (signos vitales, auscultación respiratoria y cardíaca, pulsioximetría)

- **Analítica:** la mayoría de los pacientes no precisarán de pruebas analíticas durante su seguimiento.

- Excluir anemia ante la persistencia de disnea.

- Valorar realizar pruebas que son características en la fase aguda y que pudieran ayudar en el seguimiento de la fase post-aguda (recuento leucocitario, proteína C reactiva, péptidos natriuréticos, ferritina, troponina y dímero-D).

- **Radiología:** en los que tuvieron enfermedad importante sin ingreso en UCI, la British Thoracic Society propone radiografía del tórax a las 12 semanas y la derivación a especialista ante síntomas nuevos, persistentes, progresivos o con evidencia de daño pulmonar.

Pulsioximetría: realizar prueba de desaturación al esfuerzo en la evaluación inicial para pacientes con Sat.O2 \geq 96% con síntomas (mareos o disnea severa durante el ejercicio).

- Se debe repetir la lectura del oxímetro después de reposar un minuto tras caminar 40 pasos (caída del 3% de la saturación es anormal y requiere investigación).

- Sería deseable que todos los pacientes dispusieran de un pulsioxímetro mientras dure el seguimiento, recomendándose una lectura diaria tras 20 minutos de descanso, registrando la lectura más alta entre las obtenidas.