

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

Management of persistent symptoms of COVID-19 in primary care

## Traducido, adaptado y comentado de:

Greenhalgh T, et al. *BMJ* 2020;370:m30261. PMID: 32784198<sup>1</sup> y Ladds E, et al. *medRxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.13.20211854><sup>2</sup>

## Introducción

Este artículo se enfoca en el paciente con una recuperación prolongada tratado ambulatoriamente. Fue realizado mediante una revisión narrativa de la evidencia (búsquedas en Pubmed y el uso de revisiones sistemáticas vivas) y la consulta a pacientes con síntomas persistentes.

## Definición de COVID-19 postagudo

El COVID-19 postagudo o prolongado es una enfermedad multisistémica que procede al cuadro agudo leve. Se lo define como el cuadro que se extiende más allá de las tres semanas desde el inicio de los primeros síntomas y hasta 12 semanas, plazo luego del cual se lo denomina COVID-19 crónico.

## ¿Qué tan común es este síndrome?

En el Reino Unido se estimó que el 10% de los pacientes permanecen sintomáticos por más de tres semanas. Este porcentaje es inferior al citado en otros estudios con presentaciones iniciales más graves de la enfermedad. En los EE.UU. se informó que el 65% de los pacientes se recuperaba tras 14 a 21 días de una prueba de detección de SARS-CoV-2 positiva.

## La perspectiva de los pacientes

En el artículo de Greenhalgh et al, se incluye el relato de un paciente afectado por COVID-19 post-agudo. A continuación, presentamos relatos de pacientes de Argentina que atravesaron este problema de salud.

“Empecé el día 9 de mayo y tuve el alta el 30 de mayo y después del alta empezaron los problemas un poco más constantes. Lo cursé en casa, una sola vez tuve 37.5 de fiebre, el resto de los días mi fiebre fue muy baja. Los dolores de garganta eran todas las mañanas después del covid. Otro de los síntomas que tengo constantemente es el dolor de cabeza muy leve. Mis placas están totalmente limpias, el covid a mí no me tocó los pulmones. Tengo dolor de pecho constante pero lo siento más muscular que otra cosa. Yo nunca tuve mareos, lo que tengo es falta de estabilidad, caminando me voy de costado. Ya los hice parte de mi vida todos estos síntomas.”

*Mujer de 43 años, previamente sana*

“Comencé los síntomas el primero de septiembre, con dolor de garganta, fiebre y dolor de cabeza. Después tuve tos, pérdida del olfato, dolores musculares y mucha fatiga. Al día 7 tuve una recaída con mucho cansancio y dolor muscular. A los 10 días me dieron el alta, pero seguía sin poder oler nada. A

las tres semanas salía a caminar tres cuadras y me agitaba. Ya pasó casi un mes y sigo cansada, sin poder hacer la actividad física de antes y agitándome cuando camino más rápido, si bien estoy bastante mejor que antes.”

*Mujer de 40 años, previamente sana*

“Empecé el 18 de junio: estuve con una semana de fiebre, los primeros 4 días fueron con 38.5 y después me quedó una febrícula, después perdí el olfato y perdí el gusto. Tuve mucha tos después de la primera semana y habiendo pasado ya tres semanas del primer síntoma tuve una recaída muy fuerte. Me diagnosticaron neumonía. Tuve todos los síntomas: tuve fiebre muy alta, la fiebre me provocó una deshidratación, sed, dolor de garganta, tuve neumonía, cansancio extremo (fueron casi dos meses y medio tres que no lo podía manejar), me agité mucho y lo que no tuve fue diarrea. Actualmente tengo tos y del cansancio me siento mejor.”

*Mujer de 23 años, previamente sana*

“Me contagié por mi esposo. El día sábado 11 de julio a la mañana comencé con 37.5/38 hasta 39 al mediodía, donde me hacen el hisopado. Empecé con dolor de espalda, mucha tos, mucho decaimiento, me agitaba, me faltaba el aire. Me llevaron a un hotel 7 días y de ahí estuve 7 días más encerrada en mi casa. Esas dos semanas, los primeros tres días fueron de mucha tos, mucho cansancio, me faltaba el aire, no podía hablar mucho, estuve muy inapetente. Después del tercer/cuarto día ya no tuve más fiebre, la tos disminuyó, lo que sí persistió hasta mediados de septiembre fue el cansancio.”

*Mujer de 39 años, previamente sana*

## ¿Por qué algunas personas se ven afectadas?

No se sabe por qué se prolonga la recuperación de algunas personas. Podrían contribuir varios factores, como la viremia persistente por una respuesta de anticuerpos débil o ausente, la recaída o la reinfección, el desarrollo de reacciones inflamatorias y otras reacciones inmunes, el desacondicionamiento físico y factores emocionales, como el estrés postraumático.

## ¿Cuáles son los síntomas de COVID-19 postagudo?

El COVID-19 leve puede estar asociado con síntomas como tos, febrícula y fatiga, los cuales pueden presentar recaídas y remisiones. Otros síntomas persistentes reportados incluyen disnea, dolor de pecho, cefalea, dificultades neurocognitivas, dolores y debilidad musculares, malestar gastrointestinal, erupciones cutáneas, alteraciones metabólicas, enfermedades tromboembólicas, depresión y otras enfermedades mentales.

## ¿Qué pruebas se requieren?

Después de una evaluación clínica minuciosa (signos vitales, auscultación respiratoria y oximetría de pulso), es posible que el paciente no necesite ninguna prueba adicional. En pacientes con disnea debe excluirse la presencia de anemia. La linfopenia es característica del COVID-19 agudo y grave, como así también la presencia de biomarcadores elevados, como la proteína C reactiva, la leucocitosis, los péptidos natriuréticos, la ferritina, la tropoina y el dímero D. En quienes no requirieron cuidados intensivos pero tuvieron enfermedad respiratoria significativa, la British Thoracic Society propone realizar un seguimiento con radiografía de tórax a las 12 semanas y la derivación para paciente con síntomas nuevos, persistentes, progresivos o con evidencia de daño pulmonar.

## Apoiando la recuperación de COVID-19

Después de excluir las complicaciones o comorbilidades graves, los pacientes deben recibir un tratamiento sintomático con apoyo holístico. La derivación al especialista para rehabilitación no parece ser necesaria para la mayoría de los pacientes. La mayoría de los pacientes que no ingresaron en el hospital se recuperan bien con cuatro a seis semanas de ejercicio aeróbico ligero, aumentando gradualmente su intensidad, aunque puede haber episodios de recaída sintomática.

### Síntomas respiratorios

#### Tos

La tos crónica se define como aquella que persiste más allá de las ocho semanas. Hasta ese momento, y a menos que haya signos de sobreinfección u otras complicaciones, como inflamación pleural dolorosa, la tos parece tratarse mejor con ejercicios simples de control de la respiración y con medicación cuando esta se considere apropiada (como inhibidores de la bomba de protones, si se sospecha reflujo gastroesofágico).

#### Disnea

La disnea es común después del cuadro agudo. La recuperación puede prolongarse en el tiempo y existe el riesgo de deterioro a largo plazo de la función pulmonar. La enfermedad pulmonar intersticial grave es infrecuente en pacientes sin disnea.

#### Rehabilitación pulmonar

Los pacientes que han tenido un cuadro grave requieren ingresar a un programa de rehabilitación pulmonar. La rehabilitación es una intervención multidisciplinaria que incluye entrenamiento físico, educación y modificación del comportamiento para mejorar la condición física y psicológica de personas con enfermedades respiratorias.

#### Fatiga

Algunos pacientes presentan características del síndrome de fatiga crónica descrito después de otras infecciones graves como el SARS, el MERS y la neumonía adquirida en la comunidad. Este síntoma puede presentar remisiones y recaídas. Se sugiere realizar ejercicio con precaución, y que éste se reduzca si el paciente presenta fiebre, disnea, fatiga intensa o dolores musculares.

#### Complicaciones cardiopulmonares

Este grupo de complicaciones incluye la miocarditis, la pericarditis, el infarto de miocardio, las arritmias y la embolia pulmonar, las cuales pueden presentarse semanas después del cuadro agudo. El 20 % de las personas afectadas presenta una patología clínicamente significativa, pero la afectación oculta suele ser más común.

Estas complicaciones son frecuentes en pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente, pero también se han descrito en pacientes jóvenes, previamente sanos.

#### Dolor en el pecho

Este síntoma es común en el COVID-19 postagudo. Es primordial diferenciar dolores musculoesqueléticos e inespecíficos de las afecciones cardiovasculares según los protocolos de evaluación habituales y, en ciertos casos, es posible que se necesiten estudios complementarios.

#### Tromboembolismo

Muchos pacientes hospitalizados reciben anticoagulación profiláctica y los pacientes de mayor riesgo son dados de alta con 10 días de tromboprolifaxis, si bien es incierta la duración del estado de hipercoagulabilidad.

#### Disfunción ventricular

La disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y la insuficiencia cardíaca después de covid-19 pueden tratarse de acuerdo con las pautas estandarizadas. Debe evitarse el ejercicio cardiovascular intenso durante tres meses en todos los pacientes después de haber sufrido miocarditis o pericarditis.

#### Síndrome de taquicardia ortostática postural

El síndrome de taquicardia postural con disautonomía (POTS), en el que un cambio desde la posición supina a una posición vertical provoca un gran y anormal aumento en la frecuencia cardíaca, puede ser gatillado por una enfermedad viral, como durante la epidemia de SARS (2002) y se ha reportado para covid<sup>3</sup>, como también puede tener un mecanismo autoinmune<sup>4</sup>.

#### Secuelas neurológicas

Con poca frecuencia se han descrito accidentes cerebrovasculares isquémicos, convulsiones, encefalitis y neuropatías craneales después de padecer COVID-19. Los síntomas neurológicos no específicos más comunes, que parecen coincidir con la fatiga y la disnea, incluyen la cefalea, los mareos y la sensación de embotamiento.

#### El paciente mayor

El SARS-CoV-2 tiende a afectar más gravemente a los pacientes mayores. Los que sobreviven a la enfermedad aguda 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. El apoyo debe personalizarse según sea necesario en cada caso.

#### Salud mental y bienestar

Los estudios han enfatizado reacciones individuales a la pandemia como ansiedad, estrés, ruptura de la rutina, soledad y aislamiento en individuos no infectados. Algunos relatos sugieren que el COVID-19 prolongado se asocia con el desánimo, la desesperanza, la mayor ansiedad y el insomnio. Puede ocurrir trastorno de estrés postraumático, especialmente en los trabajadores de la salud y en los cuidadores.

Si bien una minoría de los pacientes puede beneficiarse de la derivación a servicios de salud mental, es importante no patologizar a la mayoría de ellos. Las manifestaciones físicas del COVID-19 pueden distorsionar las respuestas a las herramientas de evaluación diseñadas para medir ansiedad y depresión en una población físicamente sana.

La enfermedad mental está fuertemente asociada con los determinantes sociales. Se ha descrito la importancia de facilitar la accesibilidad a la salud y de las intervenciones comunitarias, como la asesoría financiera y los servicios de extensión en salud mental.

## Consideraciones sociales y culturales

El COVID-19 es más frecuente y tiene peor pronóstico en la fase aguda en las personas en situación de pobreza, en edades avanzadas y aquellas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Aún se desconoce si estos patrones persisten en el COVID-19 post-agudo, y la experiencia hasta el momento sugiere que los pacientes provienen de diversos orígenes sociales y culturales. El encierro por las medidas de aislamiento preventivo a nivel poblacional ha empeorado el riesgo de sufrir situaciones de maltrato y abuso, tanto infantil como de pareja. Adicionalmente, es importante considerar las consecuencias económicas de esta situación, como la pérdida del trabajo y el incremento de la pobreza.

## Implicancias para el equipo de atención primaria

Se espera que muchos pacientes se recuperen con un enfoque holístico con equipos interdisciplinarios. El manejo del COVID-19 postagudo debe incluir el abordaje integral de las comorbilidades nuevas y preexistentes. En estos tiempos inciertos, un papel clave que puede desempeñar el médico es el de testigo, "honrando la historia" del paciente cuya recuperación prolongada fue inesperada, alarmante y sin sentido.

Los siguientes principios para la atención de pacientes con síntomas persistentes de COVID emergen de una extensa investigación cualitativa<sup>2</sup>:

### 1. Accesibilidad

Todas las personas con COVID-19 prolongado deben tener acceso a la atención adecuada, ya sea que hayan tenido o no una prueba de laboratorio positiva para SARS-CoV-2 o una admisión hospitalaria.

### 2. Carga de la enfermedad

Debe minimizarse la carga que soporta el paciente para acceder, navegar y coordinar su propia atención médica. Las vías de atención deben ser claras y los criterios de derivación deben ser explícitos.

### 3. Responsabilidad clínica y continuidad de la atención

La responsabilidad clínica del paciente debe ser clara. Si bien es importante la investigación y el tratamiento de las complicaciones particulares, un médico debe ocuparse del paciente de manera integral y proporcionar la continuidad de la atención.

### 4. Servicios de rehabilitación multidisciplinaria

Los pacientes que requieran un paquete de rehabilitación formal deben ser asistidos por un equipo multidisciplinario. Se sugiere que este incluya, por ej. fisioterapeuta, consultor en cardiología o neumonología, terapeuta ocupacional, psicólogo y -de ser necesario- un neurólogo.

### 5. Estándares basados en evidencias

Se deben desarrollar, publicar y utilizar estándares y protocolos para que la investigación y la administración de los cuidados de salud sean consistentes donde quiera que se reciban.

### 6. Mayor desarrollo de la base de conocimientos y de los servicios clínicos

Los equipos clínicos deben recopilar y analizar de forma proactiva datos sobre esta nueva enfermedad para mejorar los servicios y construir la base de conocimientos. Los pacientes deben ser socios en este esfuerzo. Como primer paso, es necesario hacer un recuento de los pacientes y establecer las tasas de prevalencia y el pronóstico.

En la Tabla 1 se resumen recursos adicionales.

**Tabla 1.** Recursos adicionales para el manejo de los síntomas persistentes de COVID-19. Fuente: Greenhalgh T, et al. BMJ 2020;370:m30261.

Recurso	Descripción
Técnicas de respiración	El patrón respiratorio puede verse alterado con movimiento diafragmático reducido y mayor uso de los músculos accesorios del cuello y los hombros. Esto da como resultado una respiración superficial con aumento de fatiga, disnea y gasto energético. La técnica de control de la respiración tiene como objetivo normalizar los patrones respiratorios y aumentar la eficiencia de los músculos respiratorios. El paciente debe sentarse e inhalar por la nariz y exhalar lentamente por la boca, mientras relaja el pecho y los hombros y permite que el abdomen se eleve. Deben aspirar a una relación inspiración/expiración de 1:2. Esta técnica se puede realizar varias veces al día, por cinco a diez minutos.
Oximetría de pulso	Se debe realizar una prueba de desaturación al esfuerzo como parte de la evaluación inicial para los pacientes con saturación de 96 % o superior con síntomas como mareos o disnea severa durante el ejercicio. En ausencia de contraindicaciones, se debe repetir la lectura del oxímetro después de caminar 40 pasos y luego de un minuto de sit-to-stand test. Una caída del 3 % de la saturación con un esfuerzo leve es anormal y requiere investigación. A los pacientes se les debe proporcionar un oxímetro de pulso, un diario de registro e instrucciones. Por lo general se indica una lectura diaria después de descansar durante 20 minutos y registrar la lectura más alta obtenida. Las aplicaciones de celulares que pretenden medir la saturación usando la cámara y la linterna del teléfono no deben usarse. El rango objetivo para la saturación de oxígeno es 94 a 98 % y un nivel del 92 % o menos requiere oxígeno suplementario (excepto pacientes con enfermedad pulmonar e hipoxia conocida, en quienes el rango de 88 a 92 % se considera aceptable). Las lecturas del oxímetro persistentemente en el rango del 94 a 95 % o por debajo requieren evaluación e investigación.
Consejo para el deporte	Luego de enfermedad leve: 1 semana de estiramiento y fortalecimiento de bajo nivel antes de las sesiones cardiovasculares específicas.
	Síntomas muy leves: limitar la actividad a caminar despacio. Aumentar los períodos de descanso si los síntomas empeoran. Evitar el entrenamiento de alta intensidad.
	Síntomas persistentes (fatiga, tos, disnea, fiebre): limitar la actividad al 60 % de la frecuencia cardíaca máxima hasta 2 o 3 semanas después de que desaparezcan los síntomas.
	Los pacientes que presentaron linfopenia o necesidad de oxígeno requieren una evaluación respiratoria antes de reanudar el ejercicio.
	Los pacientes que tuvieron compromiso cardíaco necesitan una evaluación cardíaca antes de reanudar la práctica de ejercicio.

## Cómo se realizó este artículo

Se solicitó la autorización a la Prof. Greenhalgh y al BMJ para la traducción de este material. Un grupo de estudiantes de grado de la carrera de medicina tradujo y resumió el artículo. Se consultó a un grupo de pacientes para la recolección de los relatos de los síntomas y la evaluación del manuscrito final en español. Los participantes brindaron su consentimiento escrito para la presentación del testimonio anonimizado.

## Lecturas recomendadas

### Minna Johansson: Caring for patients with long covid—a compassionate tightrope

En este blog<sup>5</sup>, la autora relata los síntomas de COVID persistentes desde la perspectiva de una médica de atención primaria con un énfasis en la compasión y la comprensión de los síntomas.

## Living with Covid19 - Themed Review

En esta revisión dinámica de la evidencia cualitativa de la experiencia de los pacientes con síntomas persistentes, patrocinada por el Instituto Nacional para Investigación en Salud del Reino Unido y que se actualizan periódicamente<sup>6</sup>, se destacan algunos mensajes: a) los pacientes encontraron a sus pares como primer apoyo b) los médicos negaban o minimizaban los síntomas, muchas veces por haber tenido cuadros "leves"(no hospitalizados), c) los pacientes tuvieron problemas en navegar en el sistema, recibiendo acompañamiento inconsistente y muchas veces contradictorio por el sistema de salud.

**Fuente de financiamiento/Conflicto de interés de los autores:** Ninguno.

## Agradecimientos

Agradecemos a todos los pacientes que aportaron a este artículo, a la Prof. Greenhalgh y al BMJ. Agradecemos especialmente a Agustina Fernández, que nos vinculó con los miembros del grupo de Facebook de personas con síntomas persistentes.

**Cecilia Feiras** [ Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [cecilia.feiras@hospitalitaliano.org.ar](mailto:cecilia.feiras@hospitalitaliano.org.ar) ]

**Claudia Nadia Panoso Carrasco** [ Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [claudia.panoso@hospitalitaliano.org.ar](mailto:claudia.panoso@hospitalitaliano.org.ar) ]

**Camila Inés Rosell** [ Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [camila.rosell@hospitalitaliano.org.ar](mailto:camila.rosell@hospitalitaliano.org.ar) ]

**Juan Víctor Ariel Franco** [ Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. [juan.franco@hospitalitaliano.org.ar](mailto:juan.franco@hospitalitaliano.org.ar) ]

Feiras C, Panosso Carrasco CN, Rosell CI, Franco JVA Manejo de los síntomas persistentes de COVID-19 en atención primaria. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(4):e002103. Comentado de: Greenhalgh T, et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ* 2020; 370:m3026 PMID: 32784198, y Ladds E, et al. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality criteria for services. *medRxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.13.20211854>

## Referencias

- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020;370:m3026. Available from: [10.1136/bmj.m3026](https://doi.org/10.1136/bmj.m3026).
- Ladds E, Rushforth A, Wieringa S, et al. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 long Covid patients and draft quality criteria for services. *medRxiv*. 2020; Available from: [10.1101/2020.10.13.20211854](https://doi.org/10.1101/2020.10.13.20211854).
- Miglis MG, Prieto T, Shaik R, et al. A case report of postural tachycardia syndrome after COVID-19. *Clin Auton Res*. 2020;130(5):449–451. Available from: [10.1007/s10286-020-00727-9](https://doi.org/10.1007/s10286-020-00727-9).
- Goldstein DS. The extended autonomic system, dyshomeostasis, and COVID-19. *Clin Auton Res*. 2020;30(2):299–315. Available from: [10.1007/s10286-020-00714-0](https://doi.org/10.1007/s10286-020-00714-0).
- Johansson M. Minna Johansson: Caring for patients with long covid—a compassionate tightrope; 2020. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/10/09/minna-johansson-caring-for-patients-with-long-covid-a-compassionate-tightrope/>.
- National Institute for Health Research. Living with Covid19; 2020. Available from: [10.3310/themedreview\\_41169](https://doi.org/10.3310/themedreview_41169); <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19/>.