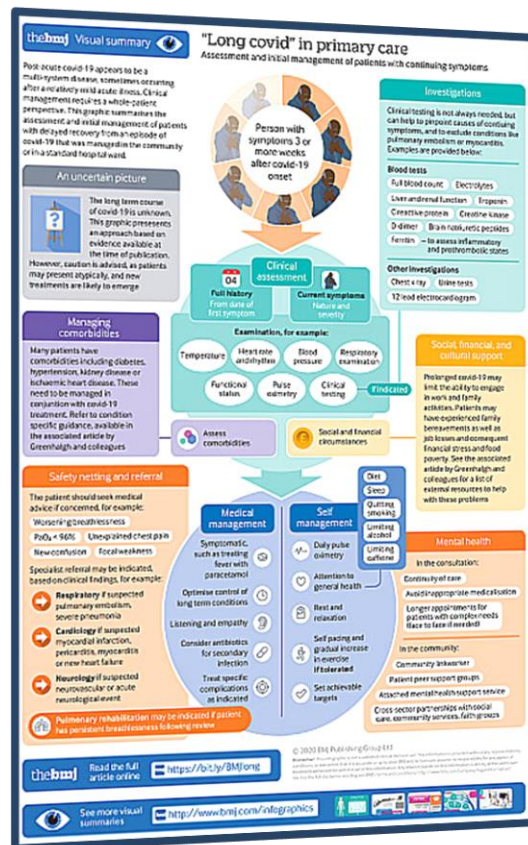


Vigilancia con criterio del continuum tras la fase aguda en la COVID-19



Management of post-acute covid-19 in primary care

Trisha Greenhalgh, Matthew Knight, Christine A'Court, Maria Buxton, Laiba Husain.

BMJ 2020; 370: m3026. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3026>

Introducción: muchos pacientes diagnosticados de la COVID-19 persisten con sintomatología tras la fase aguda de la enfermedad. Puesto que la enfermedad puede desarrollar una fase de hiper-inflamación sistémica, los pacientes pueden persistir con secuelas específicas en función de los órganos afectados o mantener un cuadro clínico inespecífico que se caracteriza por la fatiga y disnea. No existen datos específicos y validados sobre el seguimiento de estos pacientes tras la fase aguda. Por lo tanto, la aproximación a su control ha de hacerse de una

forma pragmática con base en los conocimientos adquiridos en epidemias previas por otros coronavirus (SARS y MERS) y por el seguimiento requerido por pacientes que hayan sufrido circunstancias comunes, como pudiera ser el ingreso en la UCI.

Recientemente se ha publicado que sólo el 65% de los pacientes retornan a su estado previo de salud a los 14-21 días tras el resultado positivo del test.

Definición de fase post- aguda: no existe una definición de la fase post-aguda en la COVID-19, pudiendo ser muy variable en función de la evolución previa de la enfermedad. Los autores la definen como el periodo que se extiende por encima de las 3 semanas desde la aparición de los primeros síntomas, mientras que definen como COVID-19 crónica cuando se extiende más allá de las 12 semanas.

Implicaciones para la Atención Primaria: no existe, aún, un cuerpo de doctrina que aborde con suficiente evidencia la evolución de estos pacientes. Entendiendo que la persistencia de sintomatología tras la fase aguda de la enfermedad pudiera afectar al 10% de los pacientes que la hayan padecido y que casi la mitad de los afectados no fueron afectados, se intuye que se provocará una sobrecarga de la atención primaria.

Pruebas sugeridas en el seguimiento de estos pacientes: aunque muchos de los pacientes no las precisarán, las pruebas analíticas han de realizarse de manera selectiva y para indicaciones clínicas específicas tras la valoración del paciente. [Valorar la existencia de anemia si persiste disnea; la linfopenia nos indicará severidad y fase aguda de la enfermedad; valorar la pertinencia de otras pruebas como serían marcadores de inflamación como la PCR, péptidos natriuréticos, ferritina, troponina, dímero-D].

En pacientes con afectación respiratoria importante que no fueron ingresados en la UCI, recomiendan la realización de radiografía de tórax a las 12 semanas y en función de la aparición de nuevos síntomas, de que persistan o progresen los previos. La pulsioximetría en estos pacientes puede ser necesario en el seguimiento de estos pacientes.

Ante la evidencia de daño pulmonar y se recomienda la derivación a neumología. La rehabilitación pulmonar y temprana probablemente contribuya a la recuperación.

Apoyo a la recuperación de los pacientes con la COVID-19: los pacientes han de manejarse de forma integral, sintomática y pragmáticamente acompañado de apoyo psicológico, pero sin sobreactuaciones diagnósticas.

Tos: si no existen otras complicaciones, se indicarán ejercicios de control de la respiración.

Rehabilitación pulmonar: muchos de los pacientes que no se recuperan espontáneamente pueden beneficiarse de ella.

Fatiga: no existe evidencia sobre el posible beneficio de actuaciones sean farmacológicas o no, por lo que las medidas de reincorporación paulatina a la realización de ejercicio físico se basan en datos indirectos.

Complicaciones cardiovasculares: casi el 20% de los pacientes ingresados por la COVID-19 presentan afectación cardiovascular (miocarditis, pericarditis, infarto de miocardio, arritmias o embolismo pulmonar,...), pudiéndose presentar incluso varias semanas después de superada la

fase aguda. Es preciso tenerlo en cuenta en el seguimiento del paciente para estar prestos a su diagnóstico en caso de aparición.

Dolor torácico: es prioritario diferenciar el dolor inespecífico o musculoesquelético de aquellos dolores indicativos de afectación cardíaca potencialmente grave.

Tromboembolismo: complicación frecuente dado el estado hiperinflamatorio y procoagulante de la COVID-19. Muchos de los pacientes dados de alta lo harán con la prescripción de tratamiento anticoagulante (según las pautas, la severidad de la enfermedad o la existencia de diagnóstico de tromboembolismo). La complicación tromboembólica puede presentarse en la fase de seguimiento, por lo que debe descartarse ante la mínima sospecha.

Disfunción Ventricular: disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y la insuficiencia cardíaca han de manejarse según las recomendaciones existentes, evitando que se realice ejercicio físico intenso durante 3 meses, reincorporándose progresivamente al mismo en función de la situación clínica y analítica del paciente.

Secuelas neurológicas: ante la sospecha de su existencia hay que derivar al neurólogo.

Pacientes ancianos: aquellos que sobreviven tienen especial riesgo de sarcopenia, malnutrición, depresión, y delirio. Es preciso individualizar el abordaje de estos pacientes y, de forma ideal, disponer de un equipo multidisciplinar que interactúe sobre ellos, puesto que la persistencia de síntomas físicos favorecerá la existencia de alteraciones mentales.

Salud mental y bienestar: ansiedad, stress, ruptura de las rutinas, soledad, aislamiento social, dificultad para dormir o stress post-traumático en los sanitarios son algunas de las condiciones que se han relacionado con la pandemia por el SARS-CoV-2. Una minoría de los pacientes pudieran beneficiarse de apoyo por parte de salud mental, pero habrá que ser muy cuidadosos en no medicalizar a aquellos que se vayan a recuperar de manera progresiva. De nuevo será preciso incorporar equipos multidisciplinarios y, en condiciones idóneas, con apoyo social del entorno del paciente.

A destacar:

- no existe evidencia sobre el abordaje de los pacientes en la fase post-aguda de la COVID-19.
- será preciso seguir las recomendaciones vigentes para cada uno de los problemas detectados.
- es preciso prever la aparición o resurgimiento de las complicaciones para poder actuar en consecuencia.
- las complicaciones mentales, bien por la afectación directa del virus o como reacción a la situación física, han de ser consideradas y abordadas de manera integral y, de forma idónea, por equipos multidisciplinarios.
- ser prudentes y no medicalizar a aquellos pacientes cuya evolución, aunque lenta, vaya progresando adecuadamente.
- el artículo recoge cuadros que profundizan en algunos de los aspectos reseñados y direcciones de Sociedades y recursos que pueden ser de ayuda tanto a los pacientes como a los sanitarios, siendo las específicas para sanitarios las siguientes:

- European Respiratory Society. ERS COVID-19 resource centre.
<https://www.ersnet.org/the-society/news/novel-coronavirus-outbreak--update-and-information-for-healthcare-professionals>

- European Cardiology Society. COVID-19 and cardiology. <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology>European Cardiology Society
- Diabetes UK. Advice for healthcare professionals on coronavirus (Covid-19) and diabetes. <https://www.diabetes.org.uk/professionals/resources/coronavirus-clinical-guidance>
- Renal Association. COVID-19: Information and guidance for renal professionals. <https://renal.org/covid-19/>
- Royal College of Psychiatrists. COVID-19: Guidance for clinicians. <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians>
- British Geriatric Association: - Coronavirus and older people. <https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/coronavirus-and-older-people-2020>.
- COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>.