

Invest. Medicoquir 2022;14 (1)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

COVID persistente: un reto para la medicina actual

Persistent COVID: a challenge for today's medicine

Hermys Vega Treto,¹ Lázaro Aldama Pérez,¹ Susana María Muñiz Espinosa,¹ Karla Pérez Linares.¹

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La pandemia por el nuevo coronavirus ha provocado en los pacientes recuperados de esta enfermedad una nueva entidad nosológica: la Covid persistente. Existe evidencia recogida, así como experiencia clínica suficiente como para hablar de un complejo sintomático multiorgánico que afecta a aquellos pacientes que han padecido la Covid-19 (con diagnóstico confirmado o sin él) y que permanecen con sintomatología tras la fase aguda de la enfermedad. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de describir las manifestaciones clínicas que caracterizan al Covid persistente, así como el algoritmo de trabajo para estos casos. Se referenciaron 25 artículos científicos. Se concluye que luego de recuperarse de la fase aguda del Covid, un porcentaje heterogéneo de pacientes se han mantenido con síntomas de la enfermedad por semanas e incluso meses, entre estos se pueden citar: disnea, tos, dolor torácico, cefalea, mareos, ansiedad, fatiga y trastornos del gusto y el olfato.

Palabras clave: Covid-19, Sars-CoV-2, Covid persistente.

ABSTRACT

The pandemic due to the new coronavirus has caused a new nosological entity in patients recovered from this disease: Persistent COVID. There is collected evidence, as well as sufficient clinical experience to speak of a multiorgan symptomatic complex that affects those patients who have suffered covid-19 (with or without a confirmed diagnosis) and who remain with symptoms after its acute phase. A bibliographic review was carried out, in order to describe the clinical features that characterize persistent covid, and the working algorithm in these cases. Twenty-five scientific articles were referenced. It is concluded that after recovering from covid acute phase, a heterogeneous percentage of patients have remained with symptoms of the illness for weeks and, even months, which include: dyspnea, cough, chest pain, headache, dizziness, anxiety, fatigue and taste and smell disorders.

Key words: Covid-19-19, sars-CoV-2, persistent Covid-19.

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se ha caracterizado desde sus inicios por una problemática de salud a nivel mundial, caracterizada por el incremento de la resistencia microbiana, el aumento de enfermedades oncológicas y la aparición de nuevas enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, como la COVID-19 (*coronavirus disease 2019*, por sus siglas en inglés) a finales del 2019.¹

Los coronavirus (CoVs) causan trastornos respiratorios, digestivos, hepáticos y neurológicos de severidad variable en varias especies animales, incluyendo al ser humano, en quien pueden causar enfermedades graves. Dos de ellos han sido de gran interés para la comunidad científica en las últimas décadas, el SARS-CoV y MERS-CoV, causantes del síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome respiratorio del Medio Oriente respetivamente, ambos de origen zoonótico. El coronavirus responsable del brote en Wuhan cuenta con una secuencia genética similar al SARS-CoV en un 70%, por lo que la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo denominó SARS-CoV-2.²

La COVID-19 también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus, es causada por el SARS-CoV-2. Produce síntomas similares a la gripe, como la fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. También se ha observado pérdida súbita del olfato y el gusto (sin que

la mucosidad fuese la causa). Los casos graves se caracterizan por la presencia de neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico.³

La COVID-19 se identificó por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan en China, reportándose un grupo de personas con neumonía de causa desconocida que laboraban en mercado de mariscos.^{3,4}

La rápida expansión de la enfermedad hizo que la OMS la declarara una emergencia sanitaria a nivel mundial el 30 de enero de 2020, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y la reconoce como pandemia el 11 de marzo del citado año. Hasta el 24 de abril se reportan 190 países y 29 territorios con casos de COVID-19, asciende a 146 millones 873 mil 882 los casos confirmados con 18 millones 884 mil 736 casos activos y 3 millones 107 mil 167 fallecidos, para una letalidad de 2,12. En nuestro país la cifra de casos positivos asciende a un total de 101 503 y se reportan 591 muertes por la enfermedad.^{4,5}

Un año después del "estallido", el SARS-CoV-2, no solo ha dejado dolor y quiebra, sino también un deterioro de la calidad de vida en pacientes convalecientes de la enfermedad. Se reportan casos de personas que siguen presentando síntomas una vez pasada la infección, sin importar si durante la fase aguda presentaron sintomatología grave o leve; esto es lo que se conoce como COVID persistente o síndrome postcovid, una realidad cada vez más presente a medida que la pandemia avanza.⁶

La presencia de una enfermedad nueva en la que no se conocen del todo sus consecuencias, genera dudas respecto al diagnóstico de partida del COVID persistente. Se desconoce si es causado por los efectos directos del virus, el estrés de la pandemia, los efectos secundarios de la intubación o los tratamientos aplicados. Se han descrito las características clínicas, la epidemiología, la patogenia y las complicaciones de los pacientes con COVID-19 en fase aguda. Es conocida la presencia de síntomas en un grupo de pacientes más allá de 12 semanas, por lo tanto, se requieren estudios de seguimiento a largo plazo, puesto que no se conoce el alcance real de esta enfermedad.

DESARROLLO

1. COVID Persistente:

Tras un año de pandemia se ha constatado que algunos pacientes (al menos un 10 %) pueden presentar síntomas que persisten más allá de las 12 semanas después de recuperarse de la enfermedad aguda. La OMS en la actualización número 36 del 9 de septiembre de 2020 y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) denominaron esta entidad como *Long COVID* o COVID Persistente (LC, por sus siglas en inglés). Este término fue ideado por una paciente, refiriéndose a lo que ella sentía.^{7,8}

Todavía no existe un acuerdo extendido para definir con exactitud qué es COVID persistente. Mientras que algunos hablan de una “nueva enfermedad”, otros consideran que son secuelas y no síntomas de una enfermedad persistente. Son frecuentes, según los datos del Grupo de Trabajo en Enfermedades Infecciosas (GTei) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), aunque se describen de forma muy heterogénea, según las series de pacientes: desde un 2 % hasta un 90 %, disparidad que se explica por las diversas definiciones empleadas, si se recogen o no sistemáticamente los datos, si los análisis son retrospectivos o prospectivos.⁶

Lo cierto es que las revisiones recogen entre 50 y hasta 200 síntomas, con una media de entre 1 y 36 por paciente, según datos de la Sociedad Española de Médicos Generales y Familia (SEMG), obtenidos de 1 800 pacientes con un tiempo medio de persistencia de más de seis meses de sintomatología COVID-19. Uno de los mejores metanálisis aparecidos hasta ahora, en la plataforma de pre publicación medRxiv, obra de un equipo internacional dirigido por Sonia Villapol, neurocientífica del *Weill Cornell Medical College*, de *New York*, ha recopilado entre 50 000 pacientes ese medio centenar de secuelas, detallan 55, tras cribar casi 20 000 estudios. Vieron que el 80% de los pacientes mantenían al menos fatiga, dolor de cabeza, disnea, dolor en las articulaciones, dolor en el pecho y ageusia. Otros análisis, como el dirigido por el *King's College* de Londres, en Reino Unido, entre más de 4 000 pacientes usuarios de la aplicación *Covid Symptom Study*, indican que uno de cada siete tenía síntomas durante más de cuatro semanas; uno de cada veinte durante al menos ocho semanas, y uno de cada cincuenta seguían sintomáticos a los tres meses. También se refirieron más mujeres y un 16 % de los estudiados presentaron alguna recurrencia tras un periodo de mejoría. Los porcentajes oscilan en un rango del 50 % o incluso el 90 %

entre hospitalizados. Los adultos mayores y aquellas personas con patologías de base son los que más probablemente presenten síntomas persistentes de COVID-19, pero incluso se han reportado casos de personas jóvenes y sanas que pueden sentir malestar durante semanas a meses después de la infección.⁶

Siguiendo el proceso normal de una enfermedad en la que existe un inicio sindrómico o sintomático, una evolución, una teórica reducción de los síntomas y una curación, sería este el proceso natural de cualquier proceso patológico en el que intervienen no solo el mecanismo que inicia la infección, sino el mecanismo de defensa que tiene el cuerpo humano; en este caso hay una alteración, se rompe este mecanismo. Lo que sería el proceso que tiende a la curación desaparece, y lo que permanece es un complejo sintomático mantenido en el tiempo superior a lo habitual. En algunos casos con, a veces, la paradoja de que en este tipo de pacientes muchos de ellos tienen un test RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real, por sus siglas en inglés) negativo, no encontramos ningún marcador orgánico de la enfermedad, pero eso no significa que no los tengan: es muy probable que, en el momento actual, haya que realizar nuevas investigaciones para encontrar determinados marcadores que nos indiquen por qué en unos pacientes se tiende a la curación, en otros a un agravamiento extremo y en otro tipo de pacientes producen una sintomatología mantenida en el tiempo. En este caso, no podemos hablar de secuela en sí porque no hay una diferenciación en el síntoma, sino que el síntoma permanece. En unos casos no ha habido el daño orgánico suficiente para crear un nuevo complejo sintomático, sino que lo que hace es persistir.⁹ Se ignora igualmente si el mantenimiento crónico podría ser el origen de nuevas enfermedades o, en su defecto, agravar o precipitar otras.⁶

En el artículo Manejo del COVID-19 posagudo en atención primaria, publicado el 11 de agosto del 2020 en el *British Medical Journal*, sugieren que dado que muchos pacientes no se realizaron la PCR-RT y las pruebas falsas negativas son comunes, una prueba positiva para COVID-19 no es un requisito previo para el diagnóstico de COVID persistente. Este tema ha sido discutido por Raveendran, de la facultad de medicina del gobierno de la India, quien ha propuesto tres categorías para el COVID persistente:¹⁰

A. Confirmado (diagnóstico positivo de SARS-CoV-2 con RT-PCR y/o prueba positiva de anticuerpos contra el SARS-CoV-2).

B. Probable (síntomas consistentes con COVID-19, con RT-PCR negativa y/o prueba de anticuerpos, con o sin signos radiológicos positivos, pero con contacto con un caso confirmado/sospechado de COVID-19 las 2 semanas previas al inicio de los síntomas).

C. Posible (síntomas compatibles con COVID-19, con RT-PCR negativa y/o pruebas de anticuerpos, con/sin signos radiológicos, pero SIN contacto con un confirmado o caso sospechoso de COVID-19 las 2 semanas previas al inicio de los síntomas).

El desafío actual sería identificar a las personas que desarrollan posibles síntomas post-COVID, pero sin un diagnóstico positivo, es decir, lo que Raveendran denominado COVID persistente "probable" o "posible".¹⁰

2. Manifestaciones clínicas de COVID persistente:

2.1. Neumología:

Tres meses después de la primera ola de la pandemia, profesionales del Hospital 12 de Octubre en Madrid, estudiaban, en consulta monográfica post-COVID, a unos 4 000 pacientes ingresados, en planta, en Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por la COVID-19 a los que, meses después, se sumaron otros 3 000 para buscar "síntomas residuales". En la mayoría de las personas en seguimiento, se observa con un mayor porcentaje la disnea, con connotaciones un tanto enigmáticas, ya que entre los datos de los exámenes de función pulmonar y lo que manifiesta el paciente hay una escasa correlación. En muchos casos, los resultados de las pruebas funcionales son normales o tienen una ligera alteración de la difusión. Pero el paciente presenta mucha más disnea de lo que las pruebas son capaces de explicar. Se desconoce la razón concreta de este fenómeno, aunque es posible que la explicación sea multifactorial: componentes de la función cardíaca, muscular, e incluso otros que no está reflejando la función pulmonar, ya que en la mayoría de las ocasiones las pruebas son normales. La justificación inicial ante este fenómeno se dirigía hacia un componente de fibrosis pulmonar, sobre todo en los que habían requerido Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) y que hubieran presentado distrés respiratorio, pero los pacientes con señales de

fibrosis son muy aislados y pueden tener una pequeña radiología residual que, desde luego, no se corresponde con la clínica, que es muy llamativa porque continúan con síntomas. Algunos estudios internacionales como el realizado en Wuhan (China) y publicado en *The Lancet* el 16 de enero del 2021, ya apuntan que el 58 % de los afectados por la COVID-19 presentan entre otros síntomas respiratorios residuales, tos, apnea del sueño, disminución de la capacidad de difusión pulmonar.^{6,11}

2.2. Cardiología:

El cuadro clínico de la enfermedad por el nuevo coronavirus incluye la afectación cardiovascular en una proporción importante de pacientes, pero en realidad todavía se desconoce cuál es el impacto global de la enfermedad sobre el corazón. Las experiencias previas han demostrado que, en los pacientes con neumonía, el aumento de la actividad inflamatoria sistémica y procoagulante puede persistir mucho después de la resolución de la infección y sus efectos clínicos se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular hasta 10 años después, por lo que es probable que los casos actualmente infectados por COVID-19 experimenten resultados similares. El dolor torácico es uno de los síntomas más comunes de COVID persistente. La prioridad clínica es realizar el diagnóstico diferencial con aquellas patologías cardiovasculares que puedan tener una repercusión inmediata sobre la vida del paciente, así como aquellas afecciones del aparato digestivo y del sistema musculoesquelético. La evaluación del paciente en estos casos debe seguir principios similares a los de cualquier dolor torácico. Las palpitaciones fue otro de los síntomas registrados en los pacientes recuperados.^{12,13}

La gran expansión y virulencia de la COVID-19 implica que un elevado número de pacientes afectados tengan una enfermedad cardíaca preexistente o la desarrollen en el curso de la infección; pero la repercusión precisa de la coexistencia de ambas enfermedades a largo plazo aún no está bien establecida, debido a la reciente expresión de este virus en los humanos; por lo que se necesitan más investigaciones para conocer específicamente su incidencia, todo el espectro de su presentación clínica y el pronóstico de las diferentes manifestaciones cardiovasculares en estos pacientes.¹⁴

2.3. Neurología y Psiquiatría:

En concordancia con las propiedades neurotrópicas del SARS-CoV-2, se reportan pacientes desde los primeros estudios realizados, donde se exponen las afectaciones del sistema nervioso de dicha enfermedad, las cuales son más frecuentes en casos de infección grave, lo cual empeora el pronóstico.¹⁵ Los posibles mecanismos de esta asociación incluyen la invasión viral del sistema nervioso central, estados de hipercoagulabilidad, y efectos neuronales de la respuesta inmune.¹⁶

Investigadores que siguieron a 100 pacientes ambulatorios que asistieron a la clínica Neuro-Covid-19 del *Northwestern Memorial Hospital* (Chicago, Estados Unidos) de mayo a noviembre de 2020 encontraron que 85% informó cuatro o más síntomas neurológicos. Los 10 síntomas más frecuentes fueron disfunción cognitiva (81%), dolor de cabeza (68 %), entumecimiento u hormigueo (60 %), trastornos del gusto (59 %) y del olfato (55 %), dolor muscular (55%), mareos (47 %), dolor (43 %), visión borrosa (30 %) y tinnitus (29 %).¹⁷

El mayor estudio de cohorte realizado hasta el momento, en el hospital *Jin Yin-tan* (Wuhan, China) 6 meses después de otorgarle el alta a pacientes confirmados con COVID-19 concluyó que fatiga o debilidad muscular, dificultades para dormir, y ansiedad o depresión fueron los síntomas más comunes. En un menor porcentaje se incluyen: trastornos del olfato y gusto, vértigo, mialgias y dolor de cabeza, en el orden en que se mencionan.¹¹ Otro estudio de menor cuantía realizado en el *Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli* (Roma, Italia) en el que se comparan los síntomas presentados durante la fase aguda de la enfermedad con los que permanecían en el momento de la consulta de seguimiento, expuso resultados similares en cuanto a las manifestaciones neurológicas; las diferencias radicaban en que la cefalea precedía a las alteraciones del gusto y que manifestaciones neuropsiquiátricas, como insomnio, ansiedad y depresión, no se incluían.¹⁸ Semejantes resultados fueron expuestos en un estudio de cohorte publicado en *The Lancet Psychiatry*, realizado a 236 379 sobrevivientes de COVID-19. Asimismo, se han planteado preocupaciones sobre los síndromes parkinsonianos posteriores al COVID-19.¹⁶

La asociación entre el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la COVID-19 aún no se ha esclarecido del todo.¹⁶ Raahimi MM, Kane A, Moore CEG, et al. reportaron un caso de un paciente de 46 años que presentó un SGB 53 días después de ser diagnosticado

con COVID-19, lo que resulta inusual puesto este se presenta por lo general en las 2 semanas siguientes a la infección viral. El cuadro además se acompañaba de letargo en el momento de aparición de las parestesias, lo cual no es común como síntoma inicial del SGB, y luego de la recuperación funcional persistió el déficit sensitivo en forma de dolor neuropático intermitente y parestesias distales. Todo esto hizo preguntarse a los autores de dicho trabajo si la sintomatología se debía a COVID persistente.¹⁹

Se considera que las principales manifestaciones psiquiátricas relacionadas con la enfermedad producida por SARS-Cov-2 se deben a la ansiedad, la depresión y el estrés. En el caso de pacientes que sufren de patología mental previa a la infección por este virus, tienen mayor riesgo de presentar recaídas o de empeorar sus síntomas en esta situación. Actualmente existe un incremento del número de trastornos psicóticos reactivos breves, como resultado de la COVID-19. Este tipo de psicosis tiene un elevado riesgo de comportamiento suicida y, aunque es transitorio, tiene una elevada tasa de recurrencia psicótica y baja estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo.¹⁵ Otras manifestaciones incluyen: trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, dolor crónico, manifestaciones somáticas como perturbación del sueño y fatiga crónica,²⁰ y problemas cognitivos tales como pérdida de memoria.¹⁹

El mecanismo subyacente para el desarrollo de manifestaciones psiquiátricas de COVID-19 es multifactorial e incluye los efectos directos de la infección viral, la respuesta inmunológica, la terapia con corticoesteroides, la estadía en terapia intensiva, el aislamiento y estigma social.¹¹

En comparación con los trastornos neurológicos, los trastornos psiquiátricos comunes (trastornos del estado de ánimo y de ansiedad) mostraron una relación más débil con los marcadores de gravedad del COVID-19 en términos de incidencia. Esto podría indicar que su aparición refleja, al menos en parte, las implicaciones psicológicas y de otro tipo, de un diagnóstico de COVID-19 en lugar de ser una manifestación directa de la enfermedad.¹⁶

Debe tenerse presente, que más allá de la infección aguda, los efectos retardados o crónicos de esta pandemia, particularmente en la salud mental, no serán plenamente apreciados de inmediato y deben considerarse actualmente desconocidos.⁶

2.4. Otras manifestaciones:

Los pacientes con COVID-19 pueden presentar en fase aguda alteraciones del metabolismo de la glucosa, con hiperglucemia y cetoacidosis de inicio, incluso en pacientes que previamente no tenían diagnóstico de diabetes. Está en discusión que la infección por SARS-CoV-2 desencadene un cuadro de diabetes a largo plazo.²¹

En cuanto al daño renal se sabe que en la fase aguda de la enfermedad se produce, en un número importante de pacientes graves, daño renal agudo, lo cual conlleva una alta mortalidad. A largo plazo, puede provocarse daño glomerular permanente, bien por acción directa del virus, bien por inmunocomplejos. También puede presentarse una intensa albuminuria, secundaria a la disfunción endotelial. Estos acontecimientos pueden llevar a una insuficiencia renal crónica.²¹

Aunque las manifestaciones hematológicas COVID-19 han sido estudiadas ampliamente, el potencial para la morbilidad a largo plazo es aún desconocido. Algo semejante ocurre en el caso de las manifestaciones gastrointestinales, pancreáticas y hepáticas, donde se requieren estudios a largo plazo para determinar si persisten luego de la fase aguda de la infección.²⁰

En cuanto a las manifestaciones dermatológicas se han identificado casos de urticaria, erupciones, necrosis o livedos cutáneos en casos de pacientes muy graves, así como alteraciones en la mucosa de la boca, sobre todo en la lengua. Pasada la fase aguda, se ha detectado efluvio telógeno (también conocido como alopecia difusa) muy brusco. En la gran mayoría de los casos con manifestaciones dermatológicas, la resolución ha sido completa, aunque el proceso se haya prolongado meses.⁶

3. Manejo del paciente con COVID persistente en la atención primaria de salud:

La Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria ha desarrollado la primera edición de una guía de práctica clínica para las manifestaciones de la COVID persistente, que expone que el enfoque pragmático de la atención al paciente en el ámbito de la atención primaria (AP) se puede desglosar en dos aproximaciones diagnósticas: una evaluación integral y una evaluación específica de cada uno de los síntomas persistentes.²² Por otro lado, la SEMG en colaboración con los colectivos *Long COVID ACTS*, han elaborado el “Kit de atención básica al paciente COVID-19 persistente”, que recopila los elementos diagnósticos y de seguimiento, destacando el papel de la AP como la parte vertebradora del proceso de asistencia compartida con otros especialistas hospitalarios.²³

En Cuba se ha desarrollado un protocolo de atención integral al paciente convaleciente de COVID-19, para ser implementado en la Atención Primaria de Salud (APS), lo que permitirá de manera eficiente dar continuidad a la atención integral del paciente en las áreas de salud. Para su ejecución se ha tenido en cuenta la posibilidad que ofrece la APS con los Consultorios del Médico y la Enfermera de la familia, el Grupo Básico de Trabajo, así como los servicios que se brindan en el policlínico que permiten la evaluación integral, seguimiento sistemático de estos pacientes, y la adecuada rehabilitación biológica, psicológica y social.²⁴

3.1. Algoritmo de actuación en la atención primaria de salud del paciente convaleciente de COVID-19 en Cuba:

- El paciente convaleciente de COVID- 19 será recibido por el Equipo Básico de Salud en su área de residencia, con la contra referencia hospitalaria que incluye el resultado del PCR.
- El Equipo Básico de Salud visitará al paciente en las primeras 24 horas de egresado, realizándole una evaluación integral, quedando evidencia en la historia clínica individual. Se realiza ingreso en el hogar por 14 días posterior al egreso, para su seguimiento.
- En la primera consulta se recogerán los datos del egreso de la contra referencia. De no recibirse, se indagará con el paciente o el familiar los datos de interés de la evolución de la enfermedad para su seguimiento y atención posterior.

- En la primera evolución se realizará una adecuada anamnesis y examen físico completo, teniendo en cuenta los factores de riesgo y enfermedades previas del paciente.
- Se reevaluará la dispensarización a todos los pacientes con COVID-19, los pacientes que eran supuestamente sanos y cursaron asintomáticos se mantienen como Grupo I y los enfermos con patologías crónicas en el Grupo III. Los pacientes con secuelas evidentes de la enfermedad se clasificarán como Grupo IV.
- En las primeras 72 horas de llegada al área de salud el médico de familia interconsultará el caso con los especialistas del GBT (Medicina Interna, Psicología, Pediatría y Ginecobstetricia), según corresponda y se remitirá a la comisión municipal.²⁴

La comisión municipal estará integrada por las especialidades Medicina General Integral, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Psicología, Medicina Física y Rehabilitación, Epidemiología y Geriatria. El resto de las especialidades se convocarán de acuerdo a la ocurrencia de complicaciones. El máximo responsable de la creación de las comisiones será el Director Provincial de Salud, garantizando una adecuada selección de los especialistas y su funcionamiento. En cada Policlínico se elaborará por la subdirección de Higiene y Epidemiología una base de datos donde se registren los casos convalecientes de COVID 19. La comisión debe, además, desarrollar estudios observacionales y de intervención, debidamente proyectados a todos los niveles de atención, cumpliendo con las normas éticas de la investigación científica.²⁴

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la pandemia han sido numerosas las publicaciones relacionadas con el SARS-CoV-2, sin embargo, no es hasta septiembre de 2020 que la OMS introduce un nuevo término para la medicina: COVID Persistente, que designa a aquellos pacientes que luego de recuperarse de la fase aguda del COVID, se han mantenido con síntomas de la enfermedad por semanas en incluso meses. Los pacientes que han requerido atención medica en hospitales y, más aún si fueron atendido en cuidados intensivos, así como los adultos mayores y aquellas personas

con enfermedades crónicas asociadas, son los que evidencian un mayor riesgo de presentar COVID persistente. Entre los síntomas se pueden citar: disnea, tos, apnea del sueño, dolor torácico, palpitaciones, cefalea, mareos, trastornos del gusto y del olfato, dolor muscular, ansiedad, fatiga, insomnio, disfunción cognitiva y efluvio telógeno. Nuestro país cuenta con un protocolo de atención integral al paciente convaleciente de COVID-19, el cual permite brindar seguimiento individualizado a estos pacientes desde la APS e identificar y tratar posibles complicaciones o secuelas. También incluye la realización de estudios observacionales y de intervención. La COVID-19 no es una enfermedad conocida y, por tanto, tampoco lo son sus potenciales síntomas residuales. Hasta cuándo pueden permanecer y cómo se pueden resolver son preguntas que deben responderse ampliando los estudios sobre este tema, teniendo en cuenta que el COVID Persistente es una realidad cada vez más presente en los pacientes recuperados a medida que la pandemia avanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carr D. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak [Internet]. London: Wellcome Trust 2020 [citado 12/03/2020]. Disponible en: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>.
2. Cortés ME. Coronavirus como amenaza a la salud pública [Internet]. Rev. méd. Chile 2020 [citado 20 Abr 2021];148(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100124>
3. OMS. Noticias ONU. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década [Internet]. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: Disponible en: <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%C3%ADos%20de%20la%20salud%20mundial%20en%20esta%20d%C3%A9cada>
4. OMS. Noticias ONU. Retos de salud urgentes para la próxima década [Internet]. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872>
5. Sitio oficial de gobierno del Ministerio de Salud Pública de Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP;c2021 [actualizado 25 Abr 2021, citado 25 Abr 2021] Parte

- de cierre del día 24 de abril a las 12 de la noche [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-24-de-abril-a-las-12-de-la-noche-2/>
6. 50 secuelas de la COVID-19 [Internet]. Boletín Al Día; Feb 25, 2021 [citado 11 Abr 2021]. Disponible en: <https://boletinaldia.sld.cu/aldia/2021/02/25/50-secuelas-de-la-covid-19/>
 7. Patterson BK, Guevara-Coto J, Yogendra R, Francisco E, Long E, Pise A, et al. Immune-Based Prediction of COVID-19 Severity and chronicity decoded using machine learning. [Internet] 22.12.2020 [citado 08.01.2021]. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.16.423122v1>
<https://doi.org/10.1101/2020.12.16.423122> (preprint)
 8. WHO. What we know about Long-term effects of COVID-19. [Internet] 09.09.2020 [citado 03.01.2021]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2
 9. Dominguez M. Covid-19 persistente: médicos y pacientes demandan su reconocimiento [internet]. Redacción Médica. Madrid, 2021 [citado 10/4/21]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/covid-persistente-medicos-pacientes-reconocimiento-8044>
 10. Raveendran, A. Long COVID-19: Challenges in the diagnosis and proposed diagnostic criteria. *Diabetes Metab. Syndr.* 2020, 15, 145–146.
 11. C Huang, L Huang, Y Wang, X Li, L Ren, X Gu. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021; 397:220-32.
 12. Gómez de Diego JJ. Daño cardíaco residual tras la covid-19 [internet] *Cardiología hoy/Blog Sociedad Española de Cardiología*. España; 2020 [citado 10/4/21]. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/11749-dano-cardiaco-residual-tras-la-covid-19>
 13. Greenhalgh T, Knight M, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ* 2020; 370:m3026 doi: 10.1136/bmj. m3026.
 14. Moreno Martínez F, Moreno López F, Oroz Moreno R. Repercusión cardiovascular de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *CorSalud* 2020 Ene-Mar;12(1):3-17.

15. Bender del Busto JE, Solomon Cardona MT, Mendieta Pedroso MD, León Castellón R, Hernández Toledo L. Manifestaciones neuropsiquiátricas en relación con la infección por el SARS-CoV2 [Internet]. Jornada Científica XXXIX Aniversario CIMEQ. Primer Simposio COVID-19; 2021 [citado 11 Abr 2021]. Disponible en: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/view/103/0>
16. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. [Internet] 2021 Apr 6 [citado 11 Abr 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
17. Graham EL, Clark JR, Orban ZS, Lim PH, Szymanski AL, Taylor C, et al. Persistent neurologic symptoms and cognitive dysfunction in non-hospitalized Covid-19 “long haulers”. *Ann Clin Transl Neurol* 2021. doi: 10.1002/acn3.51350. Epub ahead of print. PMID: 33755344.
18. Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA* [Internet] 2020 [citado 11 Abr 2021]; 324:603-5. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2020.12603?utm_campaign=articlePDF%26utm_medium=articlePDFlink%26utm_source=articlePDF%26utm_content=jama.2020.12603
19. Raahimi MM, Kane A, Moore CEG, et al. Late onset of Guillain-Barré syndrome following SARS-CoV-2 infection: part of ‘long COVID-19 syndrome’? *BMJ Case Rep* 2021; 14:e240178. doi:10.1136/bcr-2020- 240178.
20. Higgins V, Sohaei D, Diamandis EP, Prassas. COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences. *Crit Rev Clinl Lab Sci* [Internet]. 2020 [citado 11 Abr 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1860895>
21. Cimas Hernando JE. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. *FMC*. 2021;28(2):81-9.
22. Guía de práctica clínica CAMFIC. Manifestaciones persistentes de la covid-19. 1era edición, Barcelona, 2020. ISBN: 978-84-09-26219-9.

23. Ruiz M. SEMG elabora un protocolo de atención al paciente con COVID persistente [Internet]. Gaceta médica. Madrid, 2020 [citado 15.04.2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/semg-elabora-un-protocolo-de-atencion-al-paciente-con-covid-persistente/>
24. MINSAP. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19 [Internet]. Versión 1.6. La Habana; enero 2021 [citado 18 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2021/03/28/ministerio-de-salud-publica-nueva-1version-del-protocolo-de-actuacion-nacional-par>

Recibido: 2 de junio de 2021

Aceptado: 2 de septiembre de 2021

Hermys Vega Treto. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11B. Rpto.Siboney. Municipio Playa. La Habana, Cuba.

Email: hermys.vega@infomed.sld.cu Teléfono: 5 288 6344.

lialdama@infomed.sld.cu Teléfonos: 52893523. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5811-8368>

susanaef@infomed.sld.cu Teléfono: 53055725. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6042-7335>

karlaperezlinares99@gmail.com Teléfono: 55818080. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5006-2355>