



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Abordaje integral de pacientes con condiciones posteriores a COVID-19

Elaborado por

Especialistas en Medicina Física, Rehabilitación y Psiquiatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **146**



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

**Guía de práctica clínica
basada en evidencia
(GPC-BE) No. 146**

**“Abordaje integral de pacientes
con condiciones
posteriores a Covid-19”**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en
evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 146 “**Abordaje integral de pacientes
con condiciones posteriores a COVID-19**”
Edición 2022; págs. 62
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 16507 del 19 de diciembre de 2022

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de práctica clínica basadas en
evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud

IGSS- Guatemala 2022

Derechos reservados- IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

M.Sc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Msc. Dra. Sara de la Roca Pinzón

Psiquiatra
Médico Especialista "A"
Hospital de Rehabilitación

Msc. Dra. Arleny Yanet Gómez Bámaca

Fisiatra
Médico Especialista "A"
Hospital de Rehabilitación

Dra. Karen Michelle Fernanda Girón Suy

Residente EPS-EM
Médico Maestría en Psiquiatría
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Juan José Silva Pacheco

Residente EPS-EM
Maestría en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Escuintla

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edgar Campos Reyes

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés:

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-** para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla No. 1)

Tabla No. 1.
Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* **Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla II)



Tabla II. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las **guías de práctica clínica basadas en evidencia**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

1a

A

Las guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “los elementos esenciales de las buenas guías”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una GPC no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.



Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la comisión central para la elaboración de guías de práctica clínica que pertenece a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

Abreviaturas



AINES	Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.
CP	Covid Prolongado
ETEV	Enfermedad Tromboembólica Venosa
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
O2	Oxígeno
OMS	Organización Mundial de la Salud
NIHR	Instituto Nacional de Investigación Sanitaria (National Institute for Health and Care Research por sus siglas en Inglés)
UCI	Unidad de Cuidas Intensivos

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexos	29
6. Glosario	33
7. Referencia Bibliográficas	37

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Abordaje Integral de pacientes con Condiciones posteriores a COVID-19”



1. INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre del 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de infección respiratoria aguda asociado a un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2. Este nuevo virus, es una cepa que no había sido previamente identificada en humanos, por lo que supuso un reto al sistema de salud por el poco conocimiento que se tenía sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología, impacto clínico y tratamiento. El 30 de enero del 2020, la OMS declara que el brote por COVID-19 es un evento de salud pública de importancia internacional. El 11 de marzo del 2020 la OMS cataloga al SARS-CoV-2 como pandemia (A. López-Sampalo, 2022)

En Guatemala, el 13 de marzo del 2020 se confirma el primer caso de la enfermedad de coronavirus por COVID-19. El 18 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) oficia una alerta y refuerzo de medidas de vigilancia y prevención, con reporte de seis casos confirmados de la enfermedad de coronavirus COVID-19 y un fallecido.

Hasta la fecha, la pandemia por el virus SARS CoV-2/COVID-19 ha puesto a prueba el sistema de salud a nivel internacional y nacional, el cual se ha visto en la necesidad de hacer cambios y adaptarse a las necesidades que han surgido durante esta pandemia.

Actualmente se tiene mayor conocimiento acerca del SARS-CoV2/COVID-19; comportamiento, su manejo y tratamiento, así como sus efectos a largo plazo y secuelas. Sin embargo, no deja de ser un reto y aún queda mucho por conocer.

El seguimiento de estos pacientes y las secuelas generadas por la infección supone una nueva necesidad asistencial que requiere un abordaje multidisciplinario, protocolizado y equitativo.

El enfoque preventivo detecta la presencia y la gravedad de deficiencias relacionadas con la función física, respiratoria, cognitiva, nutricional, de comunicación y emocional de las actividades de la vida diaria, entre otras, y las necesidades psicosociales asociadas al COVID-19; se considera la situación individual y el estado de salud previo a la infección por COVID-19, con un abordaje más integral, apoyo social, el entorno del hogar y acceso a seguimiento de rehabilitación posterior a la resolución de la enfermedad.

En este seguimiento, se involucra al paciente, su familia y cuidadores.

Se evidencia efectividad de los servicios de rehabilitación enfocados en paciente post COVID-19, en países como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Brasil, Alemania, Inglaterra, entre otros. Las intervenciones interdisciplinarias impactan de manera significativa en las múltiples esferas del funcionamiento y pretenden lograr que el paciente recupere o mantenga su participación familiar, social y su rol en la sociedad.

Este documento presenta el proceso para el abordaje de la rehabilitación a través de distintas áreas, tanto de las personas que han sido hospitalizadas por COVID-19, como las que han presentado la enfermedad con síntomas moderados o leves, que no hayan requerido una hospitalización. Junto con las distintas modalidades que permitan la continuidad del tratamiento de manera segura, con un equipo interdisciplinario enfocados en la mejoría del paciente post COVID-19.

2. OBJETIVOS



General

Construir un modelo asistencial para el seguimiento clínico adecuado a las necesidades que presentan los pacientes recuperados de la fase aguda de la infección por COVID-19.

Específicos

1. Establecer estrategias terapéuticas y de apoyo para asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación de pacientes que presenten secuelas de infección por COVID-19.
2. Establecer directrices a equipos clínicos respecto a la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación de pacientes que presenten secuelas de infección por COVID-19.
3. Consensuar criterios que ayuden a identificar el perfil del paciente que presente secuelas de infección por COVID-19.
4. Determinar estratificación del riesgo a presentar complicaciones severas secundario a infección por COVID-19.
5. Contribuir a la generación de evidencia acerca de la evolución clínica de pacientes con infección por COVID-19.

3. METODOLOGÍA



Definición de preguntas

1. ¿Cuáles son los síntomas posteriores a la infección por COVID-19 más frecuentes?
2. ¿Quiénes tienen más riesgo de sufrir complicaciones posteriores a COVID-19?
3. ¿Cuál es la ruta de atención y los lineamientos que deben cumplirse en el abordaje integral de pacientes con síntomas Post COVID?

Criterios de inclusión de los estudios:

- ✓ Tipos de estudio: artículos, revistas, libros, tesis, casos clínicos, guías clínicas, opinión de expertos, con fechas de publicaciones de los años 2019 al 2022, en idioma español e inglés que no tengan costo.

Criterios de exclusión de los estudios:

- ✓ Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda

Consultas en materiales electrónicos: Google académico, Guías de Práctica Clínica y revistas médico- científicas.

Palabras clave: COVID-19 persistente, COVID-19 crónico, long term COVID-19, chronic COVID-19, persistent COVID-19.

Población diana

Pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que consulten por síntomas posteriores a infección por COVID-19, en las Unidades Médicas del IGSS y de otras instituciones de servicio médico.

Usuarios de la guía

Profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y personal paramédico.

- ✓ Estandarización del manejo del paciente con secuelas de COVID en las distintas áreas de atención inicial y posterior referencia a las diferentes especialidades médicas del IGSS.
- ✓ Con base a la evidencia científica disponible actualmente, dar a conocer las distintas modalidades terapéuticas farmacológicas y rehabilitativas.

Limitaciones en la revisión de la literatura

- ✓ Documentos en línea no accesibles por motivos de costo e idioma.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante el año 2022

Revisión noviembre 2022

Publicación año 2023

3. CONTENIDO



Antecedentes

Entre el 13 de febrero 2020 al 16 de febrero de 2022, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala ha tamizado un total de 3.814,018 casos, de los cuales 749,257, son confirmados, 16,709, fallecidos (letalidad 2.2%) y 682,971 recuperados estimados, tasa nacional de incidencia de 4,444.4 X 100,000 hb., los Departamentos con mayor incidencia son: Guatemala, Sacatepéquez, Zacapa, El Progreso y Quetzaltenango.

Alrededor del 85% de los casos se han identificado como leves y moderados, los casos graves y críticos (15%) se relacionan con adultos mayores o personas que presentan algunas comorbilidades (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, obesidad, cáncer e inmunocomprometidos).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado hasta el 10 de agosto de 2022, un total de 584,065,952 de casos acumulados de SARS COV-2/COVID-19 a nivel global, y 6, 418,958 muertes acumuladas. (World Health Organization, 2022)

La distribución de casos acumulados se refleja con mayor tendencia en Europa y las Américas, con el 41.73 % y 29.52% de casos respectivamente. (World Health Organization, 2022)

Los casos acumulados por cada 100,000 habitantes son de 7,506.37 a nivel global y, de 26,156.95 (Europa) y 16,880.55 (Américas). La mortalidad acumulada por cada 100,000 habitantes es de 82.5 a nivel global; con una distribución de 220.86 (Europa) y 273.64 (Américas). Letalidad a nivel global del 1.10%. (World Health Organization, 2022)

En Guatemala, el tablero de la Situación de COVID19, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), hasta el 9 de agosto de 2022, reporta 1,063,908 casos acumulados registrados, con una incidencia acumulada de 6,310,90 casos por cada 100,000 habitantes a nivel nacional.

Así mismo, la mortalidad ha sido de 19,153 casos a nivel nacional, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 113.7 (casos fallecidos por 100,000 habitantes) y letalidad del 1.8%.

Los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez y El Progreso, registran las tasas de incidencia acumulada más altas, con 15,052.80, 11,523.60 y 8,621.30 casos por 100,000 habitantes respectivamente.

Los departamentos de Guatemala (529,223), Quetzaltenango (66,205) y Sacatepéquez (44,901), presentan las cantidades más altas de registros de casos. (Tabla 1)

Tabla 1

Distribución de casos SARS COV-2/COVID-19 positivos por departamentos, marzo 2020 a 09 de agosto de 2022, MSPAS, Guatemala



Departamento	Frecuencia
Guatemala	529,223
Quetzaltenango	66,205
Sacatepéquez	44,901
San Marcos	34,697
Huehuetenango	34,223
Escuintla	33,490
Chimaltenango	33,343
Alta Verapaz	29,123
Petén	27,295
Quiché	24,668
Jutiapa	23,908
Suchitepéquez	22,985
Izabal	22,845
Zacapa	21,770
Chiquimula	20,080
Retalhuleu	18,558
El Progreso	16,645
Santa Rosa	16,501
Totonicapán	13,950
Jalapa	12,128
Sololá	9,112
Baja Verapaz	8,185

Nota: Tablero Situación COVID-19 MSPAS

El sexo femenino constituye el 52% y el sexo masculino el 48% de los casos registrados a nivel nacional. El grupo etario de 20 a 29 años presentan el mayor registro de casos y el grupo etario de 80 años y más, el de menor registro de casos. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2022)

La Sección de Epidemiología del Departamento de Medicina Preventiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), registra una distribución hasta junio de 2022, de 170,806 casos, siendo estos con mayor proporción en el año 2021; con contabilización de los meses del año en completo. (Tabla 2) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Tabla 2

Distribución de casos SARS COV-2/COVID-19 positivos por año, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala

Año	Frecuencia
2020	31,755
2021	87,966
2022	54,085

Nota: Base de datos de unidades médicas del IGSS.

Relacionado a los grupos etarios referidos por el MSPAS, el IGSS ha reflejado una mayor incidencia de casos registrados en las edades 20-29 años (52,846), seguido de los grupos etarios de 30-39 años (49,108) y 40-49 años (29,389). (Tabla 3)

Relacionado a los grupos etarios referidos por el MSPAS, el IGSS ha reflejado una mayor incidencia de casos registrados en las edades 20-29 años (52,846), seguido de los grupos etarios de 30-39 años (49,108) y 40-49 años (29,389). (Tabla 3)



Tabla 3

Distribución de casos SARS COV-2/COVID-19 positivos por grupo etario, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Edad (años)	Frecuencia
0-9	2,762
10-19	2,672
20-29	52,846
30-39	49,108
40-49	29,389
50-59	16,703
60-69	10,034
≥70	7,292

Nota: Base de datos de unidades médicas del IGSS.

En la distribución por sexo, el masculino conforma el 57.09% y el femenino el 42.91% de los casos registrados por el IGSS. (Tabla 4) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Tabla 4

Distribución de casos SARS COV-2/COVID-19 positivos por sexo, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	73,290	42.91
Masculino	97,516	57.09

Nota: Base de datos de unidades del IGSS.

Los departamentos de Guatemala (95,917), Quetzaltenango (13,752) y Escuintla (10,669); constituyen el mayor registro de casos; y el departamento con menor registro es Sololá (436). (Tabla 5) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Tabla 5

Distribución de casos SARS COV-2/COVID-19 positivos por departamento, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento	Total
Guatemala	95,917
Quetzaltenango	13,752
Escuintla	10,669
Sacatepéquez	8,936
Suchitepéquez	7,566
Izabal	6,517
Chimaltenango	3,930
Retalhuleu	3,694
Zacapa	2,551
Huehuetenango	2,278
San Marcos	2,161

Jalapa	2,127
Alta Verapaz	1,885
Chiquimula	1,567
Baja Verapaz	1,433
Jutiapa	1,318
El Progreso	1,307
Quiche	993
Totonicapán	712
Santa Rosa	539
Peten	518
Sololá	436

Nota: Base de datos de unidades del IGSS.

La distribución de casos fallecidos por SARS COV-2/COVID-19 registrados por el IGSS, es de hasta 5,120; con una mayor incidencia en el año 2021. (Tabla 6) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Tabla 6

Distribución de casos fallecidos por SARS COV-2/COVID-19 por año, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala

Año	Frecuencia
2020	1,884
2021	2,878
2022	358

Nota: Base de datos de unidades del IGSS.

El total de casos fallecidos es de 5,120, correspondiendo al grupo etario de 70 años y más (1,748) con el mayor registro; y con el menor registro al grupo etario de 10-19 años (6). (Tabla 7) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Los registros del IGSS describen que el sexo masculino presenta la mayor cantidad de casos de fallecimiento, con un total de 3.703 y el sexo femenino de 1.417 casos de fallecimiento. (Tabla 7) (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Tabla 7

Distribución de casos fallecidos por SARS COV-2/COVID-19 por edad y sexo, marzo 2020 a junio 2022, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala

Edad (años)	Sexo	
	Femenino	Masculino
0-9	16	23
10-19	5	1
20-29	42	81
30-39	115	261
40-49	167	498
50-59	231	663
60-69	331	938
≥70	510	1,238

Nota: Base de datos de unidades del IGSS.

El departamento de residencia de los casos de fallecimiento por SARS COV-2/COVID-19, con mayor prevalencia es Guatemala, Escuintla y Quetzaltenango. (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)

Institucionalmente (IGSS) ha registrado a la ocupación de Enfermería, como aquella con más incidencia de casos de SARS COV-2; la 2da y 3era ocupación con mayor incidencia constituye a la Administrativa (1,339) y Médico (1,139). Las ocupaciones con menor incidencia de casos de SARS COV-2 en el IGSS constituyen a Promotor de Salud (4), Taller Mecánico (4) y Morgue (2). (Departamento de Medicina Preventiva, IGSS, 2022)



La información registrada de la pandemia de SARS COV-2/COVID-19 por el IGSS, demuestra que no hay una tendencia exacta anticipada del alza de los casos positivos, pero, refleja a los meses de enero, febrero, junio, julio y agosto de cada año, como los de mayor registro.

Definiciones de caso

Caso Recuperado

Pacientes sintomáticos.

Considera a aquel paciente que haya transcurrido como mínimo 10 días desde el inicio de los síntomas y al menos 3 días sin síntomas.

Pacientes asintomáticos.

Se considera a aquel paciente que haya transcurrido como mínimo 10 días desde la toma de la muestra que salió positiva.

Pacientes sin seguimiento.

Se considera a aquel paciente vivo confirmado que no tuvo seguimiento por los servicios de salud y que ha transcurrido 21 días desde la toma de muestra. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2022)

Condiciones posteriores a COVID-19

Se refiere a los síntomas, tanto físicos como mentales, que se desarrollan durante o después de la infección por COVID-19, que persisten por un período mayor a 2 meses y no se explican por un diagnóstico alternativo.

Secuelas Físicas

Consiste en síntomas y signos persistentes después de la fase aguda de COVID-19, que generalmente incluyen: fatiga, disnea, dolor torácico y tos. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2022)

Secuelas Psicológicas

Engloba toda aquella sintomatología psíquica y cognitiva persistente luego de haber cursado con infección por COVID-19, tales como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastorno de estrés postraumático, reacción al estrés agudo, entre otros; así como la exacerbación de síntomas en pacientes con historial de enfermedad mental previa.

Epidemiología

Los síntomas persistentes tras la infección por SARS-CoV-2 ocurren tanto en pacientes con necesidad de hospitalización por un cuadro agudo grave de COVID-19, como en aquellos que han presentado una enfermedad leve e incluso en sujetos con infección asintomática.

Es importante poder distinguir entre los términos de COVID persistente y secuelas post COVID, pues se ha evidenciado que las secuelas predominan en varones de mayor edad, en torno a los 70 años, con comorbilidades asociadas, mientras que el COVID Prolongado (CP) suele presentarse en mujeres de mediana edad, en torno a los 40 años, sin problemas de salud importantes. (A. López-Sampalo, 2022)

El Instituto Nacional de Investigación Sanitaria (National Institute for Health and Care Research, por sus siglas en inglés) del Reino Unido estima que el 20 al 30% de los pacientes que no requirieron ingreso hospitalario por COVID 19, refieren sufrir un síntoma después de un mes tras la infección y al menos el 10 %, tres meses después.

Entre el 50 % y el 89 % experimentan al menos un síntoma después de dos meses, quienes requirieron ingreso hospitalario.



Por lo tanto, es preciso conocer el tipo y la prevalencia de las secuelas para el abordaje interdisciplinario de estos pacientes. (Arbillaga-Etxarri, 2022)

Evaluación y diagnóstico en pacientes con síntomas persistentes después de COVID-19

- Confirmar que el paciente tuvo COVID-19 (verificando que dio positivo en la prueba PCR), o que es probable que haya tenido COVID-19 (verificar que ha tenido síntomas consistentes con una infección por SARS-CoV-2 y contacto con un caso positivo o entorno de alto riesgo). Documentar los detalles de la enfermedad aguda.
- Revisar los síntomas actuales y preguntar al paciente sobre las preocupaciones, funcionamiento y deseos en cuanto a sus necesidades.
- Evaluar si es probable que los síntomas actuales estén relacionados con el COVID-19 agudo.
- Valorar si los síntomas pueden estar relacionados con comorbilidades o si se ven exacerbados por estas. (Australian Government Department of Health, 2022)

Sintomatología post COVID-19

La enfermedad secundaria a infección por COVID-19 persistente tiene una presentación clínica muy heterogénea. Hay más de 200 síntomas asociados en diferentes órganos y sistemas; los más comunes a largo plazo son la fatiga (52 %), los síntomas cardiorrespiratorios (30 al 42%) y los síntomas neurológicos (40 %), incluyendo los cuadros de disautonomía. (Romero-Duarte, 2021).

A continuación, se presentan los síntomas más frecuentes reportados hasta el momento:

Figura 1

Sintomatología más frecuente en pacientes con antecedente de enfermedad secundaria a infección por COVID-19.

Generales <ul style="list-style-type: none">• Fatiga• Sudoración• Febrícula• Escalofríos• Pérdida peso	Neurológicos <ul style="list-style-type: none">• Cefalea• Parestesias• Anosmia/cacosmia• "Niebla cerebral"• Vértigo	Respiratorios <ul style="list-style-type: none">• Disnea• Expectorcación• Tos seca• Hemoptisis/Odinofagia
Cardíacos /SNA <ul style="list-style-type: none">• Palpitaciones• Dolor torácico• Hipotensión ortostática• Síncope	Coagulación <ul style="list-style-type: none">• Hematomas• Microtrombosis• Petequias	Psicológicos <ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Depresión• Insomnio• Trastorno estrés postraumático
Endocrinos <ul style="list-style-type: none">• Hiperglucemias• Alteraciones tiroideas	Otorrinológicos <ul style="list-style-type: none">• Acúfenos• Vértigos• Hipoacusia	Oftalmológico <ul style="list-style-type: none">• Visión borrosa• Ojo seco• Nistagmus
Dermatológicos <ul style="list-style-type: none">• Urticaria• Rash• Alopecia• Ulceras	Digestivos <ul style="list-style-type: none">• Diarrea• Dolor abdominal• Náuseas/vómitos• Dispepsia	

Nota: IGSS, 2022. Modificación propia.

Síntomas y secuelas respiratorias post COVID-19.

Los pulmones son los órganos más afectados, por consiguiente, los síntomas respiratorios persistentes y las limitaciones al ejercicio son frecuentes. La disnea se considera el síntoma respiratorio persistente más frecuente (Chopra, 2021), seguido de la tos y el dolor torácico (Carfi, 2020). La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) y la fibrosis pulmonar son las secuelas pulmonares más importantes y a diferencia de otras secuelas post agudas, presentan una clara asociación con la gravedad de la infección en la fase inicial, siendo más frecuentes en los pacientes que requirieron ingreso en

Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en los que precisaron de oxigenoterapia crónica domiciliaria. (A. López-Sampalo, 2022).



Los síntomas del CP pueden variar, así como en el cuadro agudo y puede manifestarse de una forma fluctuante o continua. Ya que carece de una base estandarizada y protocolo sobre el manejo de pacientes con CP, existen distintas guías clínicas, además de clínicas para el manejo post COVID-19 en centros hospitalarios.

Ante la complejidad de la infección por el virus SARS CoV2/COVID-19, se hace necesario un manejo multidisciplinario, con el cual busca un abordaje y rehabilitación integral. Existe potencial de afectación de múltiples órganos y sistemas, por lo que la monitorización de la evolución del paciente se considera de importancia para el mejor manejo posible.

Obstáculos en la recuperación

Consideración como normales aquella sintomatología post COVID-19, por temor a la intervención médico-hospitalaria, siendo ocultado.

Así mismo, el estado de salud que se tiene puede tener un gran impacto en el ritmo de recuperación y en el estado funcional que se tenga, un claro ejemplo de ello son los pacientes que antes de infectarse por COVID 19 ya tenían una enfermedad cardiovascular de base; esto puede retrasar o confundir el tiempo de resolución de los síntomas posteriores a la infección, por otro lado también existen casos en que los pacientes previo a la infección se encontraban sanas, pero que pueden haber sufrido numerosas complicaciones, y por lo tanto se enfrentan a una prolongada trayectoria de recuperación. (Gómez, 2021)

Recomendación del grupo de desarrollo

Evaluación inicial del paciente para realizar una valoración integral del estado basal:

- Exploración física completa
- Pruebas de laboratorio
- Estudios de imagen
- Estudio y control de comorbilidades
- Situación funcional y social. (A. López-Sampalo, 2022)

Algunos estudios complementarios que se realizan son: un electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, prueba de esfuerzo, Holter electrocardiográfico, monitorización ambulatoria de la presión arterial o automonitorización de la presión arterial, test de basculación (tilt-test) en pacientes con sintomatología de disautonomía, sin embargo; estos van dirigidos directamente con el síntoma del paciente. (E., 2020)

Realizar una consulta inicial siempre es importante, especialmente en aquellos pacientes que presentan síntomas persistentes después de 4 semanas de la infección COVID-19. Esta valoración debiera ser presencial y su función es la búsqueda de los datos de alarma, la necesidad de exploración física, los antecedentes del paciente, la gravedad e impacto de la sintomatología en la calidad de vida o las dificultades para la comunicación. (E., 2020)

Resolución de síntomas

Actualmente existen tendencias de la mejoría espontánea de los síntomas persistentes a consecuencia de COVID-19, aunque no se puede establecer el porcentaje de los pacientes que presentan mejoría y el tiempo en el que se logra esa recuperación. Según reporte de algunos estudios prospectivos la inmunización contra COVID-19, favorece significativamente en la mejoría de los síntomas persistentes, pero se requieren más datos para poder confirmar dicha aseveración. (Almazán, 2021)

Algunos ensayos aún en estudio a nivel internacional no tienen definidos tratamientos específicos para la recuperación de los pacientes con secuelas de COVID, aún se está en espera de resultados que orienten a la terapéutica específica y eficaz, sin embargo, actualmente se usan tratamientos dirigidos a la sintomatología del paciente, tanto farmacológicos (AINES - medicamentos antiinflamatorios no esteroides-, broncodilatadores y antitusígenos) como no farmacológicos (suplementos vitamínicos). En estos pacientes es importante el tratamiento rehabilitativo multidisciplinario que incluya terapia física, ocupacional y psicológica. (Almazán, 2021)

Tratamiento rehabilitativo

Los programas de rehabilitación, según informes de la OMS, son recomendados como un componente fundamental en el tratamiento de paciente ante cualquier evento sanitario. Por lo cual, la rehabilitación es un pilar fundamental para la recuperación de los pacientes Post COVID-19. (Mirabal Requena, 2021)



Diversos estudios indican que para la recuperación de la enfermedad de COVID-19, existe la necesidad de programas de rehabilitación integral, especialmente en pacientes con comorbilidades y vulnerables, como adultos mayores. Estos programas deben incluir tratamiento de secuelas funcionales y apoyo psicológico o psiquiátrico según sea la necesidad y debe estar enfocados a recuperar las secuelas de los pacientes, mejorar la calidad de vida e insertar al paciente a la sociedad; considerándose los objetivos fundamentales. (Mirabal Requena, 2021)

D

Manejo de la fatiga

En algunos pacientes la infección con COVID-19, puede favorecer el desarrollo de diversas secuelas a nivel pulmonar, sobre todo aquellos pacientes que han sufrido neumonía grave secundaria a COVID-19. Adicionalmente, según las necesidades de cada paciente en particular, se pueden adicionar tratamientos para calmar el dolor residual, mejorar la voz y la deglución, entre otras intervenciones. Además se puede medir mediante cuestionarios para valorar su tratamiento y evolución. (ver anexo 2) (Figueira, 2022)

En el manejo de la disnea se utilizan ejercicios para mejorar la capacidad respiratoria como ejercicios de respiración diafragmática y fortalecimiento de musculatura respiratoria. Así mismo, se deberá llevar en plan de ejercicios de resistencia que mejoren la tolerancia a la actividad cotidiana y condición física en general, esto con el objetivo de incrementar la fuerza muscular. (Gómez, 2021)

Finalmente, las técnicas de terapia respiratoria que mejoran la fuerza de los músculos encargados de la respiración, así como la capacidad pulmonar y el patrón respiratorio. Entre algunos de los ejercicios que se recomiendan están:

- Inhalar aire por la nariz proyectando el abdomen hacia afuera.
- Exhalar el aire por la boca mientras el abdomen se dispone hacia adentro, preferiblemente con los labios fruncidos.
- Se recomienda iniciar los ejercicios de pie y cuando se domine bien la técnica, también se debe realizar sentado y acostado. Mínimo de 10 repeticiones. (Gómez, 2021)

A

1a

Manejo de problemas osteomusculares



Los problemas a nivel musculoesquelético que ocurren en más de la mitad de pacientes con secuelas de COVID-19, son las mialgias y debilidad generalizada. La sintomatología que presenta es dolor de espalda o debilidad de las extremidades, debido a la posición de decúbito prono prolongada en el caso de pacientes que requirieron hospitalización. Es importante valorar el nivel de dolor en estos casos, de esta manera se puede objetivar el mismo y poder medir su evolución clínica. (Para su valoración, ver anexo)

Las artralgias son sintomatología común, pero generalmente se combinan con mialgias, por lo que no se puede identificar sin específicamente se trata de una mialgia.

Por lo que, el tratamiento debe enfocarse para mejorar los arcos de movilidad y reducción de la inflamación articular. Entre algunas técnicas se destacan:

- Inspiración con brazos extendidos de manera simultánea, con palmas mirando hacia adelante y extensión de los codos.
- Elevaciones laterales de brazos, con abducción a 90 grados.
- Brazos extendidos hacia arriba por el costado del cuerpo, inclinando el tronco al lado contrario y realizar inspiración profunda.
- Colocar una mano en la región cervical y la otra en la cintura, luego se inhala profundamente, llevando hacia atrás el codo del brazo colocado en la región cervical sin girar el tronco. (Gómez, 2021)

1a

A

Prescripción de ejercicio.

- a. Ejercicio aeróbico.
 - Tres a cinco veces por semana.
 - Intensidad menor al 60% de la frecuencia cardiaca máxima.

- b. Ejercicio de Fuerza
 - Dos a tres veces por semana.
 - Del 70 al 80% de una repetición máxima.
 - Series de 8-12 repeticiones.
 - Trabajar uno a tres grupos musculares por sesión.
 - Progreso de un 5-10% de carga semanalmente.

- c. Duración del tratamiento
 - De seis a ocho semanas.
 - De 10 a 30 minutos por sesión.
 - Posibilidad de ejercitarse más de una vez al día.

- d. Contraindicaciones o detención de tratamiento
 - Frecuencia cardiaca mayor 100 latidos/min (relativo).
 - Presión arterial menor a 90/60 mmHg o mayor a 140/90 mmHg.
 - Saturación Parcial de O₂ (SpO₂) a 95% en pacientes sin enfermedad respiratoria crónica de base.
 - Saturación Parcial de O₂ (SpO₂) menor a 88% o por debajo de saturación basal de paciente con enfermedad respiratoria crónica.
 - Mareos, dolor de cabeza y otros síntomas (la fatiga no se alivia después del descanso, opresión o dolor en el pecho, dificultad para respirar, tos severa, visión borrosa, palpitaciones, sudoración, inestabilidad, etc.)

No realizar ejercicios de intensidad vigorosa.

Manejo del dolor neuropático

Es importante aprender a distinguir el dolor nociceptivo del dolor neuropático, con base en sus características, debido a que su tratamiento difiere ampliamente, aunque puede llegar a tener características de ambos y ser un dolor mixto.

Los medicamentos para el manejo del dolor neuropático como primera línea, se encuentran los antiepilépticos como la pregabalina y gabapentina, los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la duloxetina y la venlafaxina. Los medicamentos considerados de segunda línea incluyen agentes tópicos como los apósitos de lidocaína al 5% y parches de capsaicina al 8%. Por último, otro grupo de fármacos considerados de segunda línea son los opioides como el tramadol y la buprenorfina, que parecen ser más adecuados para aliviar las complicaciones respiratorias, ya que ninguno de ellos cuenta con propiedades inmunosupresoras y por lo tanto no prolongan la diseminación viral.

La pregabalina se inicia mediante titulación, con una dosis de 150 mg al día y debe de ser tomado preferentemente por la noche, puesto que puede causar somnolencia. Si el paciente presenta efectos adversos se puede disminuir la dosis a 75 mg. Si el paciente lo tolera adecuadamente y no hay un adecuado control del dolor se puede aumentar la dosis semanalmente 75 mg, pudiendo llegar hasta 600mg. Sin embargo, no es recomendado sobrepasar los 300 mg ya que se presenta un aumento de los efectos adversos y no hay una mejoría adicional significativa del dolor.

La alternativa terapéutica es la venlafaxina. La dosis para manejo del dolor neuropático es menor que la dosis antidepresiva. En el caso de la venlafaxina, esta se inicia a una dosis de 75 mg y, si no hay un adecuado control del dolor, se puede aumentar la dosis a 150 mg luego de 3 semanas de tratamiento.

Por último, también se cuentan con parches de lidocaína al 5%. Estos idealmente están indicados para el rápido del dolor neuropático localizado en pacientes con el sistema nervioso periférico comprometido. Esto nos permite reducir los efectos farmacológicos indeseados, ya que la aplicación tópica ayuda a saltar el metabolismo hepático y reduce la necesidad de fármacos orales.

Los parches se deben de colocar en el área de dolor a tratar durante 12 horas y se debe de dejar el área descubierta por 12 horas. Este proceso debe de ser repetido cada día hasta alcanzar el efecto deseado.

Manejo de secuelas psicológicas

3b

La evaluación cognitiva de los pacientes posterior a padecer COVID-19, se debe iniciar de manera temprana, para abordar los factores de riesgo psicológico que incluyan la salud mental previa a padecer COVID-19, las crisis de duelo y las circunstancias que amenazan la vida. La comunicación continua con el paciente y su familia es un aspecto esencial del tratamiento.

B

La transmisión de información debe realizarse con un lenguaje simple, conciso y claro, explicando las intervenciones, resolviendo las dudas y las expectativas del paciente y de su red de apoyo.

La depresión y ansiedad son trastornos de estrés postraumático que se consideran son las secuelas más importantes y pueden estar causadas por la respuesta inmune al virus o por factores estresantes como el aislamiento social que genera un impacto psicológico ante esta enfermedad. La depresión por ser un trastorno emocional, puede causar sentimientos de tristeza constante y desinterés en realizar diferentes actividades cotidianas. La ansiedad frecuentemente causa preocupaciones y miedos intensos, los cuales son persistentes sobre situaciones cotidianas. (Romero-Duarte, 2021)

En la intervención psicológica se adopta una actitud con dinamismo ante la situación de pandemia, mediante diversos recursos terapéuticos. Entre las herramientas utilizadas se destacan las siguientes:



- Escuchar activamente y empáticamente al paciente, garantizándole confidencialidad y respeto.
- Permitir que el paciente exprese lo vivido, normalizando las emociones que se generan frente al suceso, así mismo poner en marcha los recursos de afrontación.
- Psicoeducación sobre los efectos de estrés agudo, informándole sobre las posibles consecuencias o registros emocionales que pueden acontecer.
- Técnicas de regulación emocional para brindar atención antes las situaciones emocionales, como técnicas de mindfulness.
- Sesiones de relajación muscular, debido a la manifestación de sobrecarga emocional. (Cuellar, 2020)

Momento de la cirugía después de la infección por COVID-19

1a

La realización de cirugías electivas dentro de las 7 semanas posteriores a la recuperación de una enfermedad aguda, luego de un diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 no son recomendadas; solamente si el riesgo de no realizar la cirugía sea de mayor riesgo, estos deben ser ya sea por deterioro o progresión clínica.

Procedimientos quirúrgicos de bajo riesgo, tales como la endoscopia o la incisión en la piel, deben considerarse antes si la necesidad clínica lo justifica. (Gómez, 2021)

A

Área de recuperación post covid-19

La atención de los pacientes que sean referidos por secuelas a consecuencia de COVID-19, deben llevar el seguimiento en las clínicas de recuperación Post Covid-19, las cuales contarán con la atención de médico rehabilitador o fisiatra, médico psiquiatra, médico especialista en Medicina Interna, psicólogo y miembros del equipo multidisciplinario que sea necesario para brindar la atención integral a los pacientes. En caso de ser necesario por cualquier complicación o situación de emergencia, se traslada a un centro asistencial adecuado, mediante el servicio de ambulancia.

El médico fisiatra según la condición clínica del paciente (leve o severo), determinará la modalidad de tratamiento del paciente, el cual podrá ser seguimiento con citas control y tratamiento ambulatorio en casa o programa de terapias presencial con citas control. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2022)

Finalización del tratamiento

Después del tratamiento multidisciplinario oportuno a los pacientes, se da como caso concluido según el criterio de los médicos especialistas involucrados, exceptuando los casos en los que el paciente no presente evolución clínica favorable o tenga secuelas establecidas; con el seguimiento del proceso médico-administrativo-pecuniario que corresponda. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2022)

Prevención del Covid-19 prolongado

La única manera de evitarlo con certeza es no contraer COVID-19. Muchas personas infectadas no presentan sintomatología grave. Cabe mencionar que no es posible saber quiénes se recuperarán rápidamente y quiénes tendrán síntomas persistentes. La mejor manera de prevenir el Covid-19 es mediante la vacunación.

4.ANEXOS



Anexos 1. Escala de grabación del dolor crónico

1. ¿Cuántos días ha tenido dolor en los últimos seis meses?
Días (de 180).

¿Cómo valoraría su dolor EN ESTE MOMENTO? Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ningún dolor" y 10 "el peor dolor imaginable"

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. En los últimos tres meses, ¿cómo valoraría su PEOR dolor? Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ningún dolor" y 10 "el peor dolor imaginable" NINGÚN DOLOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. EN PROMEDIO, en los últimos tres meses, ¿cómo valoraría su dolor? Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ningún dolor" y 10 "el peor dolor imaginable" NINGÚN DOLOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días su dolor le impidió realizar las TAREAS HABITUALES, como trabajar, ir al colegio, o realizar las labores del hogar?.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. En los últimos tres meses, ¿cuánto ha interferido su dolor en sus ACTIVIDADES DIARIAS ? Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ninguna interferencia" y 10 es "incapaz de realizar ninguna actividad".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En los últimos tres meses, ¿cuánto ha interferido su dolor en sus ACTIVIDADES DE OCIO, SOCIALES Y FAMILIARES? Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ninguna interferencia" y 10 es "incapaz de realizar ninguna actividad".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. En los últimos tres meses, ¿Cuánto ha interferido su dolor en su CAPACIDAD PARA TRABAJAR, incluyendo las tareas del hogar?. Use una escala entre 0 y 10 dónde 0 significa "ninguna interferencia" y 10 es "incapaz de realizar ninguna actividad"

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nota: E., M. (2020). Covid-19: What do we know about "long covid"?. BMJ (Clinical research ed.). Obtenido de <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>. Modificado por el grupo de desarrollo.

Anexos 2. Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana.

Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días.

Durante los últimos 7 días,

1. ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

Días por semana (indique el número)

Ninguna actividad física intensa (pase a pregunta 3)

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día

Indique cuántos minutos por día

No sabe/no está seguro

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar

Días por semana (indicar el número)
Ninguna actividad física moderada
(pase a la pregunta 5)

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro

5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Días por semana (indique el número)
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

Indique cuántas horas al día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro

VALOR DEL TEST:

Caminatas: $3'3 \text{ MET}^* \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)

Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

Actividad Física Moderada:

- 1 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
- 2 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
- 3 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET*.

Actividad Física Vigorosa:

- 1 Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET*.
- 2 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET*.

* Unidad de medida del test.

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)

NIVEL ALTO
NIVEL MODERADO
NIVEL BAJO O INACTIVO

Nota: E., M. (2020). Covid-19: What do we know about "long covid"?. BMJ (Clinical research ed.). Obtenido de <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>. Modificado por el grupo desarrollo.

5. GLOSARIO



Ansiedad	Reacción normal que se presenta ante un riesgo o amenaza, donde se experimenta miedo, inquietud, desesperación. Puede haber sudoraciones, palpitaciones, temblores y opresión de pecho. Cuando se presenta en situaciones que habitualmente no son amenazantes o de manera persistente hasta el punto que interfiere con la vida de la persona, se convierte en trastorno.
Artralgias	Dolor articular.
Automonitorización de la presión arterial	Mediciones de la presión arterial que el paciente realiza a sí mismo.
Depresión	Se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento, estado del ánimo triste, pérdida de interés por todo y disminución de funcionalidad en varios ámbitos de la vida de la persona.
Disautonomía	Disfunción de los nervios que regulan las funciones del cuerpo no voluntarias, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la sudoración.
Disnea	Ahogo o dificultad para respirar.

Ecocardiograma transtorácico	Prueba diagnóstica en la que se emplea el ultrasonidos para observar el tamaño del corazón, el grosor de sus paredes, su funcionamiento global y el aspecto y comportamiento de sus válvulas.
Electrocardiograma	Gráfico en el que se registran los movimientos y ritmo del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo.
Enfermedad Tromboembólica venosa (ETEVE)	Proceso caracterizado por la formación de un trombo (coágulo sanguíneo) en el interior del sistema venoso profundo que puede crecer o fragmentarse, interrumpiendo la circulación normal de la sangre y causando diversas alteraciones.
Fibrosis pulmonar	Es una enfermedad en la que hay cicatrices en los pulmones que dificultan la respiración.
Holter	Es un tipo de dispositivo de electrocardiografía ambulatorio para la monitorización cardíaca durante al menos 24 horas.
Mialgias	Dolor muscular.
Monitorización ambulatoria de la presión arterial	Dispositivo que mide la presión arterial mientras el paciente hace su vida diaria normal. El monitoreo dura 24 horas.

Oxigenoterapia Tratamiento médico de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de inhalaciones de oxígeno.



Prueba de esfuerzo Estudio en el que se examina cómo funciona el corazón mientras se hace ejercicio en una cinta rodante o una bicicleta estática.

Reacción al estrés agudo Exposición a evento traumático que genera disfuncionalidad y presentación de síntomas angustiosos que comienzan o empeoran después del suceso y no tardan más de un mes. Entre los síntomas se encuentran recuerdos angustiosos recurrentes, sueños angustiosos recurrentes, ánimo negativo, evitación y alerta.

Test de basculación (tilt-test) Examen de inclinación corporal que consiste en registrar la respuesta de la presión arterial y la frecuencia cardíaca al cambio postural del cuerpo.

Trastorno de Estrés Postraumático psicológico intenso. Trastorno que se desarrolla después de experimentar un hecho peligroso, amenazante, impactante que genera un conjunto de síntomas posterior a evento traumático y que inician después de un mes del suceso y duran al menos 6 meses. Entre estos se encuentran recuerdos angustiosos recurrentes, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, miedo intenso a sufrir evento parecido, malestar psicológico intenso.

Trastornos del sueño

Son problemas relacionados con el sueño, que generan disfuncionalidad. Entre éstos pueden incluirse: insomnio, hipersomnio, narcolepsia, los relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano, trastornos de pesadillas, entre otros.

6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS



A. López-Sampalo, M. B.-L.-H. (2022). Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa. Elsevier, Pages 241-250. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.10.003>.

Almazán, M. S. (2021). Experiencia del paciente afectado por COVID-19 persistente acerca de la utilidad y características de las escalas de valoración clínica de los síntomas derivados de su enfermedad. *Medicina General*, 10(2), 69-78. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7955237>
Arbillaga-Etxarri, A. L.-P.-S.-R.-C.-G.-S. (2022). Fisioterapia respiratoria post-COVID-19: algoritmo de decisión terapéutica. Elsevier. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2021.100139>.

Australian Government Department of Health. (2022). Australian guidelines for the clinical care of people with COVID-19. 653. Virginia. Obtenido de https://files.magicapp.org/guideline/6d3ed98e-5d57-4373-b524-af942ae75f17/published_guideline_6687-65_1.pdf

Carfi, A. B. (2020). Síntomas persistentes en pacientes después de un cuadro agudo de COVID-19. *Jama*, 603-605. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Against%20COVID-19%20Post-Acute%20Care%20Study%20Group%20Persistent%20symptoms%20in%20patients%20after%20acute%20COVID-19&publication_year=2020&author=A.%20Carfi&author=R.%20Bernabei&author=F.%20Landi&author

Chopra, V. F. (2021). Resultados de sesenta días entre pacientes hospitalizados con COVID-19. *Anales de medicina interna*, 576-578. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Sixty-day%20outcomes%20among%20patients%20hospitalized%20with%20COVID-19&publication_year=2021&author=V.%20Chopra&author=S.A.%20Flanders&author=M.%20O%27%20Malley

Departamento de Medicina Preventiva, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS. (junio 2022). Base de datos de Unidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Guatemala.

E., M. (2020). Covid-19: What do we know about "long covid"?. *BMJ (Clinical research ed.)*. Obtenido de <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>

Figueira, J. C. (2022). Impact of the Pandemia on Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. En *Open Respiratory Archives*. Sociedad Española de Neumología y cirugía torácica. doi:<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2021.100145>

Gómez, A. G. (2021). Rehabilitación multidisciplinaria y multiorgánica del paciente post COVID-19. *Scientific & Education Medical Journal*, 2(1), 21. Obtenido de <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/40/80>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2022). Protocolo de Atención a Pacientes con Secuelas a consecuencia de COVID 19. Guatemala. Obtenido de [file:///C:/Users/giron/Downloads/Protocolo_Clinicas%20de%20recuperacio%CC%81n_Si%CC%81ntomas%20postCOVID_versio%CC%81n_con%20Drs%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/giron/Downloads/Protocolo_Clinicas%20de%20recuperacio%CC%81n_Si%CC%81ntomas%20postCOVID_versio%CC%81n_con%20Drs%20(2).pdf)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS – Tableta de la situación de COVID-19 en Guatemala, Revisado el 11 de agosto de 2022. Obtenido de <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/tablerocovid/>

Mirabal Requena, J. C. (2021). Rehabilitación Integral para la recuperación POST COVID-19. *Revista Cubana de Tecnología en Salud*, 12(1), 4. Obtenido de <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/2014/1446>

Romero-Duarte, Á. R.-I.-F. (2021). Secuelas, sintomatología persistente y evolución tras hospitalización por COVID-19: estudio multicéntrico ANCOHVID de seguimiento a 6 meses. BMC Med 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-021-02003-7>



World Health Organization (2022). Who Coronavirus (COVID-19) Dashboard. – Global Situation – Revisado el 11 de agosto de 2022. Obtenido de: <https://covid19.who.int/>



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org

