

Evaluación y tratamiento ambulatorio de la COVID-19

COVID-19 outpatient evaluation and treatment

José O. Barreto-Rodríguez*, Edgar F. Castro-Arellano y Armando Castorena-Maldonado

Subdirección Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México

Resumen

Este artículo de revisión tiene como objetivo proporcionar una actualización del diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 leve/moderada, abordando temas específicos como recomendaciones generales, tratamiento antiviral, medidas de prevención (vacunación) y seguimiento de los pacientes con long-COVID.

Palabras clave: COVID-19 leve/moderado. Long-COVID. Tratamiento COVID-19.

Abstract

This review article aims to provide an update on the diagnosis and treatment of mild/moderate COVID-19, addressing specific topics such as general recommendations, antiviral treatment, preventive measures (vaccination), and follow-up of patients with long-COVID.

Keywords: COVID-19 mild/moderate. Long-COVID. COVID-19 treatment.

*Correspondencia:

José O. Barreto Rodríguez

E-mail: joseomarbarretorodriguez@gmail.com

Recibido: 13-08-2025

Aceptado: 29-09-2025

DOI: 10.24875/NCT.M25000021

Disponible en línea: 26-01-2026

Neumol Cir Torax. 2025;84(2):118-122

www.revistanct.org.mx

2594-1526 / © 2025 Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El 31 de diciembre de 2019, la comisión municipal de salud y sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre un grupo de 27 casos de neumonía de causa desconocida, que más tarde sería identificada como un nuevo beta coronavirus (coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave [SARS-CoV-2])¹. Actualmente, la enfermedad por este coronavirus (COVID-19) se ha extendido por todo el mundo, causando más de 777 millones de infecciones confirmadas y cerca de 7 millones de defunciones, con una letalidad global estimada del 2%, lo que ha provocado un impacto económico estimado en más de 5 trillones de dólares^{1,2}.

Etiología

El árbol filogenético del SARS-CoV-2 ha mostrado miles de mutaciones del virus, sin embargo, solo cinco han sido las variantes de interés: alfa (B.1.1.7), beta (B.1.351), gamma (P.1), delta (B.1.617.2) y ómicron (B.1.1.529) con sus subvariantes de KP.1, KP.2 y KP.3 (XEK y MC.10.1), siendo estas últimas las que prevalecen³. Su periodo de incubación es en promedio de cinco días, pero puede ir de 2 a 14 días⁴. Tras el contagio, se han documentado dos fases: 1) replicación viral, caracterizada por manifestaciones clínicas típicas de infección de vías respiratorias altas (80% de los casos), y 2) fase inflamatoria (20% de los casos), la cual podrá autolimitarse o bien asociarse a la llamada tormenta de citocinas y terminar en un estado de hiperinflamación, con complicaciones respiratorias y sistémicas graves que requieren manejo en una unidad de cuidados intensivos⁵.

Clasificación de la enfermedad

El espectro clínico que puede presentar la infección por SARS-CoV-2 es muy variable. Se reconocen cuatro categorías clínicas: enfermedad leve-moderada (81%), grave no crítica (14%), grave-crítica que requiere oxígeno suplementario a alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (VMNI), y grave crítico que requiere ventilación mecánica invasiva (VMI) u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (5%), pudiendo evolucionar de una a otra categoría de forma progresiva^{6,7}.

- Enfermedad leve-moderada: el paciente mantiene una saturación de oxígeno (SO_2) $\geq 94\%$, sin necesidad de oxígeno suplementario, con manifestaciones

clínicas de una rinofaringitis o laringitis: faringodinia, tos, rinorrea, disfonía, fiebre, fatiga, cefalea, mialgias, artralgias, diarrea, náuseas/vómitos, anosmia y disgeusia⁸. A la exploración física se describen los siguientes hallazgos: rinorrea hialina (21%), rinorrea purulenta (4%), hiperemia de mucosa nasal (12%) y edema de mucosa (3%); hiperemia de faringe (39%), amígdalas hiperémicas (13%), hipertróficas (2%) con exudados purulentos (1%) y adenopatías (4%)⁹.

- Enfermedad grave no crítica: la SO_2 es menor al 94%, con necesidad de oxígeno suplementario a bajo flujo. Existen datos clínicos y radiológicos de neumonía, documentándose disnea, tos y crepitantes finos o gruesos en la exploración física del tórax⁷.
- Enfermedad grave/crítica con requerimientos de oxígeno a alto flujo o VMNI: existe incremento de la disnea, tos, fiebre persistente y datos objetivos de dificultad respiratoria, así como desaturación. En los estudios de imagenología del tórax (tomografía) es evidente el daño pulmonar extenso, caracterizado por vidrio despulido, consolidación o patrón de *crazy paving*. Los biomarcadores séricos de respuesta inflamatoria se encuentran elevados: interleucina (IL) 6, proteína C reactiva, ferritina y procalcitonina. En estos casos es imperante la necesidad de hospitalización y estancia en cuidados intensivos⁷.
- Enfermedad grave/crítica que requiere VMI o ECMO: pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y/o sepsis grave⁷.

Es importante recordar que existe un grupo de pacientes que pueden estar asintomáticos: personas con prueba de reacción en cadena de la polimerasa PCR o de antígeno positiva a SARS-CoV-2, en ausencia de síntomas correspondientes a COVID-19, que pueden estar en una fase presintomática y posteriormente desarrollar algún síntoma⁵.

Evaluación clínica

Independientemente de los síntomas, siempre es importante identificar las siguientes consideraciones:

- Tiempo de inicio de los síntomas: permite establecer medidas de aislamiento. En pacientes inmunocompetentes con enfermedad leve-moderada el aislamiento se continúa hasta cumplir los tres siguientes criterios: a) al menos cinco días desde el inicio de síntomas; b) al menos 24 horas sin fiebre sin uso de antipiréticos, y c) hay mejoría en los síntomas. En pacientes asintomáticos se toman en cuenta los

cinco días a partir de su prueba positiva si continúan sin desarrollar síntomas. No hay necesidad de realizar PCR para SARS-CoV-2 para terminar el aislamiento en ninguno de los dos casos¹⁰.

- Datos de alarma como la disnea. Algunos pacientes la desarrollan en un lapso promedio de 5 a 8 días tras el inicio de los síntomas, y cuando la presentan se ha documentado síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, 2.5 días después del inicio de esta¹¹⁻¹³.
- Factores de alto riesgo de progresión: edad (> 65 años, aunque en > 45 años existe también mayor riesgo, sobre todo cuando existen comorbilidades adyacentes), el sexo (mayor riesgo en hombres), comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, obesidad mórbida, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])¹³ y factores genéticos (se han encontrado un grupo de genes localizados en el locus 3p21.31, como factor de riesgo para insuficiencia respiratoria en COVID-19), y una probable relación con el grupo ABO, siendo mayor el riesgo para los del grupo sanguíneo A¹⁴. También se ha encontrado relación con el alelo G de los polimorfismos rs4341 y rs4343 asociados a la expresión del receptor de la ECA¹⁵.

Atención a síntomas específicos

La presencia de anosmia y disgeusia se explica por el daño directo a células del epitelio olfatorio, el cual puede intensificarse por lesión al sistema nervioso central. Las células más afectadas son las sustentculares y de Bowman, lo que conlleva daño a los cilios de los receptores olfatorios, con imposibilidad de transmitir el estímulo oloroso. Este daño puede, además, exacerbarse por la respuesta inflamatoria, llevando a piroptosis^{16,17}. La recuperación del olfato y gusto se ha descrito como completa en la mayoría de los casos, con una media de tiempo de recuperación de 15 (4 a 27) días posterior al inicio del síntoma¹⁸. En los pacientes con síntomas persistentes se ha propuesto el entrenamiento olfatorio como tratamiento principal¹⁹. Aparte de los síntomas mencionados, se han observado también otros relacionados que han sido menos comunes, como hipoacusia sensorineural súbita, vértigo, plenitud ótica y hemorragia intralaberíntica, aunque estos se han limitado en general a reportes de casos individuales²⁰. Adicionalmente, se pueden presentar de forma menos frecuente e inespecífica algunos otros síntomas dermatológicos o neurocognitivos, especialmente en adultos mayores^{21,22}.

Tratamiento

Medidas generales

Más allá del tratamiento médico, hay que recordar las siguientes recomendaciones: identificar factores de riesgo, clasificar la gravedad de la enfermedad, educar al paciente sobre datos de alarma, monitoreo en casa, mantener la higiene con baño y lavado de manos, aislamiento por los días recomendados, alimentación equilibrada, hidratación y control de comorbilidades²³.

Tratamiento sintomático

En todos los casos, independientemente de la gravedad, deben controlarse los síntomas, mediante el uso de antipiréticos, analgésicos, antieméticos y antihistamínicos²⁴.

Terapia antiviral

Actualmente está aprobado el uso de dos antivirales orales: nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) y molnupiravir, y uno intravenoso (remdesivir) para pacientes con COVID-19 leve/moderada que tienen factores de alto riesgo de progresión, debiendo administrarse en los primeros 5-7 días de iniciados los síntomas⁷.

Se recomienda como primera línea de tratamiento: nirmatrelvir/ritonavir 300 mg/100 mg, 2 veces al día durante 5 días (ajustar la dosis en pacientes con tasa de filtrado glomerular [TFG] < 60 ml/min y no se recomienda en aquellos con TFG < 30 ml/min); o bien, como alternativa en caso de no contar con nirmatrelvir/ritonavir se puede usar remdesivir 200 mg IV en el día uno, y 100 mg IV en el día 2 y 3 (no debe administrarse si el valor de alanina aminotransferasa supera en más de cinco veces su límite superior normal, o suspender en caso de dicha elevación)^{7,25}.

En caso de no tener disponibilidad de alguna de las opciones mencionadas previamente, la alternativa de tercera línea sería el molnupiravir 800 mg vía oral cada 12 horas por 5 días.

El uso de esteroides sistémicos (dexametasona), inhibidores de IL-6 (tocilizumab) y anti-JAK (tofacitinib, baricitinib) solo están indicados en casos graves no críticos y graves críticos, según sea el caso⁷.

Terapias no recomendadas

Diversos fármacos se han estudiado sin evidencia suficiente de algún beneficio, hay algunas otras

terapias que aún se encuentran en estudio, sin embargo, a la fecha no se recomiendan para el tratamiento de COVID leve o moderada fuera de algún ensayo clínico. Entre dichos tratamientos se encuentran: azitromicina u otros antibióticos, hidroxicloroquina, colchicina, fluvoxamina, suplementos (vitamina C, vitamina D, zinc), famotidina, nitazoxanida, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes (excepto si existen factores de riesgo trombóticos) e ivermectina^{7,26,27}.

Oxígeno suplementario

El uso de oxígeno suplementario depende en gran medida de la altura en donde vive el individuo, por ejemplo, a nivel del mar se considera normal una saturación de oxígeno $\geq 94\%$, pero a una altura como la de la Ciudad de México (2.240 m sobre el nivel del mar) puede considerarse normal una saturación de oxígeno $\geq 90\%$. Por esta razón, el uso de oxígeno suplementario dependerá de estos valores. En general, se recomienda el uso de oxígeno suplementario en todo paciente que presente una $SO_2 < 90\%$ medida por pulso-oximetría y deberá de titularse de manera individual de acuerdo con las necesidades para cada paciente, sin embargo, la presencia de hipoxemia o necesidad de oxígeno suplementario por la COVID-19 y sin otra causa aparente catalogaría al paciente en un grado grave de la enfermedad, lo cual va más allá de los alcances de este artículo²⁶.

Seguimiento y recuperación

Durante los primeros días de evolución, los síntomas se pueden presentar de forma más intensa y constante. Se debe advertir al paciente acerca de la variabilidad que puede existir en cuanto al tiempo total de recuperación, así como de la presencia de síntomas; esto depende de la gravedad de la enfermedad y del estado de salud previo, es decir, una enfermedad moderada y la presencia de varios factores de riesgo o comorbilidades pueden alargar el tiempo de persistencia de síntomas hasta por varias semanas, sin que esto signifique que siga existiendo contagiosidad²⁸.

Vacunación posterior a la enfermedad aguda

La vacuna frente a SARS-CoV-2 debe aplicarse de manera anual, dando prioridad a personas de alto riesgo de sufrir enfermedad grave. Las vacunas

actualizadas disponibles tienen cobertura frente a las nuevas cepas²⁹.

COVID prolongada (long-COVID)

Actualmente sabemos que la COVID-19 tiene un curso agudo (1 mes) en el que puede o no haber complicaciones, y dos posibles estados tras la recuperación:

- **Síndrome post-COVID:** son las secuelas presentadas en pacientes que presentaron enfermedad grave de COVID-19. Regularmente, puede durar de 2 a 6 meses la recuperación.
- **COVID-19 persistente o long-COVID:** es un complejo sintomático multiorgánico que afecta a aquellos pacientes con COVID-19 independientemente de la gravedad de la enfermedad. Es común que pacientes con COVID-19 leve o moderada persistan por meses con síntomas generales (astenia, adinamia, diaforesis, febrícula, pérdida de peso, caída de cabello, insomnio), síntomas respiratorios (disnea, opresión de tórax, tos), síntomas neurológicos (cefalea, deterioro cognitivo con pérdida de la memoria de corto plazo, vértigo, parestesias, hiperbaralgesia, anosmia, disgeusia), síntomas óticos (hipoacusia, *tinnitus*), síntomas cardiovasculares (palpitaciones, arritmias, dolor precordial) y síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, hiporexia, singulto, pirosis, distensión abdominal), entre otros, como artralgias, mialgias y edema de extremidades, por lo que el tratamiento se vuelve complejo y requiere de un equipo interdisciplinario³⁰.

Conclusión

La COVID-19 es una enfermedad infectocontagiosa emergente con una letalidad menor al 2%, que debe clasificarse de acuerdo con las características clínicas de los pacientes, incluyendo factores de riesgo de progresión, sintomatología, variables fisiológicas (saturación de oxígeno), de laboratorio y de imagenología. Los pacientes con COVID-19 leve-moderada, pueden tratarse de manera ambulatoria en apego con los tratamientos recomendados.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por su calidez humana en la atención de enfermos respiratorios.

Financiamiento

Los autores declaran que no existe financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 28 feb 2025]. Disponible en: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=0>
- Ioannidis J. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bull World Health Organ* 2021;99:19-33F. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.265892>
- Centers for Disease Control and Prevention. Covid [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention [citado 28 feb 2025]. Disponible en: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions>
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199-207. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001316>
- Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or moderate covid-19. *N Engl J Med*. 2020;383(18):1757-66. <https://doi.org/10.1056/nejmcp2009249>
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- IDSA Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19 [Internet]. IDSA; 14 oct 2025. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>
- Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(24):759-65. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>
- Kimura Y, Nogami K, Watanabe K, Yoshimura T, Asai H, Fujioka O, et al. COVID-19 findings revealed via otolaryngological examination: findings of a Japan Otorhinolaryngologist Association questionnaire. *Auris Nasus Larynx*. 2021;48(6):1176-80. doi: 10.1016/j.anl.2021.05.010
- Centers for Disease Control and Prevention. Discontinuation of isolation for persons with COVID-19 not in healthcare settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5)
- Ko JY, Danielson ML, Town M, Derado G, Green KJ, Kirley PD, et al. Risk factors for COVID-19-associated hospitalization: COVID-19-associated hospitalization [Internet]. Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543371/pdf/ciaa1419.pdf>
- Severe Covid-19 GWAS Group; Ellinghaus D, Degenhardt F, Bujanda L, Buti M, Albillos A, Invernizzi P, et al. Genomewide Association Study of Severe Covid-19 with Respiratory Failure. *N Engl J Med*. 2020;383(16):1522-34. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2020283>
- Iñiguez M, Pérez-Matute P, Villoslada-Blanco P, Recio-Fernandez E, Ezquerro-Pérez D, Alba J, et al. ACE gene variants rise the risk of severe COVID-19 in patients with hypertension, dyslipidemia or diabetes: a Spanish pilot study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:68807. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.688071>
- Las Casas Lima MH, Cavalcante ALB, Leão SC. Pathophysiological relationship between COVID-19 and olfactory dysfunction: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2022;86(5):794-802. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.04.001>
- Costa KVTD, Carnaúba ATL, Rocha KW, Andrade KCL, Ferreira SMS, Menezes PL. Olfactory and taste disorders in COVID-19: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020;86(6):781-92. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.008>
- Chary E, Carsuzaa F, Trijolet JP, Roncato-Sabaran M, Fouet K, et al. Prevalence and recovery from olfactory and gustatory dysfunctions in Covid-19 infection: a prospective multicenter study. *Am J Rhinol Allergy*. 2020;34(5):686-93. <https://doi.org/10.1177/1945892420930954>
- Abdelalim AA, Mohamady AA, Elsayed RA, Elawady MA, Ghallab AF. Corticosteroid nasal spray for recovery of smell sensation in COVID-19 patients: a randomized controlled trial. *Am J Otolaryngol*. 2021;42(2):102884. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102884>
- Chern A, Famuyide AO, Moonis G, Lalwani AK. Sudden sensorineural hearing loss and Covid-19: an evolving discussion. *Otol Neurotol*. 2021;42(7):e968-e969. <https://doi.org/10.1097/mao.0000000000003233>
- Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol*. 2020;183(1):71-7. <https://doi.org/10.1111/bjd.19163>
- Annweiler C, Sacco G, Salles N, Aquino JP, Gautier J, Berrut G, et al. National French Survey of Coronavirus Disease (COVID-19) symptoms in people aged 70 and over. *Clin Infect Dis*. 2021;72(3):490-4. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa792>
- Kompaniyets L, Pennington AF, Goodman AB, Rosenblum HG, Belay B, Ko JY, et al. Underlying medical conditions and severe illness among 540,667 adults hospitalized with COVID-19, March 2020-March 2021. *Prev Chronic Dis* 2021;18:E66. <https://doi.org/10.5888/pcd18.210123>
- National Institutes of Health. COVID-19 guidelines [Internet]. National Institutes of Health. Disponible en: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> on 10/28/2021
- Merck. Merck and Ridgeback's investigational oral antiviral molnupiravir reduced the risk of hospitalization or death by approximately 50 percent compared to placebo for patients with mild or moderate COVID-19 in positive interim analysis of phase 3 Study [Internet]. Merck [consultado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.merck.com/news/merck-and-ridgebacks-investigational-oral-antiviral-molnupiravir-reduced-the-risk-of-hospitalization-or-death-by-approximately-50-percent-compared-to-placebo-for-patients-with-mild-or-moderate/>
- Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Laverne V, Baden L, Cheng VC, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Version 5.4.0 [Internet]. Infectious Diseases Society of America; 2021 [consultado 25 oct 2021]. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>
- Connors JM, Brooks MM, Sciruba FC, Krishnan JA, Bledsoe JR, Kindzelski A, et al.; ACTIV-4B Investigators. Effect of antithrombotic therapy on clinical outcomes in outpatients with clinically stable symptomatic COVID-19: The ACTIV-4B Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(17):1703-12. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.17272>
- Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-5. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical considerations for use of COVID-19 vaccines currently approved or authorized in the United States [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention [consultado 25 oct 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html#CoV-19-vaccination>
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Guía clínica para atención al paciente con long COVID/COVID persistente. Versión 1.0 [Internet]. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 1 may 2021. Disponible en: https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf