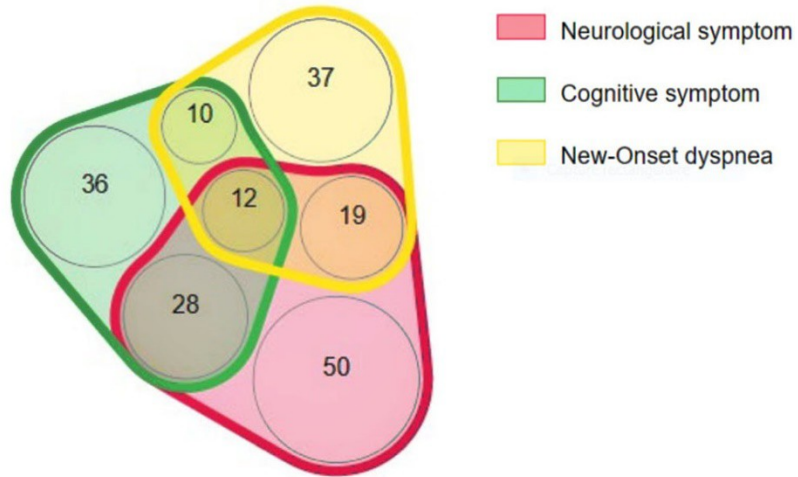


Buscando activamente los síntomas y las secuelas en la Post COVID-19



Síntomas a los 4 meses Post-COVID-19 y su solapamiento en 192 pacientes (de 478) que refirieron, al menos, la persistencia de 1 de ellos

Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19

The Writing Committee for the COMEBAC Study Group

JAMA.2021. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3331>.

Introducción: numerosas publicaciones han notificado la persistencia de secuelas y síntomas que pueden perdurar hasta más de 9 meses tras superar la fase aguda de la COVID-19. La distribución multiorgánica de las secuelas se relaciona con la afectación multiorgánica de la enfermedad como consecuencia de la tormenta de citocinas.

Objetivo: analizar de forma sistemática, en pacientes que habían sido ingresados por COVID-19, las secuelas persistentes 4 meses después de recibir el alta hospitalaria.

Material y método: se incluyeron a los pacientes > 18 años de edad, ingresados por diagnóstico de COVID-19 en el hospital Universitario Bicêtre de Paris, Francia. Se excluyeron aquellos que adquirieron la COVID-19 durante su ingreso por otro motivo, los pacientes diagnosticados de cáncer en fase terminal y los diagnosticados de demencia.

Los datos de la estancia hospitalaria se obtuvieron de manera retrospectiva. El primer contacto se realizó vía telefónica realizando un cuestionario que incluía preguntas sobre el estado general y la existencia de síntomas de las esferas respiratoria, neurológica y cognitiva, indagando si alguno de los síntomas persistentes ya existía antes del diagnóstico de COVID-19. A todos los pacientes que habían estado ingresados en UCI o que persistían con síntomas (cualquier síntoma [a excepción de la anosmia], elevaciones persistentes de la creatinina, alteraciones persistentes en el TAC pulmonar), se les invitaba a una consulta ambulatorio para completar el estudio (evaluación general; respiratoria [TAC de pulmón]; cardíaca [ecocardio en todos los que habían ingresado en UCI, aquellos con embolismo pulmonar durante el ingreso hospitalario y en los que presentaban síntomas cardíacos]; psicológica/ cognitiva [aplicación de diversos test psicométricos] y valoración de test serológicos [Ig total, IgM e IgG]).

Resultados:

- De los 834 pacientes elegibles para el primer contacto (llamada telefónica), sólo aceptaron participar en el estudio 478 (57%), incluyendo 142 que habían sido ingresados en UCI (de 172 posibles) y 336 que no lo habían sido (de 662 sin ingreso en UCI).
- De los pacientes citados para evaluación ambulatoria (294), 135 habían estado en UCI y 159 no lo habían estado.
- La media de edad de los 478 pacientes era de 60,9 años (SD 16 años), siendo el 57,9% hombres. Los pacientes que acudieron a la consulta ambulatoria eran más jóvenes (media de edad 56,9 años) y con mayor número de comorbilidades.

● Síntomas persistentes obtenidos mediante llamada telefónica

- El 20,7% (86/416) de los pacientes contactados referían la persistencia de al menos 1 síntoma.
- Al menos un episodio semanal relacionado con alteraciones cognitivas lo referían:

- el 17,5% (73/416) con alteraciones de la memoria,
- el 10,1% (42/415) con bradipsiquia,
- el 10% (412) problemas de concentración.
- El síntoma referido con mayor frecuencia fue la Fatiga

Table 2. Results of the Telephone Assessment in Nonintubated and Intubated Patients

	No./total (%)		
	All patients (n = 478)	Nonintubated (n = 405)	Intubated (n = 73)
Time from hospital discharge to telephone assessment, median (IQR), d [No.]	113 (94-128) [442]	121 (104-131) [375]	93 (77-110) [67]
Declared symptoms ^a			
Dyspnea	78 (16.3)	53 (13.1)	25 (34.2)
Cough	21/420 (5)	16/358 (4.5)	5/62 (8.1)
Chest discomfort/pain	34/418 (8.1)	25/356 (7)	9/62 (14.5)
Fatigue	134/431 (31.1)	110/368 (29.9)	24/63 (38.1)
Anorexia	34/436 (7.8)	25/370 (6.7)	9/66 (13.6)
Weight loss >5% baseline weight	31/342 (9.1)	30/281 (10.7)	1/61 (1.6)
Anosmia	25/419 (6.0)	19/357 (5.3)	6/62 (9.7)
Headaches	23/420 (5.5)	22/358 (6.2)	1/62 (1.6)
Paresthesia	51/421 (12.1)	40/359 (11.1)	11/62 (17.7)
Cognitive testing (Q3PC questionnaire) ^{a,b}			
Memory difficulties	73/416 (17.5)	63/354 (17.8)	10/62 (16.1)
Mental slowness	42/415 (10.1)	38/353 (10.8)	4/62 (6.5)
Concentration problems	41/412 (10.0)	35/351 (10.0)	6/61 (9.8)

- Valoración en consulta ambulatoria

- Estado General

Cuestionario de Salud SF-36* (n=130 pacientes).	
Subescalas	Puntuación (mediana [IQR])
Actividad limitada por problemas físicos	25 (25,0-75,0)
Vitalidad	46,9 (31,2-68,8)
Estado General	57,5 (40,0-75,0)
*Mejor puntuación=100; Peor puntuación=0	
Inventario Multidimensional de Fatiga de 20 ítem** (n=145 pacientes)	
Motivación reducida	4,5 (3,0-5,0)
Fatiga mental	3,7 (3,0-4,5)
**Mejor puntuación=1; Peor puntuación=5	

- TAC de pulmón

- Realizado en 171 pacientes. Se encontraron alteraciones en el 75,5% (37/49) de los pacientes que precisaron intubación y en el 58,2% (71/122) de los que no la precisaron.
- Lesiones pulmonares identificadas:
 - Opacidades en vidrio deslustrado en el 42,4% (72/170) de los pacientes
 - Lesiones fibróticas en el 19,4% (33/171). Predominio subpleural 90,9% (30/33) de los casos, se localizaban en 4 lóbulos y afectaban <25% del parénquima pulmonar en todos menos 1 paciente.

- En los pacientes que presentaron Síndrome de distres respiratorio agudo (49): persistían lesiones fibróticas en el 38,8% (19/49) y reticulares en el 69,4% (34/49).
- **Análisis sistema respiratorio**
 - **Síndrome respiratorio disfuncional:**
 - en el 20,9% (37/177) de los pacientes (cuestionario Nijmegen >22),
 - test positivo de provocación de la hiperventilación en el 11,9% (21/177), 4 con historia de asma.
 - ninguno con lesiones fibróticas
 - **Disnea:**
 - persistía en 78 pacientes sin antecedentes de la misma.
 - Se encontró una causa en 61 de ellos: 44/78 (56,4%) con alteraciones persistentes en TAC [lesiones fibróticas en 18/78 (23,1%)]; síndrome disfuncional respiratorio en 14/78 (23,1%).
 - Algunos casos se explicaban potencialmente por enfermedades previas (4 asmáticos mal controlados, 2 con EPOC, 1 apnea de sueño, 3 pacientes con disfunción ventrículo izquierdo, 2 con defectos físicos).
 - **Capacidad de difusión pulmonar del monóxido de carbono:**
 - en 152 pacientes, el valor (media) era del 87% (SD 23%) del estimado [del 77% (SD 17%) en los que sufrieron del SDRA].
 - 23/33 (69,7%) con valor <70% tenían lesiones pulmonares en TAC, 12/33 (36,4%) con lesiones fibróticas.
- **Análisis Cardiovascular**
 - Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo entre 40-50%: en 8/83 pacientes (9,6%), todos ellos habían precisado ingreso en UCI, figurando como antecedente previo a la COVID-19 en 1 de ellos.
- **Análisis Renal**
 - Se analizaron a 95/478 pacientes (19,9%) que habían presentado afectación renal aguda durante el ingreso hospitalario.
 - 2 de ellos persistían con alteraciones renales a los 4 meses, ambos con ingreso en UCI durante su hospitalización.

A destacar:

- Al menos 1 síntoma persistía en el 51% de los pacientes a los 4 meses tras la fase aguda.
- Los síntomas persistentes con mayor frecuencia eran la Fatiga, alteraciones cognitivas y la disnea de nueva aparición.
- Aunque un importante número de pacientes persistían con alteraciones en el TAC, la fibrosis era poco frecuente.
- La disfunción cardiaca y el fallo renal eran poco frecuentes.
- Es preciso perseverar en forma proactiva durante la fase Post-COVID-19 en busca de las posibles secuelas que determinen la mejor actitud a tomar en función del pacientes y de las nuevas evidencias que vayan surgiendo.