

Respuestas prácticas de IPCRG a preguntas sobre COVID-19 y patología respiratoria



¿Qué sabemos de los efectos de la COVID persistente y su impacto en pacientes con asma o EPOC?

Lo que dice la evidencia

La prevalencia estimada de la COVID persistente (síntomas de más de 12 semanas tras enfermedad aguda por COVID-19) varía considerablemente desde <5% al >80% (Cabrera Martimbianco et al 2021). En un estudio longitudinal británico en 6899 adultos que referían enfermedad aguda por COVID-19, la COVID persistente (presencia de síntomas pasadas las 12 semanas) aumentó con la edad desde ~17% (media edad 28 años) a ~17% (media edad 58 años) (Thompson et al 2021). Entre los hospitalizados por COVID-19, entre un 50% y 89% refirieron haber tenido al menos un síntoma persistente a los 2 meses después del alta (NIHR 2021). Estas estimaciones se basan en el período en que la variante dominante del SARS-CoV-2 era la Delta, imagen que podría cambiar con datos de períodos en que la variante dominante sea Ómicron.

Los síntomas asociados a la COVID persistente pueden mermar la capacidad de las personas para funcionar en su vida diaria como llevar a cabo sus actividades diarias o su trabajo. Los síntomas más frecuentes son: cansancio, disnea, alteraciones cardíacas, deterioro cognitivo, problemas de sueño, síntomas de estrés post-traumático, falta de concentración, mialgias y cefalea (Crook et al 2021)

Se ha notificado un mayor riesgo de COVID persistente en asmáticos (hasta un aumento del riesgo del 32% según un estudio; Thompson et al 2021)

En un estudio británico, de 45000 individuos con asma, el 10,5% refirieron enfermedad por COVID-19. De ellos, el 56% refirieron tener COVID persistente y describían su respiración como peor/mucho peor, usaban más inhaladores o manejaban peor su asma que aquellos sin COVID persistente. (Philip et al 2022).

En otro estudio británico, en población de atención primaria, la EPOC, bronquitis y enfisema no se asociaron a un mayor riesgo de COVID persistente (definido como presencia de síntomas ≥ 4 semanas) (OR 1.53; 95% CI [0.84–2.72]; Jones et al 2021). En un estudio prospectivo monocéntrico la EPOC se asoció a la persistencia de síntomas a los 12 meses después del alta hospitalaria por enfermedad aguda por COVID19 (Fumagalli et al 2021). Todavía no existen datos sistemáticos sobre los factores de riesgo y perfil sintomático de COVID persistente entre los pacientes con EPOC.

Lo que esto significa para la práctica clínica

- Realice seguimiento en los pacientes después de la fase aguda de COVID-19, sea cual sea la gravedad, con especial vigilancia a la persistencia de síntomas después de 12 semanas desde el inicio de la fase aguda
- Revise con frecuencia a los pacientes asmáticos.

Consulte los documentos sobre COVID persistente:

- [¿Cómo se define la COVID persistente o síndrome post-COVID?](#)
- [¿Cuáles son los factores de riesgo de COVID persistente/síndrome post COVID \(SPC\)?](#)
- [Una vez descartada patología grave, ¿Cómo manejamos los síntomas post-COVID más comunes?](#)
- [¿Cómo manejamos los síntomas respiratorios post-COVID?](#)

Enlaces útiles y referencias

Cabrera Martimbianco AL, et al. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long-COVID-19: A systematic review. Int J Clin Pract 2021;75:e14357.

Crook H, et al. Long covid – mechanisms, risk factors, and management. BMJ 2021;374:n1648.

Fumagalli C, et al. Factors associated with persistence of symptoms 1 year after COVID019: A longitudinal, prospective phone-based interview follow-up cohort study. Eur J Intern Med 2021; S0953-6205(21)00405-2.

Jones R, et al. Risk predictors and symptom features of long COVID within a broad primary care patient population including both tested and untested patients. Prag Obs Res 2021;12:93–104.

NIHR. Living with COVID19 – Second review. March 2021. Disponible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19-second-review/#How>. Acceso febrero 2022.

Perez Gonzalez A, et al. Long COVID in hospitalized and non-hospitalized patients in a large cohort in Northwest Spain, a prospective cohort study. 2021. Preprint not yet peer reviewed. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.05.21261634v1>. Acceso enero 2022.

Philip KEJ, et al. Impact of COVID-19 on people with asthma : A mixed methods analysis from a UK wide survey. BMJ Open Respir Res 2022;9:e001056. Disponible en: <https://bmjopenrespres.bmj.com/content/9/1/e001056/>. Acceso enero 2022

Thompson EJ, et al. Risk factors for long COVID: analyses of 10 longitudinal studies and electronic health records in the UK. 2021. Pre-print (not yet per-reviewed). Disponible en <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.24.21259277v2>. Acceso enero 2022

Authors

Karin Lispers, Associate Professor (Family Medicine and Preventive Medicine, Uppsala University, Sweden) para, y en nombre del Grupo de Respuestas prácticas del IPCRG

Última revisión: 16 febrero 2022

Declaración: El contenido de este documento se deriva de las referencias previamente mencionadas. Se ha adaptado la transcripción por claridad y para su aplicabilidad en el contexto de la atención primaria. El contenido no implica ni dirección ni posición del IPCRG respecto al tema. El contenido se podría adaptar si apareciera nueva evidencia. Este contenido es para consulta; está destinado a uso general y no debería considerarse de aplicación a un caso concreto. El IPCRG es una entidad registrada [SC No 035056] y una sociedad limitada por garantía (Company No 256268). Dirección de contacto: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, United Kingdom