



TRABAJO DE INVESTIGACION

TEMA:

PACIENTES POST COVID -19

CARRERA: TECNICO EN ENFERMERIA

ASIGNATURA: ASISTENCIA AL USUARIO QUIRURGICO

ALUMNO: DAVID CONDORI PAUCCARA

IV SEMESTRE

DECIEMBRE

RESUMEN

Un elevado porcentaje de las personas que han padecido COVID refieren, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de 3 semanas e incluso de 3 meses del cuadro clínico original. No existe todavía una nomenclatura consensuada para referirse a este cuadro, pero quizá la más usada es la de síndrome post-COVID. El Comité Científico sobre COVID del Colegio de Médicos de Madrid ha discutido este problema con una aproximación multidisciplinar en la que han participado, internistas, infectólogos, psiquiatras, neumólogos, cirujanos, geriatras, pediatras, microbiólogos, médicos de familia y otros especialistas, tratando de acopiar la información existente y discutiéndola en el grupo.

Las manifestaciones clínicas son muy variables y oscilan entre cuadros de simple cansancio y persistencia de lesiones pulmonares fibrosantes con alteraciones objetivas de la función pulmonar. El síndrome post-COVID parece particularmente frecuente y grave en aquellos adultos que han precisado ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos y tiene un comportamiento peculiar en un grupo muy reducido de niños.

El síndrome post-COVID, de existencia indudable, no es, a primera vista, claramente diferenciable del que se produce tras otras enfermedades víricas agudas y tras estancias prolongadas en UCI por enfermedades de otra naturaleza. Por tanto, ofrece oportunidades excelentes de investigación para clarificar su patogenia y posiblemente la de otras entidades afines.

Es posible que progresivamente se produzca una demanda asistencial incrementada entre los millones de personas que han sufrido y superado el COVID agudo para la cuál las autoridades sanitarias debieran diseñar mecanismos de gestión ágil de una asistencia que posiblemente requerirá de grupos multidisciplinarios bien coordinados.

Este documento, estructurado en preguntas sobre distintos aspectos del síndrome post-COVID, intenta poner en escena el estado actual de este problema.

Palabras clave: COVID, síndrome post-COVID, COVID prolongado, neurología, cardiología, psiquiatría, pediatría, reumatología, síndrome post UCI

ABSTRACT:

A high percentage of people who have suffered from COVID report, after recovery from the acute phase of the disease, a series of clinical manifestations, both subjective and objective, that last beyond 3 weeks and even 3 months of the original clinical picture. . There is still no agreed upon nomenclature to refer to this condition, but perhaps the most used is post-COVID syndrome. The Scientific Committee on COVID of the Madrid College of Physicians has discussed this problem with a multidisciplinary approach in which internists, infectious disease specialists, psychiatrists, pulmonologists, surgeons, geriatricians, paediatricians, microbiologists, family doctors and other specialists have participated, trying to Collect existing information and discuss it in the group.

The clinical manifestations are highly variable and range from symptoms of simple fatigue and persistence of fibrosing lung lesions with objective alterations in lung function. Post-COVID syndrome seems particularly frequent and serious in those adults who have required admission to Intensive Care Units and has a peculiar behavior in a very small group of children.

The post-COVID syndrome, of undoubted existence, is not, at first glance, clearly differentiable from that which occurs after other acute viral diseases and after prolonged stays in the ICU due to diseases of another nature. Therefore, it offers excellent research opportunities to clarify its pathogenesis and possibly that of other related entities.

It is possible that there will progressively be an increased demand for care among the millions of people who have suffered and overcome acute COVID for which health authorities will have to design agile management mechanisms for care that will possibly require well-coordinated multidisciplinary groups.

This document, structured in questions about different aspects of the post-COVID syndrome, attempts to stage the current state of this problem.

Keywords: COVID, post-COVID syndrome, long COVID, neurology, cardiology, psychiatry, pediatrics, rheumatology, post-ICU syndrome.

INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
¿CÓMO SE DEFINE EL SÍNDROME POST-COVID?.....	6
¿QUÉ SABEMOS DE LA INCIDENCIA REAL DEL SÍNDROME POST-COVID?.....	7
¿CUÁLES SON LAS MÁS IMPORTANTES MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS?.....	7
¿EXISTE UNA CARDIOPATÍA POST-COVID?.....	8
¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL SÍNDROME POSTCOVID?.....	9
¿FORMAN PARTE DEL SÍNDROME POST-COVID LA AGEUSIA Y LA ANOSMIA?.....	10
¿SON LAS MANIFESTACIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS, UNA PARTE IMPORTANTE DEL SÍNDROME POST-COVID? ¿SE ESPERA UN IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN?.....	10
¿HAY TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN QUE PUEDAN FORMAR PARTE DEL SÍNDROME POST-COVID?.....	11
¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS DEL SÍNDROME POST COVID?.....	11
EN PACIENTES CON COVID Y ESTANCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME POS-COVID Y EL LLAMADO SÍNDROME POST UCI QUE AFECTA A OTROS MUCHOS ENFERMOS?.....	12
¿CÓMO ES EL SÍNDROME POST-COVID EN NIÑOS?.....	13
¿QUÉ OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE HAN DESCRITO QUE PODRÍAN INCLUIRSE EN EL SÍNDROME POST-COVID?.....	14
¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE ORGANIZAR LA ASISTENCIA A PACIENTES CON MANIFESTACIONES CRÓNICAS DEL COVID-19 EN NUESTRO SISTEMA SANITARIO?.....	14
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	16

INTRODUCCIÓN

Un elevado porcentaje de las personas que han padecido COVID refieren, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de 3 semanas e incluso de 3 meses del cuadro clínico original. No existe todavía una nomenclatura consensuada para referirse a este cuadro, pero quizá el más usado es el de síndrome post-COVID. El Comité Científico sobre COVID del Colegio de Médicos de Madrid ha discutido este problema con una aproximación multidisciplinar en la que han participado, internistas, infectólogos, psiquiatras, neumólogos, cirujanos, geriatras, pediatras, microbiólogos, médicos de familia y otros especialistas, tratando de acopiar la información existente y discutiéndola en el grupo. Se ha tratado de responder a las preguntas formuladas por los colegiados, por distintas instituciones o por particulares.



¿CÓMO SE DEFINE EL SÍNDROME POST-COVID?

En los pacientes que han superado un episodio de COVID agudo, se observa con frecuencia la persistencia de síntomas clínicos más allá del tiempo en que ordinariamente se da por finalizada la fase aguda de la enfermedad. No existe todavía un consenso ni sobre la denominación de este cuadro, ni sobre sus criterios diagnósticos. Se han sugerido los términos de COVID Post-agudo o prolongado y COVID crónico, entendiendo que lo sufren aquellos pacientes que mantienen síntomas o signos de enfermedad 3 semanas o 3 meses tras el comienzo del episodio agudo, respectivamente. Nosotros utilizaremos la denominación de Síndrome Post COVID.

Un problema serio es el de la especificidad de estas manifestaciones. No en todos estos síntomas, y no en todos los enfermos que sufren un síndrome Post-COVID, se puede justificar su causa o su patogenia. Por otra parte, las manifestaciones post-COVID son ignotas tras otras enfermedades agudas y baste con mencionar el Síndrome de Fatiga Post-viral y el Síndrome Post-Cuidados Intensivos con los que no podrían asegurarse unos límites de diferenciación definitivos. Ocurre igualmente un cuadro post-viral en otras enfermedades infecciosas y con otros coronavirus.

La astenia, la fatiga, la dificultad respiratoria, la opresión torácica, los dolores musculares, la dificultad de concentración y las alteraciones del sueño son las quejas más frecuentes y prolongadas, entre otras muchas, que se manifiestan con intensidad variable, sin un patrón secuencial establecido y sin una explicación fisiopatológica evidente.

La respuesta inflamatoria exagerada (la tormenta de citoquinas), se ha postulado desde el inicio como un hecho central en el daño multi-orgánico y existe ya cierto cuerpo de doctrina de su relación con los síntomas post-virales, que incluyen los niveles de moléculas de la cascada inflamatoria, las alteraciones de los factores de modulación de la respuesta inmune y los polimorfismos que responden de ambos. Esta respuesta, que parece predecir diferencias pronósticas en la fase aguda, no siempre es tan evidente en el seguimiento.

Hablar de un "Post-COVID", supone que hemos definido previamente el final o la curación de la fase aguda, situación que a todas luces, y como ocurre con otras muchas enfermedades, implica una frontera con mucha escala de grises y donde la percepción de curación no siempre coincide entre lo que siente el paciente y el criterio médico de alta.

Existe una inquietud evidente, tanto por parte de los enfermos como de las instituciones por definir esta situación que traduce la demanda de asistencia de los unos y la responsabilidad de organizar y prestarla de otros.

Aceptada esta realidad, se debe investigar la patogenia de los síntomas persistentes para los que se tiene poca justificación y que no podrá hacerse "a posteriori". Eso incluye seguir también a la población que se ha recuperado y que marcará la diferencia. Todo ello brinda, a su vez, la oportunidad de dar explicación a otros síndromes post-virales.

Comienzan a aparecer un goteo de teorías que justifican el daño residual neurológico o de otros órganos diana, que necesitarán ratificación.

¿QUÉ SABEMOS DE LA INCIDENCIA REAL DEL SÍNDROME POST-COVID?

Según diferentes estudios, del 20 al 90% de los pacientes que han sufrido COVID-19 presentan síntomas semanas o meses después del diagnóstico de la infección. Las cifras pueden ser más elevadas si el seguimiento se hace a pacientes que requirieron hospitalización y, por tanto, con más gravedad de síntomas iniciales. Una serie italiana de post-hospitalización reporta solo un 13% de asintomáticos a los 60 días del inicio de la enfermedad. En otra americana, el 19% de los pacientes empeora los síntomas previos o tienen manifestaciones nuevas. Finalmente, en una serie británica refieren fatiga hasta en el 72% de los que necesitaron UCI, dificultad respiratoria en el 6,6% y alteraciones psicológicas en el 47%, con cifras algo menores en los que habían estado ingresados en las plantas hospitalarias y en tiempo de seguimiento de entre 28 y 71 días tras el alta.

La heterogeneidad de los resultados probablemente se debe a diferencias en la definición de caso, que incluye el tipo y gravedad de los síntomas, la existencia o no de daño orgánico verificable y su tipo, el grado de investigación de si el padecimiento actual deriva de la COVID-19 o de otro cuadro intercurrente, y la duración de la fase aguda de la infección a partir de la que se consideran que se producen síntomas o daños persistentes. La incidencia también podría variar si se incluyen las consecuencias de los tratamientos recibidos o solo las manifestaciones claramente atribuibles a la propia infección.

Se están organizando cohortes muy amplias de pacientes que proporcionarán información más precisa sobre la incidencia del síndrome post-COVID y también sobre su resolución. Pero mientras se dispone de sus resultados, es de destacar un reciente estudio en España con 277 pacientes adultos (edad media 62 años, 53% varones y con índice de Charlson de comorbilidad ≥ 3) que habían padecido una infección por SARS-CoV-2 leve (34,3%) o grave (65,7%). En todos los casos la infección se confirmó por PCR o seroconversión, y los pacientes se siguieron durante 77 días. El síndrome post-COVID se definió como la persistencia de al menos un síntoma clínicamente relevante, o alteraciones espirométricas o radiológicas. El 51% de los pacientes padeció síndrome post-COVID, aunque los síntomas fueron leves en la mayoría de los casos; 9,3% tuvieron alteraciones espirométricas y 19% radiológicas. Probablemente por su pequeño tamaño muestral, el estudio no logró identificar variables de la fase aguda de la infección que predijeran la aparición del síndrome post-COVID, aunque éste se presentó tanto en pacientes que habían tenido COVID-19 leve o grave.

¿CUÁLES SON LAS MÁS IMPORTANTES MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS?

Dentro de las manifestaciones post-COVID, descontando la sensación de fatiga o astenia que los pacientes refieren durante largo tiempo, son las manifestaciones respiratorias las más frecuentes. Si bien es cierto que son los casos con neumonía grave e ingreso en la UCI previas los que más habitualmente presentan estas alteraciones, ocurren también en pacientes con enfermedad leve o moderada. La afección respiratoria post-COVID-19 incluye síntomas, alteraciones radiológicas y alteraciones de la función respiratoria.

Los síntomas respiratorios persistentes más comunes son disnea, tos y dolor torácico. Desde las primeras series publicadas, en julio del 2020, la disnea es el síntoma más frecuente, superando el 40%. Esto se ha confirmado en otros estudios más recientes y con cohortes de mayor tiempo de seguimiento. La disnea es más frecuente en aquellos que presentaron insuficiencia respiratoria muy grave, pero también se encuentra presente hasta en el 15% de otros con enfermedad leve o moderada por lo que podría estar relacionada no solo con una posible alteración ventilatoria o vascular sino también con un componente de debilidad muscular o alteración de la percepción de origen central. También es habitual la persistencia de tos, superior al 20% y dolor torácico, entre el 5 y el 10%.

Sabemos que aproximadamente el 30% de pacientes con SARS-CoV-1 o MERS, causados por otros coronavirus, presentaron alteraciones radiológicas persistentes relacionados con enfermedad pulmonar intersticial y cabe esperar que esto se produzca en los pacientes que han desarrollado SARS CoV-2. En un estudio realizado en pacientes ingresados con COVID-19 que cursaron con neumonía, a las 4 semanas del alta, persistían alteraciones intersticiales en el 35% de los casos. De hecho, se han publicado una serie de pacientes con COVID-19 que muestran que las alteraciones en el TAC persistían en un 35% de pacientes a los 3 meses después de la enfermedad. Estos datos se han confirmado en un estudio publicado este mismo año, ya con un seguimiento de más de 100 días, en el que la TAC ha puesto de manifiesto la presencia de alteraciones en más del 40% de los casos en pacientes con enfermedad grave y crítica, con imágenes en vidrio deslustrado, fibrosis y afección de vía aérea periférica. Las alteraciones fueron mucho menos frecuente (13%), en pacientes con enfermedad moderada.

Los estudios en pacientes con MERS y SARS-CoV-1, realizados tras el cuadro agudo, han mostrado deterioro ventilatorio restrictivo hasta en un 20% de los casos y disminución de la capacidad de ejercicio medida por la prueba de la marcha hasta en un 27%. Estas alteraciones se están confirmando en el seguimiento de pacientes recuperados de COVID-19. Un estudio a medio plazo, en pacientes ingresados en UCI, ha mostrado que a los 3 meses del alta el 55% presentaba alteraciones en la función pulmonar, ya fuese un patrón ventilatorio restrictivo o una limitación de la difusión. Un 65% presentaba un test de la marcha alterado, incluso aunque no refiriesen disnea. Pero la alteración de la función pulmonar es un hecho frecuente no solo en pacientes que han requerido ingreso en UCI sino en pacientes con enfermedad aguda moderada. En una revisión sistemática de 7 estudios, con exploración funcional completa y detallada, se encontró la presencia de patrón respiratorio restrictivo hasta en un 20% de casos y alteración de la capacidad de difusión hasta en un 40%. La alteración aislada de capacidad de difusión, corregida para el volumen alveolar, sugiere afección vascular, aunque también podría suponer el primer indicio de fibrosis pulmonar.

¿EXISTE UNA CARDIOPATÍA POST-COVID?

No hemos encontrado evidencia que permita afirmar la existencia de una enfermedad cardíaca como secuela de la COVID-19 aunque existen estudios cooperativos en marcha que permitirán aclararlo. La mayor parte de los síntomas referidos a medio y largo plazo (fatigabilidad, disnea, molestias torácicas inespecíficas, frecuencia

cardiaca elevada) pueden explicarse por la afección ventilatoria y/o el desacondicionamiento físico. Probablemente por ello, las guías de manejo de los pacientes con COVID-19 persistente no incluyen la realización rutinaria de estudios cardiológicos. En fase aguda, se ha descrito elevación de troponina y/o arritmias en muchos casos de COVID-19 grave, como sucede en muchas situaciones de sepsis y enfermedad sistémica grave, y se han confirmado unos pocos casos de miocarditis asociada a esta enfermedad como sucede en otras infecciones virales. Como en ellas, algunos casos podrían evolucionar a una miocardiopatía dilatada, una evolución poco frecuente en adultos. No se ha encontrado un aumento de la incidencia de cardiopatía isquémica. Se ha descrito “cor pulmonale” crónico como secuela de tromboembolias pulmonares (TEP), más frecuente durante la pandemia, aunque la mayor parte de ellos son distales con escasa repercusión cardíaca. Es posible que la COVID-19 haya desvelado, como cualquier otra infección, casos subyacentes de cardiopatía isquémica, dilatada o valvular. Se han confirmado algunos casos de disautonomía con síndrome de taquicardia ortostática, caracterizada por un incremento de la frecuencia cardíaca mayor de 30 lpm en los 10 primeros minutos tras pasar de decúbito a bipedestación. Se suele asociar a intolerancia al ejercicio, molestias torácicas y palpitaciones y puede asociarse a otras manifestaciones de disautonomía como dermatografismo, diarrea, temblor o enrojecimiento facial. No se conoce su causa concreta ni tiene tratamiento específico, pero cabe esperar que ceda en el tiempo, y que responda a tratamiento sintomático con fármacos frenadores de la frecuencia cardíaca y reacondicionamiento físico.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL SÍNDROME POST-COVID?

Las manifestaciones neurológicas del síndrome post-COVID son frecuentes y variadas. Dentro de ellas, destacaríamos por frecuencia la cefalea, mareo, astenia, anosmia y alteraciones cognitivas. La cefalea es una de las más frecuentes afectando del 2-6% de los pacientes que han padecido COVID-19. Aunque no está adecuadamente delimitada, se sugiere que podría ser similar a la cefalea crónica persistente de novo. Es una cefalea continua, holocraneal y habitualmente no se acompaña de náuseas, vómitos, fono ni fotofobia.

La inestabilidad puede ser multifactorial, desde afectación vestibular a cuadros de mareo crónico subjetivo.

La astenia es otro síntoma frecuente y se asocia con trastornos cognitivos descritos en la literatura como “niebla mental”. Esta se ha utilizado para definir síntomas variados consistentes en alteración de la memoria, problemas para denominar y alteraciones ejecutivas que refieren los enfermos.

La literatura contiene casos aislados de mononeuritis multiplex, síndrome de Guillain-Barré y meralgia parestésica y son frecuentes entre los supervivientes los elevados niveles de estrés, particularmente entre los sanitarios.

¿FORMAN PARTE DEL SÍNDROME POST-COVID LA AGEUSIA Y LA ANOSMIA?

Los trastornos repentinos del olfato (hiposmia-anosmia) y del gusto (hipogeusia-disgeusia) son síntomas prevalentes en el COVID agudo. La prevalencia de estas disfunciones varía entre un 5 a 85% de los infectados por el SARS-CoV-2, siendo el primer síntoma en un tercio de los casos. La pérdida de olfato es la alteración más frecuente, con una prevalencia del 77% cuando se evalúa mediante mediciones objetivas. Estas disfunciones afectan principalmente a pacientes jóvenes, tienen un predominio femenino y son más prevalentes en casos leves a moderados.

En la mayoría de los casos la recuperación de ambas disfunciones se produce durante el primer o segundo mes, generalmente de forma completa. No obstante, los datos de diferentes estudios publicados muestran un tiempo de persistencia bastante variable: 17-56% a las 4 semanas, 10-23% a las 8 semanas, y 4-46% a las 12 semanas y por tanto podrían considerarse parte del síndrome post-COVID. En un estudio multicéntrico europeo, diseñado para conocer la prevalencia y la recuperación de la disfunción olfativa en una gran cohorte de pacientes ambulatorios y hospitalizados con COVID-19, la tasa de recuperación a los 60 días fue del 75% al 85% y del 95% a los 6 meses. La duración media de la disfunción olfatoria fue de $21,6 \pm 17,9$ días. Más de un tercio de los pacientes recuperaron el olfato dentro de los 14 días posteriores al desarrollo de la disfunción, mientras que un tercio persiste a los 45 días. Solo la mayor gravedad inicial de la pérdida olfativa fue un fuerte predictor de la pérdida persistente durante 2 meses.

¿SON LAS MANIFESTACIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS, UNA PARTE IMPORTANTE DEL SÍNDROME POST-COVID? ¿SE ESPERA UN IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN?

Las manifestaciones más frecuentes músculo-esqueléticas en pacientes tras COVID-19 son las artralgias, las mialgias, los calambres y contracturas musculares, el dolor de espalda y la atrofia y debilidad muscular. La fatiga y debilidad muscular persistente es uno de los síntomas más frecuentes del síndrome post-COVID. Comparte características con el síndrome de fatiga crónica descrito después de otras infecciones, incluidas el SARS-CoV-1, MERS y la neumonía adquirida en la comunidad. Estas alteraciones se relacionan con la infección viral directa y con alteraciones inmunológicas en respuesta a la infección. Otra de las complicaciones es la necrosis ósea relacionada con el uso de corticoides en estos pacientes, la hipercoagulabilidad, la inflamación vascular y el daño de la microvasculatura ósea. Todas estas alteraciones impactan en la capacidad funcional motora de estos pacientes, con reducción de la calidad de vida y la reincorporación laboral (solo un 40% a los 2-3 meses del episodio agudo han vuelto a su actividad laboral).

La rehabilitación precoz, desde el ingreso en el hospital y especialmente en los pacientes más graves que ingresan en UCI, puede reducir las secuelas en estos pacientes.

La rehabilitación debe individualizarse de acuerdo con las necesidades de cada paciente y sus comorbilidades. Dado el número frecuente de secuelas derivadas de la infección post-COVID-19 en pacientes con enfermedad moderada o grave se considera la necesidad de un seguimiento al alta hospitalaria en estos pacientes y

especialmente en aquellos que han recibido tratamiento con corticoides o que presentan alteraciones musculo esqueléticas previamente. Los recursos de rehabilitación deben adaptarse para dar respuesta a las necesidades de estos enfermos

¿HAY TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN QUE PUEDAN FORMAR PARTE DEL SÍNDROME POST-COVID?

Las alteraciones de la coagulación son frecuentes durante la fase aguda del COVID-19 y son parte de su fisiopatología pero no está claro que su incidencia sea superior a la que ocurre en pacientes graves con gripe. En ausencia de contraindicaciones, se recomienda trombo profilaxis a los pacientes durante su ingreso con heparina de bajo peso molecular ajustado al peso y no se recomienda iniciar una anticoagulación terapéutica empírica, sin sospecha clínica de tromboembolias

Las guías de práctica clínica actuales no recomiendan continuar con anticoagulación profiláctica tras el alta hospitalaria salvo que haya evidencia de enfermedad tromboembólica

En el momento actual no se considera que los trastornos de la coagulación formen parte del llamado síndrome post-COVID.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS DEL SÍNDROME POST COVID?

La sintomatología psiquiátrica causada por la infección SARS-CoV-2 puede aparecer de forma más tardía y persistir después de la infección y por tanto formar parte del síndrome post-COVID. Entre las hipótesis causales destaca el estado inflamatorio característico de la COVID-19 siendo ya conocida la relación entre estados inflamatorios y depresión. Otra explicación reside en su posible relación con el neurotropismo de los coronavirus. Además, es posible que parte de la sintomatología sea secundaria al impacto psicológico por la situación traumática vivida (enfermedad grave, aislamiento, miedo...).

En las epidemias por SARS-CoV-1 (2002) y el MERS-CoV (2012), se observaron secuelas psiquiátricas. Hasta un tercio de los pacientes post SARS presentaban sintomatología ansiosa y depresiva al año de pasar la infección. Incluso se describió el síndrome crónico post-SARS que comprendía síntomas como mialgias, astenia, alteración del sueño y depresión, tiempo después del episodio, parecido al síndrome de fatiga crónica

En un estudio retrospectivo, llevado a cabo en 69 millones de personas en EE.UU., de las cuales más de 60.000 eran pacientes COVID-19, se observó más del doble de riesgo de una enfermedad psiquiátrica en los 14 a 90 días posteriores a la infección por SARS-CoV-2, comparado con lo que ocurría con otras enfermedades. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron ansiedad, depresión y alteración del sueño.

También se han descrito problemas de concentración o atención, problemas de memoria, labilidad emocional, lenguaje verborreico, euforia, irritabilidad, fatiga y síntomas relacionados con estrés postraumático

En otro estudio, en Gran Bretaña, con pacientes post-COVID-19, entre los 29 a 71

días tras el alta, el síntoma más frecuente fue la fatiga, reportada por un 70% de los pacientes que estuvieron en UCI y el 60% de los ingresados en planta. Sentían ansiedad el 47% de pacientes post UCI y el 24% de los ingresados en planta. Es más que dudoso que en pacientes mayores de 65 años, el COVID pueda seguirse de un incremento de los episodios de demencia. Dicho lo anterior, hay que afirmar que la mayoría de pacientes se recupera sin presentar patología psiquiátrica significativa.

EN PACIENTES CON COVID Y ESTANCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME POS-COVID Y EL LLAMADO SÍNDROME POST UCI QUE AFECTA A OTROS MUCHOS ENFERMOS?

El síndrome post-UCI (PICS) es una entidad clínica que afecta a un número importante de enfermos críticos (30-50%). Se caracteriza por secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) al alta de UCI, que persisten a largo plazo e impactan de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

El deterioro cognitivo es frecuente en los pacientes con PICS, afectando a la función ejecutiva, la memoria y la atención. El delirium constituye un factor de riesgo independiente para su desarrollo. Las alteraciones psiquiátricas se han descrito con frecuencia en los supervivientes de la enfermedad crítica tales como la ansiedad (34%), la depresión (29%) y el síndrome de estrés postraumático (22%) persistiendo durante tiempo. La rehabilitación cognitiva de los enfermos constituye un elemento relevante para evitar secuelas a largo plazo y la movilización precoz es una recomendación establecida por las guías de práctica clínica para mejorar los resultados y evitar las secuelas de los enfermos que sobreviven al alta de UCI.

La infección por SARS-CoV-2, en sus formas más graves, se presenta también como un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que puede evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio, requiriendo en muchos casos ventilación mecánica prolongada. El soporte ventilatorio (sedación-analgésia profunda, relajación neuromuscular, ventilación protectora, maniobras de reclutamiento y decúbito prono) conlleva un alto riesgo de desarrollar debilidad muscular adquirida en UCI. La aparición de agitación y delirium es también frecuente en estos pacientes, dificulta la retirada de la ventilación mecánica e incrementa las estancias, la morbilidad y mortalidad.

El deterioro cognitivo es frecuente afectando a la función ejecutiva, la memoria y la atención.

Aunque no hemos encontrado elementos claramente diferenciadores entre el cuadro denominado PICS y del síndrome Post-COVID en los pacientes críticos, existen algunos factores específicos que pueden favorecer la aparición de PICS o incrementar su gravedad en el contexto de la pandemia.

Existen estudios en marcha que tienen como objetivo evaluar este síndrome y compararlo con pacientes críticos no COVID.

¿CÓMO ES EL SÍNDROME POST-COVID EN NIÑOS?

En el mes de abril de 2020, entre 4-6 semanas después del pico inicial de la pandemia de COVID-19, se describió por primera vez en el Reino Unido poco después en España otros países europeos y EE.UU. una nueva enfermedad pediátrica inflamatoria, multisistémica, de expresión y gravedad variables, probablemente relacionada con la infección previa por SARS-COV-2. Su denominación actual en español como SIM-PedS (síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-COV-2), y las recogidas en la literatura anglosajona, inicialmente como PIMS y actualmente MIS-C (multisystem inflammatory syndrome in children) hacen mención a su característica distintiva: es una enfermedad inflamatoria y multisistémica.

Los nuevos casos aparecieron en brotes, con síntomas clínicos y de laboratorio similares a otras enfermedades pediátricas hiperinflamatorias conocidas tales como la Enfermedad de Kawasaki, el síndrome del shock tóxico, y el síndrome de activación macrofágica, lo que dificulta su diagnóstico.

La presentación clínica del SIMS-PedS es muy variable, tal como se recoge en una amplia serie americana de 570 niños afectados Predomina en varones con edades entre 6-8 años, la mayoría previamente sanos. La fiebre está presente en todos los casos, y se acompaña de afección gastrointestinal entre el 46- 90%, y de otros signos y síntomas (cardiovasculares, dermatológicos, hematológicos, respiratorios, neurológicos, renales). Las complicaciones cardiovasculares son frecuentes y graves por su morbilidad: disfunción cardíaca severa con hipotensión (41%), shock (35%), miocarditis (23%) y dilatación o aneurismas coronarios (19%) que requieren ingreso en UCI, condicionan el pronóstico de la enfermedad y asocian mortalidad del 1,8%.

Son sugestivos de esta enfermedad y están bien descritos como parte del cuadro clínico los siguientes síntomas y signos de inflamación: astenia, linfadenopatías, mialgias, elevación de parámetros inflamatorios (velocidad de sedimentación globular, PCR, procalcitonina, fibrinógeno LDH, IL-6,) y también neutrofilia con linfopenia.

Su patogenia no está bien aclarada, aunque parece que se desarrolla más como una disregulación inmune en la fase post- infecciosa del COVID-19 que como consecuencia de una hiper-replicación viral en la fase aguda de la infección. Parece ser congruente esta teoría con los hallazgos de laboratorio en el momento del diagnóstico: no se detecta el virus, y las inmunoglobulinas en sangre indican infección pasada con IgG anti SARS-CoV-2 y rara vez presencia de IgM.

El diagnóstico se basa en la clínica (fiebre $\geq 38^{\circ}$ C al menos 24h y afección de al menos 2 órganos o sistemas); demostración que está relacionada con el virus SARS-CoV-2 y exclusión de otras posibles causas de esta enfermedad sistémica que se le asemejan.

El tratamiento debe hacerse de forma individualizada en función del cuadro clínico que varía entre sólo vigilancia estrecha, al ingreso en UVI y manejo con soporte hemodinámico y/o respiratorio, inmunoglobulinas IV, y/o inmuno-moduladores, según la evolución y gravedad del cuadro.

Es previsible que en los próximos meses aumente el número de casos de SIMS-PedS relacionados con la evolución creciente de la pandemia. Es importante el reconocimiento precoz de estos casos, su manejo protocolizado por equipos

multidisciplinares y con disponibilidad de UCI, para avanzar en el conocimiento de esta nueva la enfermedad y mejorar su pronóstico.

¿QUÉ OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE HAN DESCRITO QUE PODRÍAN INCLUIRSE EN EL SÍNDROME POST-COVID?

Junto a las manifestaciones del síndrome post-COVID revisadas, con diferencia las más frecuentes, se ha descrito la afectación focal de algunos órganos semanas o meses después de la recuperación de la fase aguda de la COVID-19. Entre estos se ha destacado la persistencia de síntomas digestivos, como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea, que pueden estar presentes en el 3-10% de los pacientes. Las manifestaciones dermatológicas llegan a presentarse en un 8% de los pacientes e incluyen el exantema (3%), la perniosis (“sabañones”), de relación dudosa con la COVID-19 y el efluvio telógeno (caída del cabello), como en otras infecciones y enfermedades agudas. La enfermedad renal, no presente durante la fase aguda, es excepcional que aparezca tras la recuperación. Algunas series han relatado una disminución del filtrado glomerular pero se cuestiona la validez del hallazgo. Finalmente, en el área endocrinológica, se han publicado casos de tiroiditis potencialmente relacionados con el SARS-CoV-2, que cursan con hipertiroidismo, e hipofisitis.

Es importante señalar que la persistencia de cualquiera de los hallazgos mencionados obliga a descartar otras causas más probables que el síndrome post-COVID. Solo la exclusión de otras causas, tratables o no, permitiría atribuir estas manifestaciones al síndrome que discutimos.

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE ORGANIZAR LA ASISTENCIA A PACIENTES CON MANIFESTACIONES CRÓNICAS DEL COVID-19 EN NUESTRO SISTEMA SANITARIO?

Dado el carácter multisistémico del síndrome post-COVID, en el proceso de atención al paciente deben participar múltiples especialistas de cara a implementar planes terapéuticos, rehabilitadores y de cuidados individuales que faciliten una atención integral del enfermo con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Deben definirse protocolos y vías clínicas de actuación que aseguren la coordinación entre especialidades y los diferentes niveles asistenciales, incluyendo la esfera sanitaria y social.

Existen distintos recursos que pueden implementarse, como la e-consulta, la consulta monográfica específica o una agenda de prestación específica para patologías concretas dentro de la cartera de servicios de cada especialidad en que podrían citarse los pacientes con COVID-19.

Con el objetivo de coordinar la actividad del proceso, desde la inclusión hasta el alta final desde consultas externas, y dada la complejidad del proceso asistencial, debería establecerse un gestor de casos que asegure la adecuada citación del paciente en la consulta apropiada y asegure el necesario inter-cambio de información con Atención Primaria y las diferentes especialidades que asisten al paciente.

Dada el alto número de incertidumbres sobre la persistencia de estas afecciones en el tiempo y su abordaje diagnóstico y terapéutico, es importante recoger indicadores

de seguimiento del proceso, incluyendo información acerca del número de pacientes evaluados y en seguimiento activo, consultas específicas en que se realiza éste, motivos de consulta, diagnósticos finales, número de procesos resueltos e ingresos hospitalarios de los pacientes en seguimiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad fue más en pacientes masculinos con edad entre los 18 y 59 años, con predominio de la hipertensión arterial como comorbilidad. En el curso de esta la tos fue el síntoma más frecuente y en la valoración post COVID-19 la debilidad muscular. Un porcentaje elevado de casos necesitó rehabilitación, ya sea domiciliaria o institucional. Las comorbilidades y complicaciones mostraron una relación estadística significativa con las pautas terapéuticas.

1. Un elevado porcentaje (20-90%) de pacientes que han padecido COVID tienen manifestaciones clínicas tras el periodo agudo de la enfermedad que, en ocasiones, pueden ser relevantes.
2. No existe todavía una denominación uniforme ni una definición precisa para ese cuadro al que en este documento, provisionalmente, hemos denominado síndrome post-COVID.
3. Las manifestaciones respiratorias son frecuentes, tanto en forma de síntomas como la disnea o la tos, como por la persistencia de lesiones pulmonares en pruebas de imagen o alteraciones en las pruebas de función pulmonar. En los pacientes con COVID-19 que hayan cursado con neumonía y/o refieran disnea en su seguimiento puede valorarse realizar, además de una RX de tórax, espirometría y test de difusión.
4. Otras manifestaciones incluyen las neurológicas, psiquiátricas, gastrointestinales y disfunciones del olfato y el gusto que pueden prolongarse durante meses
5. El síndrome post-COVID es particularmente frecuente en los pacientes que han requerido ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos y muchos de sus síntomas son superponibles a los encontrados en pacientes con otras enfermedades que sobreviven a estancias prolongadas en UCI.
6. No hemos encontrado evidencia definitiva sobre una importante participación de enfermedad cardíaca en el síndrome post-COVID.

BIBLIOGRAFIA

<https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/disease-manifestations-complications/post-covid-syndrome/>.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf