



1009 - DEBUT DE COVID PERSISTENTE: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE OLAS?

Karen Soledad Encalada Luna, Francisco de Asís Cepa Díez, Cristina Ausín García, Eva Cervilla Muñoz, Jaime Alonso Muñoz, Andrés Enríquez Gómez, Sergio Moragón Ledesma y Antonio Muiño Miguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir si existen diferencias en el diagnóstico de COVID persistente entre pacientes que sufrieron infección por SARS-CoV-2 en primera y segunda ola de pandemia. Describir las características basales y curso de la infección en estos dos grupos de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, revisando las historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta de seguimiento pos-COVID en un Hospital de tercer nivel. Se seleccionaron como pacientes de primera ola aquellos que sufrieron la infección entre 1/03/2020 y 24/06/2020; como pacientes de segunda ola se incluyeron aquellos con enfermedad entre 04/08/2020 y 01/12/2020. Se definió como COVID persistente la presencia, más allá de 3 meses de la infección, de dos o más síntomas típicos. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS Statistics 21, las variables cualitativas se expresan mediante porcentajes y las cuantitativas mediante media y desviación estándar, la asociación entre variables cualitativas se estudió mediante ji al cuadrado y se usó la prueba t de Student para variables cuantitativas.

Resultados: En la cohorte de primera ola se incluyeron 183 pacientes y en la cohorte de segunda ola, 109. La edad media de los pacientes en primera ola fue de 61 años (DE \pm 15,17); y de 58 años (DE \pm 11,61) ($p = 0,12$). En primera ola se identificaron: 30% hipertensión arterial (HTA), 14% diabetes mellitus (DM), 30% dislipemia (DL), 5,5% con hábito tabáquico activo, 3,8% enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 7% asma y 2,7% enfermedad autoinmune sistémica (EAS). En segunda ola se identificaron: 38,5% HTA, 19,3% DM, 29,4% DL, 9,2% con hábito tabáquico activo, 3,7% EPOC y 10,1% asma y 2,8% EAS. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables. En cuanto a la evolución del episodio agudo el 86,6% de pacientes precisaron hospitalización en primera ola y 78% en segunda ola ($p = 0,394$). El porcentaje de pacientes con diagnóstico de COVID persistente en primera ola fue de 38,3% frente a 55% en segunda ola ($p = 0,018$).

Discusión: La incidencia de síndrome de COVID persistente, también conocido como *Long COVID*, es muy variable, desde 10% hasta 80% según las series descritas hasta el momento en la literatura¹. En esta serie la incidencia del COVID persistente fue mayor en segunda ola de la pandemia de forma estadísticamente significativa. En la población estudiada, las características basales de los pacientes son similares en ambos grupos, así como el porcentaje de pacientes que precisaron hospitalización. En base a las diferentes hipótesis existentes sobre la etiopatogenia del síndrome de COVID persistente, deben existir otros factores inmunológicos, relacionados con la cepa viral o incluso

genéticos que influyan en estas diferencias de incidencia de *Long COVID* entre estas dos olas.

Conclusiones: En nuestra población la incidencia de COVID persistente fue mayor en los pacientes que sufrieron la infección en la segunda ola de la pandemia, sin que existieran diferencias significativas entre las características de los pacientes o su asociación con la necesidad de hospitalización. Se necesitan más estudios para conocer los mecanismos patogénicos de este síndrome.

Bibliografía

1. Francisco OS (s/f). Guía clínica para la atención al paciente LONG COVID/COVID persistente. Semg.es. Recuperado el 30 de junio de 2022, de <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/363-guia-clinica-para-la-atencion-al-paciente-long-COVID-COVID-persistente>