

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

REVISION BIBLIOGRÁFICA DESDE EL 1 al 15 de noviembre

1. **Baunez C, Degoulet M, Luchini S, Pintus PA, Teschl M. Tracking the Dynamics and Allocating Tests for COVID-19 in Real-Time: an Acceleration Index with an Application to French Age Groups and Départements. medRxiv 2020; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.05.20226597>.**

En un trabajo depositado en medRxiv y por tanto no pasado todavía por revisión por pares ni aceptado en una revista, los autores, un grupo francés de la Universidad de Marsella, proponen un nuevo índice para seguir al día la evolución de la pandemia: “el Índice de Aceleración”. Afirman que el número de casos y su acumulación da una imagen inadecuada de la evolución de la pandemia si no se correlacionan con el número de pruebas realizadas. Tras una compleja discusión matemática, utilizan este test para seguir la evolución de los casos en Francia. El Índice de Aceleración puede aplicarse a grupos de población distintos y a diferentes áreas geográficas lo que induce a los autores a proponer un algoritmo de distribución de recursos en base a la evolución del mismo. Los datos franceses sugieren que la situación en los ancianos dista de estar controlada como podría haberse afirmado y que el índice en los más jóvenes no sugiere que sean el centro del problema en la segunda oleada.

2. **Baunez C, Degoulet M, Luchini S, Pintus PA, Teschl M. An Early Assessment of Curfew and Second COVID-19 Lock-down on Virus Propagation in France. medRxiv. 2020;preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.11.20230243>;**

El mismo grupo de trabajo de Baunez y colaboradores, evalúan el impacto de medidas como un toque de queda en determinadas áreas que culmina con un confinamiento en Francia que comienza el 30 de octubre y persiste activo. Los autores estudian los cambios en la propagación del virus en distintos departamentos regionales y en distintos grupos etarios, utilizando el Índice de Aceleración descrito en el artículo anterior. El índice sugiere que aunque la pandemia está todavía en expansión, la aceleración descendió notablemente con el toque de queda, en particular en personas de más de 60 años. La desaceleración continuó con el confinamiento que tuvo impacto especialmente en la población activa de menos de 60 años y no tanto en los mayores. Para

la población entre 0 y 19 años, el toque de queda no tuvo efecto desacelerador, pero sí el confinamiento. Esto viene a sugerir que, de las medidas destinadas a proteger a los mayores, el toque de queda puede ser suficiente y no serían precisas las medidas de confinamiento. Dicho esto, y mirando el mapa de Francia, los autores señalan que los toques de queda no se instauraron precisamente en los departamentos en los que el índice de aceleración era mayor.

3. Hodcroft EB, Zuber M, Nadeau S, Comas I, Gonzalez Candelas F. Emergence and spread of a SARS-CoV-2 variant through Europe in the summer of 2020. medRxiv. 2020;https://doi.org/10.1101/2020.10.25.20219063.

Un estudio colaborativo de investigadores españoles y suizos demuestra que una variante del SARS-COV-2 procedente de España se mueve por Europa desde el verano. Esta cepa, representa desde junio más del 40% de las cepas presentes en España y desde Julio el 40-70% de las de Suiza, Irlanda, Reino Unido, Holanda y Francia. Se trata de la cepa (20A.EU1) que difiere de las clásicas en 6 o más posiciones, incluyendo la mutación A222V en el gen de la proteína del “spike” y la mutación A220V en el gen de la nucleoproteína. Los datos sugieren que se ha exportado desde España en múltiples ocasiones aunque se ignora si su transmisión se debe a una mayor capacidad intrínseca del virus o a la frecuencia de los contactos con personas en viajes turísticos a España.

4. Nadeem R, Thomas SJ, Fathima Z, Palathinkal AS, Alkilani YE, Dejan EA, et al. Pattern of anticoagulation prescription for patients with Covid-19 acute respiratory distress syndrome admitted to ICU. Does it impact outcome? Heart Lung. 2020. 10.1016/j.hrtlng.2020.10.009

El tipo y la dosis de anticoagulantes siguen estando en discusión en pacientes con COVID. Los autores de este trabajo estudian retrospectivamente en una UCI el patrón de anticoagulación y su impacto en la supervivencia a los 28 días, el tiempo de estancia en UCI, la presencia de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y de Embolización Pulmonar (EP), así como las complicaciones hemorrágicas. Los grupos a comparar fueron: los que aumentaban la dosis, los que la disminuían, los que la aumentaban y luego la disminuían y los que hacían múltiples variaciones. El anticoagulante más utilizado fue la enoxaparina subcutánea. La estrategia de dosificación de anticoagulantes no tuvo efecto significativo en la supervivencia a los 28 días, ni en los otros parámetros evaluados.

5. McBane RD, 2nd, Torres Roldan VD, Niven AS, Pruthi RK, Franco PM, Linderbaum JA, et al. Anticoagulation in COVID-19: A Systematic Review, Meta-analysis, and Rapid Guidance From Mayo Clinic. Mayo Clin Proc. 2020;95(11):2467-86.

Siguiendo con la anticoagulación, la Clínica Mayo publica un meta-análisis sobre este tema que incluye 37 estudios y unas recomendaciones del grupo de trabajo de la propia clínica. Todos los estudios, menos uno, eran retrospectivos y no concluyentes. En pacientes anticoagulados por otros motivos, recomiendan pasar a heparina sódica o de

bajo peso molecular si se espera tener que realizar algún procedimiento que requiera modificaciones.

En pacientes que no venían recibiendo anticoagulantes, recomiendan enoxaparina profiláctica a dosis de 40 mg subcutáneos diarios en todos los hospitalizados que no tengan contraindicación específica. Deben hacerse determinaciones periódicas de hematimetría, tiempo de protrombina, fibrinógeno y dímero D. Hay que buscar sistemáticamente la TVP, particularmente en los pacientes de UCI. La extensión de la anticoagulación tras el alta hospitalaria en pacientes sin evidencia de TVP está en discusión pero se recomienda en este trabajo. En pacientes con trombosis identificada se recomienda utilizar las mismas pautas que en enfermos sin COVID.

6. Yanes-Lane M, Winters N, Fregonese F, Bastos M, Perlman-Arrow S, Campbell JR, et al. Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(11):e0241536.

Un meta-análisis explora la proporción de pacientes asintomáticos entre los diagnosticados de COVID. Identifican 6.137 estudios de los que eligen los 28 de calidad moderada o alta. En dos estudios sobre población general, la proporción de asintomáticos fue de 20% y 75%, respectivamente y en los contactos entre 8.2% y 50%. En pacientes de obstetricia estaban asintomáticas el 95% y en las residencias de ancianos un 59%. Los 5 estudios sobre transmisión desde asintomáticos son muy heterogéneos pero un 18.8% de los contactos próximos de un asintomático son COVID positivos.

7. Khoo B, Tan T, Clarke SA, Mills EG, Patel B, Modi M, et al. Thyroid function before, during and after COVID-19. J Clin Endocrinol Metab. 2020. 10.1210/clinem/dgaa830.

Este artículo describe la función tiroidea en un grupo de 334 pacientes ingresados por COVID en el Imperial College de Londres entre marzo y abril de 2020, excluyendo los que tenían disfunción tiroidea previa. El 87% de los pacientes estaban eutiroides y ninguno desarrolló tireotoxicosis. Algunos enfermos tuvieron una TSH y T4 menores de lo normal pero las cifras regresaron a la normalidad con la evolución (7).

8. Ssentongo AE, Ssentongo P, Heilbrunn ES, Lekoubou A, Du P, Liao D, et al. Renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and the risk of mortality in patients with hypertension hospitalised for COVID-19: systematic review and meta-analysis. Open Heart. 2020;7(2).

Meta-análisis sobre el potencial papel protector de mala evolución de los hipertensos con COVID en tratamiento con fármacos inhibidores del eje renina-angiotensina-aldosterona (RAAS). Incluían fármacos inhibidores de la ECA y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II.

Se incluyeron 14 estudios en la revisión sistemática (n = 73.073 pacientes con COVID-19). Los estudios eran heterogéneos, pero los pacientes con hipertensión con uso previo de inhibidores de la RAAS tuvieron un 35% menos de probabilidades de morir a causa de COVID-19 en comparación con los pacientes con hipertensión que no tomaban inhibidores de la RAAS (RR combinado 0,65; IC del 95%: 0,45 a 0,94). La calidad de la evidencia se estimó como moderada, pero el estudio tranquiliza a los millones de hipertensos que recibimos estos medicamentos.

9. Siddiqi HK, Weber B, Zhou G, Regan J, Fajnzylber J, Coxen K, et al. Increased prevalence of myocardial injury in patients with SARS-CoV-2 viremia. Am J Med. 2020. 10.1016/j.amjmed.2020.09.046.

Estudio que incluye 70 pacientes en los que trata de correlacionarse la carga viral de SARS-CoV2 con la troponina y la lesión miocárdica en los pacientes COVID-19 hospitalizados. Un total de 21 pacientes (30%) tenían viremia detectable. Los pacientes con viremia eran significativamente mayores que los que no tenían viremia. El 100% de los pacientes con viremia tenían troponina detectable durante la hospitalización, en comparación con el 59% de los pacientes no vírémicos. Se observó lesión miocárdica en el 76% de los pacientes vírémicos y en el 38% de los no vírémicos. La presencia de viremia, se asocia por tanto a una tasa más elevada de troponina y a mayor daño miocárdico.

10. Cano EJ, Fuentes XF, Campioli CC, O'Horo JC, Saleh OA, Odeyemi Y, et al. "Impact of Corticosteroids in COVID-19 Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis". Chest. 2020. DOI 10.1016/j.chest.2020.10.054.

El uso de corticosteroides en pacientes graves con COVID se ha generalizado pese a lo cual su eficacia en el tratamiento sigue controvertida. Esta revisión sistemática identifica 73 estudios con 21.350 casos de COVID-19. El uso de corticosteroides fue muy frecuente en ventilados mecánicamente (35,3%), UCI (51,3%) y casos graves. Los corticosteroides redujeron significativamente la mortalidad en los enfermos en situación crítica pero no en concentraciones muy bajas ni muy altas.

11. Pan H, Peto R, Karim QA, Alejandria M, Henao-Restrepo AM, Hernández García C, et al. Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results. WHO Solidarity trial consortium. medRxiv preprint doi:10.1101/2020101520209817; this version posted October 15, 2020. y

12. Dyer O. Covid-19: Remdesivir has little or no impact on survival, WHO trial shows. Bmj. 2020;371:m4057.

Los resultados del estudio Solidarity promovido por la OMS, muestran con datos de 405 hospitales y 30 países en 2.750 enfermos asignados a recibir Remdesivir que este fármaco no fue superior al tratamiento estándar en reducir la mortalidad de pacientes con

COVID -19, ni en pacientes ventilados mecánicamente ni en cualquier otro subgrupo. La sorpresa ha sido mayúscula cuando sólo hace unas semanas que se conocieron los resultados del estudio ACTT-1 promovido por el NIH y que había encontrado eficacia de este fármaco con una tendencia a la mayor supervivencia a los 29 días. Dicho ensayo motivó la autorización del medicamento en los EE. UU, la Unión Europea y el Reino Unido.

13. Datta SD, Talwar A, Lee JT. A Proposed Framework and Timeline of the Spectrum of Disease Due to SARS-CoV-2 Infection: Illness Beyond Acute Infection and Public Health Implications. Jama. 2020. DOI10.1001/jama.2020.22717.

En un "Viewpoint" publicado en JAMA, se propone una estructura simple y clara de la enfermedad causada por COVID -19: la forma aguda que conocemos bien, la forma postaguda inflamatoria multisistémica y la forma tardía.

El cuadro post-agudo multisistémico (MIS), se conoce bastante bien en niños (MIS-C) pero también puede presentarse en adultos (MIS-A). Es un cuadro inflamatorio generalizado que ocurre después de que la infección ha sido eliminada y que representa una respuesta mal regulada del huésped que se manifiesta entre 2 y 5 semanas después del comienzo de la primoinfección. Los enfermos pueden tener alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, mucocutáneas y elevaciones de marcadores inflamatorios como la Proteína C reactiva, la ferritina y el dímero D. El síndrome Post-COVID, tardío está todavía mal caracterizado, puede tener que ver con la inflamación de distintos órganos y parece caracterizarse por síntomas como la fatiga, disnea, artralgias y dolor torácico que se presenta a partir de los 60 días del episodio inicial. La etiología de esto permanece incierta y su posible duración también se desconoce.

14. Pereira M, Dantas Damascena A, Galvão Azevedo LM, de Almeida Oliveira T, da Mota Santana J. Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: systematic review and meta-analysis. Crit Rev Food Sci Nutr. 2020:1-9.

Volvemos a la Vitamina D. Esta vez se trata de un meta-análisis que trata de evaluar la influencia de la vitamina D en el COVID.

El estudio identificó 1.542 artículos y seleccionó 27. Concluye que la deficiencia de vitamina D no se asocia a una mayor probabilidad de infectarse por COVID-19. Los enfermos con COVID grave tienen un 64% más de probabilidades de tener un nivel bajo de vitamina D que los pacientes con COVID moderado. Una deficiencia de vitamina D en enfermos con COVID se asocia a un mayor riesgo de hospitalización y de muerte. Por tanto, el estudio sugiere una asociación entre el déficit de vitamina D y la gravedad del COVID-19.

15. Fontana L, Villamagna AH, Sikka MK, McGregor JC. Understanding Viral Shedding of SARS-CoV-2: Review of Current Literature. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020:1-35.

Artículo de revisión que resume muy bien los datos disponibles sobre persistencia de RNA viral (PCR) y persistencia de virus viable. Los datos sobre PCR son mejor conocidos y una PCR positiva puede durar 90 días o más. Por el contrario, los datos sobre

cultivo viral positivo siguen siendo escasos y realizados con metodología muy heterogénea. Aunque la mediana de cultivos virales positivos es de unos 8 días, el rango oscila entre 0 y 20. Los Ct bajos parecen asociarse con mayor posibilidad de tener cultivos positivos. Con un Ct de 33 o mayor, la posibilidad de tener cultivos positivos es de un 12%.

16. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. J Occup Health. 2020;62(1):e12175.

Meta-análisis sobre el impacto del COVID en la salud mental de los trabajadores sanitarios. De un total de 436 artículos, cumplen criterios de selección 44, que incluyen a 69.499 sujetos. La prevalencia de 6 patrones diferentes de enfermedad fueron los siguientes: depresión 13.5%-44.7%; ansiedad 12.3%-35.6%, estrés 5.2%-32.9%; trastorno de estrés post-traumático 7.4%-37.4%; insomnio 33.8%-36.1% y síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout") 3.1%-43.0%. El factor de riesgo más importante era la proximidad a los pacientes con COVID salvo para el "burnout".

Es evidente la necesidad de mantener los servicios de apoyo psicológico y psiquiátricos necesarios para la ayuda a este colectivo.

17. García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. J Glob Health. 2020;10(2):020505.

Estudio llevado a cabo en España evaluando el impacto psicológico precoz del COVID en población general. Dividieron a los enfermos entre aquellos que no habían tenido desórdenes mentales previos (NMD), los que los habían tenido en el pasado (PMD) y los que los sufrían en la actualidad (CMD). Se envió un cuestionario on-line entre el 19 y el 26 de marzo del presente año a 21.207 personas. El impacto psicológico detectado fue menor en los NMD y mayor en los que los padecían crónicamente. En los tres grupos la respuesta depresiva fue la más prevalente (NMD = 40.9%, PMD = 51.9%, CMD = 74.4%).

18. MadaniNeishaboori A, Moshrefiaraghi D, Mohamed Ali K, Toloui A, Yousefifard M, Hosseini M. Central Nervous System Complications in COVID-19 Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis based on Current Evidence. Arch Acad Emerg Med. 2020;8(1):e62.

Meta-análisis sobre las complicaciones en el Sistema Nervioso Central (SNC) de enfermos con COVID. De un total de 638 artículos, se seleccionan 7 para su inclusión en el análisis. La heterogeneidad de los datos es enorme pero, en general, se calculó la incidencia de las complicaciones del SNC en un 6.27%. Las más comunes fueron la encefalopatía y la enfermedad cerebrovascular aguda.

19. Aziz H, Lashkari N, Yoon YC, Kim J, Sher LS, Genyk Y, et al. Effects of Coronavirus Disease 2019 on Solid Organ Transplantation. Transplant Proc. 2020;52(9):2642-53.

Esta revisión sistemática evalúa el impacto del COVID en los trasplantados de hígado, riñón y corazón. Identifican 49 estudios potencialmente válidos que incluyen un total de 403 receptores de un trasplante de órgano sólido. La presentación clínica oscila entre un COVID moderado o grave y la mortalidad fue del 21%. Esto sugiere un peor pronóstico que la población quirúrgica general (19).

20. Kiss P, Carcel C, Hockham C, Peters SAE. The impact of the COVID-19 pandemic on the care and management of patients with acute cardiovascular disease: a systematic review. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2020. DOI 10.1093/ehjqcco/qcaa084.

Un meta-análisis evalúa el impacto del COVID en los servicios de cardiología. Incluye 27 artículos que comparan periodos COVID y no COVID. Once estudios demuestran un descenso de episodios coronarios agudos (reducción 40 y 50%) que ha conducido a una menor tasa de ingresos hospitalarios, reducción en el número de procesos de revascularización, periodos más breves de estancia hospitalaria y más tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el tratamiento hospitalario. Lo que no se sabe es el impacto de todo esto ha tenido en el pronóstico de los pacientes y en la supervivencia.

REGRESE AL BOLETÍN