

Duración de los síntomas y factores de riesgo de retraso en el retorno a la salud habitual entre pacientes ambulatorios con COVID-19 en un sistema de atención médica multiestatal Red - Estados Unidos, marzo – junio 2020

Mark W. Tenforde, MD, PhD 1; Sara S. Kim, MPH 1,2; Christopher J. Lindsell, PhD 3;
Erica Billig Rose, PhD 1; Nathan I. Shapiro, MD 4; D. Clark Files, MD 5; Kevin W. Gibbs, MD 5; Heidi L. Erickson, MD 6;
Jay S. Steingrub, MD 7; Howard A. Smithline, MD 7; Michelle N. Gong, MD 8; Michael S. Aboodi, MD 8; Matthew C. Exline, MD 9;
Daniel J. Henning, MD 10; Jennifer G. Wilson, MD 11; Akram Khan, MD 12; Nida Qadir, MD 13; Samuel M. Brown, MD 14; Dr. Ithan D. Peltan 14;
Todd W. Rice, MD 3; David N. Hager, MD, PhD 15; Adit A. Ginde, MD ^{decesis}; William B. Stubblefield, MD 3; Manish M. Patel, MD 1; Wesley H. Self, MD 3;
Leora R. Feldstein, PhD 1; Investigadores de la red IVY; Equipo de respuesta de CDC COVID-19

El 24 de julio de 2020, este informe fue publicado como MMWR Early Release en el sitio web de MMWR (<https://www.cdc.gov/mmwr>).

La duración prolongada de los síntomas y la discapacidad son comunes en adultos hospitalizados con enfermedad grave por coronavirus 2019 (COVID-19). Caracterizar el retorno a la salud de referencia entre pacientes ambulatorios con enfermedad leve por COVID-19 es importante para comprender el espectro completo de enfermedades asociadas con COVID-19 y adaptar los mensajes, las intervenciones y las políticas de salud pública. Del 15 de abril al 25 de junio de 2020, se realizaron entrevistas telefónicas con una muestra aleatoria de adultos de ≥18 años que tuvieron una primera prueba positiva de transcripción inversa-reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) para el SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19, en una visita ambulatoria en uno de los 14 sistemas académicos de atención médica de los EE. UU. en 13 estados. Las entrevistas se realizaron entre 14 y 21 días después de la fecha del examen. Se preguntó a los encuestados sobre las características demográficas, las condiciones médicas crónicas basales, síntomas presentes en el momento de la prueba, si esos síntomas se habían resuelto en la fecha de la entrevista y si habían vuelto a su estado de salud habitual en el momento de la entrevista. Entre 292 encuestados, el 94% (274) informaron experimentar uno o más síntomas al momento de la prueba; El 35% de estos encuestados sintomáticos informaron que no habían regresado a su estado de salud habitual para la fecha de la entrevista (mediana = 16 días desde la fecha de la prueba), incluido el 26% entre los que tenían entre 18 y 34 años, el 32% entre los que tenían entre 35 y 35 años. 49 años, y 47% entre los mayores de 50 años. Entre los encuestados que informaron tos, fatiga o falta de aire al momento de la prueba, 43%, 35% y 29%, respectivamente, continuaron experimentando estos síntomas en el momento de la entrevista. Estos hallazgos indican que COVID-19 puede provocar enfermedades prolongadas incluso entre personas con enfermedades ambulatorias más leves, incluidos los adultos jóvenes. Se justifican los mensajes efectivos de salud pública dirigidos a estos grupos. Las medidas preventivas, que incluyen el distanciamiento social, el lavado frecuente de manos y el uso consistente y correcto de los recubrimientos faciales en público, deben ser fuertemente alentados a frenar la propagación del SARS-CoV-2. La enfermedad prolongada está bien descrita en adultos con COVID-19 grave que requiere hospitalización, especialmente entre los adultos mayores (Debería alentarse encarecidamente a reducir la propagación del SARS-CoV-2. La enfermedad prolongada está bien descrita en adultos con COVID-19 grave que requiere hospitalización, especialmente entre los adultos mayores (Debería alentarse encarecidamente a reducir la propagación del SARS-CoV-2. La enfermedad prolongada está bien descrita en adultos con COVID-19 grave que requiere hospitalización, especialmente entre los **adultos mayores (1,2). Recientemente, el número de infecciones por SARS-CoV-2**

en personas evaluadas por primera vez como pacientes ambulatorios han aumentado, **incluidos los casos entre adultos más jóvenes (3) Una mejor comprensión de la** convalecencia y la duración de los síntomas entre los pacientes ambulatorios con COVID-19 puede ayudar a dirigir la atención, informar las intervenciones para reducir la transmisión y adaptar los mensajes de salud pública. La efectividad de la vacuna contra la influenza en la red de enfermos críticos (IVY), una colaboración de los sistemas de atención médica de los EE. UU., Está realizando estudios epidemiológicos sobre **COVID-19 tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (4,5). Catorce sistemas** de salud académicos predominantemente urbanos en 13 estados presentaron una lista de adultos con resultados positivos de la prueba de RT-PCR SARS-CoV-2 obtenidos del 31 de marzo al 4 de junio de 2020 al Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt. Luego, se realizó un muestreo aleatorio específico del sitio en un subconjunto de estos pacientes que fueron evaluados como pacientes ambulatorios e incluyeron pacientes evaluados en el departamento de emergencias (DE) que no fueron ingresados en el hospital en el encuentro de prueba y aquellos evaluados en otras clínicas ambulatorias. A los 14-21 días de la fecha de la prueba, el personal de los CDC entrevistó a los pacientes muestreados al azar o sus representantes por teléfono para obtener información demográfica, socioeconómica y de salud subyacente autoinformada, incluida la presencia de afecciones médicas crónicas. Se realizaron intentos de llamada **por hasta siete días consecutivos, 4) Se pidió a los encuestados que informaran el** número de días que se sintieron mal antes de la fecha de la prueba, los síntomas **relacionados con COVID-19 experimentados en el momento de la prueba (6) si los** síntomas se habían resuelto para la fecha de la entrevista y si el paciente había vuelto a su estado de salud habitual. Para este análisis de datos, los encuestados fueron excluidos si no completaron la entrevista, si un apoderado (por ejemplo, un miembro de la familia) completó la entrevista (debido a su conocimiento incompleto de los síntomas), si informaron una prueba de SARS-CoV-2 positiva anterior (porque la fecha de referencia para las preguntas sobre los síntomas no estaba clara) o (porque este análisis se centró en las personas sintomáticas) si no respondieron las preguntas sobre los síntomas o si negaron todos los síntomas en las pruebas. Se utilizaron estadísticas descriptivas para comparar las características entre los encuestados que informaron haber regresado o no a su estado de salud habitual en la fecha de la entrevista.

Resumen**¿Qué se sabe sobre este tema?**

Se sabe relativamente poco sobre el curso clínico de COVID-19 y el retorno a la salud de referencia para personas con enfermedades leves y ambulatorias.

¿Qué agrega este informe?

En una encuesta telefónica multiestatal de adultos sintomáticos que tuvieron un resultado positivo de la prueba ambulatoria para la infección por SARS-CoV-2, el 35% no había regresado a su estado de salud habitual cuando fueron entrevistados 2-3 semanas después de la prueba. Entre las personas de 18 a 34 años sin afecciones médicas crónicas, uno de cada cinco no había vuelto a su estado de salud habitual.

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de la salud pública?

COVID-19 puede provocar enfermedades prolongadas, incluso entre adultos jóvenes sin afecciones médicas crónicas subyacentes. Los mensajes de salud pública efectivos dirigidos a estos grupos están garantizados.

Se ajustaron modelos de regresión de ecuaciones de estimación generalizadas con una estructura de correlación intercambiable que representa el agrupamiento por sitio para evaluar la asociación entre las características basales y el retorno a la salud habitual, ajustando por posibles factores de confusión seleccionados a priori. La resolución y la duración de los síntomas individuales también se evaluaron. Los análisis estadísticos se realizaron con el software Stata (versión 16; StataCorp). Se intentó al menos una llamada telefónica para 582 pacientes (incluidos 175 [30%] que fueron evaluados en un ED y 407 [70%] en entornos no ED), con 325 (56%) entrevistas completadas (89 [27 %] ED y 236 [73%] no ED). Entre 257 personas que no respondieron, 178 no pudieron ser contactados, 37 solicitaron una devolución de llamada pero no pudieron comunicarse con ellos en otros intentos de llamada, 28 rechazaron la entrevista y 14 tenían una barrera del idioma. Entre las 325 entrevistas completadas, se excluyeron 31: nueve (3%) porque se entrevistó a un representante, 17 (5%) porque se informó una prueba positiva previa de SARS-CoV-2 y cinco (2%) que no lo hicieron Responda las preguntas de síntomas. Dos encuestados adicionales fueron llamados prematuramente a los 7 días y también fueron excluidos. * Entre los 292 pacientes restantes, 274 (94%) informaron uno o más síntomas en las pruebas y se incluyeron en este análisis de datos. Después de las pruebas ambulatorias, el 7% (19 de 262 con datos disponibles) informó haber sido hospitalizado más tarde, una mediana de 3,5 días después de la fecha de la prueba. La mediana de edad de los encuestados sintomáticos fue de 42.5 años (rango intercuartil [RIC] = 31-54 años), 142 (52%) eran mujeres, 98 (36%) eran hispanos, 96 (35%) eran blancos no hispanos, 48 (18%) eran negros no hispanos y 32 (12%) eran otros no hispanos. Se excluyeron 31: nueve (3%) porque se entrevistó a un representante, 17 (5%) porque se informó una prueba de SARS-CoV-2 positiva anterior y cinco (2%) que no respondieron las preguntas de síntomas. Dos encuestados adicionales fueron llamados prematuramente a los 7 días y también fueron excluidos. * Entre los 292 pacientes restantes, 274 (94%) informaron uno o más síntomas en las pruebas y se incluyeron en este análisis de datos. Después de las pruebas ambulatorias, el 7% (19 de 262 con datos disponibles) informó haber sido hospitalizado más tarde, una mediana de 3,5 días después de

* Se incluyeron dos pacientes entrevistados temprano a los 12 días y tres entrevistados a los 13 días después de la prueba. Se incluyeron dos pacientes que solicitaron una entrevista después de 21 días porque no estaban disponibles a los 14-21 días (las entrevistas se realizaron a los 25 y 26 días). Todos los demás encuestados incluidos fueron entrevistados 14-21 días después de la prueba.

carrera. En general, 141 de 264 (53%) con datos disponibles informaron una o más afecciones médicas crónicas. El intervalo medio desde la prueba hasta la fecha de la entrevista fue de 16 días (RIC = 14-19 días); La mediana del número de días que los encuestados informaron que se sintieron mal antes de hacerse la prueba del SARS-CoV-2 fue de 3 (IQR = 2-7 días).

Regresar al estado de salud habitual

Entre los 270 de 274 entrevistados con datos disponibles sobre el retorno a la salud habitual, † **175 (65%) informaron que habían regresado a su estado de salud habitual una mediana de 7 días (RIC = 5-12 días)** desde la fecha de la prueba (Tabla 1). Noventa y cinco (35%) informaron que no habían vuelto a su estado de salud habitual en el momento de la entrevista. La proporción que no había regresado a su estado de salud habitual difería entre los grupos de edad: el 26% de los entrevistados de 18 a 34 años, el 32% de 35 a 49 años y el 47% de edad \geq 50 años informaron no haber regresado a su estado habitual de salud ($p = 0.010$) dentro de 14 a 21 días después de recibir un resultado positivo. La presencia de afecciones crónicas también afectó las tasas de retorno a la salud; entre 180 personas sin o con una condición médica crónica, 39 con dos condiciones médicas crónicas y 44 con tres o más condiciones médicas crónicas, 28%, 46% y 57%, respectivamente, informaron no haber regresado a su estado de salud habitual ($p = 0.003$) dentro de los 14 a 21 días después de tener un resultado positivo. Entre los encuestados de entre 18 y 34 años sin afección médica crónica, el 19% (nueve de 48) informaron no haber regresado a su estado de salud habitual. Ajustando para otros factores, edad \geq 50 versus 18-34 años (odds ratio ajustado [aOR] = 2.29; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1.14-4.58) e informando tres o más versus ninguna condición médica crónica (aOR = 2.29; IC 95% = 1.07-4.90) se asociaron con no haber recuperado la salud habitual (Tabla 2). Obesidad (índice de masa corporal \geq 30 kg por m²) Ajustando para otros factores, edad \geq 50 versus 18-34 años (odds ratio ajustado [aOR] = 2.29; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1.14-4.58) e informando tres o más versus ninguna condición médica crónica (aOR = 2.29; IC 95% = 1.07-4.90) se asociaron con no haber recuperado la salud habitual (Tabla 2). Obesidad (índice de masa corporal \geq 30 kg por m²) Ajustando para otros factores, edad \geq 50 versus 18-34 años (odds ratio ajustado [aOR] = 2.29; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1.14-4.58) e informando tres o más versus ninguna condición médica crónica (aOR = 2.29; IC 95% = 1.07-4.90) se asociaron con **no haber recuperado la salud habitual (Tabla 2). Obesidad (índice de masa corporal \geq 30 kg por m²)** (aOR 2.32; IC 95% = 1.17-4.58) también se asociaron con más del doble de probabilidades de no volver a la salud habitual del paciente después de ajustar por edad, sexo y raza / etnia.

Resolución de síntomas y duración

Entre los 274 pacientes ambulatorios sintomáticos, el número medio de síntomas fue siete de los 17 enumerados en la herramienta de entrevista (RIC = 5-10), con fatiga (71%), tos (61%) y dolor de cabeza (61%) los más comúnmente reportados (Figura). Entre los encuestados que informaron fiebre y escalofríos el día de la prueba, estos se resolvieron en el 97% y el 96% de los encuestados, respectivamente.

† A los pacientes se les hizo la pregunta "¿Diría que se siente recuperado de su salud habitual?"

§ Las condiciones psiquiátricas incluyeron trastorno de ansiedad (38), depresión (21), trastorno de estrés posttraumático (dos), paranoia (dos), trastorno obsesivo compulsivo (uno), esquizofrenia (uno); Algunos pacientes informaron más de una condición.

TABLA 1. Características de pacientes ambulatorios sintomáticos con SARS-CoV-2 transcripción inversa en tiempo real: reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR): resultados positivos de la prueba (N = 270) * que informaron que volvieron al estado de salud habitual o que no volvieron a la normalidad estado de salud en una entrevista realizada 14–21 días después de la prueba - 14 sistemas académicos de atención médica, † Estados Unidos, marzo – junio 2020

Característica	Total	Volvio a la salud habitual, no. (fila %)		Valor p §
		Sí (n = 175)	No (n = 95)	
Sexo				0,14
Mujer	140	85 (61)	55 (39)	
Hombres	130	90 (69)	40 (31)	
Grupo de edad (años)				0,010
18–34	85	63 (74)	22 (26)	
35–49	96	65 (68)	31 (32)	
≥50	89	47 (53)	42 (47)	
Raza / Etnia				0,29
Blanca, no hispana	94	58 (62)	36 (38)	
Negro, no hispano	46	26 (57)	20 (43)	
Otra raza, no hispana	32	24 (75)	8 (25)	
Hispano	98	67 (68)	31 (32)	
Seguro (14 desaparecidos)				0,69
No	46	31 (67)	15 (33)	
Si	210	135 (64)	75 (36)	
No. de condiciones médicas (faltan 7)				0,003
0	123	87 (71)	36 (29)	
1	57	41 (72)	16 (28)	
2	39	21 (54)	18 (46)	
≥3	44	19 (43)	25 (57)	
Condiciones médicas individuales (faltan 7) ¶				
Hipertensión	64	33 (52)	31 (48)	0,018
Obesidad (índice de masa corporal > 30 kg / m ²)	51	23 (45)	28 (55)	0,002
Condición psiquiátrica	49	23 (47)	26 (53)	0,007
Asma	36	23 (64)	13 (36)	0,99
Diabetes	28	16 (57)	12 (43)	0,43
Condición inmunosupresora	15	6 (40)	9 (60)	0,047
Condición autoinmune	13	7 (54)	6 (46)	0,44
Desorden sanguíneo	8	4 (50)	4 (50)	0,47
Enfermedad renal crónica	7	3 (43)	4 (57)	0,26
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	4 (57)	3 (43)	0,71
Enfermedad del hígado	6	4 (67)	2 (33)	1,00
Condición neurológica	6	3 (50)	3 (50)	0,48
Arteriopatía coronaria	4	3 (75)	1 (25)	1,00
Insuficiencia cardíaca congestiva	2	2 (100)	0 (0)	0,54

* 294 pacientes respondieron a una entrevista 2–3 semanas después de la prueba, no informaron una prueba positiva previa de SARS-CoV-2 antes de la prueba de referencia y respondieron preguntas sobre los síntomas. De estos, 276 (94%) informaron uno o más síntomas en el momento de la prueba de RT-PCR SARS-CoV-2, con 272 (99%) informando si habían regresado a su estado de salud habitual en el momento de la entrevista. Se excluyeron dos pacientes adicionales que fueron llamados a los 7 días, con 270 incluidos aquí.

† Los pacientes fueron muestreados aleatoriamente de catorce sistemas académicos de salud en 13 estados (Universidad de Washington [Washington], Universidad de Salud y Ciencias de Oregón [Oregón], Universidad de California Los Angeles y Universidad de Stanford [California], Centro Médico del Condado de Hennepin [Minnesota], Vanderbilt Universidad [Tennessee], Ohio State University [Ohio], Wake Forest University [Carolina del Norte], Montefiore Medical Center [Nueva York], Beth Israel Deaconess Medical Center y Baystate Medical Center [Massachusetts], Intermountain Healthcare [Utah / Idaho], Universidad del Hospital de Colorado [Colorado] y la Universidad Johns Hopkins [Maryland]).

§ Los encuestados que informaron que volvieron a la salud habitual y los encuestados que no volvieron a la salud habitual se compararon mediante la prueba de ji al cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

¶ Excluyendo a siete (3%) pacientes que no respondieron preguntas sobre afecciones médicas subyacentes crónicas; Para aquellos que respondieron preguntas sobre afecciones subyacentes, a algunos encuestados les faltaban datos sobre obesidad (dos), afecciones neurológicas (una) y afecciones psiquiátricas (una).

Los síntomas menos propensos a resolverse incluyeron tos (no se resolvió en 43% [71 de 166]) y fatiga (no se resolvió en 35% [68 de 192]); entre los 90 que informaron dificultad para respirar al momento de la prueba, este síntoma no se resolvió en 26 (29%). El intervalo medio para la resolución de los síntomas entre aquellos que informaron síntomas individuales en el momento de la prueba pero no en el momento de la entrevista varió de 4 a 8 días desde la fecha de la prueba, con los intervalos más largos informados para la pérdida del olfato (mediana = 8 días ; IQR = 5–10,5 días) y pérdida del gusto (mediana = 8 días; IQR = 4–10 días). Entre los encuestados que

informó haber regresado a su estado de salud habitual, 34% (59 de 175) todavía informaron uno o más de los 17 síntomas relacionados con COVID consultados en el momento de la entrevista.

Discusión

La mayoría de los estudios hasta la fecha se han centrado en la duración de los síntomas y los resultados clínicos en adultos hospitalizados con COVID-19 grave (1,2). Este informe indica que incluso entre los adultos sintomáticos evaluados en entornos ambulatorios, puede llevar semanas resolver los síntomas y volver a la salud habitual.

TABLA 2. Características asociadas con la no recuperación de la salud habitual entre pacientes ambulatorios sintomáticos con transcripción inversa de SARS-CoV-2 en tiempo real - reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) - resultados positivos de la prueba (N = 270) * Informados en una entrevista realizada 14–21 días después de la prueba - 14 sistemas académicos de salud, † Estados Unidos, marzo – junio 2020

Característica	Posibilidades de no volver a la "salud habitual" a los 14–21 días después de la prueba	
	probabilidades no ajustado (IC 95%) §	Odds ratio ajustado (IC 95%) §, ¶
Grupo de edad (años)		
18–34	Referencial	Referencial
35–49	1,40 (0,73–2,67)	1,38 (0,71–2,69)
≥50	2,64 (1,39–5,00)	2,29 (1,14–4,58)
Sexo		
Mujer	Referencial	Referencial
Hombres	0,68 (0,41–1,13)	0,80 (0,46–1,38)
Raza / Etnia		
Blanca, no hispana	Referencial	Referencial
Negro, no hispano	1,23 (0,60–2,53)	1,13 (0,53–2,45)
Otros no hispanos	0,53 (0,21–1,31)	0,63 (0,24–1,61)
Hispano	0,74 (0,40–1,34)	0,83 (0,44–1,58)
No. de condiciones médicas		
0	Referencial	Referencial
1	0,94 (0,47–1,89)	0,74 (0,35–1,55)
2	2,09 (1,00–4,38)	1,50 (0,68–3,33)
≥3	3,19 (1,56–6,50)	2,29 (1,07–4,90)
Condiciones médicas individuales **		
Hipertensión	1,98 (1,12–3,52)	1,30 (0,67–2,51)
Obesidad (IMC > 30 kg / m ²)	2,65 (1,42–4,95)	2,31 (1,21–4,42)
Condición psiquiátrica	2,42 (1,29–4,56)	2,32 (1,17–4,58)
Asma	1,00 (0,48–2,08)	1,02 (0,47–2,20)
Diabetes	1,38 (0,62–3,05)	1,06 (0,46–2,44)
Condición inmunosupresora	2,84 (0,98–8,26)	2,33 (0,77–7,04)
Condición autoinmune	1,55 (0,51–4,76)	1,05 (0,32–3,46)
Desorden sanguíneo	1,82 (0,45–7,45)	1,43 (0,33–6,24)
Enfermedad renal crónica	2,42 (0,53–11,05)	2,36 (0,48–11,51)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,34 (0,29–6,12)	0,70 (0,14–3,48)
Enfermedad del hígado	0,88 (0,16–4,90)	0,72 (0,12–4,25)
Condición neurológica	1,78 (0,35–9,01)	1,23 (0,23–6,62)
Arteriopatía coronaria	0,58 (0,06–5,70)	0,48 (0,05–4,92)
Insuficiencia cardíaca congestiva	-	-

Abreviaturas IMC = índice de masa corporal; CI = intervalo de confianza.

* 294 pacientes respondieron a la entrevista de 14 a 21 días, no informaron una prueba previa positiva de SARS-CoV-2 antes de la prueba de referencia y respondieron preguntas sobre los síntomas; 276 (94%) de estos informaron uno o más síntomas en el momento de la prueba de RT-PCR de SARS-CoV-2, con 272 (99%) informando si habían regresado a su estado de salud habitual en el momento de la entrevista. Se excluyeron dos pacientes adicionales que fueron llamados a los 7 días, con 270 incluidos aquí.

† Los pacientes fueron muestreados al azar de los sistemas de salud académicos en 13 estados (Universidad de Washington [Washington], Universidad de Ciencias y Salud de Oregón [Oregón], Universidad de California en Los Ángeles y Universidad de Stanford [California], Centro Médico del Condado de Hennepin [Minnesota], Universidad de Vanderbilt [Tennessee], Ohio State University [Ohio], Wake Forest University [Carolina del Norte], Montefiore Medical Center [Nueva York], Beth Israel Deaconess Medical Center y Baystate Medical Center [Massachusetts], Intermountain Healthcare [Utah / Idaho], Universidad de Hospital de Colorado [Colorado] y Universidad Johns Hopkins [Maryland]).

§ Para este análisis, se utilizaron modelos de ecuación de estimación generalizada (GEE) con estructura de correlación intercambiable para estimar la asociación entre las características y las probabilidades de no volver a la salud habitual en la fecha de la entrevista de 14 a 21 días. Los modelos GEE se utilizaron para dar cuenta de la agrupación de casos por sitio. Los IC del 95%, incluido 1,00, no se consideran estadísticamente significativos.

¶ En los modelos GEE ajustados por edad, sexo, raza / etnia y número de afecciones médicas crónicas, las otras variables se usaron para ajustar los posibles factores de confusión. Los modelos para afecciones individuales (p. Ej., Hipertensión) se ajustaron por edad, sexo y raza / etnia.

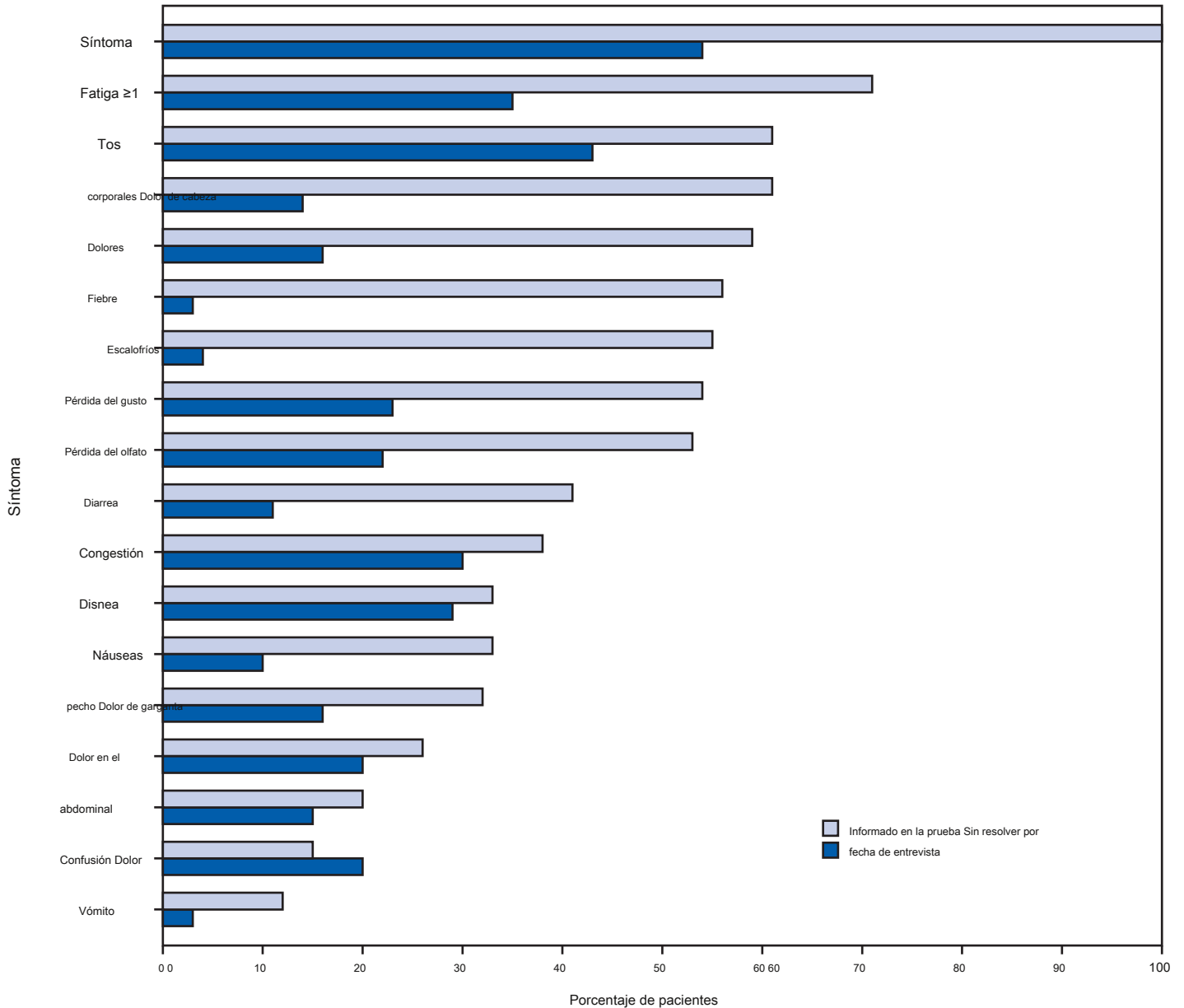
** Las condiciones médicas no son exclusivas y los pacientes individuales pueden tener más de una condición médica crónica.

Aproximadamente un tercio de los encuestados informó que no volvió a la salud normal dentro de las 2-3 semanas posteriores a la prueba. Incluso entre los adultos jóvenes de entre 18 y 34 años sin afecciones médicas crónicas, casi uno de cada cinco informó que no había vuelto a su estado de salud habitual entre 14 y 21 días después de la prueba.

En contraste, más del 90% de los pacientes ambulatorios con influenza se recuperan en **aproximadamente 2 semanas después de tener un resultado positivo (7) La edad avanzada y la presencia de múltiples afecciones médicas crónicas se han asociado previamente con la gravedad de la enfermedad en adultos hospitalizados con COVID-19 (8,9); en este estudio, ambos también se asociaron con una enfermedad prolongada en un**

población ambulatoria. Mientras que estudios previos han encontrado que la raza / etnia **es un factor de riesgo para la enfermedad grave COVID-19 (10) Este estudio de** pacientes cuya enfermedad fue diagnosticada en un entorno ambulatorio no encontró una asociación entre la raza / etnia y el retorno a la salud habitual, aunque el número modesto de encuestados podría haber limitado nuestra capacidad de detectar asociaciones. El hallazgo de una asociación entre las condiciones psiquiátricas crónicas y el retraso en el retorno a la salud habitual requiere una evaluación adicional. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para comprender los efectos completos de COVID-19, incluso en personas con enfermedades ambulatorias más leves. Notablemente, la convalecencia puede ser

FIGURA. Síntomas autoinformados en el momento de los resultados positivos de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) de transcripción inversa SARS-CoV-2 y síntomas no resueltos 14–21 días después entre pacientes ambulatorios (N = 274) * - 14 sistemas académicos de atención médica, † Estados Unidos, marzo – junio 2020



* 294 pacientes respondieron a la entrevista de 14 a 21 días, no informaron una prueba previa positiva de SARS-CoV-2 antes de la prueba de referencia y respondieron preguntas sobre los síntomas; 276 (94%) de estos informaron uno o más síntomas en el momento de la prueba de RT-PCR de SARS-CoV-2; los que fueron entrevistados a los 7 días fueron excluidos, con 274 incluidos aquí.

† Los pacientes fueron muestreados al azar de 14 sistemas de atención médica académica en 13 estados (Universidad de Washington [Washington], Universidad de Salud y Ciencias de Oregón [Oregón], Universidad de California Los Ángeles y Universidad de Stanford [California], Centro Médico del Condado de Hennepin [Minnesota], Vanderbilt University [Tennessee], Ohio State University [Ohio], Wake Forest University [North Carolina], Montefiore Medical Center [Nueva York], Beth Israel Deaconess Medical Center y Baystate Medical Center [Massachusetts], Intermountain Healthcare [Utah / Idaho], Hospital de la Universidad de Colorado [Colorado] y la Universidad Johns Hopkins [Maryland]).

prolongado incluso en adultos jóvenes sin afecciones médicas crónicas, lo que puede conducir a una ausencia prolongada del trabajo, estudios u otras actividades.

Los resultados de este informe están sujetos a al menos tres limitaciones. Primero, los que no respondieron podrían haber diferido de los encuestados; por ejemplo, aquellos con enfermedades más graves podrían haber sido menos propensos a responder llamadas telefónicas si fueran

posteriormente hospitalizado e incapaz de contestar el teléfono. En segundo lugar, los síntomas que se resolvieron antes de la fecha de la prueba o que comenzaron después de la fecha de la prueba no se registraron en esta encuesta. Finalmente, como una encuesta telefónica, este estudio se basó en el autoinforme del paciente y podría haber estado sujeto a un recuerdo incompleto o sesgo de recuerdo. La enfermedad COVID-19 no hospitalizada puede provocar una enfermedad prolongada y síntomas persistentes, incluso en adultos jóvenes y

personas con o sin condiciones médicas crónicas subyacentes. Los mensajes de salud pública deben dirigirse a las poblaciones que podrían no percibir la enfermedad COVID-19 como grave o prolongada, incluidos los adultos jóvenes y aquellos sin afecciones médicas subyacentes crónicas. Las medidas preventivas, que incluyen la distancia social, el lavado frecuente de manos y el uso consistente y correcto de los revestimientos faciales en público, deben ser fuertemente alentados a frenar la propagación del SARS-CoV-2.

Investigadores de la red IVY

Kimberly W. Hart, Vanderbilt University Medical Center; Robert McClellan, Vanderbilt University Medical Center.

Equipo de respuesta de CDC COVID-19

Layne Dorough, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Nicole Dzuris, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Eric P. Griggs, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Ahmed M. Kassem, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Paula L. Marcet, Equipo de Respuesta de CDC COVID-19; Constance E. Ogokeh, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Courtney N. Sciaratta, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Akshita Siddula, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Emily R. Smith, Equipo de respuesta de CDC COVID-19; Michael J. Wu, Equipo de respuesta de CDC COVID-19.

Autor para correspondencia: Mark W. Tenforde, pij6@cdc.gov.

1 Equipo de respuesta de CDC COVID-19; **2** Instituto Oak Ridge de Ciencia y Educación, Oak Ridge, Tennessee; **3** Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee; **4** Centro Médico Beth Israel Deaconess, Boston, Massachusetts; **5** Centro Médico Bautista de la Universidad Wake Forest, Winston-Salem, Carolina del Norte; **6** Hennepin County Medical Center, Minneapolis, Minnesota; **7** Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts; **8** Montefiore Medical Center y Albert Einstein College of Medicine, Bronx, Nueva York; **9** Centro médico Wexner de la Universidad Estatal de Ohio, Columbus, Ohio; **10** Centro Médico de la Universidad de Washington, Seattle, Washington; **11** Centro médico de la Universidad de Stanford, Palo Alto, California; **12** Universidad de Salud y Ciencias de Oregón, Portland, Oregón; **13** UCLA Medical Center, Los Ángeles, California; **14** Intermountain Healthcare, Salt Lake City, Utah; **15** Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Maryland; dieciséis Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado, Aurora, Colorado.

Todos los autores han completado y enviado el formulario del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para revelar posibles conflictos de intereses. Christopher J. Lindsell informa subvenciones de los Institutos Nacionales de Salud y el Departamento de Defensa, y contrata con la Fundación Marcus, CDC, Endpoint Health, Entegron, bioMerieux y Bioscape Digital, fuera del trabajo presentado. Daniel J. Henning informa honorarios personales de CytoVale y subvenciones de Baxter, fuera del trabajo presentado. Akram Khan informa subvenciones de United Therapeutics, Actelion Pharmaceuticals, Regeneron y Reata Pharmaceuticals,

fuera del trabajo presentado. Samuel M. Brown informa subvenciones de los Institutos Nacionales de Salud, Departamento de Defensa, Intermountain Research and Medical Foundation y Janssen, honorarios de consultoría pagados a su empleador por Faron y Sedana, y regalías de Oxford University Press, fuera del trabajo presentado. Ithan D. Peltan informa subvenciones de los Institutos Nacionales de Salud, Asahi Kasei Pharma, Immunexpress Inc., Janssen Pharmaceuticals y Regeneron, fuera del trabajo presentado. Todd W. Rice informa los honorarios personales de Cumberland Pharmaceuticals, Inc., Cytovale, Inc. y Avisia, LLC, fuera del trabajo presentado. No se revelaron otros posibles conflictos de intereses.

Referencias

- Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. ; COVID-19 Red de UCI de Lombardía. Características basales y resultados de 1591 pacientes infectados con SARS-CoV-2 ingresados en UCI de la Región de Lombardía, Italia. *JAMA* 2020; 323: 1574–81. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. ; Grupo de expertos en tratamiento médico de China para Covid-19. Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en China. *N Engl J Med* 2020; 382: 1708–20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- CDC. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). COVIDView. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>
- Tenforde MW, Billig Rose E, Lindsell CJ, et al. ; Equipo de respuesta de CDC COVID-19. Características de pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados adultos con centros médicos académicos COVID-19—11, Estados Unidos, marzo-mayo 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 841–6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6926e3>
- Stubblefield WB, Talbot HK, Feldstein L, et al. ; Efectividad de la vacuna contra la influenza en los investigadores críticos (IVY). Seroprevalencia de SARS-CoV-2 entre el personal de atención médica de primera línea durante el primer mes de atención de pacientes con COVID-19 — Nashville, Tennessee. *Clin Infect Dis* 2020. Epub 6 de julio de 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa936>
- CDC. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Síntomas de coronavirus. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/sintomas-prueba/sintomas.html>
- Petrie JG, Cheng C, Malosh RE, y col. Gravedad de la enfermedad y pérdida de productividad laboral entre los adultos que trabajan con enfermedades respiratorias agudas atendidas médicamente: US Influenza Vaccine Effectiveness Network 2012–2013. *Clin Infect Dis* 2016; 62: 448–55.
- Zhou F, Yu T, Du R y col. Curso clínico y factores de riesgo de mortalidad de pacientes hospitalizados adultos con COVID-19 en Wuhan, China: un estudio de cohorte retrospectivo. *Lancet* 2020; 395: 1054–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
- Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: factores de riesgo de enfermedad grave y muerte. *BMJ* 2020; 368: m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
- Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalización y mortalidad entre pacientes negros y pacientes blancos con Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2534–43. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2011686>