

Grazie al supporto dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, dell'Ufficio federale della sanità pubblica e delle biblioteche universitarie, tutte le Revisioni Cochrane Svizzera sono liberamente disponibili e possono essere scaricate dal sito internet www.cochranelibrary.com.

REVISIONE COCHRANE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA



Fonte: Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 5. Art. No.: CD013665.

Segni e sintomi per determinare se un paziente che si presenta in cure primarie o in strutture ambulatoriali ospedaliere è affetto da COVID-19 (Revisione)

Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org).

Contesto	I sintomi di COVID-19 variano sulla base della gravità della malattia, dall'assenza di sintomi fino alla polmonite e a conseguenze potenzialmente letali. Febbre, tosse o perdita dell'olfatto (anosmia) o del gusto (ageusia) possono aiutare a segnalare precocemente se la malattia è presente. Tali informazioni potrebbero essere utilizzate sia per escludere la malattia COVID-19 che per identificare le persone che devono sottoporsi a test diagnostici COVID-19. Questa revisione rappresenta un aggiornamento di un primo documento pubblicato nel 2020.
Obiettivi	Si vuole valutare l'accuratezza diagnostica di segni e sintomi per determinare se una persona che si presenta alle cure primarie o in strutture ambulatoriali ospedaliere, come il pronto soccorso o le cliniche COVID-19 dedicate, sia affetto da COVID-19.
Metodi di ricerca	Sono state effettuate ricerche elettroniche nella banca dati di ricerca dell'Università di Berna fino al 10 giugno 2021. Inoltre, sono stati controllati gli archivi delle pubblicazioni COVID-19. Per allestire una classificazione iniziale dei documenti è stata utilizzata l'intelligenza artificiale per l'analisi dei testi. Non è stata applicata alcuna restrizione linguistica.
Criteri di selezione	Gli studi selezionati dovevano includere pazienti con sospetto clinico di COVID-19 oppure confrontare casi noti con COVID-19 e controlli senza COVID-19. Gli studi inclusi reclutavano pazienti che si presentavano alle cure primarie o alle strutture ambulatoriali ospedaliere. Non sono stati selezionati gli studi che includevano pazienti che hanno contratto l'infezione da SARS-CoV-2 mentre erano ricoverati in ospedale. Sono stati selezionati studi con almeno 10 partecipanti. Tutti i segni e sintomi di COVID-19 sono stati considerati idonei per questa revisione. È stata considerata una serie di standard di riferimento.

Raccolta e analisi dei dati

Una coppia di autori della revisione ha selezionato in modo indipendente tutti gli studi, a livello di titolo, di abstract e di testo completo. Sono stati risolti eventuali disaccordi discutendo con un terzo autore della revisione. Due autori della revisione hanno estrapolato in modo indipendente i dati e valutato il rischio di bias utilizzando lo strumento QUADAS-2 e hanno risolto i disaccordi discutendo con un terzo autore della revisione. Le analisi erano limitate ai soli studi prospettici. Le misure finali sono state sensibilità e specificità di segni e sintomi per le quali è stata effettuata una meta-analisi bivariata ogni volta che erano disponibili cinque o più studi prospettici e ogni volta che l'eterogeneità tra gli studi era ritenuta accettabile.

Risultati principali

Sono stati identificati 90 studi; per questo aggiornamento ci si è concentrati sui risultati di 42 studi prospettici con 52'608 partecipanti. La prevalenza della malattia COVID-19 variava dal 3,7% al 60,6% con una mediana del 27,4%. Trentacinque studi sono stati avviati in pronto soccorso o in centri ambulatoriali (46'878 partecipanti), tre in contesti di assistenza primaria (1'230 partecipanti), due in una popolazione mista di pazienti ambulatoriali e ricoverati in un ospedaliero pediatrico (493 partecipanti) e due studi in case di cura (4'007 partecipanti). Gli studi non hanno chiaramente distinto la malattia COVID-19 lieve dalla polmonite COVID-19, quindi sono stati presentati insieme i risultati per entrambe le condizioni.

Dodici studi avevano un alto rischio di bias per la selezione dei partecipanti. Sono stati considerati ad alto rischio di bias per il test diagnostico (index test) 36 dei 42 studi, in quanto non vi erano sufficienti dettagli sulla modalità della misurazione dei sintomi.

L'applicabilità dei risultati di questo aggiornamento della revisione è migliorata rispetto alle revisioni precedenti. Questa versione contempla più studi di pazienti che si presentano in contesti ambulatoriali, luogo dove si svolge la maggior parte delle valutazioni per COVID-19. Solo tre studi hanno presentato dati sui bambini separatamente e solo uno si è focalizzato specificamente sugli anziani. Sono stati trovati dati su 96 sintomi o combinazioni di segni e sintomi. I risultati riportati nei singoli studi sono stati molto variabili. Riguardo il valore diagnostico dei sintomi nella diagnosi di COVID-19, la maggior parte aveva una sensibilità molto bassa e un'elevata specificità. RT-PCR è stato lo standard di riferimento più utilizzato (40/42 studi).

Solo la tosse (11 studi) aveva una sensibilità complessiva superiore al 50% mentre la sua specificità complessiva era bassa. La presenza di febbre aveva una sensibilità complessiva del 37,6% e una specificità del 75,2%. La presenza del mal di gola aumentava la probabilità di avere una malattia infettiva diversa da COVID-19. La dispnea (12 studi) e l'affaticamento (8 studi) presentavano una sensibilità complessiva rispettivamente del 23,3% e del 40,2%, mentre la loro specificità complessiva era rispettivamente del 75,7% e del 73,6%. L'anosmia da sola (7 studi), l'ageusia da sola (5 studi) e l'anosmia o l'ageusia (6 studi) avevano sensibilità complessive inferiori al 50%, ma specificità complessive superiori al 90%.

Ventiquattro studi hanno valutato combinazioni di diversi segni e sintomi, per lo più combinando sintomi olfattivi. Combinando i sintomi con altre informazioni come la storia di contatto o di viaggio, l'età, il sesso e il tasso di rilevamento dei casi recenti locali, alcune combinazioni raggiungevano una sensibilità fino al 90%.

Conclusioni degli autori.

La maggior parte dei sintomi individuali inclusi in questa revisione hanno una scarsa accuratezza diagnostica nella diagnosi di COVID-19. Né l'assenza né la presenza di sintomi sono abbastanza accurate da confermare o escludere la malattia. La presenza di anosmia o ageusia può essere utile come « bandiera rossa » per l'identificazione della malattia COVID-19. La presenza di tosse supporta anche ulteriori test diagnostici. Attualmente non ci sono prove a sostegno di ulteriori test con PCR in individui che presentano solo sintomi delle vie aeree superiori come mal di gola o raffreddore.

Le combinazioni di sintomi con altre informazioni prontamente disponibili, come la storia dei contatti o di viaggio oppure il tasso di rilevamento dei casi recenti locali, possono rivelarsi più utili e dovrebbero essere ulteriormente studiati in una popolazione non selezionata che si presenta alle cure primarie o alle strutture ambulatoriali ospedaliere.

L'accuratezza diagnostica dei soli sintomi per la diagnosi di COVID-19 è da moderata a bassa e qualsiasi strategia che utilizza i sintomi come meccanismo di selezione si tradurrà in un gran numero di diagnosi mancate e in un gran numero di persone che richiedono un test diagnostico.

Bibliografia

Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MMG, Spijker R, Hooft L, Emperador D, Domen J, Tans A, Janssens S, Wickramasinghe D, Lannoy V, Horn SRA, Van den Bruel A, Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group.
Signs and symptoms to determinate if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 5. Art. No.: CD013665

Traduzione in italiano

Prof. Dr. med. Giorgio Treglia,
Responsabile Servizio Ricerca e Servizio Innovazione
Area Formazione accademica, Ricerca e Innovazione
Direzione generale EOC
giorgio.treglia@eoc.ch