

SÍNTOMAS PERSISTENTES EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID-19

MARTÍN DURLACH¹, AGUSTÍN MANCHADO BRUNO¹, JULIO C. ROTONDARO¹,
MARINA KHOURY², JUAN P. SUAREZ¹

¹Servicio de Clínica Médica, ²Departamento de Docencia e Investigación, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Martín Durlach, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Combatientes de Malvinas 3150, 1427 Buenos Aires, Argentina

E-mail: martindurlach@gmail.com

Recibido: 5-III-2025

Aceptado: 20-V-2025

Resumen

Introducción: Actualmente no hay consenso en la definición del síndrome post enfermedad aguda por COVID-19 (EAC). Las definiciones no contemplan la cantidad, gravedad ni la presencia de síntomas crónicos previos. Los objetivos fueron describir la frecuencia de persistencia de nuevos síntomas (sin contar los que ya se encontraban antes de la pandemia) luego de EAC y comparar con aquellos que no presentaron la enfermedad, en personal de salud.

Materiales y métodos: Se recolectó información sobre 19 síntomas pre-pandemia y al momento de la encuesta, mediante un cuestionario auto-administrado, al personal de salud que hubiera realizado tareas presenciales durante la pandemia. Se excluyeron los participantes que cursaban EAC (o dentro de 21 días del inicio). El grupo COVID-19 tenía diagnóstico confirmado mediante PCR.

Resultados: De 249 participantes, 73 (29.3%) habían tenido COVID-19 y 176 (70.7%), no. El 43.8% presentaba algún síntoma pre-pandemia, sin diferencias significativas entre grupos (44.3% vs. 42.5%, $p=0.789$). La mediana de días desde la EAC hasta el cuestionario fue 137 (rango 38-164). El grupo COVID-19 presentó mayor frecuencia de “nuevos” síntomas (39.7% vs. 12.5%, $p=0.000$, RR 3.17; IC95% 1.96-5.14) con una diferencia de riesgo de 27.2% (IC95% 14.98-39.46). Del grupo COVID-19 con síntomas persistentes, el 89% tenía ≥ 2 síntomas, y el 69%, ≥ 3 .

Discusión: El 39.7% del grupo COVID-19 presentó persistencia de “nuevos” síntomas, un 27% más que el grupo no COVID-19. Es necesario unificar las definiciones vigentes del síndrome post COVID-19 y considerar incluir otros aspectos como cantidad, gravedad y cronicidad de los síntomas.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, COVID prolongado, síndrome post COVID, síntomas persistentes, prevalencia

Abstract

Persistent symptoms in healthcare workers recovered from COVID-19

Introduction: There is no consensus on the definition of post-acute COVID-19 syndrome. Current definitions do not consider the number, severity or prior chronic symptoms. Our aims were to describe the frequency of “new” persistent symptoms (without taking into account those already present before pandemic) following acute COVID-19 and compare with those who did not present the disease.

Materials and methods: We collected Information on 19 symptoms at two points: pre-pandemic and at survey time, through a self-administered survey targeted at health workers working in person during the pandemic. Exclusion criteria: acute COVID-19 (or within 21 days

of the initial symptom). All COVID-19 participants had previous PCR-confirmed diagnosis.

Results: Among 249 participants, 73 (29.3%) had had a diagnosis of COVID-19 and 176 (70.7%) had not. 43.8% reported at least one pre-pandemic symptom, with no significant differences between groups (44.3% vs. 42.5%, $p=0.789$). The median interval between COVID-19 acute illness and survey was 137 (range 38-164). The COVID-19 group reported higher frequency of “new” symptoms (39.7% vs. 12.5%, $p=0.000$, RR 3.17; 95% CI 1.96-5.14) with a risk difference of 27.2% (95% CI 14.98-39.46). 89% of the COVID-19 group with persistent symptoms had ≥ 2 symptoms, and 69%, had ≥ 3 .

Discussion: The 39.7% of the COVID-19 group had persistent “new” symptoms, 27% more than the non-COVID group. It is important to unify current definitions of post-COVID syndrome and consider including other aspects such as number, severity prior chronic symptoms.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, long COVID, post COVID syndrome, persistent symptoms, prevalence

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- Actualmente no hay consenso en la definición del síndrome post enfermedad aguda por COVID-19. Las definiciones propuestas no contemplan la cantidad o gravedad de los síntomas ni la presencia de síntomas crónicos previos. Por otro lado, hay pocos trabajos sobre este síndrome en países de bajo y medianos ingresos.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- La presencia de síntomas crónicos en nuestra muestra fue del 43.8%, sin diferencias estadísticamente significativas entre COVID-19 y no COVID-19. El grupo COVID-19 refirió 39.7% de persistencia de nuevos síntomas (sin contar aquellos crónicos pre-pandemia), un 27% más que el grupo control. Del grupo COVID-19 con síntomas persistentes, el 69% presentaba tres o más síntomas.

La enfermedad por COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syn-*

drome Coronavirus 2) y puede presentarse desde formas asintomáticas o infección de vías aéreas superiores hasta neumonía e insuficiencia respiratoria potencialmente mortal¹.

La atención de personas con COVID-19 puso al sistema de salud al límite de su capacidad tanto a corto como a largo plazo, dado que muchos pacientes infectados presentaron síntomas durante meses después de la enfermedad aguda. Carfi y col.² fueron de los primeros autores en describir la persistencia de síntomas en el 87.4% de los pacientes. Desde entonces se han publicado muchos estudios sobre la presencia de síntomas como fatiga, disnea, compromiso cognitivo, dolor torácico, la asociación con manifestaciones psiquiátricas y el deterioro de la calidad de vida, luego de la infección aguda por COVID-19^{3,4}. Sin embargo, pocos estudios han comparado la persistencia de síntomas contra un grupo control, o evaluado la existencia de síntomas crónicos previos a la enfermedad por SARS-CoV-2. Algunos trabajos incluyeron pacientes con diagnóstico probable pero no confirmado de COVID-19. Por otro lado, hay pocas publicaciones sobre este síndrome en países de bajos y medianos ingresos⁴.

Los objetivos del trabajo fueron describir la frecuencia de persistencia de nuevos síntomas (sin contar los que ya se encontraban antes de la pandemia) luego del período agudo de infección por SARS-CoV-2 y comparar con aquellos que no presentaron la enfermedad en personal de salud del Instituto Lanari que hayan realizado tareas presenciales durante la pandemia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, unicéntrico, a través de un cuestionario online autoadministrado, difundido durante dos semanas del mes de noviembre del 2020 mediante correo electrónico institucional y mensajería instantánea a todo el personal del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. El protocolo fue aprobado por los comités de Docencia e Investigación y de Ética del Instituto Lanari.

Se consideró diagnóstico confirmado de COVID-19 si referían haber tenido hisopado nasofaríngeo positivo (mediante *polymerase chain reaction*). Se excluyeron a quienes estuvieron de licencia médica durante la pandemia de COVID-19 y a aquellos que al momento de realizar

el cuestionario se encontraban cursando la enfermedad aguda por COVID-19 o se encontraran dentro de los 21 días del inicio de síntomas. Se consideraron solo dos grupos para el análisis, aquellos participantes que habían tenido COVID-19 más de 21 días antes y los que no habían tenido diagnóstico de la enfermedad.

Se diseñó especialmente para el estudio un cuestionario en la plataforma Google Forms. Previo al envío a todo el personal, se realizó test de comprensión en 14 personas que trabajaban en otras instituciones de salud.

A través del cuestionario se realizó recolección de datos demográficos (sexo, edad, comorbilidades, peso, talla). Se calculó el índice de masa corporal (peso en kilogramos dividido talla en metros al cuadrado). Se categorizó como bajo peso menor a 18.5, normopeso mayor o igual a 18.5 y menor a 25, sobrepeso mayor o igual a 25 y menor a 30, y obesidad mayor o igual a 30.

A todos los participantes se les aplicó la Escala de Salud Personal para tamizaje de enfermedad psiquiátrica y se realizó una valoración de calidad de vida a través de la escala analógica visual del cuestionario EuroQol^{5,6}. Ambas escalas se encuentran validadas al español.

Además, se les interrogó sobre la presencia e intensidad de 19 síntomas en dos momentos distintos de su vida: previo al inicio de la pandemia y al momento de contestar el cuestionario. Los 19 síntomas interrogados fueron: disnea, artralgias, dolor torácico, disgeusia/

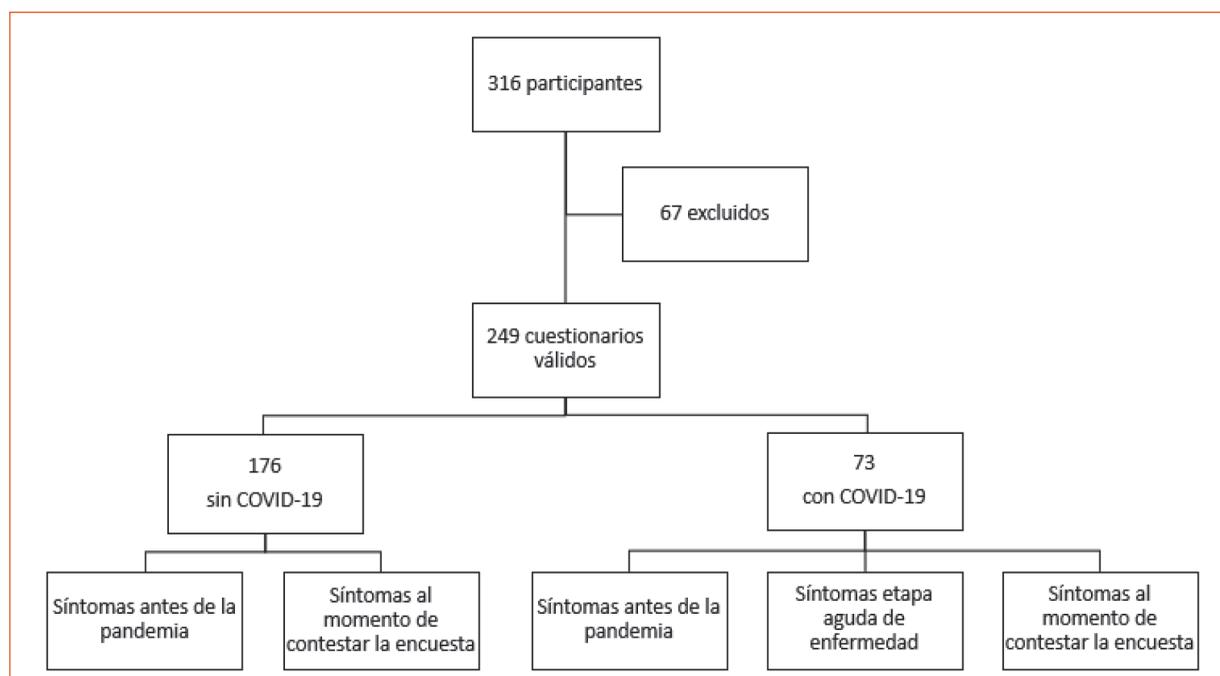
ageusia, disosmia/anosmia, astenia, fatiga, tos, expectoración, xerostomía/xeroftalmia, rinitis, ojo rojo, cefalea, anorexia/hiporexia, vértigo, diarrea, odinofagia, cansancio excesivo al realizar actividad física y náuseas/vómitos. La intensidad de estos síntomas fue evaluada a través de la Escala de Likert (nada, muy poco, poco, bastante, mucho).

Al grupo de pacientes que respondieron haber tenido COVID-19, se les preguntó la fecha del diagnóstico, presencia e intensidad de los mismos síntomas en el momento de la enfermedad aguda, si presentaron internación en sala general o terapia intensiva y si requirieron oxigenoterapia o asistencia respiratoria mecánica.

Se obtuvieron 316 respuestas, de las cuales 67 presentaban algún criterio de exclusión. Se analizaron los datos de 249 cuestionarios, 73 de los cuales referían diagnóstico confirmado de COVID-19 (Fig. 1).

Se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables demográficas se describieron con la media y desvío estándar para las cuantitativas y con frecuencia absoluta y relativa para las cualitativas. La presencia de cada síntoma se presenta como frecuencia absoluta y relativa. La intensidad de cada síntoma se dicotomizó en ausente (nada y muy poco) y presente (poco, bastante y mucho). Se consignó el número total de síntomas que persisten en cada participante, y se calculó la mediana y el rango. Se analizó la consistencia interna mediante el

Figura 1 | Flujograma con el diseño del estudio



Alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad del cuestionario. Se definieron dos grupos según hubieran tenido o no diagnóstico de COVID-19. Se comparó entre grupos e intra grupos la presencia de síntomas antes de la pandemia y al momento de realizar la encuesta mediante las pruebas de chi cuadrado para cada síntoma o de Mann-Whitney para el índice que integra a todos. Se calculó la mediana de días desde el inicio de los síntomas en la enfermedad aguda y el día de realizado el cuestionario. El análisis se realizó con el software Stata 14.0 (StataCorp, Texas, EE.UU.). En todos los casos se consideró significativo un valor de p menor a 0.05.

Resultados

Se analizaron los datos de 249 participantes, el 59% fueron mujeres y el 55.8% tenía entre 18 y 40 años de edad. El 88.8% no presentaba ninguna comorbilidad y la media de índice de masa corporal (IMC) fue de 26.1. Se realizó la Escala de Salud Personal para tamizaje de enfermedades psiquiátricas. El 49.8% ($n=124$) de la muestra presentó resultado positivo. La calidad de vida de los participantes al momento de la encuesta presentó una mediana de 89 (rango 10-100).

De los 249 participantes, 73 (29.3%) habían tenido diagnóstico de COVID-19. La mediana de días desde el inicio de síntomas hasta el cuestionario fue de 137 días (rango 38-164). En la Tabla 1 se presentan los datos del grupo con diagnóstico de COVID-19.

Los síntomas más prevalentes en la etapa aguda de COVID-19 fueron astenia (69.9%), cansancio excesivo con el ejercicio (65.8%), anosmia/disosmia (56.2%), cefalea (54.8%), fatiga (53.4%), ageusia/disgeusia (53.4%) y anorexia/hiporexia (52.1%).

En la Tabla 2 se presenta la comparación de los grupos con y sin diagnóstico de COVID-19.

Hubo diferencias significativas en la edad y el sexo entre grupos. Al momento de responder la encuesta, se observó una menor calidad de vida en el grupo COVID-19 respecto al no COVID-19, la diferencia no alcanzó significación estadística (80 vs. 90 respectivamente, $p=0.0743$).

En la Tabla 3 se presenta la frecuencia global de presencia de al menos un síntoma antes de la pandemia y al momento de responder la encuesta de toda la población estudiada y la comparación entre ambos grupos. Se informa también la frecuencia de síntomas “nuevos” al

momento de contestar la encuesta, es decir, solo aquellos síntomas que no estaban presentes antes de la pandemia.

Se observó que antes de la pandemia, el 43.8% de los participantes presentaba al menos un síntoma y no hubo diferencias significativas entre los grupos. Al momento de contestar la encuesta, el grupo COVID-19 presentó una mayor frecuencia de síntomas (32.4% vs. 46.6%) en forma estadísticamente significativa ($p=0.034$). Al analizar únicamente nuevos síntomas (sin contar los síntomas que ya se encontraban antes de la pandemia) al momento de contestar la encuesta, se observó una mayor diferencia entre grupos no COVID-19 y COVID-19 (12.5% vs. 39.7%) que también fue estadísticamente significativa ($p=0.000$). El grupo COVID-19 presentó mayor riesgo de presentar nuevos síntomas (RR 3.17; IC95% 1.96-5.14) con una diferencia de riesgo de 27.2% (IC95% 14.98-39.46).

De los 29 participantes del grupo COVID-19 que presentaron síntomas persistentes, el 89% tenía dos o más síntomas y el 69%, tres o más síntomas. No se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar participantes ambulatorios contra los que necesitaron internación (40.3% vs. 36.4%, $p=0.541$).

En la Tabla 4 se compara la frecuencia de cada síntoma entre ambos grupos antes de la pandemia y al momento de contestar la encuesta.

Antes de la pandemia, al comparar los grupos se encontró que el grupo no COVID-19 refirió mayor presencia de vértigo (5.7% vs. 0%, $p=0.029$) y xerostomía/xeroftalmia (7.4% vs. 1.4%, $p=0.048$). Estas diferencias entre grupos que se observaban antes de la pandemia, no fueron significativas al comparar la frecuencia de síntomas al momento de contestar la encuesta.

Al comparar los grupos al momento de contestar la encuesta, el grupo COVID-19 manifestó mayor frecuencia en forma estadísticamente significativa de astenia (5.7% vs. 17.8%, $p=0.004$), fatiga (2.3% vs. 16.4%, $p=0.000$), cansancio excesivo con el ejercicio (5.1% vs. 17.8%, $p=0.002$), anosmia/disosmia (1.1% vs. 11%, $p=0.001$), anorexia/hiporexia (1.7% vs. 9.6%, $p=0.008$), dolor torácico (0.6% vs. 8.2%, $p=0.003$), disnea (1.7% vs. 8.2%, $p=0.021$), rinitis (9.1% vs. 20.6%, $p=0.013$) y ojo rojo (4% vs. 11%, $p=0.039$).

Tabla 1 | Descripción del grupo con diagnóstico de COVID-19 y síntomas que presentaron en la etapa aguda de la enfermedad

Grupo COVID-19 n = 73	
Tipo de atención	
Ambulatorio	62 (84.9)
Internación en sala general	11 (15.1)
Internación en unidad crítica	0
Días de internación	
Menos de 7	8 (11)
Entre 7 y 14	3 (4.1)
Mayor a 14	0
Oxigenoterapia	2 (2.7)
Asistencia respiratoria mecánica	0
Síntomas en etapa aguda de la enfermedad	
Disnea	8 (11)
Artralgias	30 (41.1)
Dolor torácico	29 (39.7)
Ageusia/disgeusia	39 (53.4)
Anosmia/disosmia	41 (56.2)
Astenia	51 (69.9)
Fatiga	39 (53.4)
Tos	29 (39.7)
Expectoración	7 (9.6)
Xerostomía/xeroftalmia	11 (15.1)
Rinitis	24 (32.9)
Ojo rojo	8 (11)
Cefalea	40 (54.8)
Anorexia/hiporexia	38 (52.1)
Vértigo	10 (13.7)
Diarrea	9 (12.3)
Odinofagia	25 (34.2)
Cansancio excesivo con el ejercicio	48 (65.8)
Náuseas/vómitos	8 (11)

Los resultados se presentan como n (%)

Al analizar, en el grupo COVID-19, las diferencias en la presencia de síntomas previo a la pandemia y en el momento de la encuesta (Tabla 4), se observó, al momento de contestar la encuesta, mayor frecuencia en los siguientes síntomas: dolor torácico (0 vs. 8.2%, $p=0.0313$), anosmia/disosmia (1.4% vs. 11%, $p=0.0156$), xerostomía/xeroftalmia (1.4% vs. 9.6%, $p=0.0313$) y cansancio excesivo con el ejercicio (4.1% vs. 17.8%, $p=0.0129$). También presentaron mayor frecuencia de otros síntomas como astenia, ojo

rojo, anorexia/hiporexia y vértigo, pero sin alcanzar significación estadística.

Discusión

Desde el inicio de la pandemia, se ha descrito la persistencia sintomática luego de la enfermedad aguda por COVID-19. Esto se ha denominado de diferentes maneras, COVID prolongado (*long COVID*), síndrome post-COVID-19, post-COVID o secuelas post-agudas de COVID-19 (*post-acute sequelae of COVID-19*). Actualmente

Tabla 2 | Comparación entre pacientes que tuvieron COVID-19 con los que no presentaron la enfermedad

Características	Sin COVID-19 n = 176	COVID-19 n = 73	p
Edad, n (%)			
Entre 18 y 30 años	39 (22.2)	26 (35.6)	p = 0.033
Entre 31 y 40 años	50 (28.4)	24 (32.9)	
Entre 41 y 50 años	49 (27.8)	16 (21.9)	
Más de 50 años	38 (21.6)	7 (9.6)	
Sexo femenino, n (%)	112 (63.6)	35 (48.0)	p = 0.02
Antecedentes clínicos, n (%)			
Ninguno	153 (86.9)	68 (93.2)	p = 0.142
Hipertensión arterial	19 (10.8)	2 (2.7)	
Asma	2 (1.1)	2 (2.7)	
Accidente cerebrovascular	1 (0.6)	0	
Enfermedad cardiovascular	1 (5.6)	0	
Enfermedad renal crónica	0	1 (1.4)	
Índice de masa corporal, media (DE)	25.85 (4.7)	26.66 (4.5)	p = 0.517
Bajo peso	3 (1.7)	0	
Normal	83 (47.2)	30 (41.1)	
Sobrepeso	60 (34.1)	28 (38.4)	
Obesidad	30 (17.1)	15 (20.6)	
Estado de tabaquismo, n (%)			
Nunca	95 (54.0)	50 (68.5)	p = 0.199
Ex tabaquismo	32 (18.2)	9 (12.3)	
Tabaquismo actual	49 (27.8)	14 (19.2)	
Tamizaje de enfermedad psiquiátrica positivo*, n (%)	86 (48.9)	38 (52.1)	p = 0.647
Mediana (rango) de VAS de calidad de vida**	90 (10-100)	80 (40-100)	p = 0.0743

*Calculado con la Escala de Salud Personal

**Calculado con la escala analógica visual del EuroQol

Tabla 3 | Frecuencia de síntomas antes de la pandemia, al momento de contestar la encuesta y de síntomas "nuevos" al momento de contestar la encuesta. Comparación entre grupo con y sin COVID-19

Síntomas	Todos n = 249	No COVID-19 n = 176	COVID-19 n = 73	p
Previos a la pandemia, n (%)	109 (43.8)	78 (44.3)	31 (42.5)	0.789
Al momento de responder la encuesta, n (%)	91 (36.6)	57 (32.4)	34 (46.6)	0.034
"Nuevos" al momento de responder la encuesta*, n (%)	51 (20.5)	22 (12.5)	29 (39.7)	0.000

*Síntomas nuevos: síntomas referidos al momento de contestar la encuesta que no se encontraban antes de la pandemia

no hay un consenso sobre la definición de este síndrome y, aunque similares, las definiciones no son idénticas. Por ejemplo, se llama COVID prolongado a los signos y síntomas que persisten o aparecen después de la infección inicial por COVID-19 y continúan por 4 semanas, mientras que el síndrome post-COVID-19 se refiere a síntomas que persisten por más de 12

semanas luego del COVID-19 agudo, sin diagnósticos alternativos⁴.

Muchos de los trabajos que evaluaron la persistencia sintomática no compararon contra un grupo control o evaluaron la presencia de síntomas crónicos previos a la enfermedad aguda. Algunos síntomas son característicos del COVID-19, como la anosmia y la ageusia, pero

Tabla 4 | Comparación de la presencia de síntomas antes de la pandemia y al momento de contestar la encuesta entre el grupo COVID-19 y el grupo no COVID-19

Síntomas	Antes de la pandemia		p	Al momento de contestar la encuesta		p
	Grupo no COVID-19 n = 176 (%)	Grupo COVID-19 n = 73 (%)		Grupo no COVID-19 n = 176 (%)	Grupo COVID-19 n = 73 (%)	
Disnea	6 (3.4)	1 (1.4)	0.341	3 (1.7)	6 (8.2)	0.021
Artralgias	16 (9.1)	3 (4.1)	0.137	13 (7.4)	7 (9.6)	0.362
Dolor torácico	2 (1.1)	0	0.499	1 (0.6)	6 (8.2)	0.003
Ageusia/disgeusia	2 (1.1)	0	0.499	2 (1.1)	4 (5.5)	0.063
Anosmia/disosmia	3 (1.7)	1 (1.4)	0.664	2 (1.1)	8 (11)	0.001
Astenia	13 (7.4)	5 (6.9)	0.560	10 (5.7)	13 (17.8)	0.004
Fatiga	8 (4.6)	6 (8.2)	0.197	4 (2.3)	12 (16.4)	0.000
Tos	11 (6.3)	5 (6.9)	0.529	8 (4.6)	5 (6.9)	0.322
Expectoración	10 (5.7)	1 (1.4)	0.117	6 (3.4)	4 (5.5)	0.330
Xerostomía/xeroftalmia	13 (7.4)	1 (1.4)	0.048	13 (7.4)	7 (9.6)	0.362
Rinitis	27 (15.3)	10 (13.7)	0.454	16 (9.1)	15 (20.6)	0.013
Ojo rojo	10 (5.7)	3 (4.1)	0.439	7 (4)	8 (11)	0.039
Cefalea	39 (22.2)	18 (24.7)	0.392	27 (15.3)	18 (24.7)	0.062
Anorexia/hiporexia	4 (2.3)	2 (2.7)	0.567	3 (1.7)	7 (9.6)	0.008
Vértigo	10 (5.7)	0	0.029	7 (4)	5 (6.9)	0.254
Diarrea	6 (3.4)	0	0.122	6 (3.4)	2 (2.7)	0.569
Odinofagia	10 (5.7)	5 (6.9)	0.462	5 (2.8)	4 (5.5)	0.252
Cansancio excesivo con el ejercicio	10 (5.7)	3 (4.1)	0.439	9 (5.1)	13 (17.8)	0.002
Náuseas/vómitos	3 (1.7)	0	0.351	1 (0.6)	3 (4.1)	0.077

otros como la fatiga, la debilidad muscular y el cansancio con el esfuerzo son inespecíficos y pueden deberse a otras causas. Los pacientes con síndrome post-hospitalización o síndrome post-terapia intensiva pueden presentar deterioro de su estado funcional, debilidad muscular, compromiso cognitivo, alteraciones del sueño y del ánimo^{7,8}. En pacientes con COVID-19 que estuvieron internados en sala general o terapia intensiva es difícil identificar si alguno de los síntomas persistentes se debe a la hospitalización o a la infección viral.

La frecuencia reportada de la persistencia de síntomas post-COVID es muy variable en la literatura. En pacientes no vacunados que necesitaron internación los reportes varían entre 50-85%, en no vacunados ambulatorios, entre 10-35%, y es menor en personas vacunadas, entre 8-12%⁴. Esta variabilidad podría deberse a la ausencia de consenso en la definición del cuadro, con diferentes tiempos de duración de síntomas y sin

contemplar la gravedad de los mismos⁴. La evolución del virus a lo largo del tiempo, el impacto de la vacunación y de distintas terapias modificaron la frecuencia de este síndrome a lo largo de los años⁴. Por otro lado, las definiciones actuales no contemplan la presencia de síntomas crónicos ya presentes antes de la enfermedad aguda y esto podría sobreestimar la frecuencia reportada.

En nuestras observaciones, todos los participantes eran personal de salud con tareas presenciales durante la pandemia en un centro asistencial. En el grupo COVID-19 todos tenían diagnóstico confirmado, el 84.9% cursó la enfermedad de forma ambulatoria y ninguno de los internados precisó atención en unidad de terapia intensiva. La recolección de datos fue realizada durante el año 2020, previo a la inmunización con vacuna. Se interrogaron síntomas previos a la pandemia para intentar identificar síntomas crónicos presentes antes de la enfer-

medad aguda. Por otro lado, las definiciones actuales no contemplan la gravedad y la cantidad de síntomas, incluyendo por igual a un paciente con un único síntoma leve y otro con múltiples síntomas de intensidad grave. Se evaluó la intensidad de los síntomas con la escala de Likert y los síntomas “muy leves” fueron considerados como ausentes, para evitar sobreestimar síntomas inespecíficos.

En la muestra estudiada, la frecuencia global de síntomas antes de la pandemia fue del 43%, sin diferencia significativa entre grupos. El 46.6% de los participantes del grupo COVID-19 refirió síntomas al momento de contestar la encuesta. Este porcentaje disminuyó a 39.7% al considerar únicamente síntomas “nuevos”, que no se encontraban antes de la pandemia. Esto podría indicar la necesidad de controlar los síntomas crónicos al momento de definir la presencia del síndrome post COVID, para evitar sobreestimar la frecuencia reportada. Si se tiene en cuenta que nuestros participantes con COVID-19 fueron fundamentalmente ambulatorios y ninguno vacunado, la frecuencia de síntomas persistentes fue parecida a la reportada en la bibliografía en grupo con similares características⁴. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en participantes ambulatorios e internados.

El grupo COVID-19 presentó 14% más de síntomas al momento de contestar la encuesta que el grupo que no había tenido la enfermedad. Esta diferencia aumentó a 27% al analizar únicamente la presencia de “nuevos” síntomas, es decir, sin contar aquellos síntomas crónicos que se encontraban antes de la pandemia. De los participantes del grupo COVID-19 con síntomas persistentes, el 89% tenía dos o más síntomas y el 68% tres o más. Habría que considerar si la cantidad y la gravedad de los síntomas también debería ser incluida en las definiciones del síndrome.

Los síntomas constitucionales, como la fatiga, la astenia y el cansancio con el ejercicio, son los síntomas más frecuentes descritos en la literatura y generan un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes^{3,4,9}. La disnea y el dolor torácico también son frecuentes y su identificación como un síntoma persistente es relevante, ya que suele ser un motivo de consulta frecuente en la atención ambulatoria o servicios

de urgencia. En nuestra muestra, al comparar la frecuencia de cada síntoma entre ambos grupos, observamos que los pacientes con COVID-19 persistían con mayor astenia, cansancio excesivo con el ejercicio, fatiga, anosmia, anorexia, dolor torácico, disnea, rinitis y ojo rojo.

Múltiples trabajos han comunicado síntomas neuropsiquiátricos persistentes, como ansiedad, depresión e insomnio luego del COVID-19^{4,10-12}. Uno de estos trabajos informa que el 29% de pacientes evaluados a lo largo de un año requirió el inicio de por lo menos una medicación para control de estos síntomas¹¹. Se describió también que trabajadores que padecieron COVID-19 presentaron mayor fatiga y mayor riesgo de depresión comparado con trabajadores que no la padecieron, con menor rendimiento laboral¹³. Se realizó una escala para tamizaje de necesidad de consulta a salud mental, dando positivo en el 50% de la cohorte, sin diferencias significativas entre grupo COVID-19 y no COVID-19. La encuesta se realizó en personal de salud trabajando en un momento crítico de la pandemia. Creemos que el estrés laboral y síndrome de *burnout* puedan tener relación con este hallazgo.

También se ha descrito la disminución de calidad de vida en aquellos pacientes que persisten con síntomas luego de la enfermedad aguda del COVID-19^{12,14}. Un estudio multicéntrico encontró que la calidad de vida a los 3 meses del alta de pacientes internados por COVID-19, no retornó a la normalidad al compararlo con la población general¹⁵. Otro estudio describió que la calidad de vida a los 12 meses de haber tenido COVID-19 leve era similar a la población general, mientras que aquellos con enfermedad moderada-grave persistían con deterioro en su calidad de vida¹⁶. En la población estudiada, se observó una menor calidad de vida en el grupo COVID-19 respecto al grupo control. Sin embargo, esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa posiblemente por el tamaño de la muestra.

Las principales limitaciones del estudio es que es de un único centro, el sesgo de memoria del cuestionario auto-administrado y el número limitado de participantes con COVID-19. En el momento que se realizó el estudio, se incluyeron síntomas incluidos en otros estudios contemporáneos. Actualmente se identificaron otros síntomas asociados al síndrome post CO-

VID-19, como el insomnio o la disfunción cognitiva, síntomas que no evaluamos. La recolección de datos fue realizada durante el año 2020, previo a la inmunización con vacuna. Sin embargo, en aquel momento en nuestro país a todos los casos sintomáticos se les realizaba diagnóstico confirmado. Por lo tanto, creemos que el grupo COVID-19 y el grupo control fueron adecuadamente seleccionados.

En conclusión, actualmente no hay consenso respecto a la definición del síndrome post enfermedad aguda por COVID-19. En nuestra muestra, al excluir los síntomas muy leves, encontramos que la presencia de síntomas crónicos antes de

la pandemia fue elevada y sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Al momento de contestar la encuesta, el grupo que había tenido COVID-19 refirió 39.73% de persistencia de nuevos síntomas (sin contar aquellos que se encontraban antes de la pandemia), un 27% más que el grupo no COVID-19.

Es necesario unificar las definiciones vigentes del síndrome post COVID-19 y considerar incluir otros aspectos en la definición como cantidad, gravedad y cronicidad de los síntomas referidos por el paciente.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *JAMA* 2020; 324: 782-93.
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Group ftGAC-P-ACS. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324: 603-5.
3. Lippi G, Sanchis-Gomar F, Henry BM. COVID-19 and its long-term sequelae: what do we know in 2023? *Pol Arch Intern Med* 2023; 133: 16402.
4. Greenhalgh T, Sivan M, Perłowski A, Nikolich JŽ. Long COVID: A clinical update. *Lancet* 2024; 404: 707-24.
5. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, Gibbons L, Craig BM. Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health* 2009; 12: 587-96.
6. Montenegro R, Jatuff D, Mezzich JE, González-Mora J, Zapata-Vega MI. Estudio de Validación de la Escala de Salud Personal en Argentina y Venezuela. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38: 189-95.
7. Krumholz HM. Post-hospital syndrome - An acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med* 2013; 368: 100-2.
8. Nakanishi N, Liu K, Hatakeyama J, et al. Post-intensive care syndrome follow-up system after hospital discharge: a narrative review. *J Intensive Care* 2024; 12: 2.
9. O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, et al. The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* 2023; 55: 101762.
10. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med* 2020; 54: 949-59.
11. Liu EN, Yang JH, Patel L, et al. Longitudinal analysis and treatment of neuropsychiatric symptoms in post-acute sequelae of COVID-19. *J Neurol* 2023; 270: 4661-72.
12. Raman B, Cassar MP, Tunnicliffe EM, et al. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *eClinicalMedicine* 2021; 31: 100683.
13. Magnavita N, Arnesano G, Di Prinzio RR, et al. Post-COVID symptoms in occupational cohorts: Effects on health and work ability. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 5638.
14. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2022; 69: 326-35.
15. Qu G, Zhen Q, Wang W, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. *J Clin Nurs* 2021; 30: 1742-50.
16. Verveen A, Wynberg E, van Willigen HDG, et al. Health-related quality of life among persons with initial mild, moderate, and severe or critical COVID-19 at 1 and 12 months after infection: a prospective cohort study. *BMC Med* 2022; 20: 422.