

ORIGINAL

Recibido: 13 de enero de 2022
Aceptado: 14 de marzo de 2022
Publicado: 28 de marzo de 2022

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO DEL PERSONAL SANITARIO 3 Y 6 MESES DESPUÉS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)^(*)

Vega García López (1) [ORCID: 0000-0001-7617-550X], Jezabel Rodríguez Rocha (2), Belén Mallén Díaz de Terán (2), M^ª del Mar Pérez de Albéniz Andueza (2), M^ª Gabriela Torres Romero (1), Anaís Elvira González Perfetti (1), Evelin Noemy Pérez Rosario (1), Lara M^ª Calvo Pérez (1), Richard Rocha Vargas (1) y Belén Asenjo Redín (2)

(1) Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Navarra. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Pamplona. España.

(2) Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) **Financiación:** Este trabajo ha contado con financiación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, RESOLUCIÓN 2256E/2020, de 21 de diciembre, del Director General de Salud, de conformidad con la convocatoria aprobada para el año 2020, relacionada con la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2, REFERENCIA: Código Expediente: 0011-3638-2020-000000 PI Vega García.

RESUMEN

Fundamentos: Pasado el período agudo de infección por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), pueden permanecer signos y síntomas multiorgánicos. Este estudio trató de comparar la percepción del estado de salud y las secuelas en los sanitarios navarros pasada la COVID-19, con la situación previa mediante Encuesta de Salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, mediante un cuestionario reducido de la *Encuesta Nacional de Salud 2017* remitido a los sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, casos de COVID-19 pasados 3 y 6 meses, de abril a julio de 2021 y se comparó con 2017. Se describieron diferencias mediante medias, porcentajes y razón de prevalencia, con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: De 938 encuestas enviadas, se recibieron 93 de 3 meses (46,3%) y 305 de 6 meses (41,4%), 87% de mujeres y 13% de hombres y 43 años de media de edad. El 64,3% fueron de enfermería y 19,1% de medicina. El porcentaje que valoró su estado de salud como bueno o muy bueno fue significativamente inferior a los 6 meses que sanitarios y población general en 2017 (70,2% vs. 80,4% y 75,5%), mayor el de limitación para la actividad habitual (39,8% y 35,1% vs 18,3%), 2,7 veces más frecuente el dolor de cabeza y más los días de restricción de actividad (41,5 y 26,7 vs. 7,5) y en cama. Destacaron los problemas de salud mental, concentración (45,2% y 43,9%), pérdida de sueño (44,1% y 43,3%) y consumo de tranquilizantes y antidepresivos (2 y 3 veces más), aunque no de consultas médicas.

Conclusiones: Los sanitarios navarros diagnosticados de COVID-19 en 2020 y principios de 2021 refieren a los 3 y 6 meses peor valoración de su estado de salud, mayor limitación para las actividades habituales, más frecuente dolor de cabeza y problemas de salud mental, respecto a período prepandemia.

Palabras clave: COVID-19, Personal de salud, Encuestas de salud, Evaluación de síntomas, Complicaciones, Política de salud.

ABSTRACT

Self-perceived health status in health workers 3 and 6 months after a SARS-CoV-2 infection (COVID-19)

Background: After the acute period of infection by the SARS-CoV-2 virus (COVID-19), multi-organ signs and symptoms may remain. This study tried to compare the perception of the state of health and the sequelae in Navarra-Osasunbidea health workers after COVID-19, with the previous situation through the Health Survey.

Methods: Through a descriptive cross-sectional study, using a reduced questionnaire from the *2017 National Health Survey* sent to health workers from the Navarre-Osasunbidea Health Service COVID-19 cases after 3 and 6 months, from April to July 2021 and compared with 2017. Differences were described through means, percentages and prevalence ratio, with 95% confidence intervals.

Results: Of 938 surveys sent, 93 of 3 months (46.3%) and 305 of 6 months (41.4%) were received, 87% of women and 13% of men and 43 years of average age and 64.3% were from nursing and 19.1% from medicine. The percentage that assessed their health status as good or very good was significantly lower at 6 months than health workers and the general population in 2017 (70.2% vs 80.4% and 75.5%), the limitation for the habitual activity (39.8% and 35.1% vs 18.3%), headache 2.7 times more frequent, the days of activity restriction (41.5 and 26.7 vs 7.5) and on bed. Mental health problems, concentration (45.2% and 43.9%), loss of sleep (44.1% and 43.3%) and consumption of tranquilizers and antidepressants (2 and 3 times more) stood out, although not of medical consultations.

Conclusions: Navarre health workers diagnosed with COVID-19 in 2020 and early 2021 refer to the worst assessment of their health status at 3 and 6 months, greater limitation for usual activities, more frequent headaches and mental health problems, compared to the pre-pandemic period.

Key words: COVID-19, Health workers, Health surveys, Symptom assessment, Complications, Health policy.

Correspondencia:

Vega García López
Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Navarra
Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
Polígono Landaben C/E, s/n
31012 Pamplona, España
vgarcial@navarra.es

Cita sugerida: García López V, Rodríguez Rocha J, Mallén Díaz de Terán B, Pérez de Albéniz Andueza MM, Torres Romero MG, González Perfetti AE, Pérez Rosario EN, Calvo Pérez LM, Rocha Vargas R, Asenjo Redín B. Estado de salud autopercebido del personal sanitario 3 y 6 meses después de infección por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). 2022; 96: 28 de marzo e202203036.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros casos de pacientes con enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (en adelante COVID-19) se ha observado que, pasado el intervalo agudo de la infección, diferentes signos y síntomas permanecían semanas e incluso meses. Actualmente se estima que en un 10%-20% del total⁽¹⁾.

Hasta hace pocos meses no se ha llegado a un consenso⁽²⁾ por el que se define como caso “*agudo de COVID-19*” el conjunto de signos y síntomas característicos de la enfermedad hasta la semana 4, “*COVID-prolongado*” (“*ongoing Symtomatic COVID-19*”), desde la semana 4 hasta la 12 y “*Síndrome posCOVID-19*”, cuando duran más de 12 semanas y no se explican por otro diagnóstico.

Durante este período, además, se ha utilizado el término “*long COVID*” para todos estos cuadros que duran más de 4 semanas que incluirían la denominación actual de COVID prolongado (4-12 semanas) y el Síndrome post-COVID (más de 12 semanas).

Lo que caracteriza a todos los cuadros es que, una vez superada la fase aguda, aparecen un conjunto de signos y síntomas (de ahí el término de Síndrome y no COVID crónico o persistente) que pueden afectar a múltiples órganos y de naturaleza tanto física como mental.

Una lista no exhaustiva pero que comprende a los más frecuentes sería: respiratorios (fatiga y tos), cardiovasculares (palpitaciones y dolor torácico), síntomas generales (cansancio, dolor, fiebre...), neurológicos (pérdida concentración, dolor de cabeza, insomnio, mareo, problemas de movilidad, visuales...), gastrointestinales, musculoesqueléticos y auditivos.

Estas morbilidades tienen además consecuencias en el retorno al trabajo y preocupa a largo plazo el impacto en los sistemas de salud.

Por otra parte, la carga de enfermedad crónica, junto a la enfermedad mental, ha sido durante los últimos años el determinante de más peso en la percepción subjetiva del estado de salud y de la calidad de vida de las personas que sufren estas patologías.

Existen estrategias destinadas a llegar a conocer el estado de salud de la población, la mayoría se obtienen a partir de las bases de datos en las que se apoya la gestión de los sistemas sanitarios. Una de ellas, las Encuestas de Salud poblacionales, son fuente principal para conocer los indicadores de estado de salud percibido.

Además, uno de los colectivos más afectados durante la pandemia de COVID-19 ha sido el sanitario, llegaron a suponer casi la cuarta parte de los casos diagnosticados en los primeros meses de la epidemia en España⁽³⁾.

Al tratarse además de un colectivo imprescindible para el abordaje de la epidemia, el conocimiento de las secuelas físicas y psíquicas de la enfermedad ayudará a concienciar a la sociedad de la importancia de la prevención, sobre todo en colectivos que no perciben la gravedad de la enfermedad, como jóvenes o negacionistas. Tener presente la posibilidad de secuelas, ayudará a su detección precoz, atención y seguimiento en estos profesionales.

Por ello, planteamos un estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que habían padecido COVID-19 y cuáles eran las principales secuelas físicas y psíquicas, comparándolo con los datos previos de salud autopercibida.

SUJETOS Y METODOS

Se diseñó un estudio transversal de secuelas físicas y psíquicas en los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) valoradas mediante el cuestionario de la *Encuesta Nacional de Salud de 2017* (ENSE 2017)⁽⁴⁾. Se denominó estudio COVIDSAN.

Los sujetos estudiados fueron el personal sanitario del SNS-O (de los hospitales, unidades especializadas, y de la red de Atención Primaria) que habían sufrido enfermedad COVID-19, registrados en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) siguiendo los protocolos vigentes para la detección, notificación, estudio y manejo de casos y contactos profesionales de COVID-19. La población de referencia a diciembre de 2020 era de 9.047 trabajadores sanitarios (1.694 hombres y 7.353 mujeres).

El estudio se centró en la percepción subjetiva de su estado de salud y qué tipo de problemas de salud (físicos, psicosociales y mentales) quedan como secuelas a medio plazo (3-6 meses) tras pasar la enfermedad.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales sanitarios perteneciente al SNS-O, con PCR Positiva desde los 6 meses anteriores al inicio del estudio hasta 3 meses antes del último envío de encuestas (casos diagnosticados desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 1 de abril de 2021). Los envíos de cuestionarios fueron semanales desde el 16 de abril hasta el 28 de junio de 2021.

La encuesta se pasó en dos momentos, a los 3 y a los 6 meses de la fecha de diagnóstico de la infección, o solo la de 6 meses para los casos diagnosticados del 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2020 y solo la de 3 meses a los diagnosticados desde el 1 de enero hasta el 1 de abril del 2021.

Se elaboró a partir del “*Cuestionario de adultos*” de la ENSE 2017. Se seleccionaron los bloques G,I,L y M del “*Módulo de Estado de Salud*” y N, O y P del “*Módulo de Asistencia Sanitaria*”. Los datos demográficos (edad, sexo) y laborales (ocupación y nivel asistencial) fueron auto-cumplimentados por los participantes. Se utilizaron los códigos de ocupación CNO2011 con 3 dígitos: 211 médicos, 212 enfermería y matronas, 213 veterinarios, 214 farmacéuticos y 215 otros profesionales de la salud. La participación fue voluntaria.

La encuesta fue distribuida mediante un formato que permitía ser cumplimentada a través de un teléfono móvil, tablet u ordenador, tras el envío de un enlace único y personal por correo electrónico corporativo. Las respuestas recibidas fueron anónimas. Sólo fue posible cumplimentar la encuesta una vez. Conocidos los objetivos, criterios de inclusión y condiciones de confidencialidad con el envío de la respuesta daban su consentimiento para el uso de los datos anónimos. Se enviaba un recordatorio a la semana del primer envío.

Se comparó el estado de salud autopercebido con la ENSE 2017 de Navarra mediante análisis propio, incluyendo únicamente los menores de 66 años ponderados por edad y sexo. Se analizaron las variables de los bloques por separado para variables con efectivo representativo para Navarra y con el conjunto de ocupaciones para el resto. No se pudo comparar con los datos de la *Encuesta Europea de Salud en España 2020* publicada posteriormente al inicio del estudio, al no ser la muestra representativa para Navarra separada en dos periodos (pre y pandémico).

Se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistic® 25. Se describen las variables cuantitativas mediante la media y las cualitativas mediante porcentajes, ambas con intervalos de confianza al 95% para su comparación con las estimaciones puntuales de las otras encuestas.

Para algunos porcentajes de interés se calculó la razón de prevalencias con IC al 95%.

Consideraciones éticas: A lo largo de todo el estudio se ha mantenido la confidencialidad de la información⁽⁵⁾. El estudio estuvo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra nº PI 2020/117.

RESULTADOS

El número total de encuestas enviadas fue de 938, de ellas 201 correspondieron al grupo de profesionales en los que habían transcurrido 3 meses desde el diagnóstico y 737 a los que hacía 6 meses.

En total se obtuvieron 93 respuestas de la encuesta de 3 meses PosCOVID (46,3%) y 305 respuestas de 6 meses (41,4%). El 87% eran de mujeres y el 13% de hombres. Por ocupaciones, el porcentaje mayor correspondió a enfermería (64,3%) y medicina (19,1%). Un total de 52 profesionales respondieron a los dos cuestionarios (3 y 6 meses). La media de edad fue de 43 y 44 años, para ambos tipos de encuestas, con un mínimo de 20 y máximo de 62 y 67 años.

Entre los encuestados, el porcentaje que valora su estado de salud como bueno o muy bueno es significativamente inferior en los afectados por COVID-19 a los 6 meses del inicio de la enfermedad (70,2%) que en la muestra de sanitarios y en el conjunto de ocupaciones en la ENSE 2017 para menores de 66 años, 80,4% y 75,5% respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 3 meses posteriores al inicio de la enfermedad (tabla 1). De los 52 casos que respondieron en ambos momentos, 37 (71%) respondieron el mismo estado de salud, 10 mejoraron y 5 empeoraron su valoración.

En relación a la limitación para las “*actividades que la gente hace habitualmente*” por un

problema de salud en los últimos 6 meses, el porcentaje de respuestas positivas para la categoría de “*limitado pero no gravemente*” fue significativamente mayor tanto en el grupo de 3 meses como en el de 6 meses (39,8% y 35,1% vs 18,3%) 17,8%, en relación a los grupos de ocupación de la ENSE 2017 (tabla 1).

Con respecto a la naturaleza del problema de salud identificado como causa de la limitación para las actividades habituales fue significativamente mayor el porcentaje de naturaleza mixta (categoría de “*ambos*”, físico y mental), 29,7% y 40% a los 3 y 6 meses vs. al 17,9% y 3% en los distintos grupos ocupacionales de la ENSE 2017 (tabla 1). De los problemas concretos de salud en los últimos 12 meses por los que se pregunta en la encuesta destacó, con diferencia estadísticamente significativa, la migraña o dolor de cabeza frecuente, 28% y 27,9% frente al 11,4%. Con una razón de prevalencias de 2,7 (IC95% 2,3-3,3) (tabla 2).

En relación a las preguntas sobre restricción de la actividad en las últimas 2 semanas, destacó el mayor porcentaje significativo de las respuestas afirmativas (19,4% a los 3 meses y 23% a los 6 meses vs 13,6% en la ENSE 2017). Siendo estadísticamente significativo el número mayor de días de restricción de actividad habitual (41,5 días a los 3 meses y 27,3 días a los 6 meses vs. 7,5 en la ENSE 2017). Hay también diferencias significativas en el número de días de los que responden haberse quedado en cama en la categoría de los posCOVID de 6 meses (26,7 vs. 4,2) (tabla 3).

En cuanto a las preguntas del entorno de la salud mental comprendidas en el cuestionario (Grupo M), todas las diferencias, menos una, fueron significativas tanto a los 3 meses como a los de 6 meses, destacando los problemas de concentración (45,2% y 43,9%), pérdida de sueño (44,1% y 43,3%), sentirse constantemente agobiado (51,6% y 51,1%) o sentirse menos feliz (36,6% y 42%) (tabla 4).

Tabla 1
Valoración del estado de salud, limitación para actividades habituales los 6 últimos meses y tipo de problema. Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Valoración del estado de salud		COVIDSAN 3 meses		COVIDSAN 6 meses		ENSE 2017	
		%	IC 95%	%	IC 95%	Sanitarios Navarra y <66 años	Todas las ocupaciones Navarra y <66 años
						%	%
Estado de Salud	Bueno + Muy bueno	79,6	71,4-87,8	70,2	65,0-75,3	80,4	75,5
	Regular	18,3	10,4-26,1	24,3	19,5-29,1	15,6	17,7
	Malo + Muy Malo	2,2	0,08-5,1	5,6	3,0-8,1	4	6,8
Limitación para actividades habituales los 6 últimos meses		COVIDSAN 3 meses		COVIDSAN 6 meses		ENSE 2017	
		%	IC 95%	%	IC 95%	Sanitarios Navarra y <66 años	Todas las ocupaciones Navarra y <66 años
						%	%
Limitación 6 últimos meses	Gravemente limitado/a	1,1	-	3,6	1,5-5,7	4,0	4,1
	Limitado pero no gravemente	39,8	29,8-49,7	35,1	29,7-40,4	18,3	17,8
	Nada limitado	57	46,9-67,1	59,3	53,8-64,9	77,7	78,1
	No sabe/no contesta	2,2	-	1,9	-	-	-
Tipo de problema	Físico	59,46	42,2-73,6	52,17	42,2-73,6	82,1	87,1
	Mental	10,81	0,8-20,3	7,83	0,8-20,3	-	5,7
	Ambos	29,73	14,5-43,4	40	14,5-43,4	17,9	7,3

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

Tabla 2
Problemas de salud padecidos los últimos 12 meses.
Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Problemas de salud 12 meses últimos	COVIDSAN 3 meses			COVIDSAN 6 meses			ENSE 2017
							Todas las ocupaciones Navarra y <66 años
	%	IC 95%	RP (IC95%)	%	IC 95%	RP (IC95%)	%
Tensión alta	7,5	2,2-12,9	-	8,2	5,1-11,3	-	12,8
Asma	5,4	0,8-10	-	5,2	2,7-7,7	-	4,3
Diabetes	2,2	-	-	3,6	1,5-5,7	-	3,9
Problemas de piel	12,9	6,1-19,7	-	11,5	7,9-15,1	-	7,1
Depresión	3,2	-	-	3,6	1,5-5,7	-	5,8
Ansiedad	9,7	3,7-15,7	-	9,5	6,2-12,8	-	6,5
Migraña o dolor de cabeza frecuente	28	18,8-37,1	2,7 (1,9-3,8)	27,9	22,8-32,9	2,7 (2,3-3,3)	11,4

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

Tabla 3
Restricción de la actividad las 2 últimas semanas.
Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Restricción de la actividad 2 últimas semanas	COVIDSAN 3 meses				COVIDSAN 6 meses				ENSE 2017	
									Todas las ocupaciones Navarra y <66 años	
	%	IC 95%	Nº de días media	IC 95%	%	IC 95%	Nº de días media	IC 95%	%	Nº de días media
Restricción actividad	19,4	11,3-27,4	41,5	18,2-64,8	23,0	18,2-27,7	27,3	18,1-36,4	13,6	7,5
Quedarse en cama	7,5	2,2-12,9	29,3	(-14,2)-72,77	6,9	4-9,7	26,7	7,9-45,4	6,7	4,2
Dificultad para concentrarse o recordarse (alguna o mucha)	50,5	40,4-60,7	-	-	54,4	48,8-60,0	-	-	5,1	-
Dolor moderado o severo 4 sem	21,5	13,2-29,9	-	-	23,6	18,8-28,4	-	-	17,9	-
Dolor afecta a la actividad de moderado a mucho	15,1	7,8-22,3	-	-	18,7	14,3-23,1	-	-	12,6	-

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

Tabla 4
Salud Mental. Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Salud Mental	COVIDSAN 3 meses		COVIDSAN 6 meses		ENSE 2017
					Todas las ocupaciones Navarra y <66 años
	%	IC 95%	%	IC 95%	%
Concentrarse bien últimas semanas (menos o mucho menos)	45,2	35-55,3	43,9	38,4-49,5	11,7
Perdida sueño por preocupaciones (algo o mucho más)	44,1	34-54,2	43,3	37,7-48,8	26,9
Desempeño papel útil (menos o mucho menos)	10,8	4,5-17	10,5	7,1-13,9	6,7
Capaz de tomar decisiones (menos o mucho menos)	8,6	2,9-14,3	12,5	8,8-16,2	5,3
Constantemente agobiado y en tensión (algo o mucho más)	51,6	41,5-61,8	51,1	45,5-56,8	27,4
Sensación de no poder superar sus dificultades (algo o mucho más)	31,2	21,8-40,6	27,2	22,2-32,2	13,5
Disfrutar de sus actividades normales (menos o mucho menos)	35,5	25,8-45,2	33,1	27,8-38,4	18,3
Capaz de hacer frente a sus problemas (menos o mucho menos)	22,6	14,1-31,1	19	14,6-23,4	7,5
Sentido poco feliz o deprimido (algo o mucho más)	36,6	26,8-46,3	42	36,4-47,5	14
Ha perdido confianza en sí mismo (algo o mucho más)	26,9	17,9-35,9	22,6	17,9-27,3	7,8
Ha pensado que es una persona que no vale para nada (algo o mucho más)	14	6,9-21	7,9	4,8-10,9	3,1
Se siente razonablemente feliz (mucho o mucho menos)	23,7	15,0-32,3	17,7	13,4-22	6

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

Respecto al número de consultas médicas, no se observan diferencias significativas con el anterior período, ni para el médico de atención primaria, ni para el de especializada ni en urgencias (tabla 5).

En las preguntas que hacen referencia al consumo de medicamentos en las últimas semanas encontramos una prevalencia significativamente

mayor de consumo de medicinas para el dolor, fiebre y reconstituyentes, entre otros. Pero destaca, sobre todo, el mayor consumo de tranquilizantes (22,6% a los 3 meses y 27,2% a los 6 meses vs. 10% en la ENSE 2017) y antidepresivos (12,9% y 8,9%, respectivamente, vs. 3,7%). Destaca la razón de prevalencia de toma de tranquilizantes (2,3 y 2,7 respectivamente) y de antidepresivos (3,6 y 2,4) respecto al año 2017 (tabla 6).

Tabla 5
Consultas médicas, ingresos hospitalarios y frecuentación a Urgencias.
Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Consultas médicas	COVIDSAN 3 meses				COVIDSAN 6 meses				ENSE 2017	
	Navarra <66 años y todas las ocupaciones									
	%	IC 95%	Media	IC 95%	%	IC 95%	Media	IC 95%	%	Media
Nº consultas con médico familia últimas 4 sem	-	-	0,5	0,28-0,78	-	-	0,5	0,38-0,58	-	0,4
Nª consultas con médico especialista últimas 4 sem	-	-	0,3	0,18-0,44	-	-	0,4	0,29-0,47	-	0,5
Ha tenido que ingresar últimos 12 meses	4,3	0,2-8,4	-	-	5,9	3,3-8,5	-	-	7,7	-
Ha tenido que ir a Urgencias últimos 12 meses	23,7	15-32,3	-	-	33,1	27,8-38,4	-	-	29,6	-
Nº veces Urgencias últimos 12 meses	-	-	1,5	1,03-1,97	-	-	1,4	1,25-1,59	-	1,8

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

Tabla 6
Consumo de medicamentos 2 últimas semanas.
Muestras COVIDSAN 3 meses, 6 meses y ENSE 2017.

Consumo de medicamentos últimas 2 semanas	COVIDSAN 3 meses			COVIDSAN 6 meses			ENSE 2017
	Todas las ocupaciones Navarra y <66 años						
	%	IC 95%	RP (IC95%)	%	IC 95%	RP (IC95%)	%
Medicinas para catarro	15,1	7,8-22,3	-	12,5	8,5-15,8	-	11,3
Medicinas para el dolor	58,1	48-68,1	1,5 (1,3-1,8)	65,6	59,9-70,6	1,7 (1,5-1,8)	38,8
Medicinas para la fiebre	11,8	5,3-18,4	-	6,6	3,5-8,9	-	5
Reconstituyentes	29	19,8-38,3	-	25,2	20,1-29,8	-	9,8
Antibióticos	6,5	1,5-11,4	-	11,1	7,3-14,3	-	7,6
Tranquilizantes	22,6	14,1-31,1	2,3 (1,6-3,3)	27,2	21,9-31,9	2,7 (2,2-3,2)	10
Medicamentos para la alergia	12,9	6,1-19,7	-	10,5	6,8-13,6	-	4,4
Medicinas para la tensión arterial	9,7	3,7-15,7	-	6,2	3,3-8,5	-	10,9
Medicinas para estómago	25,8	16,9-34,7	-	20,3	15,5-24,5	-	13,9
Antidepresivos	12,9	6,1-19,7	3,6 (2,1-6,1)	8,9	5,4-11,7	2,4 (1,6-3,4)	3,7
Medicamentos para tiroides	8,6	2,9-14,3	-	8,9	5,4-11,7	-	3,5

COVIDSAN: Estudio de la percepción del estado de salud en los profesionales sanitarios navarros que han padecido COVID-19 a los 3 y a los 6 meses. ENSE 2017: *Encuesta Nacional de Salud de 2017*.

DISCUSION

Desde el planteamiento del estudio se pretendió identificar hallazgos de patología pos-COVID con significado global, que incluyera a todos los casos, también los leves. A diferencia de los estudios de seguimiento de casos publicados, fundamentalmente de graves y de los que han precisado ingreso en UCI, en nuestro estudio buscamos la repercusión en la salud global del colectivo sanitario que ha padecido la enfermedad. La herramienta informática diseñada *ad hoc* (Covidsan), contó con las garantías para controlar la respuesta única y, a su vez anónima y ha sido totalmente exitosa. Además, la posibilidad de la respuesta en dispositivos móviles, tablets y ordenadores ha contribuido a su buena aceptación.

Consideramos que el porcentaje de respuestas obtenido (46,3% a los 3 meses y 41,4% a los 6 meses), es una muestra suficientemente representativa teniendo en cuenta que fue dirigida a todos los sanitarios que habían sufrido la enfermedad durante ese período. Contar con la información de casi la mitad de nuestro colectivo y con una distribución por género y ocupación similar a la de los sanitarios del Organismo (87% de mujeres y 11% de hombres siendo el 64% personal de enfermería y 20% de medicina), creemos que puede describir la situación de la patología posCOVID en el personal sanitario navarro.

La media de edad de 43 y 44 años, con un mínimo de 20 y máximo 67 años se corresponde con la población estudiada y puede considerarse un colectivo también representativo de la población general, sin incluir colectivos especiales como niños y ancianos.

Debido al momento que se inició la encuesta, (primer envío de cuestionarios, el 16 de abril

de 2021) en el que la mayoría del colectivo ya estaba vacunado y la incidencia poblacional era ya de baja intensidad en Navarra (tasa semanal de 189 por 100.000 habitantes y tendencia descendente)⁽⁶⁾, se enviaron y, en consecuencia, se registraron un número menor de encuestas de 3 meses posCOVID (93) que de 6 meses (305), ya que en los meses previos la incidencia había sido mayor, también entre los sanitarios⁽³⁾.

En relación a los resultados de los aspectos de salud que contiene la encuesta, merece la pena comentar en los siguientes párrafos lo más destacado: como indicador global, el porcentaje de sanitarios que considera su estado de salud como bueno o muy bueno en los afectados por COVID-19 a los 6 meses del inicio de la enfermedad (70,2%) es significativamente inferior respecto, tanto a los sanitarios como el del conjunto de ocupaciones en la ENSE 2017, y también inferior al encontrado en la *Encuesta Europea de Salud en España* (ESEE 2020) en el conjunto del Estado y para todos los grupos de edad, los meses antes de la pandemia (74,32%) e incluso durante los primeros meses iniciales (78,32%)⁽⁷⁾.

Por lo que, ésta peor percepción del estado de salud no se explica por la alarma general que se vivió en los meses pandémicos ni por las medidas de confinamiento que afectaron al estado anímico de la población española en aquel período, sino que se debería a haber padecido la enfermedad.

El hecho de que no se observe esta diferencia a los 3 meses posteriores al inicio de la enfermedad, si bien con menor precisión estadística por el menor efectivo de la muestra, quizá se explica porque aún no se asume la repercusión en el estado de salud pues los daños percibidos se consideran de posible resolución en un plazo breve de tiempo.

En general, en las revisiones publicadas hasta el momento, la persistencia de síntomas es mayor⁽⁸⁾, sobre todo, en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁽⁹⁾. En los estudios de casos que no fueron hospitalizados⁽¹⁰⁾ publican hallazgos con amplios rangos, que van desde el 10% hasta el 99% de los afectados a las 12 semanas⁽¹¹⁾.

En relación a las preguntas sobre la limitación por problemas de salud para seguir haciendo las actividades habituales, el mayor porcentaje de respuestas correspondientes a la categoría “*limitado pero no gravemente*”, además de ser significativamente mayor tanto en el grupo de 3 meses como en el de 6 meses (39,8% y 35,1% vs 18,3% y 17,8%, en relación a los grupos de ocupación analizados de la ENSE 2017, también es mayor al porcentaje encontrado en la encuesta del 2020 (17,95%). Esta sensación se correlaciona con las limitaciones que se describen en los últimos estudios^(12,13), la mayoría no de excesiva gravedad, pero que se viven como pérdida de la calidad de vida⁽¹⁴⁾.

En relación a la naturaleza del problema de salud que causa la limitación es significativamente mayor el porcentaje de naturaleza mixta (categoría de “*ambos*”, físico y mental), 29,7% y 40% a los 3 y 6 meses vs al 17,9% y 3% en los distintos grupos ocupacionales de la ENSE 2017 y en la EESE 2020 (10,39%). Está ampliamente descrito y llama la atención de la gran cantidad de síntomas mentales y no solo físicos que caracterizan las secuelas de la enfermedad, que ya se había descrito en otras infecciones virales pero quizá no con tanta frecuencia⁽¹⁵⁾.

En relación a las patologías, los resultados estadísticamente significativos nos permiten señalar la migraña o dolor de cabeza frecuente como una de las más identificadas (28% de los casos), hasta casi tres veces más frecuente que antes de la pandemia en sanitarios y que en la población general durante ella⁽⁷⁾. Múltiples

estudios de secuelas posCOVID la identifican⁽¹⁶⁾ y en extensas revisiones alcanza hasta el 44% de los casos⁽¹²⁾.

La repercusión del proceso de la enfermedad en restricción de la actividad habitual, hasta 41,5 y 27,3 días a los 3 y 6 meses respectivamente y 26,7 días en cama en los que precisaron, da idea del efecto de esta enfermedad, teniendo en cuenta además que es un colectivo esencial para la atención de la población afectada y que se sufrió su escasez en los peores momentos de la epidemia⁽¹⁷⁾ en que una importante proporción se encontraban en situación de incapacidad laboral a causa de haber contraído la enfermedad.

Es en el ámbito de la salud mental donde más encontramos diferencias. Comparando con la EESE 2020 en el conjunto del Estado y para todos los grupos de edad, destaca la mayor prevalencia de problemas para concentrarse (45,2% y 43,9% vs. 8,21% y 7,26) en los periodos de prepandemia y pandemia, disfrutar menos con las actividades normales (35,5% a los 3 meses y 33,1% a los 6 meses vs 16,97% en 2020 antes de la pandemia y 20,32% durante la pandemia). Observamos también un mayor porcentaje de población deprimida (36,6% a los 3 meses y 42% a los 6 meses frente a 18,18% y 20,99% de ambos momentos de la pandemia). Pero la mayor prevalencia de problemas para dormir y resto de problemas de salud mental estudiados en los sanitarios convalecientes de COVID-19 respecto a la población general en los momentos de la pandemia no podemos, mediante nuestro estudio, explicarla por ser convalecientes de COVID-19, aunque si lo apuntan otros de referencia^(7,12). De hecho, los problemas neurológicos y psiquiátricos se han descrito en robustos estudios de seguimiento⁽¹⁴⁾, observándose una incidencia global de 33,62% y 12,84% como nuevo diagnóstico, mayor en los pacientes que habían ingresado en una UCI⁽¹⁸⁾. Aunque se

repite el debate de que es difícil diferenciarlo del momento de la pandemia que se vivía al mismo tiempo^(19,20).

De los datos de consumo de medicamentos, el mayor porcentaje principalmente para el dolor (58,1% a los 3 y 65,6% a los 6 meses) frente a los 38,8% en la anterior encuesta navarra, de tranquilizantes (22,6% y 27,2% vs. 10%) y antidepresivos (12,9% y 8,9% vs. 3,7%) que reflejan un consumo entre 2 y 3 veces más para estos grupos de medicamentos refuerzan la situación de malestar que vivieron nuestros sanitarios infectados en los meses posteriores a la enfermedad. Este hallazgo está en la línea de otros estudios de aumento de consumo de medicamentos psicotrópicos coincidiendo con el inicio de la pandemia y especialmente benzodiazepinas en mujeres⁽²¹⁾.

En cuanto a la frecuentación de los sistemas sanitarios, el hecho de que el número de consultas médicas tanto en atención primaria como especializada y urgencias haya sido incluso inferior a la de antes de la pandemia (menos de 1 en las últimas 4 semanas), entendemos que no representa realmente la situación de la demanda real, sino que responde a la reorganización de los servicios sanitarios durante esos meses reducido a consultas telefónicas, que resultaron ser un filtro real al acceso de los ciudadanos al sistema⁽²²⁾.

Esta situación va siendo conocida, incluso ha provocado un llamamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en un Informe recoge el malestar⁽²³⁾. De los pacientes con COVID persistente que se sienten estigmatizados socialmente y apelan a que tengan acceso a los servicios sanitarios e incluso prestaciones por enfermedad y discapacidad.

Como limitaciones al estudio consideramos que los resultados hacen referencia al colectivo

de sanitarios y el objetivo puede no coincidir con los de la población general que incluye rangos de edad extremos, mayor proporción de hombres, población desocupada... Pero esa fue precisamente nuestra población diana.

Además, hay que referirlos a una población con patología no complicada, únicamente 17 fueron ingresados en planta y 2 en UCI.

El seguimiento a los 3 y 6 meses será necesario prolongarlo a largo plazo con programas de vigilancia de secuelas multiorgánicas y mentales que de hecho ya hay establecidos, también en nuestro país⁽²⁴⁾.

A modo de conclusión, parece que las secuelas de la enfermedad van a persistir en el tiempo y dadas las repetidas olas que estamos viviendo, incluso con porcentajes altos de vacunación, muchas instituciones, asociaciones de pacientes e investigadores ven la necesidad de organizar sistemas de vigilancia para seguimiento de lo que ya se denomina “*long COVID*” o COVID persistente y dotar de recursos a los sistemas de salud para que puedan asumir su atención⁽²⁵⁾ Reino Unido ya lo considera un problema de salud pública y estima que del 1-5% de la población ha reportado “*long COVID*”⁽¹⁰⁾.

En esta línea, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha hecho un llamamiento a los países para su reconocimiento, rehabilitación e Investigación del “*long COVID*” y consecuencias a largo plazo⁽²⁵⁾.

En relación a los profesionales sanitarios, es necesario que los sistemas de protección de las patologías laborales contemplen su reconocimiento como enfermedad profesional y no únicamente como un accidente del trabajo por las secuelas a largo plazo⁽²⁶⁾. Sobre todo, debe atenderse la esfera de salud mental, tan afectada en este colectivo, tanto por la situación de demanda

extrema de trabajo como por las secuelas de la patología contraída con mayor frecuencia que la población general⁽²⁷⁾.

CONTRIBUCIÓN A LA AUTORÍA

Todos los autores han participado en la solicitud ayuda y revisión del manuscrito. Vega García López ha participado en todas las fases del proyecto (conceptualización, preparación de la Base de Datos, análisis estadísticos, metodología, validación de datos, visualización y redacción del manuscrito). Jezabel Rodríguez Rocha, Belén Mallén Díaz de Terán y M^a del Mar Pérez de Albéniz Andueza han localizado a los pacientes y remitido la encuesta. M^a Gabriela Torres Romero, Anais Elvira González Perfetti, Evelin Noemy Pérez Rosario, Lara M^a Calvo Pérez y Richard Rocha Vargas además han revisado bibliografía.

BIBLIOGRAFIA

1. Mahase E. Long covid could be four different syndromes, review suggests. *BMJ* [Internet]. 2020;371. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3981>
2. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19-NICE, RCGP, and SIGN; November 13, 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
3. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 30 de abril de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Disponible en: www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20España.%20Situación%20en%20Sanitarios%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf
4. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
5. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado de 6 de diciembre de 2018, núm. 294, páginas 119788 a 119857.
6. Informe Epidemiológico Semanal 15/2021 (12 al 18 de abril). Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/28606C911431-4CF9-9D2A-A499BCC8E47E/470856InformeEpidemiologicoSemanal15_2021.pdf
7. Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) Año 2020. Estudio comparativo de dos períodos de la ESEE2020: antes de la declaración del primer estado de alarma y posterior a este. Ministerio de Sanidad e INE. Disponible en: www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/Pandemia_EESE_2020.pdf (último acceso 30 noviembre 2021).
8. Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, Morley AJ, Viner J, Attwood M *et al*. Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax* [Internet]. abril de 2021 [citado 1 de diciembre de 2021];76(4):399-401. Disponible en: <https://thorax.bmj.com/lookup/doi/10.1136/thoraxjnl-2020-216086>
9. Taboada M, Cariñena A, Moreno E, Rodríguez N, Domínguez MJ, Casal A *et al*. Post-COVID-19 functional status six-months after hospitalization. *Journal of Infection* [Internet]. abril de 2021 [citado 2 de diciembre de 2021];82(4):e31-3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163445320307842>
10. UK Office for National Statistics data for long COVID. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/5august2021>
11. Goërtz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, Vaes AW, Meys R, Machado FVC *et al*. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res* [Internet]. octubre de

- 2020 [citado 30 de noviembre de 2021];6(4):00542-2020. Disponible en: <http://openres.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/23120541.00542-2020>
12. Huang L, Yao Q, Gu X, Wang Q, Ren L, Wang Y *et al*. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *The Lancet* [Internet]. agosto de 2021 [citado 5 de enero de 2022];398(10302):747-58. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621017554>
13. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A *et al*. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* [Internet]. 1 de enero de 2021;2021.01.27.21250617. Disponible en: <http://medrxiv.org/content/early/2021/01/30/2021.01.27.21250617.abstract>
14. Ngai JC, Ko FW, Ng SS, To K-W, Tong M, Hui DS. The long-term impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity and health status. *Respirology* [Internet]. abril de 2010 [citado 30 de noviembre de 2021];15(3):543-550. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1843.2010.01720.x>
15. Praschan N, Josephy-Hernandez S, Kim DD, Kritzer MD, Mukerji S, Newhouse A *et al*. Implications of COVID-19 sequelae for health-care personnel. *The Lancet Respiratory Medicine* [Internet]. marzo de 2021 [citado 2 de diciembre de 2021];9(3):230-231. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260020305750>
16. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P *et al*. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. julio de 2020 [citado 1 de diciembre de 2021];7(7):611-627. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620302030>
17. Calvo Pérez LM, Pérez Rosario EN, Herrera, Russert P, Gil Pérez D, García López V. Impacto de la variabilidad de criterios para el retorno al trabajo del personal sanitario con enfermedad COVID-19: Estudio multicéntrico en Navarra, La Rioja y Galicia. Marzo-septiembre de 2020. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 25 de octubre e202110182.
18. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. mayo de 2021 [citado 22 de marzo de 2022];8(5):416-427. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621000845>
19. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N *et al*. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 1 de diciembre de 2021];3(3):e203976. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
20. De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, De Buck E. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*. 2020 Dec 15;15(12):e0244052. doi: 10.1371/journal.pone.0244052. PMID: 33320910; PMCID: PMC7737991.
21. Milani SA, Raji MA, Chen L, Kuo Y-F. Trends in the Use of Benzodiazepines, Z-Hypnotics, and Serotonergic Drugs Among US Women and Men Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open* [Internet]. 25 de octubre de 2021 [citado 12 de julio de 2021];4(10):e2131012-e2131012. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.31012>
22. Matenge S, Sturgiss E, Desborough J, Hall Dykgraaf S, Dut G, Kidd M. Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: a review of the international literature. *Family Practice* [Internet]. 6 de octubre de 2021 [citado 7 de diciembre de 2021];cmab115. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/advance-article/doi/10.1093/fampra/cmab115/6381977>
23. POLICY BRIEF 39. In the wake of the pandemic. Preparing for Long COVID. © World Health Organization 2021 (acting as the host organization for, and secretariat

of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2021/in-the-wake-of-the-pandemic-preparing-for-long-covid-2021>

24. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización, 28 de mayo 2021. Evidencia científica disponible respecto a reinfecciones, concepto de COVID persistente y de secuelas. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210528_CLINICA.pdf

25. Tedros's comments. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-gene->

[ral-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---21-august-2020](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---21-august-2020)

26. Subdirección General de Ordenación y Asistencia Jurídica. Criterio de gestión: 25/2021 Fecha: 18 de octubre de 2021 Materia: Contingencia de la que deriva la prestación económica por incapacidad temporal que traiga causa del padecimiento del “síndrome post COVID-19”.

27. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ *et al*. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research* [Internet]. 1 de noviembre de 2020;293:113441. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120323271>