



Original

Experiencia del paciente afectado por COVID-19 persistente acerca de la utilidad y características de las escalas de valoración clínica de los síntomas derivados de su enfermedad

María Sanz Almazán^a, Teresa Benedito Pérez de Inestrosa^b, Raquel Blasco Redondo^c, Marta Martínez del Valle^d, Sara Recio García^e, Irene Aranz González^f, en representación de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y colectivo Long COVID ACTS

^aCentro de Salud de Riaza (Segovia). ^bCentro de Salud Las Norias. El Ejido (Almería). ^cCentro Regional de Medicina Deportiva. Junta de Castilla y León. ^dSAMU Asturias. ^eNeuropsicóloga y Psicóloga General Sanitaria. Madrid. ^fServicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2021

Aceptado el 30 de marzo de 2021

On-line el 6 de mayo de 2021

Palabras clave:

Atención Primaria

COVID-19

SARS-CoV-2

COVID persistente

COVID crónico

Escalas

R E S U M E N

Objetivo. Recoger la experiencia del paciente para explorar la opinión de los afectados por COVID persistente acerca de la utilidad de diferentes escalas de medición en el apoyo para la atención integral de su patología.

Material y métodos. Se elaboró una encuesta online, anonimizada y voluntaria, en la que se evaluaban diferentes escalas agrupadas en 8 bloques temáticos: calidad de vida, dolor, disnea, fatiga, ejercicio físico, trastornos del sueño, trastornos emocionales y alteraciones cognitivas. Se seleccionaron las escalas de uso clínico más habitual en el abordaje de esta patología; de cada una de ellas se evaluaron 5 aspectos: utilidad (escala analógica 1 al 10), puntos favorables, lo que falta/sobra, escala favorita de cada bloque; se recogió el conocimiento de otras alternativas de escalas que les parecieran de utilidad. También se recogió la edad, sexo y si eran profesionales sanitarios.

Resultados. La encuesta fue cumplimentada por 36 pacientes con COVID persistente: 86,1 % mujeres, edad media 43,25 años (DE 6,90) y 44,4 % profesionales sanitarios. Las escalas favoritas en cada uno de los bloques fueron: 59 % SF-36 sobre calidad de vida; 47 % Escala Española de Gradación del Dolor Crónico; 92 % mMRC de disnea; 83 % MFIS para medir fatiga; 47 % escala global de actividad física; 58 % PSQI para trastornos del sueño; 53 % HAD para trastornos emocionales; 53 % CFE-30 para alteraciones cognitivas.

Conclusiones. Son pocas las escalas con las que, desde la perspectiva del paciente, se refleje la situación clínica de base de los afectados por COVID persistente y su evolución de una forma integral, por lo que es necesario el desarrollo de una escala de medición específica para COVID persistente, que refleje de una forma holística su afectación, integre el seguimiento evolutivo de sus síntomas y pueda valorar las distintas vertientes de su presentación clínica.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msanzalmazan@semg.es (M. Sanz Almazán).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.018>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Experience of the patient affected by persistent COVID-19 on the use and characteristics of the clinical evaluation scales of the symptoms derived from the disease

A B S T R A C T

Keywords:

Primary Health Care
COVID-19
SARS-CoV-2
Long COVID
Long-effects COVID
Scales

Objective. To collect patient experience in order to explore the opinion of those affected by persistent COVID on the usefulness of different measurement scales in the support for the comprehensive care of their pathology.

Material and methods. An online, anonymised and voluntary survey, was developed, evaluating different scales grouped into 8 thematic blocks: quality of life, pain, dyspnoea, fatigue, physical exercise, sleep disorders, emotional disorders and cognitive alterations. The scales most commonly used clinically in the management of this pathology were selected, and 5 aspects were evaluated for each of them: usefulness (analogue scale 1 to 10), favourable points, what is missing/missing, favourite scale in each block, and knowledge of other alternative scales that they found useful was collected. Age, sex and whether they were health professionals were also collected.

Results. The survey was completed by 36 patients with persistent COVID: 86.1% women, mean age 43.25 years (SD 6.90) and 44.4% health professionals. The favourite scales in each of the blocks were: 59% SF-36 on quality of life; 47% Spanish Chronic Pain Grading Scale; 92% mMRC for dyspnoea; 83% MFIS to measure fatigue; 47% global physical activity scale; 58% PSQI for sleep disorders; 53% HAD for emotional disorders; 53% CFE-30 for cognitive alterations.

Conclusions. There are few scales that, from the patient's perspective, reflect the basic clinical situation of those affected by persistent COVID and its evolution in a comprehensive manner, so it is necessary to develop a specific measurement scale for persistent COVID, which reflects its affectation in a holistic manner, integrates the evolutionary follow-up of its symptoms and can assess the different aspects of its clinical presentation.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

La COVID ha supuesto un importante impacto en la salud de la población mundial, tanto por las consecuencias debidas al proceso agudo de la enfermedad (genera ingresos hospitalarios y en muchas ocasiones la muerte), por las secuelas en los pacientes que sobreviven tras un proceso grave y por la aparición de nuevas entidades, como es el caso del COVID persistente o *Long COVID*¹. En la denominación de COVID persistente o *Long COVID* se incluye a quienes han superado la enfermedad por COVID, pero que independientemente de la gravedad del proceso agudo, describen síntomas que persisten en el tiempo. Se trata de un síndrome complejo, ya que presenta una gran variedad de síntomas, en ocasiones intermitentes y que afectan a múltiples órganos¹⁻⁴.

Según los datos arrojados por la encuesta realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en colaboración con el colectivo de pacientes afectados por COVID persistente, el perfil de los afectados suele ser el de una mujer, con edad media de 43 años, que no precisó ingreso hospitalario y cuyos síntomas persisten más allá de los 6 meses.

Los síntomas y signos que con mayor frecuencia se describen son astenia, malestar general, cefalea, trastornos del estado de ánimo, artralgias, falta de concentración... Se describen hasta 200 síntomas diferentes⁴. Los síntomas que con mayor frecuencia refieren los pacientes con COVID persistente

tienen un carácter subjetivo y son difíciles de valorar mediante la exploración física y las pruebas diagnósticas disponibles, lo que hace necesario el uso de herramientas o cuestionarios que ayuden a cuantificar los mismos.

Las escalas o cuestionarios de medición en salud son instrumentos que permiten evaluar características de los pacientes que en ocasiones no se pueden medir objetivamente⁵. En el caso del COVID persistente podrían ser útiles como apoyo en la valoración y diagnóstico clínico, comparación con el estado de salud previo a enfermar, seguimiento de la evolución de los síntomas, pronóstico de la enfermedad y unificación de criterios entre profesionales sanitarios, para conseguir un abordaje integral y protocolizado de la enfermedad, por lo que sería interesante la elaboración de una escala específica, que integrara la mayoría de síntomas del *Long COVID*.

Existen numerosas escalas para la valoración de cada uno de los síntomas que refieren los pacientes con COVID persistente, lo que dificulta al clínico la elección de la escala más adecuada. La escala elegida debe tener validez, ser fiable, fácil y sencilla de aplicar para el profesional y a su vez estar adaptada a las necesidades del paciente, sobre todo si es auto-cumplimentada.

Desde la SEMG y las asociaciones de pacientes *Long COVID ACTS* se consideró de gran interés recoger la experiencia del paciente para explorar la opinión de los afectados por COVID persistente acerca de la utilidad de diferentes escalas de medición en el apoyo para la atención integral de su patología.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La población a estudiar eran personas diagnosticadas de COVID persistente.

Se seleccionaron 36 pacientes con diagnóstico de COVID persistente que recibieron la encuesta online "Valoración de escalas para la atención a la patología #longCovid" a través de las asociaciones de pacientes afectados por COVID persistente. Accedieron a cumplimentarla de forma voluntaria y anónima entre el 5 de diciembre de 2020 y el 6 de enero de 2021, con capacidad para evaluar las escalas de uso clínico más comúnmente utilizadas en el abordaje y seguimiento de los afectados en condiciones de práctica clínica. Fueron seleccionados de modo que la mitad fueran profesionales sanitarios y la otra mitad no, y que la tipología del paciente representara los resultados de la encuesta de síntomas y discapacidad producida realizada previamente por SEMG y el colectivo de afectados conjuntamente⁴. Se tuvo en cuenta en la selección de los participantes la complejidad de la evaluación, la necesidad de manejo técnico o de ayuda para el mismo, y la dedicación de entre 2-3 horas para una correcta resolución de esta con criterios de calidad.

De forma conjunta (SEMG y colectivo de pacientes), se elaboró una encuesta en la que se evaluaban diferentes escalas de medición agrupadas en 8 bloques temáticos:

- Escalas de calidad de vida.
- Escalas de dolor.
- Escalas de disnea.
- Escala de fatiga.
- Escalas de ejercicio físico.
- Escalas de trastornos del sueño.
- Escalas de trastornos emocionales.
- Escalas de alteraciones cognitivas

Los 8 bloques fueron obtenidos de la encuesta de síntomas elaborada conjuntamente por SEMG y el colectivo de afectados⁴; se seleccionaron los síntomas más prevalentes e incapacitantes. Las escalas de cada uno de los bloques fueron elegidas por el grupo de trabajo de COVID persistente de la SEMG, tras una revisión bibliográfica exhaustiva de las escalas disponibles para cada grupo de síntomas. En la elección se priorizaron las escalas con uso clínico validadas al español, que fueran aplicables a los pacientes con COVID persistente, sencillas y breves para poder ser aplicadas en la consulta. Los participantes podían consultar las escalas previamente accediendo mediante un enlace anexo a la encuesta y a la par también revisar una a una a medida que respondían.

De cada una de las escalas incluidas en la encuesta se evaluaron 5 aspectos:

- Utilidad, medida mediante escala analógica del 1 al 10 (10 la máxima utilidad).
- Puntos favorables (respuesta abierta).
- Lo que falta (respuesta abierta).
- Lo que sobra (respuesta abierta).
- Se eligió de cada bloque la escala favorita de entre las propuestas.

Además, se recogieron variables sociodemográficas: sexo, edad y profesión.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.18.0. Las variables cuantitativas continuas se describen como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fue normal. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud, dependiendo de sus condiciones de aplicación. Se ha considerado significativo en todos los test realizados un nivel de confianza del 95 % ($p < 0,05$).

Este proyecto cumple con los requisitos éticos y legales vigentes, incluidos los derivados de la protección de datos de carácter personal, como son el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La gestión de datos fue anonimizada desde el inicio y no hay posibilidad de reidentificación.

Resultados

Participaron en la encuesta 36 pacientes con diagnóstico de COVID persistente, de los que el 86,1 % fueron mujeres, frente al 13,9 % de varones. La edad media fue de 43,25 años (DE 6,90). El 44,4 % de los participantes eran profesionales sanitarios; el resto (55,6 %) tenían otras profesiones no relacionadas con la sanidad.

La mayoría de preguntas eran abiertas, con respuestas cualitativas, de manera que los encuestados tenían que describir la parte positiva y lo que faltaba y sobraba de cada una de las escalas.

En la [tabla 1](#) se resumen los puntos fuertes y débiles que los encuestados consideraron tras cumplimentar cada una de las escalas, así como la puntuación media que se otorgó a cada una de ellas.

La [figura 1](#) refleja los resultados en cuanto a la escala preferida para cada uno de los bloques de síntomas. La edad, el sexo y la profesión no influyeron de forma significativa en la elección de una escala u otra dentro de cada uno de los 8 bloques.

Para valorar la calidad de vida se presentaron tres cuestionarios: el SF-36⁶, el Euro QoL-5D⁷ y el QLQ-C30⁸. El mejor valorado fue el SF-36, con una media de 7,92 (DE 1,18), y fue el preferido por el 59 % de los participantes; consideraron que es un cuestionario completo, que refleja bastante bien el estado de salud de los pacientes. El peor puntuado fue el Euro QoL-5D, con una nota media de 5,19 (DE 2,23), por ser demasiado general y poco concreto para valorar los síntomas de COVID persistente.

La predilección en cuanto a escalas para medir el dolor fue: 47 % Escala Española de Gradación del Dolor Crónico⁹; 28 % cuestionario *Brief Pain Inventory*¹⁰; 17 % el cuestionario de dolor McGill¹¹; 8 % ninguna de las anteriores. Aunque no se alcanzó la significación estadística, el 65 % de los afectados que eran sanitarios preferían la Escala Española de Gradación del Dolor Crónico frente al 35 % de los no sanitarios. El cuestionario de dolor McGill fue percibido como complejo de cumplimentar por los pacientes.

Las escalas de valoración de disnea¹² propuestas fueron la escala *Modified Medical Research Council* (mMRC) y la escala de Borg. La mMRC fue valorada con una puntuación media de

Tabla 1 – Comentarios en relación a las diferentes escalas

Grupo de síntomas	Escala	Puntuación media		Puntos favorables	Lo que falta	Lo que sobra
		Media	DE			
Calidad de vida	SF 36	7,92	1,18	<ul style="list-style-type: none"> Muy completa. 4 semanas de valoración de síntomas. Refleja el estado de salud y las limitaciones físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas no son constantes, fluctúan en el tiempo, puede que la secuencia no sea mensual. Introducir preguntas de estado de salud previo a la infección y sobre cansancio mental, no solo físico. No valora actividad deportiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Nada. La parte emocional es muy repetitiva.
	Euro Qol-5D	5,19	2,23	<ul style="list-style-type: none"> Sencilla y rápida. Escala analógica visual Permite comparación con la fase previa a la infección. Útil para fase aguda 	<ul style="list-style-type: none"> Demasiado general, evalúa los síntomas en un día, no permite valorar las fluctuaciones. No permite comparar con el pasado. Poco precisa en algunas preguntas. No valora actividad deportiva 	<ul style="list-style-type: none"> Muy escueta. Poco precisa. Faltan detalles por preguntar.
	EORTC QLQ-C30	6,94	1,64	<ul style="list-style-type: none"> Sencilla. Permite una evaluación general del enfermo durante una semana. Precisa y completa. Valora aspecto físico y mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Evalúa solamente una semana, por lo que no es compatible con el perfil de COVID persistente. No valora actividad deportiva. A las respuestas de las ocho primeras preguntas, se debería de añadir "a veces". 	<ul style="list-style-type: none"> Nada Formato confuso. Confusión entre la pregunta 8 y 12.
Dolor	Escala Española de Gradación del Dolor Crónico	7,08	1,71	<ul style="list-style-type: none"> Permite valoración de hasta 6 meses. Relaciona dolor con incapacidad y valora bien la cronicidad. Fácil de cumplimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> Nada. No valora actividad deportiva. No permite una valoración detallada del dolor (localización, evolución, consumo de analgésicos) 	<ul style="list-style-type: none"> Nada. El dolor fluctúa por lo que es difícil de valorar en un punto de corte.
	Mc Gill	5,44	2,12	<ul style="list-style-type: none"> Muy completa. Precisa, concreta y corta. Evalúa bien aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> Mide un momento puntual, no sirve para valorar síntomas fluctuantes. No tiene en cuenta el consumo de analgésicos y su efecto sobre el dolor. Difícil de comprender. 	<ul style="list-style-type: none"> Compleja, con tecnicismos.
	Brief Pain Inventory	6,08	2,30	<ul style="list-style-type: none"> Muy completa, valora: tipo de dolor, incapacidad, respuesta a tratamiento. Localiza el dolor y recoge todas las dimensiones de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Traducción en español. Valora 24 horas. No permite valorar todos los dolores solamente uno en concreto. 	<ul style="list-style-type: none"> Nada. Difícil localizar el dolor articular en el dibujo.
Disnea	Escala mMRC	7,50	1,76	<ul style="list-style-type: none"> Fácil y rápida de responder. Relaciona la disnea con actividad física. Buena estratificación de la disnea. 	<ul style="list-style-type: none"> Le faltan algunas actividades en que se presenta la disnea (durmiendo, en reposo, etc.) No recoge las fluctuaciones diarias. Mayor gradación (5 estadios parecen pocos) Relacionar la aparición de disnea con parámetros objetivos (Sat O2, frecuencia respiratoria, distress...) 	<ul style="list-style-type: none"> Nada
	Escala de BORG	4,44	2,06	<ul style="list-style-type: none"> Corta y fácil. Mayor gradación de la disnea. 	<ul style="list-style-type: none"> No relacionada con actividad con la que se presenta la disnea. Demasiado escueta. Difícil de cuantificar. 	<ul style="list-style-type: none"> Escasa Difícil diferenciar entre los diferentes grados de disnea
Fatiga	MFIS	7,53	1,78	<ul style="list-style-type: none"> Único formulario para evaluar fatiga mental, emocional y física Evolución a un mes (cubre recaídas) 	<ul style="list-style-type: none"> Ítems que incluyan comparación con el estado previo del paciente Ítems que incluyan desencadenantes 	<ul style="list-style-type: none"> Nada

Tabla 1 – (Continuación) Comentarios en relación a las diferentes escalas

Grupo de síntomas	Escala	Puntuación media		Puntos favorables	Lo que falta	Lo que sobra
		Media	DE			
Ejercicio físico	IPAQ	5,25	2,14	<ul style="list-style-type: none"> Indicador muy fiable de la capacidad física en todos sus elementos (eficiencia cardiovascular, fuerza muscular, velocidad) Mide en METS 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar el período del cuestionario a 4 semanas Ítems que hagan referencia a la situación previa Ítems para pacientes con gran estado de forma previo, o al contrario, con mala capacidad física previa al evento 	<ul style="list-style-type: none"> Nada
	Escala Global de Actividad Física	6,36	2,21	<ul style="list-style-type: none"> Similar a IPAQ, pero se ajusta más en la evaluación del tiempo, con indicaciones y preguntas más claras y concretas. Valora diferentes niveles ocupacionales 	<ul style="list-style-type: none"> Similar a IPAQ 	<ul style="list-style-type: none"> Algo larga
Trastornos del sueño	Escala de Oviedo	7,86	1,29	<ul style="list-style-type: none"> Completa y fácil de rellenar. Preguntas fácilmente comprensibles y adecuadas. Valoración subjetiva completa tanto de insomnio como de hipersomnia. Fácil de entender en caso de ser autoadministrado 	<ul style="list-style-type: none"> No pregunta por síntomas que puedan estar en relación con el insomnio o calidad de sueño: dificultad respiratoria, piernas inquietas, etc. No aborda causas: conciliación, despertares frecuentes, sueños vividos/pesadillas. No compara con la situación previa a la COVID-19 Evalúa sólo un mes. 	<ul style="list-style-type: none"> Nada
	Índice de gravedad del insomnio	5,69	2,15	<ul style="list-style-type: none"> Sencilla Corta Autoadministrada Refleja la incapacidad que conlleva el insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> No aborda síntomas. No se refiere a periodos de tiempo No muestra efectos en la calidad de vida. No aporta información evolutiva 	<ul style="list-style-type: none"> Nada
	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	7,94	1,41	<ul style="list-style-type: none"> Completa y detallada. Aborda tanto la calidad del sueño cómo sus causas. Autoadministrada. Interviene la pareja o conviviente. Más detallada en cuanto a causas y síntomas que cuestionario de Oviedo. 	<ul style="list-style-type: none"> Evalúa el último mes No compara con situación previa a padecer COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Nada

.../...

7,50 (DE 1,76) y fue la elegida por el 92 %; sin embargo, ningún paciente eligió la escala de Borg por considerarla demasiado escueta y general.

En el caso de la fatiga, únicamente se seleccionó una herramienta, la Escala Modificada del Impacto de Fatiga (*Modified Fatigue Impact Scale*, MFIS)¹³, por su amplio uso en múltiples enfermedades crónicas, ser sencilla y breve. El 75 % de los participantes la valoró con una nota mayor o igual a 7; el 17 % no la eligió como escala de referencia para medir fatiga por ser poco completa, valorar más el impacto en la calidad de vida que la propia fatiga o por el formato del cuestionario.

Las puntuaciones medias para las escalas de valoración del ejercicio físico fueron inferiores a 7: 6,36 (DE 2,21) en el caso de la escala global de actividad física¹⁴ y 5,25 (DE 2,14) en la escala IPAQ¹⁵. Un 33 % de los encuestados no eligió ninguna de las escalas propuestas.

En cuanto a las escalas de valoración del sueño¹⁶, la preferida por el 58 % de los encuestados fue el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)¹⁷, seguida por la Escala de Sueño de Oviedo¹⁸ (33 %). Estos porcentajes varían en función de la profesión, de manera que el 50 % de los sanitarios preferían la escala de Sueño de Oviedo, 43,8 % el PSQI y el 6,3 % ninguna; frente a los no sanitarios: 70 % PSQI; 20 % escala de Sueño de Oviedo y 10 % el índice de gravedad del insomnio¹⁹ (p= 0,059).

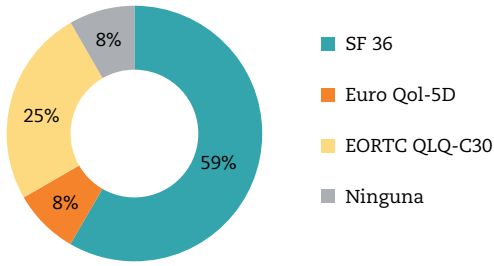
De las tres escalas para la valoración de los trastornos emocionales la Escala de Ansiedad-Depresión hospitalaria (HAD)²⁰ fue la que obtuvo puntuación más alta, 6,72 (DE 2,02), y fue elegida como favorita por el 53 % de los participantes. La escala EVEA²¹ no fue elegida por ninguno de los pacientes y un 25 % no se sentía identificado por ninguna de ellas.

Para estudiar las alteraciones cognitivas fue muy bien valorado el cuestionario modificado de fallos de memoria en la vida cotidiana (CFE-30)²², con una puntuación de 8,47 (DE 1,18);

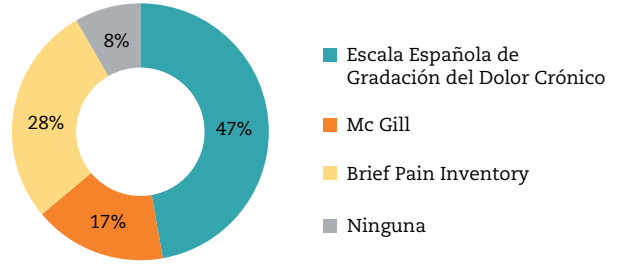
Tabla 1 – (Continuación) Comentarios en relación a las diferentes escalas

Grupo de síntomas	Escala	Puntuación media		Puntos favorables	Lo que falta	Lo que sobra
		Media	DE			
Trastornos del ánimo	Escala EVEA	4,92	1,90	<ul style="list-style-type: none"> • Completa, rápida y sencilla de responder. • Permite evaluar estados emocionales y no trastornos psicológicos. • Escala tipo Likert con varias opciones de respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Items que hagan referencia al estado emocional previo de la persona. • Solo evalúa el estado actual de sus emociones, no tiene en cuenta la fluctuación de los síntomas. • Evalúa emociones simples, necesidad de incluir conceptos más complejos como el sentimiento de estigmatización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Los sentimientos y adjetivos utilizados en ocasiones los consideran inadecuados.
	Escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD)	6,72	2,02	<ul style="list-style-type: none"> • Sencilla, corta y completa • Preguntas bien formuladas y definidas, con ejemplos y gradación en cuanto a frecuencia. • Cualitativa, mide diferentes estados emocionales, en diferentes situaciones. • Valora espacio de tiempo más amplio 	<ul style="list-style-type: none"> • Horizonte de tiempo más amplio que refleje las fluctuaciones de síntomas en el tiempo. • Comparativa con estado previo a COVID. • Incluir preguntas sobre: relación y apoyos sociales, sentimientos en relación a recaídas, cambios emocionales (llanto, ira, alegría) frustración y autoexigencia. • Valorar si el estado anímico se debe al malestar generado por la enfermedad orgánica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada
	Escala de ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	5,25	2,75	<ul style="list-style-type: none"> • Valora por separado ansiedad y depresión, por lo que facilita la identificación y trabajo posterior. • Rápida y sencilla de contestar. • Valora el estado emocional de las dos últimas semanas y no solo el actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Categórica, sólo dos opciones de respuesta: sí/no. • No permite evaluar la intensidad de las preguntas. • Demasiado breve. • Incluye síntomas físicos que pueden venir derivados del virus y no del estado de ánimo. • Ítems que hagan referencia al estado anímico previo • Preguntas que incluyan aspectos físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada
Alteraciones cognitivas	MoCA	6,39	2,53	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreo global de capacidades cognitivas. • Más completo a nivel de otras capacidades, no solo atencionales, que en las otras dos escalas. • Puntuación objetiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más ítems de procesos atencionales. • Preguntas sobre la afectación de las dificultades cognitivas en su día a día. • Valorar la fluctuación a lo largo del tiempo. • Necesidad de un profesional para su aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algo compleja
	TMT	4,36	2,22	<ul style="list-style-type: none"> • Centrada en evaluar procesos atencionales y la velocidad de procesamiento. • Fácil de realizar y breve. • Objetiva y baremada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena opción como complementaria a otra prueba; por sí sola falta valorar las demás capacidades cognitivas. • Valorar la fluctuación a lo largo del tiempo. • Preguntas sobre la afectación en su día a día. • Necesidad de un profesional para su aplicación. 	
	Modificación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (CFE-30)	8,47	1,18	<ul style="list-style-type: none"> • Muy completa, identifica muy bien la situación del COVID persistente. • Sencilla y con preguntas concretas. • Objetiva: incluye memoria, concentración, comprensión. • Tiene en cuenta la percepción y descripción personal en los fallos de memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complementar con la escala MoCA • Comparativa con situación cognitiva previa a la enfermedad. • Evolución en el tiempo • Valorar: atención general, otras funciones neurológicas, incluir tareas cotidianas (escribir, conducir, cocinar), bradipsiquia, ejercicios de cálculo, planificación, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algo extensa

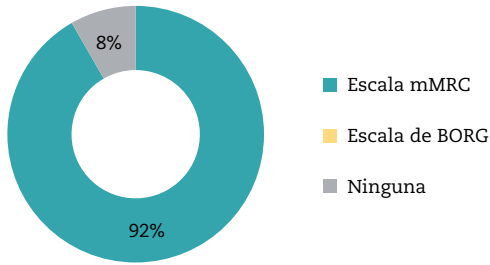
Calidad de vida



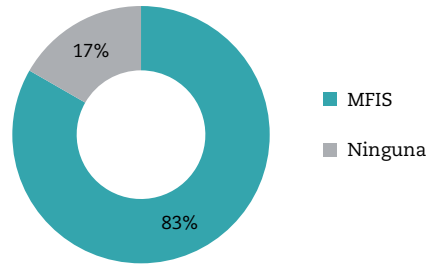
Dolor



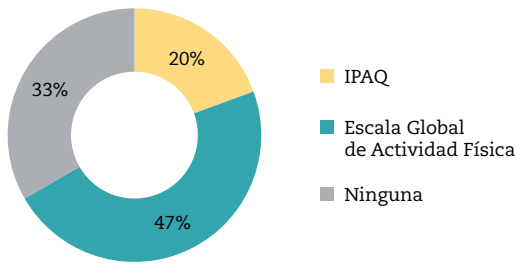
Disnea



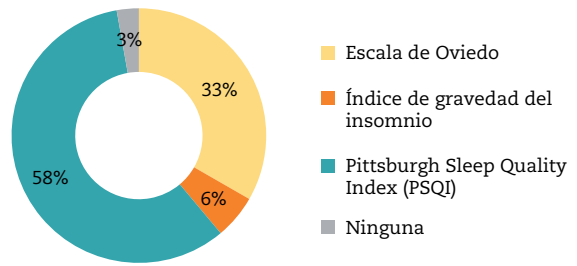
Fatiga



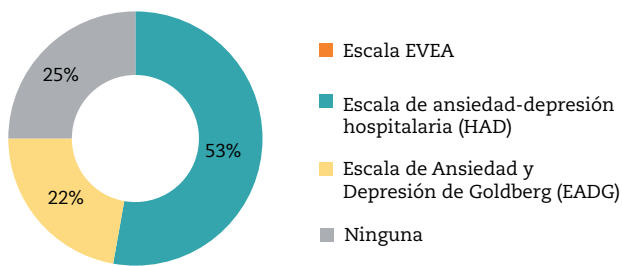
Ejercicio



Trastornos del sueño



Trastornos del ánimo



Alteraciones cognitivas

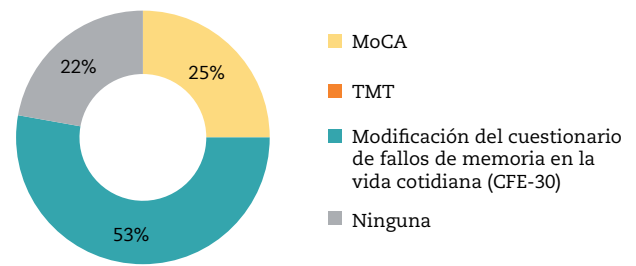


Figura 1 – Escalas seleccionadas

muchos comentarios sugerían que sería interesante combinarlo con parámetros de la escala MoCA²³. La escala TMT²⁴ no fue elegida como favorita por ninguno de los encuestados y un 22 % no eligió ninguna de las escalas propuestas.

Comentario

Se estima que más del 10 % de los pacientes que han sufrido COVID-19 presentan síntomas persistentes a lo largo del tiempo, que limitan en gran medida su calidad de vida y suponen un importante impacto sociosanitario¹⁻⁴.

La mayoría de síntomas que con mayor frecuencia describen los pacientes afectados por esta entidad, denominada COVID persistente o *Long COVID*, son subjetivos y difíciles de cuantificar y objetivar a través de las pruebas diagnósticas, por lo que es necesario contar con herramientas que ayuden a los profesionales a valorar esta patología y que además facilite a los pacientes la comunicación con los sanitarios. En este momento no existen cuestionarios o escalas que sean capaces de valorar los síntomas de COVID persistente de forma global, por lo que se ha intentado seleccionar instrumentos de medición que sirvan para estudiar los síntomas más importantes de forma más objetiva.

En la actualidad el modelo de relación médico-paciente se basa en el principio de autonomía²⁵, por el que la opinión del paciente es muy importante en la toma de decisiones, que debe de ser compartida; por ello la opinión de los pacientes afectados por COVID persistente se consideró clave a la hora de elegir las escalas que más se ajustaran a sus necesidades.

Para el presente estudio se consiguió recoger la opinión de casi 40 pacientes afectados por la enfermedad, con un perfil clínico similar al descrito (mujeres de edad media en torno a los 40-45 años⁴, con diferente punto de vista, sanitario y no sanitario). Ni el sexo ni la edad de los pacientes influyó de forma significativa en el sentido y la opinión vertida acerca de las diferentes escalas.

En contra de lo que se podría pensar, de forma general los pacientes pertenecientes al colectivo de sanitarios compartían opiniones respecto a la utilidad de las escalas con los pacientes que nada tenían que ver con la sanidad. En los bloques sintomáticos de dolor y trastornos del sueño las respuestas entre sanitarios frente a las de no sanitarios sí que eran más dispares, pero sin alcanzar la significación estadística; los posibles motivos se describen más adelante, en un apartado específico según el síntoma a tratar.

Aunque las escalas y cuestionarios planteados miden bloques sintomáticos diferentes, se pueden extraer conclusiones transversales y comunes que pueden aplicarse a la hora de elaborar una escala integral:

- Medir temporalidad. La escala debe de medir la evolución de los síntomas en un largo periodo de tiempo, ya que los enfermos afectados por COVID persistente presentan síntomas tras haber pasado más de 6 meses desde el episodio agudo¹⁻⁴.
- Valorar fluctuaciones. De forma característica presentan síntomas intermitentes que fluctúan a lo largo del tiempo, incluso en un mismo día.
- Comparar las diferencias clínicas existentes a la situación previa antes de padecer la COVID-19.

- Englobar todos sus síntomas de forma específica y desde diferentes puntos de vista y situaciones.
- Utilizar lenguaje comprensible.
- Escala sencilla y rápida de cumplimentar.

A continuación, se comentan las escalas por bloques sintomáticos:

Calidad de vida

El cuestionario SF-36⁶ obtuvo gran aceptación, con una puntuación media de casi 8; fue la escala de calidad de vida favorita de 2 de cada 3 de los encuestados. Consideran que resume bastante bien la situación de salud de los pacientes afectados, ya que ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona, con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar y a su vez es sencillo de evaluar por el clínico.

Dolor

La Escala Española de Gradación del Dolor Crónico⁹ fue la más valorada, sobre todo entre los profesionales sanitarios. Seguramente se deba a que los sanitarios dan mayor importancia a la valoración integral del dolor que hace esta escala, pues mide su influencia en todos los ámbitos: vida diaria, ocio, social, familiar, sin olvidar la repercusión en las actividades laborales. Además, compara el nivel de dolor en el momento actual con respecto al referido en los tres últimos meses, algo muy importante teniendo en cuenta la persistencia de los síntomas en los pacientes con COVID persistente.

Disnea

La escala mMRC¹² fue bien valorada. La mayoría de los encuestados la escogieron, aunque les parecía algo sencilla. La escala de Borg¹² no fue elegida por nadie. Ante este resultado los autores creen que hubiera sido interesante incluir otras escalas de disnea que pudieran ajustarse mejor a la valoración de este síntoma por los pacientes con COVID persistente.

Fatiga

La mayoría de pacientes coinciden con los autores en que la MFIS¹³ es una buena escala para medir la fatiga asociada a su enfermedad; sin embargo, cerca de una quinta parte no la escogió para ello.

Ejercicio físico

La escala más aceptada fue la Escala Global de Actividad Física¹⁴, pero sin llegar a alcanzar una puntuación media de 7. Hay que destacar que más de la tercera parte de los encuestados no se siente identificado con ninguna de las dos propuestas, por lo que sería interesante buscar una alternativa o bien elaborar una propia que mida las limitaciones para el ejercicio físico en los pacientes con COVID persistente.

Trastornos del sueño

Aunque el cuestionario preferido por más de la mitad de los encuestados es el PSQI¹⁷, su puntuación es muy similar a la de la Escala de Oviedo¹⁸. Esta está diseñada para ser hetero

administrada, aunque, dada su sencillez, se ha utilizado en muchos ámbitos también de manera autoadministrada; quizá su redacción, pensada idealmente para que la llevase a cabo un profesional sanitario, hace que esta escala sea preferida entre los sanitarios del estudio. Sin embargo, el cuestionario PSQI es bastante sencillo, diseñado para ser autoadministrado y bien valorado por los pacientes con problemas de sueño en revisiones previas, y parece que esta tendencia también se cumple con los pacientes encuestados. El Índice de Gravedad del Insomnio¹⁹ no fue elegido por ningún paciente, probablemente porque no está diseñado para detectar problemas del sueño, sino para valorar la gravedad una vez detectados dichos problemas.

Trastornos emocionales

La escala elegida por más de la mitad de los participantes fue la HAD²⁰, ya que no incluye síntomas somáticos que pueden estar más relacionados con la sintomatología física de la enfermedad. A los encuestados les preocupa que las escalas propuestas no sean capaces de discernir si su estado anímico se asocia al disconfort generado por la enfermedad orgánica o se trata de un trastorno psicológico. Además, estas escalas solo se centran en ansiedad y depresión, sin estudiar otros estados emocionales como la frustración, la ira... Se debe destacar que una cuarta parte de los encuestados no eligió ninguna de las escalas analizadas.

Alteraciones cognitivas

El cuestionario CFE-30²² fue el único de los propuestos que superó la puntuación media de 8, con comentarios muy positivos, ya que se ven reflejados en el mismo para caracterizar sus problemas de falta de memoria en su vida diaria. Sugieren que la valoración perfecta sería una combinación del autocuestionario CFE-30 y la escala estandarizada MoCA²³. Aun así, cerca de la cuarta parte tampoco eligió ninguna de ellos, ya que las pruebas no se ajustan a su rango de edad ni reserva cognitiva.

Conclusiones

Aunque los encuestados coinciden bastante en el contenido de sus respuestas, el estudio hubiera tenido mayor validez estadística si la muestra hubiera sido más amplia; no obstante, dado el objetivo propuesto, exploratorio de la experiencia del paciente, creemos que la información tiene gran relevancia clínica para la valoración de la utilidad clínica de las escalas.

Tras analizar los resultados, pensamos que hubiera sido interesante disponer de alguna escala más para valorar en alguno de los bloques sintomáticos como el de disnea. Por otra parte, la alta dedicación que requería cubrir la encuesta sin duda aporta un sesgo de selección hacia un paciente más proactivo y con unas características concretas que le convierten en poco representativo de la globalidad de los afectados. Esto no resta valor a las conclusiones cualitativas y exploratorias obtenidas, sino que indica la necesidad de una valoración cuidadosa del paciente en el que se apliquen; por otra parte, el hecho de representar a la tipología media del paciente de la encuesta de síntomas garantiza cierta representatividad de los encuestados.

Son pocas las escalas con las que los pacientes se sienten totalmente identificados, que expresan perfecta e íntegramente su sintomatología. Los profesionales sanitarios que intervienen en la atención a los pacientes con COVID persistente con la colaboración estrecha de los pacientes afectados deben de trabajar para elaborar una escala específica e integral que se adapte a sus necesidades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización de 15 de enero 2021. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet] [acceso 5 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F; for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group.. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020; 324: 603-5.
3. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. MedRxiv. 2020. [Internet]. [acceso 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.12.24.20248802>
4. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. COVID-19 persistente. Encuesta [Internet]. [acceso 27 de enero de 2021] Disponible en: https://www.semg.es/images/2020/Noticias/20201111_Resultados_Encuesta_COVID_Persistente.pdf
5. Luján-Tangarife J, Cardona-Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Arch Med. 2015; 11: 1-10.
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473-83.
7. EuroQol Group. EuroQol a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990; 16: 199-208.
8. Fayers P, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQC30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Eur J Cancer. 2002; 38: S125-33.
9. Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Pain. 1993; 11S6.
10. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. Eu J Psychol Assessment. 1994; 10: 145-51.
11. Badia X, Muriel C, Gracia A, Nunez-Olarte JM, Perulero N, Galvez R, et al. Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. Med Clin (Barc). 2003; 120: 52-9.
12. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012; 185: 435-52.
13. Kos D, Kerckhofs E, Carrea I, Verza R, Ramos M, Jansa J. Evaluation of the Modified Fatigue Impact Scale in four different European countries. Mult Scler 2005; 11: 76-80.

14. Herrmann SD, Heumann KJ, Der Ananian CA, Ainsworth BE. Validity and reliability of the global physical activity questionnaire (GPAQ). *Meas Phys Educ Exerc Sci.* 2013; 17: 221-35.
15. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36: 556-98.
16. Lomeli HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, González-Reyes R, Palacios L, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36: 50-9.
17. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res.* 1989; 28: 193-213.
18. Bobes J, González MP, Ayuso JL, Gibert J, Sáiz J, Vallejo J, Rico F, Oviedo. Sleep Questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleep disorders. *European Neuropsychopharmacology* 1998; 8 (Suppl 2): S162.
19. Fernandez-Mendoza J, Rodríguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun L, Bixler E, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep Med.* 2012; 13: 207-10.
20. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002; 52: 69-77.
21. Sanz J. Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La "Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001; 111: 71-110.
22. García J, Sánchez-Canovas J. Adaptación del Cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Bol Psicol.* 1994; 43: 89-107.
23. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 695-9.
24. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills.* 1958; 8: 271-6.
25. Sánchez-Caro J. Configuración actual de la relación clínica. *Rev Adm Sanit* 2004; 2: 433-61.