

ORIGINAL

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19



B. Ayuso García^{a,*}, A. Pérez López^b, Y. Besteiro Balado^b, E. Romay Lema^a,
M.J. García País^a, Á. Marchán-López^c, A. Rodríguez Álvarez^b, J. Corredoira Sánchez^a
y R. Rabuñal Rey^a

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal de Morforte de Lemos, Morforte de Lemos, Lugo, España

Recibido el 19 de octubre de 2021; aceptado el 4 de enero de 2022

Disponible en Internet el 17 de enero de 2022

PALABRAS CLAVE

SARS-CoV-2;
COVID-19 persistente;
Síndrome postagudo
COVID-19;
Calidad de vida;
EQ-5D

Resumen

Introducción: La presencia de síntomas tras la infección aguda por SARS-CoV-2 es frecuente y tiene impacto en la calidad de vida de los pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar su calidad de vida después de la COVID-19 y determinar los factores de riesgo para una peor percepción de esta.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal mediante encuesta telefónica efectuada a todos los pacientes con infección por el SARS-CoV-2 durante la primera onda epidémica tras 10 meses de seguimiento. Se excluyó a pacientes con deterioro cognitivo e institucionalizados. La principal variable evaluada fue la calidad de vida relacionada con la salud mediante la escala EQ-5D y sus índices, el EQ-EVA y el EQ-Health Index.

Resultados: Se obtuvieron un total de 443 respuestas. La media de edad de los pacientes incluidos fue 54 ± 16 años y el 38,4% de ellos fueron varones. El área más afectada fue la ansiedad/depresión (23,9%) y la movilidad (16,5%). La escala EQ-EVA global fue de $75,8 \pm 18,7$ y el EQ-Health Index global fue $0,884 \pm 0,174$. La puntuación EVA y el EQ-Health Index fueron significativamente menores en mujeres, mayores de 65 años, pacientes con comorbilidad y los que necesitaron ingreso hospitalario; estos grupos además tenían más esferas de la salud afectadas. La puntuación EVA fue más baja en la muestra que la media nacional, pero similar a la de la misma comunidad autónoma antes de la pandemia. Fueron factores de riesgo independientes para una puntuación EQ-Health Index menor el sexo femenino, haber estado ingresado y el nivel de estudios (estudios básicos).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blanca.ayuso90@gmail.com (B. Ayuso García).

Conclusión: Aunque la percepción de la salud tras la COVID-19 esté afectada, puede que no esté directamente relacionada con la pandemia. Existen perfiles de pacientes más susceptibles a tener una peor calidad de vida sobre los que podrían plantearse intervenciones.
© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

SARS-CoV-2;
Persistent COVID-19;
Post-acute COVID-19
syndrome;
Quality of life;
EQ-5D

Health-related quality of life in patients recovered from COVID-19

Abstract

Introduction: The presence of symptoms after acute SARS-CoV-2 infection is frequent and has an impact on patients' quality of life. The aim of this study is to assess the health-related quality of life of COVID-19 survivors and to ascertain which factors are related to worse results. *Methods:* An observational, cross-sectional study has been performed, using, a telephone survey that was administered to all patients with COVID-19 from the first pandemic wave in our healthcare area 10 months after the acute infection. Patients with dementia and nursing home residents were excluded. Health-related quality of life was assessed using the EQ-5D instrument and its índices EQ-VAS and EQ-Health Index.

Results: 443 answers were collected. Mean age was 54 ± 16 and 38.4% of patients were male. The most affected domain was anxiety/depression (23.9% of patients) and mobility (16.5%). Mean global EQ-VAS score was 75.8 ± 18.7 , and mean EQ-Health Index was 0.884 ± 0.174 . Both VAS and Health Index scores were lower in females, patients older than 65 years, patients with comorbidities, and those who needed hospital admission during the acute infection. VAS scores in our sample were lower than in the general Spanish population, but similar to the scores in our region prior to the pandemic. Female sex, hospital admission, and a lower educational status were independently associated to lower EQ-Health Index scoring.

Conclusion: While health self-perception is affected after COVID-19, this might not be directly related to the infection. There exist profiles of patients more prone to a worse quality of life in which interventions may be considered.

© 2022 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El SARS-CoV-2 es el responsable de la enfermedad conocida como COVID-19, una enfermedad que en su fase aguda afecta principalmente al sistema respiratorio pudiendo causar neumonía y fallo respiratorio¹. Tras la misma, se han detectado una serie de síntomas algunos de nueva aparición y otros que persistían tras esta fase, que se han englobado dentro del síndrome «post-COVID» o «COVID persistente»². Este cuadro, altamente heterogéneo, abarca desde síntomas físicos, como disnea o astenia, hasta síntomas neuropsiquiátricos como ansiedad o insomnio, y tiene un notable impacto en la calidad de vida en algunos pacientes^{3,4}.

Por este motivo, la comunidad científica puso pronto el foco en el mismo, iniciando programas de valoración, seguimiento y rehabilitación de los pacientes⁵. Debido a su etiología multifactorial y no bien identificada, no existe tratamiento dirigido y eficaz⁶.

Una herramienta ampliamente validada para la estimación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es el EuroQol 5D-5L (EQ-5D)⁷, que se ha utilizado previamente en otras enfermedades de espectro similar al síndrome postagudo COVID-19, como el síndrome de fatiga crónica⁸, y en otras enfermedades virales, como el virus Influenza⁹. Los datos poblacionales de EuroQol están disponibles y permiten hacer comparaciones entre poblaciones.

El objetivo del estudio fue describir la calidad de vida y la percepción de la salud de los pacientes que padecieron COVID-19 en la primera onda epidémica mediante el EQ-5D a los 10 meses tras el alta hospitalaria e identificar factores de riesgo de presentar un peor estado de salud percibido.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional y de corte transversal de todos los pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rT-PCR) en exudado nasofaríngeo desde marzo del 2020 hasta mayo del 2020 en el área sanitaria de Lugo. Se realizó una encuesta telefónica entre noviembre del 2020 y febrero del 2021 en la que se incluyó tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios. Se excluyó a aquellos pacientes con deterioro cognitivo, así como a los institucionalizados en residencias sociosanitarias.

Variables del estudio

Se revisó la historia clínica electrónica y se recogieron los antecedentes médicos más relevantes, la necesidad de ingreso hospitalario, así como la necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La variable principal evaluada fue la CVRS estimada mediante la escala EQ-5D¹⁰. Esta herramienta autoadministrada consta de 2 partes. La primera evalúa 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión) a través de preguntas con 5 posibles respuestas, que oscilan desde ningún problema hasta problemas graves. La segunda parte consta de una escala visual análoga (EQ-EVA), que evalúa la percepción global de la salud en una escala visual que va de 0 (peor estado posible) a 100 (mejor estado posible). A través de las respuestas de los participantes en cada esfera, se puede extrapolar el EQ-Health Index, un índice con unos valores de 0 a 1, siendo 0 la puntuación asignada a muerte y 1 el estado de salud perfecto. Finalmente, incluye algunas preguntas acerca de la situación laboral actual y el nivel de estudios. Para la realización del estudio se usaron, por un lado, el EQ-EVA y el EQ-Health Index y, por otro, se agruparon las respuestas de la encuesta en «Ningún problema» y «Cualquier problema».

Todos los participantes dieron su consentimiento informado tanto para realizar la encuesta, como para el uso de sus respuestas en el presente estudio. El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Santiago-Lugo (código 2019/245).

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar, las variables cualitativas como número y porcentaje ajustado. Para el análisis estadístico se usó el test de la t de Student o de Mann-Whitney para las variables cuantitativas, según correspondiera; para las cualitativas se usó el test de la chi al cuadrado. Se realizó un análisis multivariante por regresión logística mediante pasos hacia atrás. Se consideró significación estadística una $p < 0,05$. Se usó el paquete de datos estadístico SPSS 25 (IBM, Nueva York, EE. UU., 2017).

Resultados

Durante el periodo del estudio, hubo un total de 745 positivos, de los cuales 44 fallecieron. De los 701 positivos restantes, 165 no contestaron a la encuesta, bien porque declinaron participar en la misma, bien porque no se consiguió contactar. De los 536 contactados, se excluyó a 17 por deterioro cognitivo y 76 por estar institucionalizados (fig. 1).

Se obtuvieron un total de 443 respuestas (tasa de respuesta 72,8%). La encuesta fue administrada después de una media de 299 ± 23 días tras el diagnóstico. Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla 1. La media de edad fue de 54 ± 16 años, un 38,4% fueron varones y 190 (42,9%) tenían alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (27,8%). Requirieron ingreso hospitalario 87 pacientes (19,6%) y 10 (2,3%) ingreso en la UCI.

Del total de los pacientes, un 63,2% no reportó ningún problema de salud o síntoma a los 10 meses del seguimiento. En el 36,8% restante, los problemas más frecuentes detectados fueron en la esfera de ansiedad/depresión (23,9%) y en la movilidad (16,5%). La escala EQ-EVA global fue de

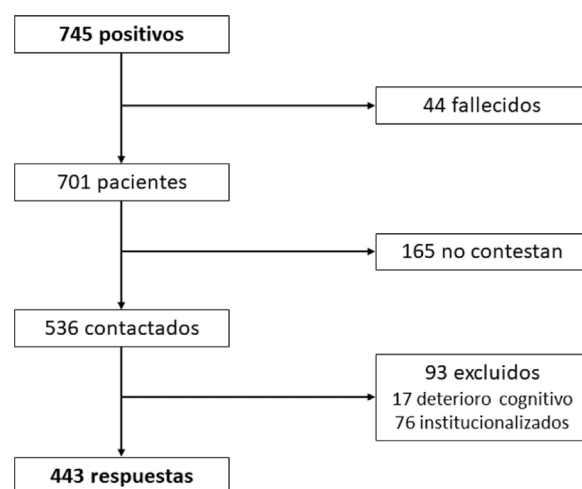


Figura 1 Diagrama de flujo de los pacientes del estudio.

Tabla 1 Características basales y resultados globales de la encuesta EQ-5D

n (%)	N = 433
<i>Edad, años (media ± DE)</i>	54 ± 16
<i>Mayores de 65 años</i>	120 (27,0%)
<i>Sexo (varón)</i>	170 (38,4%)
<i>Hipertensión arterial</i>	123 (27,8%)
<i>Diabetes mellitus</i>	57 (12,9%)
<i>Broncopatía</i>	50 (11,3%)
<i>Cardiopatía</i>	27 (6,1%)
<i>Enfermedad renal crónica</i>	7 (1,6%)
<i>Inmunosupresión</i>	15 (3,4%)
<i>Cáncer</i>	11 (2,5%)
<i>Alguna comorbilidad</i>	190 (42,9%)
<i>Ingreso hospitalario</i>	87 (19,6%)
<i>Ingreso en a UCI</i>	10 (2,3%)
<i>Situación laboral</i>	
Empleado	266 (60,0%)
Retirado/jubilado	140 (31,6%)
Tareas domésticas	11 (2,5%)
Otros	26 (5,9%)
Sanitarios	166 (37,5%)
<i>Nivel de estudios completados</i>	
Leer y escribir	25 (5,6%)
Elementaria	153 (34,5%)
Secundaria	126 (28,4%)
Universitarios	139 (31,4%)
<i>Resultados EQ</i>	
Cualquier problema movilidad	73 (16,5%)
Cualquier problema en el cuidado personal	10 (2,3%)
Cualquier problema en el desarrollo de las actividades cotidianas	52 (11,7%)
Cualquier dolor/molestia	59 (13,3%)
Cualquier nivel de ansiedad/depresión	106 (23,9%)
<i>EQ-EVA (media ± DE)</i>	75,8 ± 18,7
<i>EQ-Health Index (media ± DE)</i>	0,884 ± 0,174

DE: desviación estándar.

75,8 ± 18,7 y el EQ-Health Index global fue 0,884 ± 0,174 (tabla 1).

Se realizaron varios análisis por subgrupos (tabla 2). Comparando por sexo, las mujeres presentaron más tasa de dolor (17,9% vs. 5,9%; $p < 0,001$) y ansiedad/depresión (27,8% vs. 17,6%; $p = 0,014$) que los hombres, a pesar de que tenían menor porcentaje de mayores de 65 años, de comorbilidades y de ingreso hospitalario y en la UCI.

Tanto el grupo de mayores de 65 años como el grupo con alguna comorbilidad tuvieron de forma estadísticamente significativa mayor tasa de problemas en la movilidad y en el cuidado personal comparados, respectivamente, con los más jóvenes y con los que no tenían comorbilidades. Los pacientes ingresados tuvieron más problemas de movilidad (41,4% vs. 10,4%; $p < 0,001$), de cuidado personal (10,3 vs. 0,3%; $p < 0,001$) y en el desempeño de las actividades cotidianas (21,8% vs. 9,3%; $p = 0,001$) respecto a los que no ingresaron. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar sanitarios frente a no sanitarios en ninguna de las esferas. La puntuación EVA y el EQ-Health Index fueron significativamente menores en las mujeres, los mayores de 65 años, los pacientes con comorbilidad y los que necesitaron ingreso (fig. 2). Dentro del grupo de pacientes con comorbilidad se observó una relación lineal entre el número de comorbilidades y una peor puntuación EVA y en el EQ-Health Index. Respecto al tipo de comorbilidad, los pacientes con cardiopatía y neumopatía presentaron, significativamente, peor puntuación en ambas escalas respecto a los que no las presentaban.

Respecto a los valores nacionales reportados en el último informe del Instituto Nacional de Estadística (INE), el EQ-EVA de la muestra fue más bajo que la media nacional, pero similar al reportado en la comunidad autónoma de Galicia. Respecto a la tasa nacional, los pacientes del estudio tenían más problemas de la movilidad y de ansiedad o depresión. Respecto a los datos de la comunidad, los pacientes tenían menos problemas en todas las esferas excepto en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión. Al comparar por grupos de edad, el EQ-EVA de la muestra fue más bajo en todos los grupos de edad respecto a los valores nacionales hasta los 65 años; por encima de esa edad, los valores en el estudio fueron superiores. Sin embargo, los valores fueron cercanos a los reportados en la misma comunidad autónoma (tabla 3) (fig. 3).

Se realizó un análisis multivariante de aquellos factores que condicionaban una peor puntuación en el EQ-Health Index. El sexo femenino (OR 3,24, intervalo de confianza del 95% [IC del 95%]: 2,02-5,20; $p < 0,001$), tener estudios primarios o más bajos (OR 3,71, IC del 95%: 2,17-6,35; $p < 0,001$) y la necesidad de ingreso (OR 2,44, IC del 95%: 1,60-3,73; $p < 0,001$) fueron factores independientes para tener una peor puntuación en el EQ-Health Index.

Discusión

Se ha realizado una evaluación sistematizada de la calidad de vida de los pacientes 10 meses después de la enfermedad COVID-19, a través de la escala EQ-5D. Esta herramienta ha demostrado su utilidad en estudios previos para describir la calidad de vida de los pacientes a través de la medida de la percepción de salud^{7,11}.

En el presente estudio la afectación en alguna de las esferas fue poco frecuente, estando asintomáticos alrededor del 60% de los pacientes. Un estudio español¹² y otro en Francia¹³ reportaron tasas similares de asintomáticos (en torno al 50%) a los 7 y 4 meses de seguimiento respectivamente. Otro estudio encontró un 56,3% de pacientes con síntomas un mes tras el alta, si bien el 71,2% del total regresó a su situación de salud previa a los 4 meses¹⁴. De acuerdo con esto, aunque es posible que puedan presentarse síntomas tras la infección aguda, no todos los pacientes resultan afectados. Además, la tasa de sintomáticos puede disminuir a lo largo del seguimiento.

Respecto a los pacientes con algún tipo de síntoma, la esfera más afectada era la ansiedad y la depresión. El EQ-EVA y EQ-Health Index de la muestra fue inferior a los observados en un estudio realizado en China¹⁵, pero ese estudio se realizó a través de redes sociales y la confirmación de la infección y su curso clínico no podían confirmarse. Estos datos son similares a los de una cohorte en Francia¹⁶, que incluía los valores de pacientes hospitalizados 3 meses tras el alta. Comparando las puntuaciones con las de estudios realizados en pacientes con síndrome de fatiga crónica, parece que los pacientes del estudio estaban menos afectados: un estudio en 2015 con 105 pacientes con dicho síndrome reportó un EQ-Health Index de $0,469 \pm 0,031$, siendo de $0,884 \pm 0,174$ en el presente estudio⁸.

Las mujeres presentaron más tasas de dolor y ansiedad/depresión a pesar de ser menos añosas, tener menos comorbilidad y aparentemente una infección aguda menos complicada. Una mayor afectación del sexo femenino ha sido ya descrita en pacientes ingresados por COVID-19¹⁷, así como en pacientes con síndrome de fatiga crónica¹⁸. Por otro lado, las mujeres suelen presentar peores puntuaciones respecto a los hombres en informes previos¹⁹⁻²¹, por lo que una peor puntuación probablemente obedezca a la presencia de otros factores más allá del síndrome postagudo COVID-19.

Los pacientes mayores de 65 años, con comorbilidad y aquellos que precisaron ingreso, tuvieron peores puntuaciones en movilidad, cuidado personal y desempeño de actividades cotidianas, así como peores puntuaciones en el EQ-EVA y en EQ-Health Index. Este resultado ya ha sido señalado por otros autores¹⁵. Es importante realizar un adecuado seguimiento y ofrecer asistencia en estos casos, ya que probablemente su funcionalidad esté afectada a corto y medio plazo.

Al comparar los datos del estudio con la media nacional, estos mostraron menos puntuación en el EQ-EVA, pero fueron similares a los observados en la misma comunidad autónoma previamente a la pandemia²². Aunque la percepción de la salud sea peor que la media nacional, puede que no esté directamente relacionada con la pandemia y que ya fuese peor antes de la misma. Por otro lado, los pacientes presentaron una mayor tasa de problemas con relación a la ansiedad/depresión, tanto comparándolos a nivel nacional como a nivel de la comunidad²², pero no disponemos de los datos concretos previo a la pandemia en esta área sanitaria.

Solo el sexo femenino, la necesidad de ingreso y el nivel de estudios fueron factores de riesgo para una peor calidad de vida percibida. Como ya se ha señalado previamente, el sexo femenino ya ha sido puesto en relación con peor CVRS. Por otro lado, un nivel de estudios bajo es, según informes

Tabla 2 Resultados de la encuesta EQ-5D por subgrupos

	Sexo			Edad			Comorbilidad			Necesidad de ingreso		
	Varón	Mujer	P	>65 años	< 65 años	P	Si	No	P	Si	No	p
<i>Sexo (varón)</i>	NA	NA	NA	57 (47,5%)	113 (35,0%)	0,016	95 (50,0%)	75 (29,6%)	< 0,001	44 (50,6%)	126 (35,4%)	0,009
<i>Edad (media ± DE)</i>	55,0 ± 16,5	52,7 ± 15,5	ns	NA	NA	NA	62,1 ± 14,7	47,3 ± 13,7	ns	66,6 ± 12,1	50,5 ± 15,1	0,006
<i>Mayores de 65 años</i>	57 (33,5%)	63 (23,1%)	0,016	NA	NA	NA	93 (48,9%)	27 (10,7%)	< 0,001	55 (63,2%)	65 (18,3%)	< 0,001
<i>Alguna comorbilidad</i>	95 (55,9%)	95 (34,8%)	< 0,001	93 (77,5%)	97 (30,0%)	< 0,001	NA	NA	NA	66 (75,9%)	124 (34,8%)	< 0,001
<i>Ingreso hospitalario</i>	44 (25,9%)	43 (15,8%)	0,009	55 (45,8%)	32 (9,9%)	< 0,001	66 (34,7%)	21 (8,3%)	< 0,001	NA	NA	NA
<i>Ingreso en UCI</i>	7 (4,1%)	3 (1,1%)	0,042	8 (6,7%)	2 (0,6%)	< 0,001	6 (3,2%)	4 (1,6%)	ns	10 (11,5%)	0	< 0,001
<i>Resultados EQ personal</i>												
<i>Movilidad</i>	22 (12,9%)	51 (18,7%)	ns	33 (27,5%)	40 (12,4%)	< 0,001	42 (22,1%)	31 (12,3%)	0,006	36 (41,4%)	37 (10,4%)	< 0,001
<i>Cuidado</i>	5 (2,9%)	5 (1,8%)	ns	9 (7,5%)	1 (0,3%)	< 0,001	9 (4,7%)	1 (0,4%)	0,002	9 (10,3%)	1 (0,3%)	< 0,001
<i>Actividades cotidianas</i>	14 (8,2%)	38 (13,9%)	0,071	19 (15,8%)	33 (10,2%)	ns	28 (14,7%)	24 (9,5%)	ns	19 (21,8%)	33 (9,3%)	0,001
<i>Dolor/molestia</i>	10 (5,9%)	49 (17,9%)	< 0,001	13 (10,8%)	46 (14,2%)	ns	22 (11,6%)	37 (14,6%)	ns	14 (16,1%)	45 (12,6%)	ns
<i>Ansiedad/depresión</i>	30 (17,6%)	76 (27,8%)	0,014	29 (24,2%)	75 (23,4%)	ns	53 (27,9%)	53 (20,9%)	ns	27 (31,0%)	79 (22,2%)	ns
<i>EQ-EVA (media ± DE)</i>	78,3 ± 1,9	74,3 ± 1,9	0,030	72,5 ± 1,6	77,1 ± 1,0	0,005	70,84 ± 1,4	79,60 ± 1,1	< 0,001	69,89 ± 2,21	77,30 ± 1,0	0,002
<i>EQ-Health Index (media ± DE)</i>	0,920 ± 0,160	0,862 ± 0,179	0,001	0,866 ± 0,015	0,891 ± 0,010	0,045	0,856 ± 0,013	0,905 ± 0,010	0,002	0,792 ± 0,022	0,907 ± 0,008	< 0,001

DE: desviación estándar; NA: no aplicable; ns: valor de p no significativo.

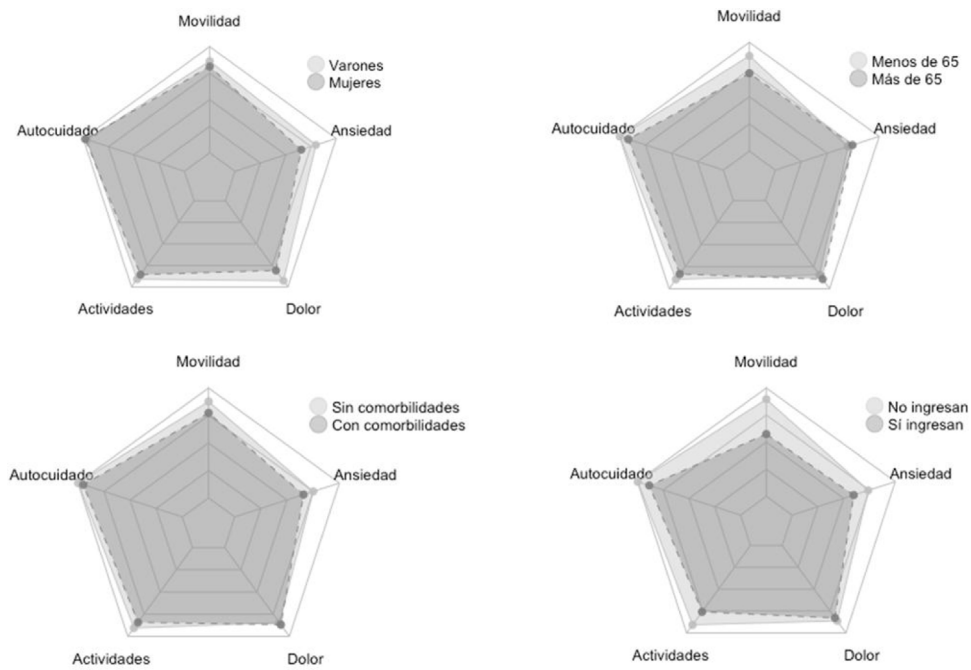


Figura 2 Puntuaciones de la encuesta EQ-5D en los diferentes subgrupos; cada línea representa un nivel de afectación, desde leve hasta severa.

Tabla 3 comparación de los resultados del EQ-EVA del último informe sobre calidad de vida del Instituto Nacional de Estadística con los del estudio

		Nacional	Galicia	Muestra
Edad (años)	Índice EQ-EVA			
	18-24	88,16	88,55	82,86
	25-34	85,37	82,68	86,25
	35-44	81,41	79,62	79,86
	45-54	77,17	76,58	75,82
	55-64	73,16	71,99	71,96
	65-74	69,82	69,24	74,29
	75-84	62,57	63,95	70,21
	85+	54,55	54,01	65,56
	Total	77,53	75,36	75,85
Esferas	Tasas de cualquier afectación en EQ			
	Movilidad	14,28%	18,22%	16,48%
	Autocuidado	6,22%	9,79%	2,26%
	Actividades cotidianas	11,14%	13,80%	11,74%
	Dolor/molestias	25,45%	27,52%	13,32%
	Ansiedad/depresión	15,03%	19,35%	23,9%

previos, un factor de riesgo para una peor percepción de la salud¹⁹; se ha propuesto que una peor comprensión de la escala⁹ o una menor demanda de servicios preventivos pueda ser el motivo²³.

El estudio presentado tiene limitaciones; en primer lugar, la obtención de datos mediante encuestas puede hacer que los mismos pierdan sensibilidad. En segundo lugar, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales; además si no se dispone de los índices previos, puede ser difícil extraer conclusiones. Las fortalezas del estudio son la valoración sistematizada y homogénea de todos los pacientes, y la inclusión de pacientes tanto ingresados

como ambulatorios, que permite esbozar una descripción completa de la convalecencia tras la infección aguda por SARS-CoV-2.

En conclusión, el EQ-5D es una herramienta útil en la valoración de la CVRS. Tras la COVID-19, la tasa de afectación por áreas es baja, siendo la más importante la ansiedad/depresión. Aunque el índice EQ-EVA es menor que la media nacional, es similar a la puntuación previa en la comunidad, por lo que es probable que los problemas auto-percibidos de la salud existieran antes de la pandemia. Los pacientes con factores de riesgo para un peor EQ-Health Index (sexo femenino, ingresados en fase aguda y estudios

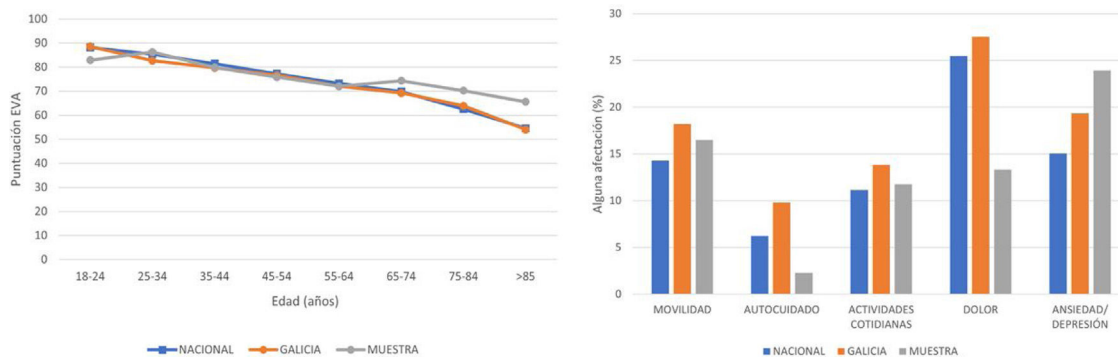


Figura 3 El panel A muestra la puntuación EQ-EVA a nivel nacional, en Galicia y en el estudio. El panel B muestra las diferentes tasas de afectación en cada esfera a nivel nacional, en Galicia y en el estudio.

primarios) probablemente necesiten apoyo por parte del sistema sanitario.

Compromiso ético

Todos los pacientes dieron su consentimiento tanto para participar como para el uso de sus respuestas para el estudio. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético Santiago-Lugo.

Financiación

Los autores del manuscrito declaran no haber recibido financiación para la elaboración del mismo.

Autoría

Blanca Ayuso García y Ramón Rabuñal Rey diseñaron el estudio y cribaron los pacientes. Antía Pérez López, Ana Rodríguez Álvarez y Yoana Besteiro Balado administraron la encuesta y obtuvieron los resultados. Blanca Ayuso y Álvaro Marchán realizaron el análisis estadístico. Blanca Ayuso creó el primer borrador del manuscrito. Eva Romay Lema y María José García Pais participaron en la interpretación de resultados y en la redacción del artículo. Blanca Ayuso García escribió el manuscrito final y realizó los cambios sugeridos por el resto de los autores. Ramón Rabuñal Rey y Juan Corredera Sánchez revisaron y corrigieron el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Todos los autores niegan tener conflictos de intereses para el presente manuscrito.

Bibliografía

- Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or moderate Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;383(18):1757–66.
- National Institute for Health and Care Excellence, Practitioners RC of G, Scotland HI. COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. NICE Guidel. 2020;(18 December 2020):1-35.
- Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603–5.
- Wang X, Xu H, Jiang H, Wang L, Lu C, Wei X, et al. Clinical features and outcomes of discharged coronavirus disease 2019 patients: A prospective cohort study. *QJM.* 2020;113(9):657–65.
- Landi F, Gremese E, Bernabei R, Fantoni M, Gasbarrini A, Settanni CR, et al. Post-COVID-19 global health strategies: The need for an interdisciplinary approach. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(8):1613–20.
- Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med [Internet].* 2021 [consultado 16 May 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33753937>
- Miron Canelo J, Lorenzo Gómez M, Iglesias de Sena E, Fernández Martín L. Modifiers of health-related quality of life by biological, psychological and social factors. En: *Quality of life modifiers due to biological, psychological, and societal factors [Internet].* p. 2021 [consultado 16 May 2021]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/online-first/76585>.
- Hvidberg MF, Brinthe LS, Olesen AV, Petersen KD, Ehlers L. The health-related quality of life for patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *PLoS One.* 2015;10(7):1–16.
- Pradas Velasco R, Villar FA, Puy Martínez-Zárate M. Utilización del cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) para valorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud debida a la gripe. *Gac Sanit.* 2009;23(2):104–8.
- scikit-learn developers. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide. Computer. 2019.
- Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: A simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Aten Primaria [Internet].* 2001;28(6):425–30, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4).
- Meije Y, Duarte-Borges A, Sanz X, Clemente M, Ribera A, Ortega L, et al. Long-term outcomes of patients following hospitalization for coronavirus disease 2019: A prospective observational study. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(8):1151–8.
- Morin L, Savale L, Pham T, Colle R, Figueiredo S, Harrois A, et al. Four-month clinical status of a cohort of patients after hospitalization for COVID-19. *JAMA.* 2021;325(15):1525–34.
- Tleyjeh I, Saddik B, AlSwaidan N, AlAnazi A, Ramakrishnan R, Alhazmi D, et al. Prevalence and predictors of Post-Acute COVID-19 Syndrome (PACS) after hospital discharge: A cohort study with 4 months median follow-up. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260568.
- Ping W, Zheng J, Niu X, Guo C, Zhang J, Yang H, et al. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLoS One [Internet].* 2020;15(6):1–12, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234850>.
- Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Hamon A, Gouze H, Doucet L, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related

- quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect.* 2020;81(6):e4–6.
17. Halpin SJ, Mclvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021;93(2):1013–22.
 18. Eaton-Fitch N, Johnston SC, Zalewski P, Staines D, Marshall-Gradisnik S. Health-related quality of life in patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: An Australian cross-sectional study. *Qual Life Res* [Internet]. 2020;29(6):1521–31, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02411-6>.
 19. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos n.º 3. 2014.
 20. Raya-Tena A, Fernández-San-Martin M, Martín-Royo J, Casañas R, Psicoddep G, Jiménez-Herrera M. Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. *Aten Primaria.* 2021;53(2):101946.
 21. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: A description and its applications. *European Quality of Life scale. Med Clin (Barc).* 1999;112 Suppl:79–85.
 22. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud The EQ-5D as a measure of health outcomes. *Gac Sanit.* 2015;29(6):401–3.
 23. García-Altés A, Pinilla J, Peiró S. Aproximación a los pesos de calidad de vida de los «años de vida ajustados por calidad» mediante el estado de salud autopercebido. *Gac Sanit.* 2006;20(6):457–64.