

Descripción de síntomas frecuentes y persistentes de COVID-19 en asistentes a centros del adulto mayor

Pavel J. Contreras*^{ORCID}, Zoila Romero-Albino^{ORCID}, and María Sofía Cuba-Fuentes^{ORCID}

^a Centro de Investigación en Atención Primaria de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

*** Autor de correspondencia**

pavel.contreras.c@upch.pe

Citación

Contreras PJ, Romero-Albino Z, Cuba-Fuentes MS. Descripción de síntomas frecuentes y persistentes de COVID-19 en asistentes a centros del adulto mayor. *Medwave* 2022;22(1):002510

DOI

10.5867/medwave.2022.01.002510

Fecha de envío

Jul 19, 2021

Fecha de aceptación

Dec 1, 2021

Fecha de publicación

Jan 27, 2022

Palabras clave

COVID-19, aged, post-acute COVID-19 syndrome

Correspondencia a

Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima, Peru

Resumen

Introducción

COVID-19 no sólo compromete agudamente la salud de las personas, sino que puede generar síntomas que permanecen luego de la infección aguda, incluso por más de tres semanas. Más aún, las personas adultas mayores podrían tener patrones sintomatológicos diferentes a otros grupos etarios.

Objetivo

Describir los síntomas agudos y persistentes de COVID-19 en personas adultas mayores usuarias de centros del adulto mayor de la Seguridad Social.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo por llamada telefónica a adultos mayores de cinco centros del adulto mayor peruanos, de julio a septiembre de 2020, quienes habían reportado ser positivos a COVID-19 en el monitoreo telefónico de los últimos tres meses. En las llamadas se les preguntó por los síntomas asociados, con un seguimiento de hasta cuatro meses.

Resultados

Los síntomas agudos más frecuentes fueron tos, fiebre, cefalea y mialgia. La media de síntomas por persona fue de uno a tres. Un 4,4% de los casos tuvo COVID-19 prolongado.

Conclusiones

Las personas mayores de los centros del adulto mayor presentan una baja frecuencia de síntomas post COVID-19 agudo.

IDEAS CLAVE

- ◆ Los síntomas post COVID-19 agudo pueden presentarse en una proporción importante de la población afectada.
- ◆ Aún existe poca información sobre síntomas prolongados de COVID-19 en poblaciones específicas como la de las personas adultas mayores.
- ◆ La información de este estudio será útil para conocer mejor el comportamiento de los síntomas post COVID-19 en las personas adultas mayores autovalentes, así como para asumir medidas preventivas y de intervención en los afectados.
- ◆ Son limitaciones de este trabajo la utilización del auto reporte de diagnóstico, que puede subestimar datos por olvido, y el no considerar comorbilidades lo que dificulta la identificación de la relación con la incidencia de COVID-19 y persistencia de sus síntomas.

INTRODUCCIÓN

Hasta fines de abril de 2021, la pandemia por COVID-19 ha generado casi dos millones de infectados en Perú, de los cuales aproximadamente el 3,4% ha fallecido [1]. La población adulta mayor ha sido el segmento más afectado ya que representan casi el 70% de los casos de muertes por COVID-19 [2].

Si bien muchas de las personas infectadas se recuperan totalmente, aquellos que han experimentado una enfermedad grave, internadas en unidad de cuidados intensivos, suelen presentar síntomas secuelares debido a la complejidad de las complicaciones y a los procedimientos recibidos durante su internamiento [3]. Dentro de estas secuelas se señalan la pérdida de cabello, fatiga, ansiedad, amenorrea, insomnio, hiperexcitación, deterioro de la memoria y neuropatía periférica, entre otras. Es por ello que el médico de familia debe estar familiarizado para identificarlas y brindar una atención oportuna desde el primer nivel de atención [4].

No obstante, algunas personas reportan síntomas que sin representar gravedad, persisten más allá del tiempo reconocido para la infección aguda. Esto quiere decir que se manifiestan por más de tres semanas, situación a la que se le suele denominar síndrome post COVID agudo, síntomas post COVID o COVID post agudo [5]. La condición de persistencia de síntomas ha sido reportada hasta en 10% de los infectados por SARS-CoV-2 para el caso del primer nivel de atención [6].

Aunque aún no existe un consenso sobre la terminología, cuando un paciente experimenta la persistencia de síntomas incluso por encima de 12 semanas, tal condición se denomina COVID-19 crónico, COVID persistente o *long COVID* [7]. Para la condición post aguda o crónica los síntomas descritos por los pacientes suelen reflejar compromiso de las vías respiratorias, el aparato cardiológico y el sistema neurológico.

Se ha descrito que las personas adultas mayores y frágiles pueden presentar patrones de síntomas a manera de clústeres diferentes a los de personas más jóvenes, los cuales serían predictores de severidad y complicación posterior [8]. Asimismo, en las personas adultas mayores el impacto negativo sobre la

salud física y mental es mayor que en las personas más jóvenes [6].

En Perú, aproximadamente 30% de la población está adscrita al subsistema de Seguridad Social (EsSalud). El 16% de los asegurados son personas adultas mayores, cifra que ha ido incrementando a lo largo de los años. Más aún, el envejecimiento poblacional en Perú podría alcanzar cifras del 24% a 2050 [9]. Es por esta razón que las políticas públicas deben incidir en mejorar la calidad de vida de esta población, considerando la potencial vulnerabilidad que presentan ante enfermedades como COVID-19.

La estructura organizacional del Seguro Social de Salud permite que las personas adultas mayores accedan a prestaciones sanitarias y sociales en establecimientos de salud y en centros del adulto mayor, respectivamente. Los centros del adulto mayor reciben a las personas mayores sólo durante el día, brindando atenciones y espacios relacionados a actividad física, arte, música, cocina, salud mental y convivencia entre pares, entre otros servicios. A nivel nacional existen 126 centros del adulto mayor, cuyos usuarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 han sido monitoreados a fin de brindar medidas de promoción de la salud, prevención contra riesgos y enfermedad, y captación para tratamiento oportuno. Ello ha generado la necesidad de identificar y hacer seguimiento de síntomas post COVID-19 en esta población, para de brindar una atención oportuna y cercana a sus necesidades. En ese sentido, el objetivo del presente estudio fue describir los síntomas agudos y prolongados de COVID-19, en personas mayores usuarias de los centros del adulto mayor del Seguro Social de Salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. La población estuvo compuesta por personas usuarias de los centros del adulto mayor del Seguro Social de Salud, de todo Perú y que en el monitoreo telefónico reportaron una prueba positiva para COVID-19 entre los meses de julio y septiembre

de 2020. Con el objeto de verificar la realización de la prueba, se les consultó sobre fecha y tipo de prueba realizada.

De la revisión de la literatura se definieron 22 síntomas de COVID para ser identificados [10]. Entre octubre y noviembre de 2020, se efectuó el seguimiento telefónico de las personas adultas mayores con tres encuestadores. Estos fueron capacitados previamente en la identificación de los síntomas de COVID-19 que persistían más allá del periodo agudo.

Las personas adultas mayores fueron consultadas sobre la fecha de inicio y fin de cada uno de los síntomas. En el caso de que alguno de los síntomas de COVID aún se encontrara presente al momento del monitoreo, se realizó un seguimiento semanal hasta la desaparición del o los síntomas. Se definió como COVID prolongado y crónico a los síntomas que persistieron por más de 3 y 12 semanas desde iniciados los síntomas, respectivamente [6].

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para conocer las frecuencias y promedios de síntomas y los datos numéricos se expresaron como media y desvío estándar, teniendo en cuenta una distribución normal de los datos. Adicionalmente, se desarrolló un modelo lineal generalizado con familia Poisson y función log para obtener razones de prevalencia buscando asociación entre las variables de interés. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de *p* fue menor de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA 17.0 (StataCorp, TX, US).

El presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Específico para COVID-19 del Seguro Social de Salud. Los adultos mayores participaron voluntaria y anónimamente, luego de haberse obtenido su consentimiento informado. La base de datos codificada fue analizada exclusivamente por los investigadores.

RESULTADOS

El Seguro Social de Salud monitoreó a 27 952 usuarios de los centros del adulto mayor entre los meses de julio y septiembre de 2020. De ellos, 584 adultos mayores reportaron tener una prueba positiva para COVID-19, con una tasa de incidencia acumulada de 209 por 10 000 y de los cuales 113 (20%) reportaron síntomas (Figura 1).

El promedio de edad de los adultos mayores sintomáticos evaluados telefónicamente fue de $71,3 \pm 7,2$ años, grupo en el que predominó el sexo femenino y sólo cinco presentaron síntomas más allá de tres semanas (Tabla 1).

Entre las personas usuarias de los centros del adulto mayor, los síntomas más frecuentemente reportados fueron tos (20%), fiebre (11%), cefalea (10%) y mialgia (19%). Los síntomas que tuvieron un mayor promedio de duración fueron vértigo (98 días), mialgia (48 días), rinitis (21 días) y fatiga (15 días) (Tabla 2).

El mayor porcentaje de las personas adultas mayores sintomáticas presentaron de uno a tres síntomas (78,8%) (Figura 2).

De los 19 síntomas reportados por las personas adultas mayores, tres permanecieron por más de 21 días en cinco adultos mayores. La tos se presentó por cinco y siete semanas, mialgia por siete semanas y vértigo por 14 semanas (dos casos).

El 95,6% de los casos sintomáticos se definieron como infección aguda, 2,7% fueron COVID prolongado y el 1,7% de los casos fue COVID crónico.

Asumiendo a los pacientes asintomáticos como grupo control, la regresión bivariada con un modelo lineal generalizado entre la edad y ser sintomático no arrojó asociación significativa (RP: 0,99; intervalo de confianza 95%: 0,97 a 1,02), tampoco entre sexo y ser sintomático (RP: 0,98; intervalo de confianza 95%: 0,66 a 1,47). No hubo asociación significativa entre la edad, el sexo y el tener COVID post agudo.

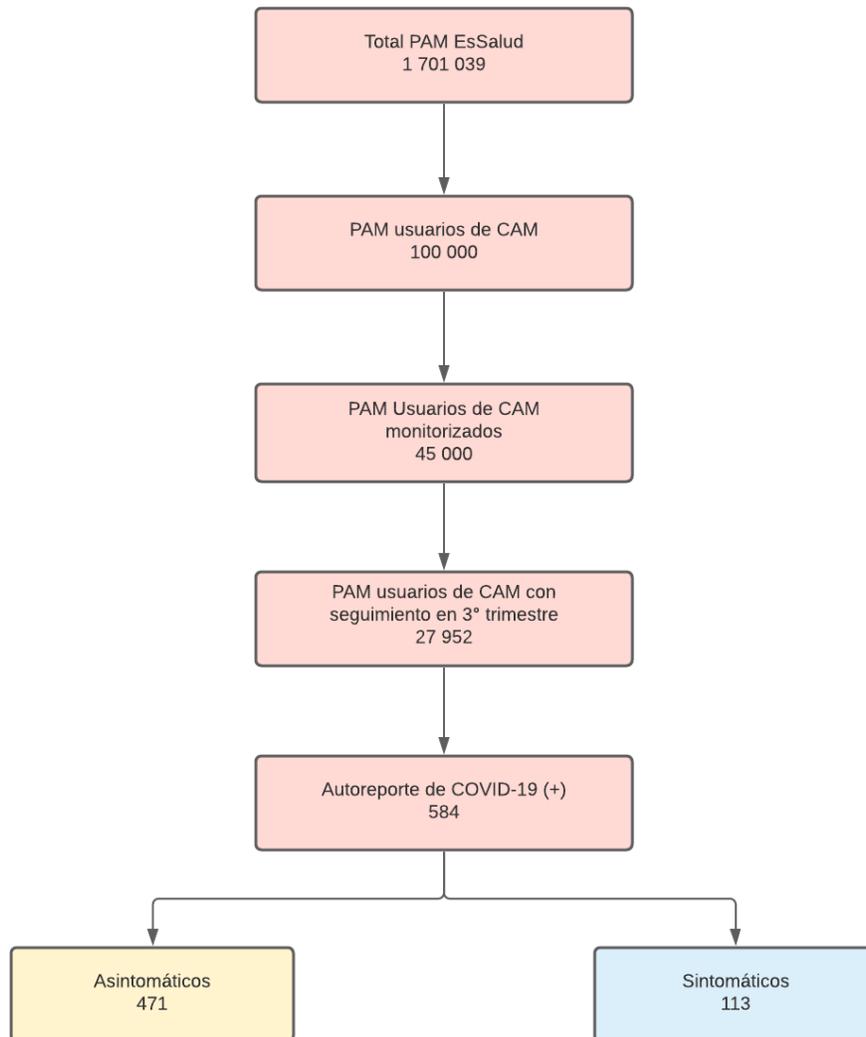
DISCUSIÓN

Las prestaciones sociales dirigidas a personas mayores en los centros del adulto mayor del Seguro Social de Salud, se constituyen en actividades de prescripción social que tienen influencia positiva en la salud mental, cognición, participación, reducción de síntomas físicos y construcción de capital social, entre otros [11–13]. Estas actividades, en el marco de la pandemia por COVID-19, pasaron a realizarse virtualmente a través del uso de tecnologías de la información y comunicación. Al ser las personas adultas mayores una población vulnerable, se desplegó el presente estudio, que se constituye en un esfuerzo de articulación socio sanitaria que permite la integralidad de la atención, junto a una apuesta sustancial para reconocer problemas en esta población y plantear intervenciones oportunas.

Nuestro estudio encontró que de las 113 personas adultas mayores sintomáticas usuarias de los centros del adulto mayor, el 95,6% tuvo síntomas agudos. Solo el 4,4% reportó síntomas persistentes de COVID-19, esto es por más de tres semanas. Dicha cifra es inferior a lo descrito por Greenhalg y colaboradores, con respecto a que en el primer nivel de atención se espera encontrar 10% de casos que persisten con síntomas después de la etapa aguda [6]. Otros estudios han encontrado que hasta 27% de los pacientes persisten con algún síntoma al cuarto mes de seguimiento. Sin embargo, muchos de estos trabajos reclutaron post hospitalizados, incluso post internados en unidades de cuidados intensivos, lo que explicaría la mayor presencia de síntomas seculares [14].

La incidencia de COVID-19 encontrada estuvo muy por debajo de la descrita por el Seguro Social de Salud para la población adulta mayor, 2% versus 7,3%. Sumado a ello, se identificó 80% de casos asintomáticos en una población que usualmente se ve más afectada por COVID-19. Esta cantidad es muy superior a la del estudio de Bliddal y colaboradores, el cual encontró 34% de asintomáticos en no hospitalizados [15]. Creemos que puede existir subestimación diagnóstica en los casos asintomáticos o en los casos sintomáticos leves por olvido. También podría suceder que la presencia de algún síntoma no haya sido asociada a COVID-19. Por otro lado, el hecho de que se trate de una

Figura 1. Población de los centros del adulto mayor de Seguro Social de Salud. Flujograma de muestreo. (CAM: Centros de adulto mayor. PAM: Personas adultas mayores).



Fuente: diseñada por los autores a partir de los datos del estudio y de datos de la Gerencia del Adulto Mayor y Prestaciones Sociales - Seguro Social de Salud de Perú, EsSalud.

población autovalente que pertenece a un centro del adulto mayor, programa que fortalece competencias para el autocuidado, podría explicar parcialmente la baja incidencia de COVID-19, así como la reducida persistencia de síntomas.

Tabla 1. Características generales de las personas adultas mayores sintomáticas y con síntomas post COVID-19 (n = 113).

| Características | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Edad (años) ¹ | 71,3 ± 7,2 |
| Femenino | 79 (69,9) |
| Masculino | 34 (30,1) |
| COVID prolongado | 3 (2,7) |
| COVID crónico | 2 (1,7) |

¹Expresado como media (desviación estándar)

Fuente: diseñada por los autores a partir de los datos del estudio.

Si bien el auto reporte de diagnóstico tiene la limitación de subestimar por olvido, es un método utilizado durante la pandemia para conocer el comportamiento de la enfermedad ante el hecho de no tener acceso a los resultados individuales de evaluación de laboratorio [14]. En nuestro estudio se intentó disminuir el sesgo de recuerdo consultando sobre fecha y tipo de examen realizado.

Nuestro estudio tomó como base de síntomas los del estudio italiano de Carfi y colaboradores, llegando a identificar 19 síntomas de los 22 tamizados. En este estudio italiano realizado en pacientes luego del alta hospitalaria, se identificaron 22 síntomas persistentes a la fase aguda de COVID-19, en un seguimiento promedio de dos meses. En él se reportó que la mitad de ellos tenían por lo menos tres síntomas persistentes, identificando a la fatiga, disnea, artralgia y dolor torácico como los más persistentes [10].

Tabla 2. Síntomas reportados por las personas adultas mayores, según número de casos con el síntoma, número mínimo y máximo de días, mediana.

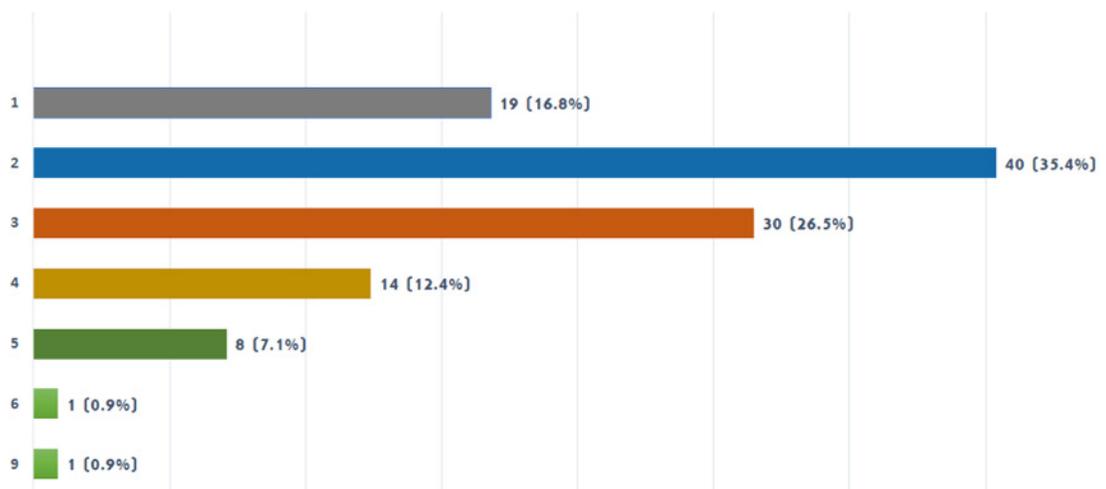
| Síntoma | Nº de casos | % | DÍAS | | | |
|---------------------|-------------|------|----------|--------|--------|---------|
| | | | Promedio | Mínimo | Máximo | Mediana |
| Tos | 59 | 19,7 | 8,9 | 1 | 48 | 6 |
| Fiebre | 33 | 11,0 | 2,9 | 1 | 21 | 2 |
| Cefalea | 31 | 10,3 | 8,6 | 1 | 21 | 3 |
| Mialgia | 31 | 10,3 | 12,1 | 1 | 48 | 7 |
| Fatiga | 20 | 6,7 | 15,2 | 3 | 21 | 17,5 |
| Flema | 20 | 6,7 | 5,3 | 3 | 13 | 4 |
| Disgeusia | 17 | 5,7 | 10,7 | 3 | 21 | 10 |
| Anosmia | 16 | 5,3 | 10,3 | 3 | 21 | 9 |
| Diarrea | 11 | 3,7 | 9,2 | 1 | 21 | 7 |
| Disnea | 11 | 3,7 | 11,8 | 3 | 21 | 7 |
| Dolor faríngeo | 10 | 3,3 | 10,2 | 1 | 21 | 7 |
| Vértigo | 9 | 3,0 | 28,5 | 2 | 98 | 12 |
| Dolor torácico | 9 | 3,0 | 10,1 | 2 | 21 | 7 |
| Hiporexia | 9 | 3,0 | 12,3 | 3 | 21 | 7 |
| Ojo rojo | 4 | 1,3 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| Artralgia | 4 | 1,3 | 3,5 | 2 | 7 | 2,5 |
| Rinitis | 3 | 1,0 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Síndrome de Sjögren | 2 | 0,7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Fenómeno de Raynaud | 1 | 0,3 | 7 | 7 | 7 | 7 |

Fuente: diseñada por los autores a partir de los datos del estudio.

Aunque fueron pocos los síntomas persistentes, estos se extendieron desde 22 hasta 98 días. En un estudio descriptivo realizado en 4812 casos, se encontró que los síntomas duraron más de 28 días en 13,3%, más de ocho semanas en 4,5% y más de 12 semanas en 2,3%, resultado cercano al encontrado en nuestro estudio. La mayoría de los estudios han evaluado síntomas persistentes luego del alta hospitalaria y con un seguimiento promedio de tres meses [16–19]. Algunos lo han evaluado por seis meses [18,20] y el nuestro lo hizo por dos meses.

Los síntomas más frecuentes varían según cada investigación. Sin embargo, suelen describirse a fatiga, disnea, anosmia, tos, ageusia y cefalea [21–23], coincidiendo con tos y cefalea como síntomas frecuentes de nuestro trabajo. En otro estudio similar se identificó a la disnea, tos y fatiga como los síntomas más frecuentes en el estado COVID prolongado [24] y en otra publicación describieron que los síntomas pueden permanecer hasta por tres meses [25].

Figura 2. Número de casos según el número de síntomas presentados.



Fuente: diseñada por los autores a partir de los datos del estudio.

Nuestro estudio no evaluó la presencia de comorbilidades. No obstante, resulta necesario considerar la multimorbilidad como posible factor asociado a síntomas persistentes, considerando que hipertensión arterial y diabetes mellitus ya han sido relacionadas a post COVID [26,27]. El no haber identificado las comorbilidades de los participantes de nuestro estudio limita conocer la posible relación en la incidencia de COVID-19, así como en la incidencia y persistencia de síntomas post COVID, ya sea por efecto directo de la enfermedad o por efecto de los medicamentos para tratar dichas condiciones crónicas.

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo reportamos que las personas mayores de los centros del adulto mayor presentan una baja frecuencia de síntomas post COVID-19 agudo.

Del análisis realizado, se desprende que aún existen muchas preguntas por responder sobre los síntomas persistentes de COVID-19 como cuál es el impacto y quiénes se encuentran en riesgo de manifestarlos [28].

Por otro lado, aún no existe un consenso mundial sobre el tiempo específico para considerar el inicio de síntomas post COVID, aunque para nuestro estudio, el tiempo fue de más de tres semanas.

Consideramos importante conocer el comportamiento del denominado COVID prolongado o COVID persistente en la población peruana, específicamente en las personas adultas mayores. Esta información permitirá desarrollar guías y protocolos de atención que apunten a disminuir el efecto discapacitante que podría generar esta condición.

Notas

Autoría

PJC: participó en la redacción, el análisis estadístico, la aprobación final y es responsable de todos los aspectos del trabajo. ZRA: participó en la redacción, aprobación final y es responsable de todos los aspectos del trabajo. MSCF: participó en la concepción, redacción, aprobación final y es responsable de todos los aspectos del trabajo.

Agradecimientos

Al equipo de trabajadores de la Gerencia del Adulto Mayor y Prestaciones Sociales por su predisposición a colaborar con nuestro estudio.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del

artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

Aspectos éticos

El Comité de Investigación Específico para COVID-19 aprobó el presente estudio con documento S/N que se encuentra disponible a solicitud dirigida al autor corresponsal.

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego.

Idioma del envío

Español.

Disponibilidad de los datos

Los datos del presente estudio se encuentran disponibles para ser entregados a solicitud.

Referencias

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis*. 2020;20: 533–534. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30120-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30120-1/fulltext) [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
2. MINSA. Sala Situacional: COVID-19. Perú: Ministerio de Salud; 2020. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Hanquet G, Benahmed N, Castanares-Zapatero D, Dauvrin AD, Adriaenssens J, Rondia K. Post intensive care syndrome in the aftermath of COVID-19. 2020. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/PICS_scientific_report_FR.pdf
4. Wilbur J, Rockafellow J, Shian B. Post-ICU Care in the Outpatient Setting. *Am Fam Physician*. 2021;103: 590–596. <https://www.aafp.org/afp/2021/0515/p590.html>
5. Ayoubkhani D. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 1 April 2021. Office for National Statistics, UK. 2021. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/1april2021>
6. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020;370: m3026. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.M3026.abstract> <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>
7. Del Rio C, Collins LF, Malani P. Long-term Health Consequences of COVID-19. *JAMA*. 2020;324: 1723–1724. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771581> <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19719>
8. Wise J. Covid-19: Study reveals six clusters of symptoms that could be used as a clinical prediction tool. *BMJ*. 2020;370: m2911. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2911.short> <https://doi.org/10.1136/bmj.m2911>
9. OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Centro de prensa. 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

10. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324: 603–605. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351> <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
11. Jensen A, Bonde LO. The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspect Public Health*. 2018;138: 209–214. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757913918772602> <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>
12. Bungay H, Clift S. Arts on prescription: a review of practice in the U.K. *Perspect Public Health*. 2010;130: 277–81. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757913910384050> <https://doi.org/10.1177/1757913910384050>
13. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 2015;129: 286–9. <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-8331914c-9f38-35cd-8cf6-7c9d407be082> <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.011>
14. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. *Ann Intern Med*. 2021;174: 576–578. <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-5661> <https://doi.org/10.7326/M20-5661>
15. Bliddal S, Banasik K, Pedersen OB, Nissen J, Cantwell L, Schwinn M, et al. Acute and persistent symptoms in non-hospitalized PCR-confirmed COVID-19 patients. *Sci Rep*. 2021;11. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-92045-x> <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92045-x>
16. Poncet-Megemont L, Paris P, Tronchere A, Salazard J-P, Pereira B, Dallel R, et al. High Prevalence of Headaches During Covid-19 Infection: A Retrospective Cohort Study. *Headache*. 2020;60: 2578–2582. <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/head.13923> <https://doi.org/10.1111/head.13923>
17. 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*. 2020;6. <https://openres.ersjournals.com/content/6/4/00542-2020.abstract> <https://doi.org/10.1183/23120541.00542-2020>
18. Liang L, Yang B, Jiang N, Fu W, He X, Zhou Y, et al. Three-month Follow-up Study of Survivors of Coronavirus Disease 2019 after Discharge. *J Korean Med Sci*. 2020;35. <https://synapse.koreamed.org/articles/1146256?viewtype=pubreader> <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e418>
19. 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: 657–665. <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/9/657/5842146?login=true> <https://doi.org/10.1093/qjmed/haaa178>
20. Logue JK, Franko NM, McCulloch DJ, McDonald D, Magedson A, Wolf CR, et al. Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection. *JAMA Netw Open*. 2021;4: e210830. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776560> <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0830>
21. Suárez-Robles M, Iguaran-Bermúdez M del R, García-Klepizg JL, Lorenzo-Villalba NL, Méndez-Bailón ML. 90 days post-hospitalization evaluation of residual COVID-19 symptoms through a phone call check list. *Pan Afr Med J*. 2020;37. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.289.27110>
22. Venturelli S, Benatti SV, Casati M, Binda F, Zuglian G, Imeri G, et al. Surviving COVID-19 in Bergamo province: a post-acute outpatient re-evaluation. *Epidemiol Infect*. 2021;149. <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/surviving-covid19-in-bergamo-province-a-postacute-outpatient-reevaluation/43FCF2EF1F93944928F3FD5C2BEA0455> <https://doi.org/10.1017/S0950268821000145>
23. Raman B, Cassar MP, Tunncliffe EM, Filippini N, Griffanti L, Alfaro-Almagro F, et al. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *EClinicalMedicine*. 2021;31: 100683. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537020304272> <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100683>
24. Mandal S, Barnett J, Brill SE, Brown JS, Denny EK, Hare SS, et al. “Long-COVID”: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*. 2021;76: 396–398. <https://thorax.bmj.com/content/76/4/396.abstract> <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215818>
25. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Soc Sci Med*. 2021;268: 113426. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306456> <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426>
26. Sami R, Soltaninejad F, Amra B, Naderi Z, Haghjooy Javanmard S, Iraj B, et al. A one-year hospital-based prospective COVID-19 open-cohort in the Eastern Mediterranean region: The Khorshid COVID Cohort (KCC) study. *PLoS One*. 2020;15. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241537> <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241537>
27. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. Persistent symptoms 1.5-6 months after COVID-19 in non-hospitalised subjects: a population-based cohort study. *Thorax*. 2021;76: 405–407. <https://thorax.bmj.com/content/76/4/405.abstract> <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-216377>
28. Marshall M. The four most urgent questions about long COVID. *Nature*. 2021;594: 168–170. <https://europepmc.org/article/med/34108700> <https://doi.org/10.1038/d41586-021-01511-z>

Description of frequent and persistent symptoms of COVID-19 in attendees of Senior Centers

Abstract

Introduction

COVID-19 not only acutely compromises people's health but can also generate symptoms that remain after acute infection, in other words for more than three weeks. Moreover, older adults may have different symptomatologic patterns than other age groups.

Objective

To describe the acute and persistent symptoms of COVID-19 in Senior Centers users of health insurance.

Methodology

A retrospective descriptive study was conducted by telephone call to older adults from five Senior Centers, who had reported being positive for COVID-19 in the telephone monitoring of the last three months and were asked about the associated symptoms, with a follow-up of up to four months.

Results

The most frequent acute symptoms were cough, fever, headache, and myalgia. The mean number of symptoms per person was one to three. A 4,4% of the cases had long covid.

Conclusions

Older persons in senior centers have a low frequency of persistent COVID-19 symptoms.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.