

COVID PERSISTENTE: IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL, ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO Y REHABILITACIÓN

Una breve guía práctica para el personal médico del trabajo



Índice

Identificar la COVID persistente y su impacto en el lugar de trabajo	3
De los síntomas a un diagnóstico	3
Autorehabilitación	4
Evaluar la capacidad de trabajo	5
Rehabilitación y ajustes en el lugar de trabajo	8
Fatiga	8
Exacerbación de los síntomas posteriores a un esfuerzo	8
Intolerancia ortostática	8
Insuficiencia respiratoria	8
Artralgia	9
Alteraciones del sueño	9
Otros síntomas	9
Problemas cognitivos y relacionados con la salud mental	12
Consideración sin discriminación	15

El plan de reincorporación al trabajo y la rehabilitación	16
Referencias	16

Autores: George D. Vavougiou, Vasileios T. Stavrou, Konstantinos I. Gourgoulidis, Universidad de Tesalia (Grecia) y Universidad de Chipre.

Gestión del proyecto y edición: Elke Schneider - Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA).

Esta guía fue un encargo de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Su contenido, incluidas las opiniones o conclusiones expresadas, es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente las opiniones de la EU-OSHA.

Ni la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ni ninguna persona que actúe en su nombre son responsables del uso que pueda hacerse de la información presentada a continuación.

© Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2025

Reproducción autorizada siempre que se mencione la fuente.

Para utilizar o reproducir fotos u otro material que no esté en el marco de los derechos de autor de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), debe solicitarse permiso directamente a los titulares de los derechos de autor.

Identificar la COVID persistente y su impacto en el lugar de trabajo

Este documento de orientación está destinado al ámbito del lugar de trabajo, con el fin de apoyar al personal médico del trabajo y a los servicios de salud laboral en sus esfuerzos por facilitar la reincorporación al trabajo del personal afectado por la COVID persistente. Ofrece asesoramiento sobre la evaluación de los síntomas de COVID persistente, con una perspectiva de la rehabilitación de las personas trabajadoras y la reincorporación al trabajo a pesar de sufrir síntomas duraderos. Complementa un documento de debate más largo¹ y un artículo de la OSHwiki² sobre la rehabilitación de las personas trabajadoras afectadas por la COVID persistente y una breve guía de apoyo a las empresas³. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ha publicado una revisión que presenta una visión general de la COVID persistente y su impacto en el lugar de trabajo⁴ y dos guías dirigidas a las personas responsables de la supervisión y al personal⁵, respectivamente, que ofrecen asesoramiento sobre cómo cooperar para facilitar la reincorporación al trabajo del personal después de la COVID-19 o de las personastrabajadoras con COVID persistente.

De los síntomas a un diagnóstico

Las personas trabajadoras pueden experimentar COVID persistente como cualquier combinación de síntomas, con más de 200 casos notificados en la literatura científica, que pueden afectar a cualquier órgano del cuerpo humano.

El diagnóstico de la COVID persistente suele realizarlo un profesional sanitario que, en la mayoría de los casos, es un profesional de atención primaria. La medicina del trabajo y los servicios de salud de las empresas pueden contribuir a diagnosticar y planificar el tratamiento de las enfermedades que afectan a la reincorporación al trabajo y podrían ayudar a las personas trabajadoras a identificar las etapas para una evaluación ulterior (por ejemplo, mediante un servicio especializado en COVID persistente o su profesional médico de atención primaria). Por lo tanto, deben estar familiarizados con los síntomas de la COVID persistente y ser capaces de debatir su impacto y su posible significado con la persona trabajadora afectada. Es importante que el personal médico del trabajo y el personal especialista en rehabilitación actualicen periódicamente sus prácticas para identificar la COVID persistente y apoyar una rehabilitación eficaz lo antes posible, ya que los conocimientos sobre ambos aspectos están en constante evolución.

Tras un diagnóstico de COVID persistente, deben adoptarse varias medidas.

- Una opinión del personal facultativo puede sugerir otras medidas médicas (por ejemplo, exámenes médicos adicionales o derivación a un centro especializado en COVID persistente). Además, puede dar lugar a una «baja por enfermedad» que justifique la ausencia del trabajo y defina su duración.
- Normalmente, el personal trabajador debe notificar a su empresa una posible ausencia. Un servicio de salud laboral o de medicina del trabajo puede facilitar esta comunicación, explicando que la COVID persistente puede durar semanas o más tiempo, especialmente si no se trata, y que puede repetirse. En el caso de los pacientes que necesitan rehabilitación, esto puede significar días enteros de ausencia o un período más prolongado de baja laboral.

¹ EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, «Long COVID: worker rehabilitation, assessment of work ability and re-to work support» (COVID-19 persistente: rehabilitación del personal trabajador, evaluación de la capacidad laboral y apoyo a la reincorporación al trabajo), 2025. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/long-covid-worker-rehabilitation-assessment-work-ability-and-return-work-support>

² Artículo de la OSH wiki disponible en: [Identificación de la COVID persistente, evaluación de la capacidad laboral, rehabilitación y adaptaciones en el lugar de trabajo](https://oshwiki.europa.eu/oshwiki/pages/Identificaci3n+de+la+COVID+persistente,+evaluaci3n+de+la+capacidad+laboral,+rehabilitaci3n+y+adaptaciones+en+el+lugar+de+trabajo)

³ EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, «Long COVID: assessing work ability, adapting the workplace and support rehabilitation — A practical guide for the workplace» (COVID-19 persistente: evaluación de la capacidad laboral, adaptación del lugar de trabajo y apoyo a la rehabilitación. Guía práctica para el lugar de trabajo), 2025. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/long-covid-assessing-work-ability-adapting-workplace-and-supporting-rehabilitation-practical-short-guide-workplace>

⁴ EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *Impact of Long Covid on workers and workplace and the role of OSH* (Impacto de la COVID persistente en el personal trabajador y los lugares de trabajo y el papel de la SST), 2022. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/impact-long-covid-workers-and-workplaces-and-role-osh>

⁵ EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *COVID-19 infection and long COVID — guide for workers*, 2021. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-workers>

- La COVID persistente puede requerir rehabilitación en servicios especializados. El personal trabajador y los directivos deben acordar un plan de comunicación, especialmente si la ausencia del trabajo es necesaria para la rehabilitación. El personal médico del trabajo puede apoyar esta comunicación.
- Es posible que en algún momento se requieran adaptaciones razonables en el lugar de trabajo y habrá que revisar las evaluaciones de riesgos en el lugar de trabajo.
- Como principio general, la reincorporación al trabajo no debe tenerse en cuenta hasta que la persona trabajadora afectada sea capaz de gestionar las actividades domésticas. Una reincorporación temprana a la actividad anterior puede fracasar y dar lugar a autopercepciones negativas, deterioro de los síntomas y pérdida de puestos de trabajo.

La forma específica de rehabilitación es diferente para cada paciente. En el caso de las personas trabajadoras, el objetivo es recuperar las capacidades y competencias que les permitan mantener su empleo. A nivel empresarial, todas las partes interesadas (empresas, personal y representantes de los trabajadores, profesionales de la SST) deben familiarizarse con los conceptos de rehabilitación que puedan surgir durante los debates sobre un plan de reincorporación al trabajo o sobre cómo modificar y adaptar el lugar de trabajo. El papel de la medicina del trabajo es especialmente relevante y complejo. El éxito depende de la interacción entre el personal, la empresa, otros proveedores de servicios de salud y profesionales implicados, así como expertos en seguridad laboral.

Autorehabilitación

Algunos pacientes con COVID persistente pueden experimentar síntomas leves o controlables que no requerirán rehabilitación en un centro especializado. Para estos pacientes, la autogestión puede ser adecuada. Los ejercicios de autorehabilitación pueden llevarse a cabo en un lugar del entorno de trabajo destinado a ese uso. El personal médico del trabajo puede ayudar a diseñar un plan y asesorar a la empresa sobre los períodos de descanso requeridos y el espacio de trabajo necesario para la autorehabilitación.



Imagen de Freepic

La autorehabilitación se basa en la autoevaluación de las limitaciones y en la educación y formación en técnicas que preservan la energía y mejoran la movilidad y la independencia en las actividades cotidianas. Debe evaluarse el nivel de energía necesario para realizar las tareas del trabajo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado directrices de autorehabilitación para el personal que se están recuperando de una infección por COVID-19 y afectado por la COVID persistente⁶, que incluyen ejercicios y consejos prácticos adaptados a síntomas

específicos. Las sugerencias de esta guía se incluyen en el documento de debate sobre la rehabilitación del personal afectado por la COVID persistente.

La autorehabilitación debe revisarse periódicamente, al igual que la rehabilitación periódica. La guía de la OMS proporciona un diario con síntomas que puede ayudar a documentar el progreso. El personal trabajador afectado debe comentar los síntomas con su profesional sanitario y, cuando se refieran a su aptitud para trabajar, al personal médico del trabajo.

La autogestión de los síntomas debe utilizarse con precaución. Hay varias enfermedades que deben inducir al trabajador a detenerse y consultar a un médico, por ejemplo si:

- la falta de aliento empeora o no mejora, a pesar de los intentos simples de aliviarla;

⁶ Organización Mundial de la Salud (2023). *Apoyo a la rehabilitación: Autogestión después de una enfermedad relacionada con la COVID-19*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/publications/m/item/support-for-rehabilitation-self-management-after-covid-19-related-illness>

- la dificultad para respirar se produce con una actividad mínima y no se alivia fácilmente, por ejemplo, con la ayuda de la colocación del cuerpo;
- el ejercicio provoca nuevos síntomas como náuseas, dolor u opresión en el pecho, mareos, suavidad intensa o dificultad para respirar;
- las facultades mentales no mejoran (o incluso se deterioran);
- sigue siendo difícil comer y beber y no mejora tras la adopción de las adaptaciones propuestas; y
- los trastornos del estado de ánimo empeoran, incluida la ansiedad o la depresión.



Imagen por prostooleh en Freepic

Evaluar la capacidad de trabajo

No existe un marcador o índice específico adoptado formalmente y sugerido ni por la OMS ni por la UE para evaluar la capacidad de trabajo general. Por lo general, la COVID persistente la diagnostica un profesional sanitario basándose en los síntomas y el historial de COVID-19, que evalúa la incapacidad y realiza una evaluación individualizada de si el paciente está en condiciones de trabajar. El formulario de informe de caso de la OMS para enfermedades posteriores a la COVID⁷ es una herramienta útil para documentar una amplia gama de síntomas que pueden deberse a la COVID persistente. El uso de escalas normalizadas debe complementar otras pruebas médicas y los resultados podrían exigir la adopción de medidas adicionales (por ejemplo, una puntuación en el MoCA⁸ gravemente deteriorada debería provocar una remisión neurológica y la obtención de neuroimágenes, incluso si otros índices o la capacidad general de trabajo parecen adecuados). El cuadro ofrece ejemplos de escalas para la evaluación.

La evaluación debe incluir:

- **Una estimación general de los síntomas de COVID persistente y su gravedad.** La guía de la OMS sobre la rehabilitación de la COVID persistente incluye un diario de seguimiento de los síntomas, en el que se pueden documentar varios síntomas de COVID persistente y su gravedad y clasificarlos de 0 a 3 (0 no presentes, 1 problema leve o leve, 2 problema moderado, 3 grave o perturbador para la vida).
- **Una estimación global de la capacidad de trabajo, preferiblemente mediante una escala normalizada, como el índice de aptitud para el trabajo (WAI).**
- **Estimaciones de la actividad física.**
- **Una evaluación de la función cognitiva, la depresión y la ansiedad.** El personal médico del trabajo puede utilizar pruebas de detección cognitivas simples (véase el cuadro). El deterioro cognitivo también puede reflejar una enfermedad subyacente que pueda tratarse (p. ej., deficiencia de vitaminas, enfermedad metabólica, trastorno del sueño, etc.).
- **Cuando proceda**, por ejemplo, en lo que respecta a la somnolencia en conductores profesionales, **otras mediciones** también pueden ser pertinentes para evaluar la capacidad de trabajo.

Tras estas evaluaciones, un profesional sanitario (personal médico del trabajo, profesional de atención primaria, especialista en un servicio de rehabilitación de COVID persistente) puede **determinar la capacidad de una persona trabajadora para trabajar y proporcionarle objetivos específicos para la rehabilitación cognitiva y física.**

⁷ Organización Mundial de la Salud (2021). *Formulario de informe de casos de la plataforma clínica mundial sobre la COVID-19 (CRF) para la enfermedad posterior a la COVID (CRF posterior a la COVID-19)*. [https://www.who.int/publications/i/item/global-covid-19-clinical-platform-case-report-form-crf-for-post-covid-conditions-\(post-covid-19-crf-\)](https://www.who.int/publications/i/item/global-covid-19-clinical-platform-case-report-form-crf-for-post-covid-conditions-(post-covid-19-crf-))

⁸ Véase el cuadro 1. La Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) se concibió como un instrumento de cribado rápido para detectar disfunciones cognitivas leves. Evalúa diferentes ámbitos cognitivos: atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades de visualización-construcción, pensamiento conceptual, cálculos y orientación

Los trabajadores pueden requerir una reevaluación, especialmente en los casos en que la COVID persistente pueda volverse a producir o aparezcan nuevos síntomas. El uso de escalas permitiría comparar las puntuaciones y ayudaría a documentar objetivamente la mejora o el deterioro.

Cuadro 1. Ejemplos de escalas en las que se evalúan síntomas específicos relacionados con la COVID persistente y cuándo tenerlos en cuenta

Escala	¿Cuándo tenerla en cuenta?
Índice de aptitud para el trabajo (de Zwart et al., 2002; Ilmarinen et al., 2007) ⁹	La capacidad laboral de una persona trabajadora se ve comprometida por la COVID persistente
Prueba de distancia de paseo de 6 minutos ¹⁰ Prueba de sentarse y levantarse seguido durante 30 segundos ¹¹	Es una simple medida de la aptitud física para determinar la necesidad de rehabilitación
Escala CR-10 de la Clasificación de Borg de la categoría de esfuerzo percibido (CEP) ¹² (Borg & Kaijser, 2005)	Evalúa el esfuerzo percibido durante la rehabilitación
Índice de estado de actividad de Duke (DASI) ¹³ (Hlatky et al., 1989)	Los síntomas de COVID persistente afectan al estado físico
Montreal Cognitive Assessment ¹⁴ (MoCA) (Nasreddine et al., 2005)	Los síntomas de COVID persistente afectan a la cognición
Escala modificada de disnea de Borg ¹⁵ (Borg, 1982)	Dificultad respiratoria relacionada con la COVID persistente
Escala de calificación de Hamilton para la Ansiedad ¹⁶ (HAM-A) (Thompson, 2015)	Los síntomas de la COVID persistente incluyen ansiedad

⁹ La WAI es un instrumento utilizado en la investigación y la salud ocupacional clínica para evaluar la capacidad de trabajo durante los exámenes de salud y las encuestas en el lugar de trabajo. El índice se determina en función de las respuestas a una serie de preguntas que tienen en cuenta las exigencias del trabajo, el estado de salud del personal y los recursos. La persona trabajadora cumplimenta el cuestionario antes de la entrevista con un profesional de salud laboral, que evalúa las respuestas con arreglo a las instrucciones. La WAI es una medida resumida de siete elementos: capacidad de trabajo actual comparada con el mejor momento de la vida, capacidad de trabajo en relación con las exigencias del trabajo, número de enfermedades actuales diagnosticadas por un médico, deterioro estimado del trabajo debido a enfermedades, bajas por enfermedad durante el último año (12 meses), pronóstico propio de la capacidad de trabajo a partir de ahora, y recursos mentales.

¹⁰ La prueba de recorrer una distancia de seis minutos (6MWT) fue desarrollada por la American Thoracic Society y se introdujo oficialmente en 2002, acompañada de una directriz general. La distancia recorrida en un tiempo de seis minutos se utiliza como resultado para comparar los cambios en la capacidad de rendimiento. Esta prueba mide la distancia que un paciente puede recorrer rápidamente por una superficie plana y dura en un período de seis minutos.

¹¹ La prueba de sentarse y levantarse durante 30 segundos seguidos, también conocida como el "test de bipedestación" de 30 segundos (30CST), sirve para probar la fuerza y la resistencia de las piernas en adultos. La prueba de los 30 segundos consiste en registrar el número de veces que una persona puede sentarse y levantarse en 30 segundos.

¹² La escala de CEP Borg CR-10 es una escala que evalúa el ejercicio percibido durante la rehabilitación y ha sido validada con respecto a medidas objetivas de intensidad del ejercicio. Ejercicio de los niveles de la escala Borg CR-10, desde 0 (sin ejercicio en absoluto) hasta 10 (ejercicio máximo).

¹³ El Índice de Estado de Actividad de Duke es una herramienta de evaluación utilizada para valorar la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad arterial coronaria, el infarto de miocardio y la insuficiencia cardíaca. Se trata de un cuestionario de 12 puntos que evalúa las actividades diarias, como el cuidado personal, la deambulación, las tareas domésticas, la función sexual y el ocio, con sus respectivos gastos metabólicos. Cada artículo tiene un peso específico basado en el coste metabólico (MET).

¹⁴ Véase la nota a pie de página 9

¹⁵ La escala de disnea de Borg modificada es una medida autodeclarada de falta de aliento. Se pide al paciente que valore la gravedad de la dificultad para respirar y se le asigna una puntuación de 0 (Ninguna) a 10 (Máxima).

¹⁶ La escala de calificación de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A) fue una de las primeras escalas de calificación desarrolladas para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad y sigue siendo ampliamente utilizada en entornos clínicos y de

Escala	¿Cuándo tenerla en cuenta?
Escala de calificación de Hamilton para la Depresión; Escala de valoración de la depresión de Hamilton en 6 artículos	Los síntomas de COVID persistente incluyen la depresión
Escala de somnolencia de Epworth (ESS)¹⁷ (Johns, 1991), Cuestionario de Berlín (Chiu et al., 2017)¹⁸	Trabajadores que experimentan somnolencia excesiva durante el día
Escala analógica visual para evaluar la gravedad de la fatiga (VAS-F)¹⁹ (Lee et al., 1991), Escala de gravedad de la fatiga²⁰ (Krupp et al., 1989)	Trabajadores que experimentan fatiga excesiva
Dolor en la escala analógica visual²¹	Trabajadores que experimentan dolor agudo y crónico asociado a la COVID persistente
DePaul Symptom Questionnaire-2²² (Bedree et al., 2019)	Trabajadores que experimentan un empeoramiento de los síntomas de COVID persistente tras el ejercicio
Escala de estado funcional posterior a la COVID-19 (Klok et al., 2020)	Trabajadores que experimentan problemas cognitivos, depresión y ansiedad
La escala de discriminación y gravedad ortostática (ODSS)²³ (Baker et al., 2020)	Trabajadores que experimentan incomodidad y no pueden permanecer de pie durante periodos de tiempo prolongados

investigación. La escala consta de 14 elementos, cada uno de ellos definido por una serie de síntomas, y mide tanto la ansiedad psíquica (agitación mental y angustia psicológica) como la ansiedad somática (quejas físicas relacionadas con la ansiedad).

¹⁷ El ESS es un cuestionario autoadministrado con ocho preguntas. Se pide a los encuestados que valoren, en una escala de 4 puntos (0-3), sus probabilidades habituales de perder el sueño o quedarse dormidos mientras participan en ocho actividades diferentes. Cuanto mayor sea la puntuación de la ESS, mayor será la propensión media al sueño de esa persona en la vida diaria, o su «somnolencia diurna». También se utiliza para diagnosticar la apnea obstructiva del sueño. Véase: <https://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>

¹⁸ El cuestionario de Berlín sirve para estimar la probabilidad de una apnea obstructiva del sueño, el trastorno del sueño más frecuente.

¹⁹ La escala consta de 18 elementos relacionados con la experiencia subjetiva de la fatiga. En cada punto se pide a los encuestados que coloquen una «X», que represente cómo se sienten actualmente, a lo largo de una línea visual analógica que se extiende entre dos extremos (por ejemplo, de «no estar cansados en absoluto» a «estar extremadamente cansados»).

²⁰ La escala de gravedad de la fatiga (FSS) es una medida autonotificada diseñada para reflejar el impacto de la fatiga en el funcionamiento diario y la calidad de vida de una persona. Se responde mediante un conjunto de declaraciones predefinidas en una escala de Likert que va de «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo».

²¹ La escala analógica visual (VAS) es una escala de valoración del dolor utilizada por primera vez por Hayes y Patterson en 1921. Las puntuaciones se basan en medidas notificadas por los propios encuestados de los síntomas que se registran con una única marca manuscrita colocada en un punto a lo largo de una línea de 10 cm que representa un continuo entre los dos extremos de la escala: «sin dolor» en el extremo izquierdo (0 cm) de la escala y «el peor dolor» en el extremo derecho de la escala (10 cm). Los valores pueden utilizarse para hacer un seguimiento de la progresión del dolor en un paciente o para comparar el dolor entre pacientes con afecciones similares. Además del dolor, la escala también se ha utilizado para evaluar el estado de ánimo, el apetito, el asma, la dispepsia y la deambulación.

²² El cuestionario de síntomas de DePaul-2 (DSQ-2) registra la frecuencia y la gravedad de la encefalitis miálgica y los síntomas de fatiga crónica (CFS) durante los últimos seis meses. El malestar posterior al ejercicio se captura siguiendo los criterios de diagnóstico del CFS de Fukuda, y la DSQ-2 proporciona elementos adicionales para describirlo, como «fatiga muscular tras una actividad física leve; empeoramiento de los síntomas tras una actividad física leve; y empeoramiento de los síntomas tras una actividad mental leve».

²³ La Escala de Discriminación y Gravedad Ortostática (ODSS, por sus siglas en inglés) se desarrolló para determinar el origen de síntomas comunes no específicos, como mareos, aturdimiento y fatiga, relacionados o no con la intolerancia ortostática.

Rehabilitación y ajustes en el lugar de trabajo

En las siguientes secciones se describen cada una de las quejas físicas más frecuentes relacionadas con la COVID persistente, la autorehabilitación, la capacidad de trabajar y el ajuste del lugar de trabajo.

Tras la evaluación clínica y la rehabilitación, las personas trabajadoras pueden impartir y seguir la educación de los pacientes por parte de un especialista en rehabilitación y regímenes de formación individualizados para la autorehabilitación. El progreso de los trabajadores y la eficacia de la rehabilitación y las adaptaciones en el lugar de trabajo deben revisarse (por ejemplo, cada seis meses) a lo largo de todo el proceso. Si los síntomas no mejoran, se recomienda la reevaluación médica en un servicio especializado.

Debe animarse activamente al personal a expresar sus preocupaciones, así como los síntomas físicos percibidos, los cambios cognitivos y los problemas de salud mental. La educación y la sensibilización de las personas trabajadoras sobre la gama de síntomas pueden ser útiles. El personal médico del trabajo pueden colaborar con la empresa, el personal de Recursos Humanos, el personal responsable de la supervisión directa, el personal supervisor de las personas trabajadoras, el personal sanitario del trabajo y los servicios de salud y seguridad en el trabajo para establecer una política de comunicación abierta sobre estas reclamaciones y garantizar que las personas trabajadoras afectadas y sus compañeros y compañeras estén informadas. Una cultura positiva en el lugar de trabajo, dotada de sensibilización y empatía para el personal afectado, puede ayudar a identificar y ayudar al personal necesitado de ayuda.

Fatiga

La fatiga en el contexto de la COVID persistente se refiere al agotamiento, la falta de energía y la intolerancia de la actividad física que no es proporcional a las actividades físicas y no se restablece mediante el descanso o el sueño. La fatiga puede existir por sí sola o reflejar una enfermedad cardiopulmonar subyacente.

Exacerbación de los síntomas posteriores a un esfuerzo

La exacerbación de síntomas posteriores a un esfuerzo o el malestar posterior al ejercicio es el empeoramiento de los síntomas de COVID persistente, normalmente entre 12 y 72 horas después de realizar actividades mentales o físicas que previamente se toleraron. En la práctica, esto significa que cuanto más intente hacer, peor será. La actividad intensa, especialmente la aeróbica, y el aumento de la carga física solo prolongarán y establecerán el malestar posterior al ejercicio en el personal.

Intolerancia ortostática

La intolerancia ortostática se refiere a la presión y la inestabilidad de la frecuencia cardíaca en posición vertical. Otros síntomas pueden ser la falta de regulación de la temperatura, la sudoración excesiva y la intolerancia al calor, la iluminación, el dolor torácico y la disfunción gastrointestinal. Estar de pie desde una posición sentada o propensa, especialmente durante períodos prolongados, puede ser especialmente perjudicial, ya que la intolerancia ortostática puede dar lugar a mareos o incluso a pérdida de conciencia.

Insuficiencia respiratoria

Los pacientes de COVID persistente pueden experimentar disnea en diferentes situaciones (por ejemplo, durante el descanso, durante el ejercicio físico). Puede ser constante o fluctuante, y puede verse acentuado por trastornos del estado de ánimo, especialmente la ansiedad. Un fisioterapeuta especializado en el ejercicio clínico debe supervisar y crear un programa de rehabilitación. La disnea que no mejora ni empeora con la rehabilitación debe reevaluarse.

Artralgia

En los pacientes con COVID persistente, el dolor articular puede ser de cualquier calidad, aparecer en cualquier momento y de cualquier duración. La identificación de la causa del dolor articular es una preocupación primordial, ya que también puede estar relacionada con la artritis reactiva y las poliartralgias. Puede ser necesaria la prescripción de medicamentos antiinflamatorios, así como investigar algo más la situación. «Insistir» a pesar del dolor, especialmente si está aumentando, dará lugar a daños y consecuencias potencialmente duraderas. El dolor que aumenta con el ejercicio y el esfuerzo físico debe incitar al trabajador a detenerse.



Imagen de Freepic

Alteraciones del sueño

Los trastornos del sueño pueden producirse por sí solos o debido a otro síntoma, como la dificultad para respirar que empeora por la noche, la ansiedad y la depresión que provocan insomnio y despertar, o una artralgia acompañada de dolor que mantiene al trabajador despierto. Los trastornos del sueño pueden drenar a un trabajador de su energía, tanto mental como física, y causarle somnolencia durante el día, un riesgo importante para la seguridad y la salud en el trabajo (SST) en determinadas profesiones, como los conductores profesionales y el personal de la construcción.

El personal de la salud en el trabajo o el de atención primaria debe realizar una evaluación inicial y de seguimiento de la somnolencia, las alteraciones del sueño y el posible desarrollo de una respiración desordenada durante el sueño para evaluar la somnolencia, y puede ser necesaria la derivación inmediata a un centro de COVID persistente, una clínica del sueño o una clínica de medicina respiratoria. La depresión o la ansiedad también deben considerarse como causas de alteración del sueño.

Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitiva conductual, pueden ser razonablemente eficaces cuando otras medidas no son eficaces. La somnolencia persistente y otros síntomas respiratorios deben provocar una reevaluación médica.

Otros síntomas

La COVID persistente puede manifestarse en una multitud de otros síntomas, en cualquier combinación y gravedad, por ejemplo:

- **Problemas con el sentido del olfato y del gusto:** Estas son frecuentes en las personas con historia de COVID-19. La rehabilitación debe intentarse mediante la formación olfativa y volviendo a formar al paciente en la identificación de los olores. Estos síntomas pueden afectar especialmente a el personal que dependen de su sentido del olfato y del gusto, como los cocineros, y deben considerarse medidas para abordar sus limitaciones al reincorporarse al trabajo, como la ayuda de los compañeros.
- **Deterioro de la voz:** El deterioro de la voz suele afectar a las personas con una enfermedad más grave y que han tenido que ser admitidas en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El descanso vocal y los métodos de comunicación no verbal (por ejemplo, escribir algo que tardaría demasiado en explicarse) pueden ser eficaces y deberían ser sugeridos por el personal médico del trabajo en la adaptación del lugar de trabajo. Además, podrá considerarse cualquier combinación de ejercicios respiratorios y formación vocal. El deterioro de la voz puede afectar especialmente a las personas trabajadoras en profesiones en las que se requiere hablar, como en centros educativos o de atención telefónica. Existen directrices generales sobre la gestión de la voz, pero se necesitan estrategias más específicas para apoyar a las personas trabajadoras en estas profesiones.
- **Deterioro de la deglución:** Al igual que ocurre con el deterioro de la voz, el deterioro de la deglución suele producirse en pacientes con enfermedad más grave o con ingresos e intubación en la UCI. Se trata de una enfermedad potencialmente grave, ya que puede provocar neumonía

por aspiración. Se recomienda para la rehabilitación una combinación de educación y formación en capacidades sobre el posicionamiento de la cabeza y el cuerpo, maniobras y otras modificaciones de la dieta (como la modificación de la composición de los alimentos en función de si la deglución es más difícil con sólidos o líquidos), así como ejercicios de deglución. El deterioro cognitivo, cuando sea grave, también puede contribuir negativamente y debe examinarse. Las personas trabajadoras afectados pueden necesitar un espacio tranquilo para llevar comidas y dispositivos para calentar líquidos en el lugar de trabajo.

El cuadro 22 ofrece una visión general de las medidas de (auto)rehabilitación y los ajustes en el lugar de trabajo para los síntomas mencionados anteriormente.

Cuadro 23. Medidas de autorehabilitación/rehabilitación y ajustes en el lugar de trabajo para los síntomas físicos relacionados con la COVID persistente

Síntoma	Autorehabilitación, rehabilitación y medidas personales	Ajustes en el lugar de trabajo
Alteraciones del sueño	Consejos de higiene del sueño ²⁴ y gestión del estrés Estar físicamente activo durante el día y hacer ejercicio: esto ayudará a que el sueño se presente de forma natural por la noche	Volúmenes de trabajo y horarios de trabajo ajustables Posibilidad de teletrabajar El trabajo por turnos revisado por los superiores jerárquicos, los profesionales de SST y los departamentos de RR. HH., por ejemplo, el cambio de los turnos alternos (de mañana a noche) de las horas de trabajo diarias (por ejemplo, 09.00 a 17.00).
Artralgia	El dolor y las estrategias de autogestión del dolor crónico Formación específica para ejercicios si no hay malestar posterior al ejercicio ²⁵	Hay que tener cuidado de no tensar una articulación dolorosa, sin «forzarla» Debe evitarse el trabajo físico exigente hasta que el dolor sea manejable y se excluya el malestar posterior al ejercicio.
Deterioro de la deglución	Comer comidas más pequeñas a lo largo del día en lugar de comidas completas Tener especial cuidado al tragar y, preferiblemente, concentrarse	Permitir descansos más frecuentes para comidas más pequeñas o descansos más largos para comidas Proporcione un espacio tranquilo para descansos, para comer y beber sin molestias, y la posibilidad de calentar alimentos y líquidos
Deterioro de la voz	Hay que evitar forzar la propia voz; intente atemperar Descansando la voz e intentando no hablar continuamente	Pausas adicionales Reorganizar el trabajo y proporcionar medios técnicos para evitar el uso de

²⁴ El asesoramiento en materia de higiene del sueño incluye sugerencias y educación sobre comportamientos que promueven un sueño saludable, como las horas de sueño fijas, la limitación de los psicoestimulantes como la cafeína, la nicotina y el alcohol, la regulación de la absorción de energía, etc.

²⁵ Véase: <https://www.cdc.gov/arthritis/prevention/index.html>

Síntoma	Autorehabilitación, rehabilitación y medidas personales	Ajustes en el lugar de trabajo
	Formas alternativas de comunicación, como la redacción de notas	la voz, por ejemplo, apoyar la comunicación escrita
Exacerbación de los síntomas posteriores a un esfuerzo	Las personas trabajadoras deben determinar la «envolvente energética» o los límites de energía para la actividad física y permanecer dentro de esos márgenes. Aceptación de la ayuda de otras personas en actividades que se han vuelto difíciles Mantener registros de actividad individual y de síntomas²⁶ Ejercicio ligero dentro de los límites recomendados: natación, pilates, yoga, formación funcional, flexibilidad y formación para la movilidad	La conservación de la energía y el ritmo con que se administra son importantes, por ejemplo, para realizar tareas desde una posición cómoda (por ejemplo, sentarse en lugar de estar de pie) y descansar entre tareas. Plan de reincorporación al trabajo por fases, con carga autoajutable
Fatiga	Ejercicio físico ajustado a los síntomas	Reincorporación gradual al trabajo, revisión de la carga de trabajo y modificaciones del lugar de trabajo
Insuficiencia respiratoria	Centrarse en los aspectos físicos y mentales y formar al paciente en técnicas de gestión. Ejercicios de respiración, como la respiración controlada y pacificada Respiración nasal Ejercicio físico para mejorar la aptitud física, la fuerza, el equilibrio, la coordinación y la energía, cuando no se produce una exacerbación de los síntomas después del ejercicio Apoyo psicológico, cuando la ansiedad o la depresión también contribuyen al malestar	Modificación de la carga de trabajo Descansos más frecuentes Debe evitarse el trabajo que requiera el uso de protección respiratoria. Considerar la posibilidad de proporcionar un espacio protegido para ejercicios ligeros Dado que la falta de respiración puede no ser continua ni aumentarse por el estrés y la ansiedad, el personal deben disponer de apoyo psicológico.
Intolerancia ortostática	Formación de ejercicios determinada por especialistas en rehabilitación Aumento de la ingesta de sal en los alimentos, hidratación, especialmente en días peores²⁷ Levantarse lentamente desde una posición sentada o tumbada	Modificación de la carga de trabajo Evitar trabajar en alturas y en superficies desiguales debido al mayor riesgo de caída Modificación de la carga de trabajo y de las tareas para minimizar el tiempo de permanencia en posición de pie, realizar pausas entre largos

²⁶ Véase, por ejemplo: <https://www.cdc.gov/me-cfs/hcp/clinical-care/treating-the-most-disruptive-symptoms-first-and-preventing-worsening-of-symptoms.html>

²⁷ Ver más técnicas aquí: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/orthostatic-hypotension/diagnosis-treatment/drc-20352553>

Síntoma	Autorehabilitación, rehabilitación y medidas personales	Ajustes en el lugar de trabajo
	Ejercicio físico adaptado y mejora de la aptitud física	períodos de permanencia en posición de pie
	La contracción de los músculos por debajo de la cintura durante aproximadamente medio minuto aumentará la presión arterial cuando los síntomas se presenten	Posibilidad de teletrabajar

Problemas cognitivos y relacionados con la salud mental



Imagen de Freepic

La COVID prolongada afecta a la cognición de muchas maneras, por ejemplo, menoscabando la memoria y la concentración, haciendo que el personal no puedan realizar tareas complejas o tareas mentales exigentes, lo que se describe como «niebla cerebral». Las mujeres, las personas que sufren problemas respiratorios durante la pandemia de COVID-19 y las personas admitidas en una UCI son las más vulnerables.

Las deficiencias en el pensamiento, la toma de decisiones y la memoria afectan a las personas que trabajan con datos complejos, pero las quejas sobre problemas cognitivos también pueden afectar a el personal manual y poner en riesgo su seguridad y salud en el lugar de trabajo. Las personas trabajadoras de más edad, que pueden plantear quejas sobre problemas cognitivos relacionados con la edad, pueden experimentar esta situación de forma más acusada que los más jóvenes. El mal sueño y la fatiga pueden agravar los problemas cognitivos. Existe un estigma asociado a los trastornos de la cognición, pero solo cuando no se ha abordado la sensibilización sobre cuáles son, de dónde proceden y cómo pueden tratarse.

El cuadro 3 ofrece ejemplos de síntomas y quejas relacionados con la cognición.

Cuadro 4. Ejemplos de síntomas y quejas que pueden asociarse a un dominio cognitivo específico

Dominio cognitivo	Síntomas y quejas
Atención	▪ Dificultad para centrarse en un tema o un hilo de pensamiento concretos ▪ Dificultad para seguir las conversaciones ▪ Dificultad para realizar cálculos mentales ▪ Distraerse con facilidad
Capacidades de visualización espacial y de visualización-construcción	▪ Dificultad para conducir ▪ Percepción de profundidad alterada ▪ Dificultad para reconocer las caras y sus características ▪ Dificultad para identificar objetos ▪ Orientación deficiente, especialmente en los lugares recientemente visitados
Control del motor	▪ Movimientos lentos e imprecisos ▪ Disminución de la capacidad para manejar maquinaria, conducción

Dominio cognitivo	Síntomas y quejas
	▪ Dificultad para realizar actividades que requieren movimientos complejos, por ejemplo, bailar
Fatiga mental	▪ Disminución de la capacidad para realizar tareas mentales
Función ejecutiva	▪ Aumento de la frecuencia de errores durante la realización de tareas relacionadas con el trabajo o la rutina diaria ▪ Dificultad para planificar con antelación y organizar rutinas diarias o relacionadas con el trabajo (finanzas, tareas domésticas, organización de la carga de trabajo) ▪ Dificultad para saltar entre dos tareas realizadas al mismo tiempo/multitareas
Lenguaje	▪ Dificultades para encontrar la palabra correcta para describir un objeto ▪ Lenguaje menos embellecido, mala gramática, sintaxis y fluencia ▪ Dificultad para comprender el significado de las palabras ▪ Dificultad para repetir palabras ▪ Dificultad para participar en conversaciones debido a todo lo anterior ▪ Dificultad con el lenguaje escrito, la expresión de los pensamientos propios y la descripción precisa de una situación
Memoria	▪ Dificultad para aprender y recordar nueva información ▪ Dificultad para recordar información antigua, como recuerdos ▪ Dificultad para mantener citas
Velocidad de procesamiento	▪ Dificultad para participar en conversaciones ▪ Dificultad para adaptarse a la nueva información ▪ Dificultad de adaptación y aprendizaje de nuevas capacidades

El deterioro cognitivo debido a la COVID persistente puede ser de larga duración y a menudo se complica por los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión.

Existen varios enfoques de rehabilitación a medida que pueden aplicar especialistas en rehabilitación cognitiva, normalmente psicólogos y neurólogos. La rehabilitación no solo se centra en el fortalecimiento de los dominios cognitivos afectados, sino también en ayudar al paciente a desarrollar mecanismos para hacer frente a la discapacidad continua. En el documento de reflexión sobre la rehabilitación tras la COVID persistente se ofrecen ejemplos. En la medida de lo posible, se combinan la rehabilitación cognitiva y física.

El ejercicio físico también puede contribuir a la salud cerebral. Es importante introducir el ejercicio suavemente en la rutina diaria, centrándose tanto en los ejercicios de mejora de la fuerza como en los de preparación física.

Los problemas de salud mental pueden surgir como parte de la COVID persistente. Para diagnosticarlos y gestionarlos de forma segura, es necesario involucrar a un profesional de la salud mental en una fase temprana. El cuadro 4 ofrece una visión general de los síntomas, en particular en lo que respecta a la depresión y la ansiedad.

Cuadro 5. Síntomas indicativos de problemas de salud mental

Síntomas depresivos	Síntomas de ansiedad
▪ Estado de ánimo bajo y tristeza persistente ▪ Participación notablemente reducida en actividades anteriormente placenteras ▪ Alteraciones del sueño ▪ Cambios cognitivos ▪ Cambios en el apetito ▪ Fatiga mental y física ▪ Percepción negativa alterada de uno mismo, de las capacidades y del valor propio ▪ Pensamientos de autolesión o incluso suicidio	▪ Sorpresa, pensamientos incontrolables, invasivos o «acelerados o inconexos» ▪ Reducción de la atención/dificultad para concentrarse ▪ Sensación de angustia ▪ Alteración del sueño²⁸ ▪ Cambios en el apetito ▪ Irritabilidad/actitudes de confrontación

En particular, las quejas cognitivas y emocionales en el lugar de trabajo suelen estar infranotificadas debido al sesgo social y al estigma, y especialmente en el personal más jóvenes y en las personas con baja seguridad laboral. Una formación específica, por ejemplo sobre alfabetización y sensibilización en materia de salud mental,²⁹ puede permitir a las empresas y a los compañeros mejorar los conocimientos y las capacidades para abordarlos en el lugar de trabajo y apoyar la aplicación de medidas para garantizar que el personal puedan volver a trabajar a pesar de experimentar problemas de salud mental. La EU-OSHA ha publicado directrices específicas sobre este tema.^{30,31}



Imagen de Freepic

El cuadro 5 presenta una visión general de las adaptaciones en el lugar de trabajo y otras intervenciones que podrían aplicarse para abordar los problemas de salud cognitiva y mental relacionados con la COVID persistente.

Cuadro 6. Ajustes e intervenciones en el lugar de trabajo para abordar los síntomas de la COVID persistente

Síntoma	Ajustes en el lugar de trabajo	Otras intervenciones
Problemas cognitivos	Horarios de trabajo ajustables, carga de trabajo ajustable y reincorporación escalonada al trabajo Desglosar las actividades en etapas más sencillas o más pequeñas. Es importante comenzar con actividades que puedan	Informar y sensibilizar a las empresas, los superiores jerárquicos y el personal con síntomas cognitivos relacionados con la COVID persistente

²⁸ La alteración del sueño en los trastornos de ansiedad puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano o secuencial durante el sueño nocturno, disminución del tiempo total de sueño o sueño no restaurativo.

²⁹ Organización Mundial de la Salud (2022). *Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-eng.pdf?sequence=1>

³⁰ EU-OSHA – Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *Orientaciones para los lugares de trabajo sobre cómo apoyar a las personas que sufren problemas de salud mental*, 2024. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/guidance-workplaces-how-support-individuals-experiencing-mental-health-problems>

³¹ EU-OSHA – Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *Cómo pueden los lugares de trabajo apoyar a las personas trabajadoras que sufren problemas de salud mental*, 2024. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/how-workplaces-can-support-workers-experiencing-mental-health-problems>

Síntoma	Ajustes en el lugar de trabajo	Otras intervenciones
	completarse con éxito antes de pasar a otras más exigentes. Revisión de la información a su propio ritmo Volver a enseñar el control de movimientos más finos, la coordinación y el equilibrio Uso de ayudas organizativas, por ejemplo calendarios digitales Autoincitación mediante la creación de listas, el establecimiento de alarmas o calendarios para gestionar la rutina	
Problemas de salud mental	Adaptaciones de los horarios de trabajo, como horarios de trabajo flexibles Modificación de las tareas para reducir el estrés 'Tiempo adicional para completar las tareas Educar a l personal sobre la gestión del estrés	Formación de directivos en materia de salud mental Formación del personal en alfabetización y sensibilización en materia de salud mental

Consideración sin discriminación

La sensibilización y la educación deben estar encaminadas a convertir el lugar de trabajo en un espacio positivo para la reincorporación a la vida laboral seguro y acogedor. Hay varios grupos de trabajadores que pueden necesitar especial atención:

- Cualquier manifestación persistente de la COVID puede dar lugar a una discapacidad significativa e introducir riesgos en materia de salud y seguridad en el trabajo. El personal afectado por síntomas graves necesita un apoyo especial. Los profesionales de la salud en el trabajo podrían proponer evaluaciones de riesgos individuales y debatir con los departamentos de recursos humanos, las empresas y los superiores jerárquicos cómo rediseñar las tareas y rutinas relacionadas con el trabajo para evitar escenarios que puedan exacerbar los síntomas (por ejemplo, estar de pie de forma prolongada, exposición continua al calor, turnos alternos, trabajo físico pesado, etc.). Otras medidas que deben tenerse en cuenta son las siguientes:
 - permisos de ausencia para citas sanitarias, rehabilitación o ejercicio;
 - combinar la atención clínica con la rehabilitación profesional y la reincorporación progresiva al trabajo;
 - la simplificación del trabajo, la redistribución del volumen de trabajo y otros ajustes razonables, como el teletrabajo; y
 - modificar los calendarios de trabajo.
- Las mujeres en edad laboral se ven afectadas de manera desproporcionada por la COVID persistente (Shah et al., 2025, Global Burden of Disease Collaborators, 2022). Su rehabilitación puede entrar en conflicto con el cuidado de niños o personas mayores. El personal médico del trabajo puede ayudar a adaptar el plan individual de reincorporación al trabajo, reorganizar los volúmenes de trabajo y los horarios para acomodar el trabajo, la rehabilitación y otras tareas.



- Los trabajadores que sufren problemas de salud mental debido a la COVID persistente pueden sufrir discriminación, sentirse aislados o percibir el lugar de trabajo como un entorno hostil. El personal médico del trabajo puede ayudar a formar a las empresas y todas las personas vinculadas al lugar de trabajo en materia de salud mental en el trabajo y a sensibilizar y adaptar el trabajo a las necesidades de las personas trabajadoras afectadas.

El plan de reincorporación al trabajo y la rehabilitación

Un consenso general respecto a la COVID persistente es que la reincorporación al trabajo debe realizarse por fases. Todas las personas vinculadas al lugar de trabajo tendrán que reconocer la necesidad de rehabilitación y asignar el tiempo y los medios adecuados para la reincorporación progresiva al trabajo y la adaptación continua de las personas crónicamente afectadas por los síntomas de la COVID persistente. Todos los agentes en el lugar de trabajo deben colaborar y asegurarse de que se dedica el tiempo y el espacio adecuados a la rehabilitación, incluido el ejercicio especializado o el apoyo psicológico. Todas las personas implicadas deben formar parte de un equipo que diseñe estas intervenciones. Esto incluye las áreas de los lugares de trabajo diseñadas por los profesionales de la SST, como los espacios para los descansos y la autorehabilitación. En las empresas más grandes, las medidas para los trabajadores afectados por la COVID persistente deben formar parte de una política que se revise periódicamente. La EU-OSHA ha publicado previamente orientaciones sobre el modo en que las personas trabajadoras, los empresarios, los superiores jerárquicos, los representantes de los trabajadores y los profesionales de la SST pueden trabajar juntos, comunicándose de manera abierta y positiva, con objeto de garantizar un entorno de trabajo seguro para las personas que se reincorporan al trabajo y para mantenerlas en el trabajo. Para mayor información, se pueden consultar las siguientes publicaciones.

Referencias

- Baker, J., Paturel, J. R., Sletten, D. M., Low, P. A., & Kimpinski, K. (2020). La escala de severidad y discriminación ortostática (ODSS): Una evaluación de la intolerancia ortostática. *Clin Auton Res*. 30(1), 69-77. <https://doi.org/10.1007/s10286-018-00586-5> EPUB 2019 de enero de 2. PMID: 30604164.
- Bedree, H., Sunnquist, M., & Jason, L. A. (2019). Cuestionario de síntomas de DePaul-2: A validation study. *Fatiga: Biomedicina, Health Behavior*, 7(3), 166-179. <https://doi.org/10.1080/21641846.2019.1653471>
- Borg, G. A. (1982). Bases psicofísicas del esfuerzo percibido. *Medicina y ciencia en el deporte y el ejercicio*, 14(5), 377-381. <https://journals.lww.com/acsm-msse/toc/1982/05000>
- Borg, E., & Kaijser, L. (2005). Una comparación entre tres escalas de calificación para esfuerzo percibido y dos pruebas de trabajo diferentes. *Scand J Med Sci Sports*, 16(1), 57-69. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00448.x>
- Chiu, H. Y., Chen, P. Y., Chuang, L. P., Chen, N. H., Tu, Y. K., Hsieh, Y. J., Wang, Y. C., & Guilleminault, C. (2017). Precisión de diagnóstico del cuestionario de Berlín, STOP-BANG, STOP y la escala de somnolencia Epworth en la detección de la apnea obstructiva del sueño: Un metaanálisis bivariable. *Sleep Med Rev*. 36, 57-70. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.10.004>. EPUB 2016 5 de noviembre. PMID: 27919588
- de Zwart, B. C. H., Frings-Dresen, M. H. W. y Van Duivenbooden, J. C. (2002). Test: volver a probar la fiabilidad del cuestionario del Índice de capacidad de trabajo. *Occup Med* 52(4), 177-181. <https://doi.org/10.1093/occmed/52.4.177>
- EU-OSHA – Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *COVID-19 infection and long COVID – guide for managers*, 2021a. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-managers>
- EU-OSHA – Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *COVID-19 infection and long COVID – guide for workers*, 2021b. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-workers>.

- EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *Impact of Long Covid on workers and workplaces and the role of OSH* [«El impacto de la COVID-19 persistente en los trabajadores y los lugares de trabajo y el papel de la SST», documento en inglés], 2022 bis. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/impact-long-covid-workers-and-workplaces-and-role-osh>
- EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, *COVID persistente: Retos para la prevención y medidas para reducir los efectos en la SST*, 2022b. Disponible en: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/long-covid-challenges-prevention-and-measures-diminish-effects-osh>
- EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, «Long COVID: assessing work ability, adapting the workplace and support rehabilitation — A practical guide for the workplace, 2025» (COVID-19 persistente: evaluación de la capacidad laboral, adaptación del lugar de trabajo y apoyo a la rehabilitación. Guía práctica para el lugar de trabajo), 2025. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/long-covid-assessing-work-ability-adapting-workplace-and-supporting-rehabilitation-practical-short-guide-workplace>
- EU-OSHA — Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, «Long COVID: worker rehabilitation, assessment of work ability and re-to work support» (COVID-19 persistente: rehabilitación de los trabajadores, evaluación de la capacidad laboral y apoyo a la reincorporación al trabajo), 2025. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/long-covid-worker-rehabilitation-assessment-work-ability-and-return-work-support>
- EU-OSHA- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, artículo de la OSH wiki, *Identification of long COVID, assessment of work ability, rehabilitation and workplace adaptations* (Identificación de la COVID persistente, evaluación de la capacidad de trabajo, rehabilitación y adaptaciones en el lugar de trabajo), 2025. Disponible en: [Identificación de la COVID persistente, evaluación de la capacidad laboral, rehabilitación y adaptaciones en el lugar de trabajo](#)
- Global Burden of Disease Long COVID Collaborators [«Colaboradores de la COVID persistente sobre la carga mundial de las enfermedades», documento en inglés]. Proporciones globales estimadas de personas con fatiga persistente y agrupaciones de síntomas cognitivos y respiratorios tras la COVID-19 sintomática en 2020 y 2021. JAMA. 2022; 328(16):1604–1615. doi:10.1001/jama.2022.18931.
- Hamilton, M. (1960). Una escala de valoración de la depresión. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hlatky, M. A., Boineau, R. E., Higginbotham, M. B., Lee, K. L., Mark, D. B., Califf, R. M., Cobb, F. R., y Pryor, D. B. (1989). Breve cuestionario autoadministrado para determinar la capacidad funcional (el Índice Duke de Estado de Actividad). *Am J Cardiol*. 64(10), 651-654. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(89\)90496-7](https://doi.org/10.1016/0002-9149(89)90496-7)
- Ilmarinen, J. (2007). El Índice de aptitud para el trabajo (WAI). *Medicina del Trabajo*, 57(2), 160. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm008>
- Johns, M. W. (1991). Un nuevo método para medir la somnolencia diurna: Escala de somnolencia de Epworth. *Sleep*, 14(6), 540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- Klok, F. A., Boon, G. J. A. M., Barco, S., Endres, M., Geelhoed, J. J. M., Knauss, S., Rezek, S. A., Spruit, M. A., Vehreschild, J., & Siegerink, B. (2020). Escala de estado funcional posterior a la COVID-19: Una herramienta para medir el estado funcional a lo largo del tiempo después de la COVID-19. *Eur Respir J*. 56(1), 2001494. <https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). La escala de gravedad de la fatiga. Aplicación a pacientes con esclerosis múltiple y lupus eritematoso sistémico. *Arch Neurol* 46(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1001/archneur.1989.00520460115022>
- Lee, K. A., Hicks, G., y Nino-Murcia, G. (1991). Validez y fiabilidad de una escala para evaluar la fatiga. *Psychiatry Research*, 36(3), 291-298. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90027-M](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90027-M)
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: Una breve herramienta de cribado para detectar deficiencias cognitivas leves. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x> [Erratum en:] *J Am Geriatr Soc* 2019; <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15925>

- Shah, D.P., Thaweethai, T., Karlson, E.W., et al. «Sex Differences in Long COVID» (Diferencias entre sexos en la COVID persistente). *JAMA Netw Open*. 2025;8(1):e2455430. doi:10.1001/jamanetworopen.2024.55430.
- Thompson E. (2015). Escala de calificación de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A). *Occup Med (Lond)*. 65(7), 601. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv054>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Gestión clínica de la COVID-19: Directrices para la vida*, 18 de agosto de 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2023.2>