

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PERSONAS CON COVID-19, INTERNADOS EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO EN EL CALLAO

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN PEOPLE WITH COVID-19, INTERNED IN A HOSPITAL ESTABLISHMENT IN CALLAO

Diana Karim Matta Solis¹

¹Instituto Peruano de Salud Familiar. Centro de Investigación. Lima. Perú.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo

Recibido: 24/03/2022
Aprobado: 08/06/2022
Publicado: 30/06/2022

Autor corresponsal

Diana Karim Matta Solis
diana.matta3@gmail.com

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés

Citar como

Matta Solis DK. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública. 2022; 2(1): 56-63. DOI: 10.53684/csp.v2i1.42



Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao. **Materiales y métodos:** El presente estudio fue elaborado desde una perspectiva del enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 72 pacientes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario EUROQOL, estructurado por 5 reactivos y 5 dimensiones. **Resultados:** En cuanto a la calidad de vida, predominan aquellos con un nivel medio con 58,3% (n=42), seguido de un nivel alto con 22,2% (n=16) y un nivel bajo con 19,4% (n=14). Según sus dimensiones, en movilidad, predominan aquellos que no tienen problemas para caminar con 55,6% (n=40), en cuidado personal, predominan aquellos que no tienen problemas con 55,6% (n=40), en actividades cotidianas, predominan aquellos que tienen algunos problemas con 51,4% (n=37), en dolor malestar, predominan aquellos que tienen un dolor moderado con 70,8% (n=51), en ansiedad depresión, 41 participantes que representan el 56,9% están moderadamente ansiosos o deprimidos. **Conclusiones:** En cuanto a la calidad de vida, predominan aquellos con un nivel medio, seguido de un nivel alto y nivel bajo. De acuerdo a sus dimensiones, en movilidad, predominan aquellos que no tienen problemas para caminar, en cuidado personal, predominan aquellos que no tienen problemas, en actividades cotidianas, predominan aquellos que tienen algunos problemas, en dolor malestar, predominan aquellos que tienen un dolor moderado, en ansiedad depresión, predominan aquellos que están moderadamente ansiosos o deprimidos.

Palabra claves: Calidad de Vida; Personas; Coronavirus; Hospitales (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life related to health in people with COVID-19, admitted to a hospital in Callao. **Materials and methods:** This study was prepared from a quantitative approach perspective and its methodological design was descriptive and cross-sectional. The population consisted of 72 patients. The data collection technique was the survey and the instrument was the EUROQOL questionnaire, structured by 5 items and 5 dimensions. **Results:** Regarding quality of life, those with a medium level predominate with 58.3% (n=42), followed by a high level with 22.2% (n=16) and a low level with 19.4% (n=14). According to its dimensions, in mobility, those who do not have problems walking predominate with 55.6% (n=40), in personal care, those who do not have problems predominate with 55.6% (n=40), in daily activities, those who have some problems predominate with 51.4% (n=37), in discomfort pain, those who have moderate pain predominate with 70.8% (n=51), in anxiety depression, 41 participants representing 56.9% are moderately anxious or depressed. **Conclusions:** Regarding the quality of life, those with a medium level predominate, followed by a high level and a low level. According to their dimensions, in mobility, those who have no problems with walking predominate, in personal care, those who have no problems predominate, in daily activities, those who have some problems predominate, in pain and discomfort, those who have pain predominate. moderate, in anxiety depression, those who are

moderately anxious or depressed predominate.

Keywords: Quality of life; Persons; Coronavirus; Hospitals (Source: DeCS).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa de gran preocupación para la salud pública mundial causada por un virus SARS-CoV-2⁽¹⁾. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la cifra actual de casos positivo al virus oscila en 173,460,873 casos y 2,803,411 muertes⁽²⁾.

El amplio espectro de síntomas de COVID-19 va desde manifestaciones leves hasta enfermedades graves y la muerte. Los síntomas pueden presentarse desde los más comunes como afecciones del tracto respiratorio superior (dolor de garganta, síntomas de resfriado, tos leve), dolor muscular y malestar general, como también manifestaciones más complejas^(3,4).

El coronavirus causa neumonía intersticial y síndrome de dificultad respiratoria, lo que puede conducir a una falla orgánica múltiple⁽⁵⁾. El virus puede afectar a diferentes órganos y sistemas del cuerpo, como el corazón (daño al músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca), los pulmones (daño al tejido pulmonar e insuficiencia pulmonar restrictiva), el cerebro y el sistema nervioso (anosmia, consecuencias de eventos tromboembólicos, como accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo) y la salud mental⁽⁶⁾.

La enfermedad por coronavirus conlleva una carga de síntomas compleja en la fase aguda y subaguda que reduce la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con COVID-19^(7,8). Los impactos de una enfermedad generalmente van más allá de su resultado clínico, como la mortalidad y la morbilidad, y abarcan medidas subjetivas en términos de CVRS^(9,10). Durante este contexto de emergencia sanitaria, la CVRS de la población general y en especial de aquellos pacientes con COVID-19, se ve afectada por una variedad de factores demográficos, sociales y relacionados con la salud^(11,12).

Un estudio realizado por Terai y colaboradores⁽¹³⁾, en Japón, donde participaron 431 pacientes, cuyos resultados indican que el 34,3% informaron una disminución de la CV después de la pandemia. La mayor disminución fue en el dominio del dolor seguido por el dominio de la movilidad. El análisis de regresión logística multivariable reveló que los pacientes con disminución de los hábitos de ejercicio regular estaban significativamente relacionados con el deterioro de la CVRS en comparación con aquellos con ejercicio regular estable (1,76, $p < 0,001$) independientemente de la edad, el sexo y el cambio de síntomas.

Un estudio en Etiopía, ejecutado por Kaso y colaboradores,

en 198 pacientes con COVID-19, cuyos hallazgos indicaron que la puntuación media general de HSU del EQ-5D fue de 0,688 (SD: 0,285), COVID-19 afectó sustancialmente la CVRS de los pacientes, los factores asociados fueron: Los que recibieron suplemento de dexametasona y oxígeno intranasal, los que tenían comorbilidad, los mayores de 55 años y los que tenían una estancia hospitalaria de más de 15 días ($p < 0,001$)⁽¹⁴⁾.

Una investigación en Iran desarrollado por Zozani y colaboradores⁽¹⁵⁾, donde la población total fueron 420 usuarios con COVID-19. Sus hallazgos indican que la puntuación media de la CV fue baja con 0,6125. Los puntajes de CV fueron significativamente más altos en hombres, pacientes de menor edad, aquellos con un bajo nivel de educación, empleados, pacientes que trabajaban en lugares de trabajo con poca gente, pacientes sin diabetes y aquellos que no ingresaron en la unidad de cuidados intensivos. Mostraron que los factores asociados a la CV de los pacientes con COVID-19 fueron: el sexo, la edad, la educación, la situación laboral, tener diabetes, insuficiencia cardíaca y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Una revisión sistemática en Reino Unido, efectuado por Poudel y colaboradores⁽¹⁶⁾, participaron 1276 estudios, Cuyos resultados indican que el impacto de COVID-19 en la CVRS es considerable tanto en pacientes con COVID-19 agudo como con COVID-19 prolongado. Además, informaron un mayor impacto en la CVRS en pacientes con COVID-19 agudo, mujeres, edades más avanzadas, pacientes con enfermedad más grave y pacientes con bajos ingresos.

Un estudio en India, desarrollado por Barani y colaboradores⁽¹⁷⁾, la población estuvo conformada por 372 participantes, cuyos hallazgos señalan que el 40% de los participantes informaron tener comorbilidades. La puntuación media de la CVRS fue de $0,925 \pm 0,150$. Encontraron que los hombres tenían un CVRS más alto ($0,938 \pm 0,130$) que las mujeres ($0,907 \pm 0,170$). El factor asociado fue los pacientes con comorbilidades que requerían una hospitalización más prolongada tenían puntajes de CVRS más bajos.

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida relacionada a la salud en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque y diseño de estudio

En el presente estudio se abordó bajo el enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. cuantitativo porque el instrumento de recolección de información es de tipo cuantitativo⁽¹⁸⁾.

Descriptivo, porque presenta a la variable en su medio natural ⁽¹⁹⁾ y transversal, porque evalúa una vez a la variable en el tiempo durante el trabajo ⁽²⁰⁾.

Población de estudio

En la actual investigación se llevó a cabo con la participación de una población de personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao. Por medio del registro de enfermería de los últimos 3 meses, facilitado por el departamento de enfermería, se pudo calcular una población de 80 pacientes. Para determinar las características de los participantes, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, luego de ello quedo finalmente 72 pacientes con COVID-19.

Variable de estudio

En el actual trabajo tuvo como variable principal constructo "Calidad de vida relacionada con la salud", siendo esta de naturaleza cualitativa y de escala de medición de tipo ordinal. La definición conceptual de calidad de vida, estas comprendido por la valoración subjetiva del individuo de su bienestar asociado a los diversos aspectos de su vida que influyen positiva o negativamente en su estado de salud ^(21,22).

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada en este trabajo fue la encuesta, esta es instrumento de recolección de datos muy aceptada por la comunidad científica ⁽²³⁾. La encuesta, es un instrumento que se adapta fácilmente a cualquier población de estudio y destaca por su capacidad de recopilación de información de manera estandarizada y sistemática en un tiempo breve ^(24,25).

En el presente estudio se utilizó el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud o health-related quality of life questionnaire (EUROQOL). este instrumento fue diseñado por la Organización Europea, con el objetivo de valorar la CVRS de los pacientes con alguna enfermedad. Este cuestionario destaca por sus excelentes propiedades psicométricas, cuyos coeficientes de validez y confiabilidad son buenos y debido a ello el EUROQOL ha sido adaptado a diferentes culturas y traducido a diversos idiomas, logrando una gran aceptación por parte de la comunidad de investigadores del mundo. Esta herramienta de recolección de datos, facilita la obtención de información que nos permite conocer el estado de salud del paciente, porque este comprende un aspecto fundamental porque da lugar a varias líneas de investigación en salud. El cuestionario

EuroQol (EQ-5D-5L) es uno de los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en la investigación ⁽²⁶⁾. El cuestionario EUROQOL, está compuesto por 5 ítems que permiten conocer el estado de salud del participante, por medio de 5 dimensiones, las cuales son las siguientes: movilidad, cuidado personal, actividades de todos los días, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Para la calificación del cuestionario, se tiene que tener en cuenta los valores finales, los cuales se clasifican en alta (16 puntos a +), media (11-15 puntos) y baja (0-10 puntos) ^(27,28).

Młyńczak y colaborador ⁽²⁹⁾, en el 2021 determinaron en su trabajo, la validez de contenido del cuestionario EUROQOL y para calcularlo, se requirió de la participación de 5 jueces expertos que dieron una valoración de 95% interpretándose como buena. La validez estadística se desarrolló a través de las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, cuyo valor fue ($KMO > 0,5$) y la prueba de Bartlett cuyo valor fue 0,000 ($p < 0,001$). En nuestro estudio se desarrolló la confiabilidad por medio de la prueba del Alpha de Cronbach, cuyo valor fue 0,563, interpretándose como fiable.

Para el trabajo de campo se solicitó con previa anticipación el acceso a las instalaciones del establecimiento hospitalario y de esa forma tener acceso a los pacientes con COVID-19.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de noviembre del año 2021. El cuestionario EUROQOL, fue diseñada en un formato digital, haciendo uso del formulario Google, el enlace de este fue facilitado y visualizado en un Smartphone. El tiempo aproximado que tuvo cada participante para el llenado del cuestionario fue de 13 minutos. Dicho proceso se desarrolló bajo las medidas sanitarias correspondientes, para cuidar la salud de los participantes y del encuestador, debido que estamos en un contexto de pandemia.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó la estadística de tipo descriptiva. A través del programa estadístico SPSS versión 26, se procedió a analizar la información. Primero se ingresó los datos al SPSS, después se hicieron uso de herramientas estadísticas para calcular la variable y sus dimensiones. Los hallazgos más relevantes se presentaron en tablas, las cuales permitieron redactar las secciones de resultados y discusión. Finalmente se desarrollaron las conclusiones.

Consideraciones éticas

En la actual investigación se cumplieron con los aspectos bioéticos, los cuales conforman una premisa fundamental del desarrollo de una investigación en el campo de la salud, donde los participantes son seres humanos. Por ello se tomó en consideración el documento de Helsinki ⁽³⁰⁾, que

indica el respeto de la decisión del participante a través de la aplicación del consentimiento informado. En segundo lugar, el reporte Belmont, señala los principios éticos ⁽³¹⁾, siendo los siguientes: autonomía ⁽³²⁾, beneficencia ⁽³³⁾, no maleficencia ⁽³⁴⁾ y justicia ⁽³⁵⁾. El presente trabajo de investigación fue aprobado por un comité de ética institucional, el cual emitieron el acta correspondiente.

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	72	100
Edad	Min: 31 Max: 64 Media: 42,89	
Sexo del participante		
Femenino	29	40,3
Masculino	43	59,7
Estado civil		
Soltero(a)	5	6,9
Casado(a)	39	54,2
Divorciado(a)	5	6,9
Separado(a)	3	4,2
Viudo(a)	4	5,6
Conviviente	16	22,2
Grado de instrucción		
Primaria	1	1,4
Secundaria	38	52,8
Superior técnico	15	20,8
Superior Universitaria	12	16,7
Sin instrucción	6	8,3
Condición de ocupación		
Estable	21	29,2
Eventual	28	38,9
Sin ocupación	22	30,6
Jubilado(a)	1	1,4

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo fue 31 años, el máximo fue 64 años y la media fue 42,89. En cuanto al sexo, 43 participantes que representan el 59,7% son varones y 29 participantes que representan el 40,3% son mujeres. En cuanto al estado civil, 39 participantes que representan el 54,2% son casados, 16 participantes que representan el 22,2% son convivientes, 5 participantes que representan el 6,9% son solteros, 5 participantes que

representan el 6,9% son divorciados, 4 participantes que representan el 5,6% son viudos y 3 participantes que representan el 4,2% son separados. En cuanto al grado de instrucción, 38 participantes que representan el 52,8% tienen secundaria, 15 participantes que representan el 20,8% tienen superior técnico, 12 participantes que representan el 16,7% tienen superior universitario y 1 participante que representa el 1,4% tiene primaria. En cuanto a la condición de ocupación, 28 38,9% tiene un trabajo eventual, 22 participantes que representan el 30,6% no tiene ocupación, 21 participantes que representan el 29,2% tienen un trabajo estable y 1 participante que representa el 1,4% es jubilado.

Tabla 2. Calidad de vida en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
Bajo	14	19,4
Medio	42	58,3
Alto	16	22,2
Total	72	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, 42 participantes que representan el 58,3% tienen un nivel medio, 16 participantes que representan el 22,2% tienen un nivel alto y 14 participantes que representan el 19,4% tienen un nivel bajo.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión en movilidad en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
No tengo problemas para caminar	40	55,6
Tengo algunos problemas para caminar	28	38,9
Tengo que estar en cama	4	5,6
Total	72	100,0

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la movilidad, 40 participantes que representan el 55,6% no tienen problemas para caminar, 28 participantes que representan el 38,9% tienen algunos problemas para caminar y 4 participantes que representan el 5,6% tienen que estar en cama.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión en cuidado personal en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
No tengo problemas con el cuidado personal	40	55,6

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	31	43,1
Soy incapaz de lavarme o vestirme	1	1,4
Total	72	100,0

En la tabla 4, se observa que, en cuanto al cuidado personal, 40 participantes que representan el 55,6% no tienen problemas, 31 participantes que representan el 43,1% tienen algunos problemas y 1 participante que representa el 1,4% es incapaz de lavarse o vestirse.

Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión en actividades cotidianas en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	32	44,4
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	37	51,4
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3	4,2
Total	72	100,0

En la tabla 5, se observa que, en cuanto a las actividades cotidianas, 37 participantes que representan el 51,4% tienen algunos problemas, 32 participantes que representan el 44,4% no tienen problemas y 3 participantes que representan el 4,2% son incapaces de realizar sus actividades cotidianas.

Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión en dolor malestar en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
No tengo dolor ni malestar	3	4,2
Tengo dolor moderado o malestar	51	70,8
Tengo mucho dolor o malestar	18	25,0
Total	72	100,0

En la tabla 6, se observa que, en cuanto al dolor malestar, 51 participantes que representan el 70,8% tienen un dolor moderado, 18 participantes que representan el 25% tienen mucho dolor y 3 participantes que representan el 4,2% no tienen dolor.

Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión en ansiedad depresión en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao (N=72).

Valores	n	%
No estoy ansioso ni deprimido	3	4,2
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	41	56,9

Estoy muy ansioso o deprimido	28	38,9
Total	72	100,0

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a la ansiedad depresión, 41 participantes que representan el 56,9% están moderadamente ansiosos o deprimidos, 28 participantes que representan el 38,9% están muy ansiosos o deprimidos y 3 participantes que representan el 4,2% no están ansiosos o deprimidos.

DISCUSIÓN

En el actual trabajo se plantea la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes COVID-19, desde una perspectiva preventiva promocional, teniendo como única finalidad aportar con conocimiento actualizado y mejorar el bienestar de estos pacientes internados en un establecimiento hospitalario en el Callao.

En cuanto a la calidad de vida, 42 participantes con 58,3% tienen un nivel medio, 16 participantes con 22,2% tienen un nivel alto y 14 participantes con 19,4% tienen un nivel bajo. El 77,7% de los encuestados indicaron niveles medios y altos. Terai y colaboradores⁽¹³⁾, en sus investigación predominó el 34,3% con una disminución de la CV. Manifestó que esto se debería a la edad avanzada, el sexo, síntomas cinco graves de COVID-19, tipo de tratamiento, necesidad de ventilación mecánica y estar hospitalizado se asociaron con una menor CV.

En cuanto a la movilidad, 40 participantes con 55,6% no tienen problemas para caminar, 28 participantes con 38,9% tienen algunos problemas para caminar y 4 participantes con 5,6% tienen que estar en cama. El 44,5% de los participantes señalo tener algunos problemas para caminar y otros se encuentran en cama. Terai y colaboradores⁽¹³⁾, en su estudio señalo que esto se debería a la edad, el sexo, el cambio de síntomas, tener enfermedades crónicas, presentar problemas de funcionalidad física, presencia de efectos subyacentes a la enfermedad como secuelas físicas, no realizar ejercicios regularmente se asocia con el deterioro de la movilidad física y la CVRS. Otro estudio indica que los factores más comunes asociados con un bajo nivel de CV son el sexo femenino, la edad avanzada, la presencia de comorbilidades, el ingreso en la UCI, la estancia prolongada en la UCI y la ventilación mecánica^(36,37).

En cuanto al cuidado personal, 40 participantes con 55,6% no tienen problemas, 31 participantes con 43,1% tienen algunos problemas y 1 participante con 1,4% es incapaz de lavarse o vestirse. El 44,5% presentaron algunos problemas y otros son incapaces de realizar sus actividades personales. Kaso y colaboradores⁽¹⁴⁾, refiere que estos hallazgos se deben a que los participantes recibieron suplemento de farmacológico

y oxígeno intranasal, los que tenían comorbilidad, los mayores de 55 años y los que tenían una estancia hospitalaria de más de 15 días. Además, los pacientes con COVID-19 hospitalizados tienen un mayor impacto en la movilidad, el autocuidado y las actividades habituales en comparación con los que no están hospitalizados. Zozani y colaboradores ⁽¹⁵⁾, manifestó que estos se debería a la presencia de enfermedades crónicas, ya que este limita y dificulta el cuidado personal, impide el desempeño de sus actividades habituales, les genera incomodidad, y como respuesta a ello la ansiedad en estos pacientes.

En cuanto a las actividades cotidianas, 37 participantes con 51,4% tienen algunos problemas, 32 participantes con 44,4% no tienen problemas y 3 participantes con 4,2% son incapaces de realizar sus actividades cotidianas. El 55,6% de los participantes, indico algunos problemas y otros son incapaces de desempeñar sus actividades habituales. Zozani y colaboradores ⁽¹⁵⁾, señalo que esto se debería a el sexo, la edad, la educación, la situación laboral, tener diabetes, insuficiencia cardíaca y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Así como tambien a la disminución en la movilidad, presencia de dolor producto a la enfermedad o infección del COVID-19, los cuales son factores que afectan su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias.

En cuanto al dolor malestar, 51 participantes que representan el 70,8% tienen un dolor moderado, 18 participantes que representan el 25% tienen mucho dolor y 3 participantes que representan el 4,2% no tienen dolor. El 95,8% de los participantes señalo mucho y moderado dolor. Poudel y colaboradores ⁽¹⁶⁾, señalaron que esto se debería al deterioro de la salud, presencia de lesiones físicas, cuidados inadecuados, presencia de complicaciones de la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, la edad y el no recibir una atención medica continua.

En cuanto a la ansiedad depresión, 41 participantes con 56,9% están moderadamente ansiosos o deprimidos, 28 participantes con 38,9% están muy ansiosos o deprimidos y 3 participantes con 4,2% no están ansiosos o deprimidos. El 95,8% de los encuestados indicaron estar moderadamente y estar muy ansiosos y deprimidos. Barani y colaboradores ⁽¹⁷⁾, indico que estos resultados se debería al estado de salud deteriorado, la estigmatización social de la enfermedad, no poder estar en contacto familiar, la carga económica de la enfermedad, no recibir atención médica adecuada, presentar complicaciones severas de la enfermedad, presencia de factores de riesgo ambientales y sociales, no tener conocimiento suficiente de la patología, ser persona vulnerable, presentar comorbilidades y no estar vacunado contra el COVID-19, son aspectos angustiantes que incrementan la ansiedad y depresión en estos pacientes y ocasionan un impacto negativo en sus salud mental y su CVRS.

En conclusión, en cuanto a CVRS, predominaron aquellos

con un nivel medio, seguido de un nivel alto y nivel bajo. Definitivamente hubo un mayor impacto del COVID-19 en la CVRS de los pacientes con COVID, se vio vulnerado debido diversos factores, como la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad de los pacientes y el tiempo de enfermedad ⁽³⁸⁾.

La calidad de vida de los pacientes COVID-19 se vio muy afectada, independientemente del tiempo transcurrido desde el alta o la recuperación. Los proveedores de salud conjuntamente con los establecimientos de salud, deben de planificar y ejecutar estrategias sólidas para mejorar la CVRS de los pacientes con COVID-19, por medio de una atención integral, sesiones educativas preventivas promocionales sobre la enfermedad, programas en salud sobre cuidados adecuados dirigidos a los pacientes y familiares, así como tambien campañas de identificación de factores de riesgo potenciales y apoyo psicológico a los usuarios ⁽³⁹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol* [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de octubre de 2021]; 215(1):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325252/>
2. World Health Organisation. Coronavirus disease outbreak (COVID-19) [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2022 [actualizado en 2022; acceso 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
3. Madahar P, Wunsch H, Jha P, Slutsky A, Brodie D. Trends in COVID-19-related in-hospital mortality: lessons learned from nationwide samples. *Lancet Respir Med*. [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de mayo de 2021]; 9(4):3-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33600776/>
4. Brehm T, Meirschen M, Hennigs A, Roedl K, Jarczak D, Wichmann D, et al. Comparison of clinical characteristics and disease outcome of COVID-19 and seasonal influenza. *Sci Rep*. [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de mayo de 2021]; 11(1): 1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33707550/>
5. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. [revista en Internet] 2020 [acceso 5 de enero de 2022]; 395(10229): 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171076/>
6. World Health Organisation. Update 36 – Long-term effects of COVID-19 [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2020 [actualizado en el 2020; acceso 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/update-36-long-term-effects-of-covid-19>
7. Huang C, Wang Y, Li X, Ren H, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. [revista en Internet] 2018 [acceso 6 de enero de 2022]; 395(10223): 1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>
8. Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*. [revista en Internet] 2021 [acceso 7 de enero de 2022]; 27(1): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979574/>
9. Guo L, Lin J, Ying W, Zheng C, Tao L, Ying B, et al. Correlation study

- of short-term mental health in patients discharged after coronavirus disease 2019 (Covid-19) infection without comorbidities: A prospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* [revista en Internet] 2020 [acceso 8 de enero de 2022]; 16(1): 1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33192064/>
10. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *Pharmacoeconomics.* 2016 [revista en Internet] 2018 [acceso 8 de enero de 2021]; 34(7): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973/>
 11. Kharshiing k, Kashyap D, Gupta K, Khursheed M, Ghazi M, Haseeb N, et al. Quality of Life in the COVID-19 Pandemic in India: Exploring the Role of Individual and Group Variables. *Community Ment Health J.* [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de enero de 2022]; 57(1): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955670/>
 12. Suzuki k, Numao A, Komagamine T, Haruyama Y, Kawasaki A, Funakoshi K, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Quality of Life of Patients with Parkinson's Disease and Their Caregivers: A Single-Center Survey in Tochigi Prefecture. *J Parkinsons Dis* [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de enero de 2022]; 1(3):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33780375/>
 13. Terai H, Tamai K, Takahashi S, Hori Y, Iwamae M, Ohshima S, et al. The health-related quality of life of patients with musculoskeletal disorders after the COVID-19 pandemic. *Int Orthop.* [revista en Internet] 2022 [acceso 10 de enero de 2022]; 46(2): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34735594/>
 14. Kaso A, Agero G, Hurisa Z, Kaso T, Ewune H, Hailu A. Evaluation of health-related quality of life of Covid-19 patients: a hospital-based study in South Central Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes.* [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de enero de 2022]; 19: 1-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8685489/>
 15. Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong Public Health Res Perspect.* [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de enero de 2021]; 11(5): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33117634/>
 16. Poudel A, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLoS One.* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de enero de 2022]; 30(3): 201-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34710173/>
 17. Barani S, Bhatnagar T, Natarajan M, Gayathri K, Sonekar H, Sasidharan A, et al. Health-related quality of life among COVID-19 individuals: A cross-sectional study in Tamil Nadu, India. *Clin Epidemiol Glob Health.* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de enero de 2022]; 13(1): 2-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35018308/>
 18. Bhattacharya PK. *Research Methodology in the Health Sciences: A Quick Reference Guide.* New York - USA: McGraw Hill; 2021. 177 p.
 19. Ñaupas H, Valdivia M, Panacios J, Romero H. *Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis.* 5a ed. Bogotá-Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
 20. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Methodology of the most used study types and designs in clinical research Methodology of the most used study designs in clinical research. *Médica Clínica Las Condes* [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de enero de 2022]; 30(1): 36-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
 21. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria.* [revista en Internet] 2001 [acceso 16 de enero de 2022]; 28(6): 425-430. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701704064>
 22. Haraldstad K, Wah A, Andenæs R, Andersen J, Andersen M, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* [revista en Internet] 2019 [acceso 26 de enero de 2022]; 28(10): 1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761255/>
 23. Nardi P. *Doing Survey Research. A Guide to quantitative methods.* 4ª ed. Londres-Inglaterra: Editorial Routledge; 2018. 272 p.
 24. Story DA, Tait AR. *Survey Research. Anesthesiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 13 de enero de 2022]; 130(2): 192-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688782/>
 25. Alvira Martín F. *La encuesta: una perspectiva general metodológica.* Cuadernos Metodológicos 35. 2a ed. Madrid-España: Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS; 2011. 122 p.
 26. Buchholz I, Janssen M, Kohlmann T, Feng Y. A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics.* [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de febrero de 2021]; 36(6): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29572719/>
 27. 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).* [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de febrero de 2022]; 1(1): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10618804/>
 28. Pradas R, Antoñanzas F, Martínez M. Use of European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) questionnaire to value the health related quality of life variation because of influenz. *Sanitary Gazette* [revista en Internet] 2009 [acceso 16 de febrero de 2022]; 23(2): 1-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108000022?via%3Dihub>
 29. Młyńczak K, Golicki D. Validity of the EQ-5D-5L questionnaire among the general population of Poland. *Qual Life Res.* [revista en Internet] 2018 [acceso 16 febrero de 2022]; 30(3): 1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7952292/>
 30. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *World Medical Association* [revista en Internet] 2021 [acceso 13 de febrero de 2022]; 20(59): 1-15 [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 31. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* [Internet]. Estados Unidos; 1979. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
 32. Vaughn L. *Bioethics. Principles, Issues and Cases.* 3a ed. New York-United States of America: Oxford University Press; 2016.
 33. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. *The basics of bioethics.* 4ª ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
 34. Cantu P. *Bioética e investigación en salud.* 4a ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
 35. Mandal J, Ponnambath D, Parija S. Bioethics: A brief review. *Trop Parasitol.* [revista en Internet] 2017 [acceso 27 febrero de 2022]; 7(1): 5-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28459009/>
 36. Lee K, Xu H, Wu B. Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low- and middle-income countries: results from the Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC Public Health.* [revista en Internet] 2020 [acceso 21 de febrero de 2022]; 20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992264/>
 37. Tilaki K, Heidari B, Tilaki A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People?.

- Int J Prev Med. [revista en Internet] 2017 [acceso 16 de febrero de 2022]; 8(1): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29184646/>
38. Meys R, Delbressine J, Goërtz Y, Vaes A, Machado F, Herck M, et al. Generic and Respiratory-Specific Quality of Life in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. J Clin Med. [revista en Internet] 2020 [acceso 28 de febrero de 2022]; 9(12): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33317214/>
39. Oeyen S, Vandijck D, Benoit D, Annemans L, Decruyenaere J. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. Crit Care Med. [revista en Internet] 2010 [acceso 28 de febrero de 2022]; 38(12): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20838335/>