



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD EN PACIENTES
RECUPERADOS DE COVID 19”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General. Karen Paulina Domínguez Parente

Dirigido por:

Médico Familiar. Omar Rangel Villicaña

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Marzo 2023 México



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Calidad de vida en relación a la salud en pacientes
recuperados de COVID 19

por

Karen Paulina Domínguez Parente

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-293402



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD EN PACIENTES
RECUPERADOS DE COVID 19”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Karen Paulina Domínguez Parente

Dirigido por:

Médico Familiar Omar Rangel Villicaña

M. en E. Omar Rangel Villicaña
Presidente

M. en E. Ma. Azucena Bello Sánchez
Secretario

MIMSP. Leticia Blanco Castillo
Vocal

Med. Esp. Ericka Cadena Moreno
Suplente

MIMSP. Roxana Gisela Cervantes Becerra
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Marzo 2023

Resumen

Introducción: El covid 19 puede afectar a otros múltiples sistemas en el organismo, incluidos el respiratorio, el osteomuscular, neurológico, cardiovascular, hematológico y psicológico. Es necesario evaluar cómo es que el Covid 19 afecta la calidad de vida, la salud mental y la esperanza de vida en pacientes que han padecido dicha enfermedad. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid 19. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo en pacientes de la UMF 9, que cursaron con Covid-19. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios descriptivos para población infinita $n = 269$, técnica muestral aleatorio simple. Se incluyeron pacientes de ambos sexos de 18 a 60 años de edad que cursaron con enfermedad covid-19 con PCR o prueba rápida positiva, a un mes del alta. Se estudiaron variables sociodemográficas: género, edad, escolaridad, ocupación y variables clínicas: pacientes recuperados de Covid-19 y calidad de vida en relación a la salud. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas: promedios y desviación estándar, para variables cualitativas: frecuencias y porcentajes, IC 95%. **Resultados:** De los 269 pacientes recuperados de Covid-19 la mayor frecuencia se encontró entre 30 y 39 años en 45.7%. Género predominante: femenino en 59.9%, en escolaridad la licenciatura en 27.5%. Sintomatología Covid-19: la mayoría correspondió a leves alcanzando el 95.2%. En relación a la salud, se observó que la frecuencia más elevada correspondió a muy buena respecto a la salud en general. Los puntajes más bajos obtenidos fue rol físico con promedio de 59.0 puntos y vitalidad con promedio de 58.9 puntos. Los más altos para función física con promedio de 87.2 puntos y función social con promedio de 76.8. De manera global se obtiene un resultado total de calidad de vida de 68.7 que corresponde a bueno y muy bueno. **Conclusiones:** De acuerdo al instrumento SF36 la calidad de vida en pacientes recuperados de Covid 19 evaluados en la UMF 09 fue en general buena o muy buena.

Palabras clave: Covid-19, calidad de vida, SF-36

Abstract

Introduction: Covid 19 can affect multiple systems in the body, including respiratory, musculoskeletal, neurological, cardiovascular, hematological and psychological. It is necessary to evaluate how Covid 19 affects the quality of life, mental health and life expectancy in patients who have suffered from this disease. **Objective:** To evaluate the quality of life respect to health in patients recovered from Covid 19. **Material and Methods:** Observational, cross-sectional descriptive study in patients of the UMF 9, who presented with Covid-19. The sample size was calculated with the formula for descriptive studies for infinite population $n = 269$, simple random sampling technique. Patients of both sexes aged 18 to 60 years who presented with COVID-19 disease with PCR or positive rapid test, one month after discharge, were included. Sociodemographic variables were studied: gender, age, education, occupation and clinical variables: patients recovered from Covid-19 and quality of life in relation to health. **Statistical analysis:** Descriptive statistics were used for quantitative variables: means and standard deviation, for qualitative variables: frequencies and percentages, 95% CI. **Results:** Of the 269 patients recovered from Covid-19, the highest frequency was found between 30 and 39 years in 45.7%. Predominant gender: female in 59.9%, in schooling the bachelor's degree in 27.5%. Covid-19 symptoms: the majority corresponded to mild reaching 95.2%. In relation to health, it was observed that the highest frequency corresponded to very good with respect to health in general. The lowest scores obtained were physical role with an average of 59.0 points and vitality with an average of 58.9 points. The highest for physical function with an average of 87.2 points and social function with an average of 76.8. Overall, a total quality of life result of 68.7 is obtained, which corresponds to good and very good. **Conclusions:** According to the SF36 instrument, the quality of life in patients recovered from Covid 19 evaluated in the UMF 09 was generally good or very good.

Keywords: Covid-19, quality of life, SF-36

Dedicatorias

A mi madre, la Dra. María Josefina Parente López, mi Mariel, por enseñarme que hay que superarse a pesar de todas las circunstancias, que con esfuerzo y dedicación los sueños se pueden cumplir.

A mi padre, el Dr. Antonio Domínguez López, porque además de ser también un ejemplo de superación, me ha alentado siempre a continuar preparándome para la vida y nunca ha dejado de creer en mí.

A mi hermana la Dra. Marla Lizeth Domínguez Parente, mi cómplice de aventuras, mi apoyo emocional, la que siempre tiene para mí un consejo, un regaño o un cumplido, pero siempre me demuestra su amor incondicional.

A estas tres personas, porque fuera de ser unos excelentes profesionistas, son MI FAMILIA y los amo más que a nada en el mundo y sin ellos no habría llegado hasta este momento, mi titulación como especialista.

Este trabajo también va dedicado a todas aquellas personas que perdieron la batalla ante esta terrible enfermedad y a su familia que aún piensan en ellos.

A todo el personal médico, de enfermería, administrativo, de intendencia, porque a todos nos rebasó esta pandemia, pero juntos, trabajando en equipo, procuramos siempre hacer lo mejor por nuestros pacientes.

Agradecimientos

A Dios, a la vida y al destino por ponerme en este camino de la noble profesión que es la medicina.

A mis padres y mi hermana por el apoyo incondicional en todos los aspectos, gracias a ellos soy especialista en Medicina Familiar.

A mis amigos de la residencia, gracias por tantas risas, lágrimas, desvelos, anécdotas; los llevaré siempre en mi corazón.

A cada uno de mis amigos, que aunque me encontraba lejos de ellos, siempre me contemplaron para seguir celebrando eventos y ocasiones especiales, aunque no pudiera acompañarlos.

A la Dra. Leticia Blanco, quien me brindó su consejo, su tiempo y su conocimiento en investigación, pero sobre todo su amistad.

Al doctor Omar Rangel por colaborar en este proyecto y por su paciencia y enseñanzas sobre educación.

A Dulce Leguízamo, mi vecina de consultorio, gracias por ayudarme a terminar esta tesis.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid-19 en China.	3
II.2 Calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid-19 en España.	3
III. Fundamentación teórica	6
III. 1 COVID 19	6
III.1.1 Definición y antecedentes	6
III.1.2 Variantes de Coronavirus	6
III.1.3 Mecanismos de transmisión	7
III.1.4 Factores de riesgo y/o factores asociados	8

III.1.5 Síntomas de Coronavirus	8
III. 1.6 Definición operacional actual	9
III.1.7 Estudios de laboratorio y gabinete	9
III.1.8 Tratamiento	10
III.1.9 Prevención	10
III. 2 Calidad de vida	12
III.2.1 Definición de Calidad de Vida	12
III.3 Instrumentos para medir la calidad de vida	13
III.3.1 WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire.	13
III.3.2 SEIQoL-DW: plan de evaluación de la calidad de vida individual para escalas directas	14
III.3.3 La Escala FUMAT.	16
III.3.4 La escala de calidad de vida de Sharlock y Keith	17
III.3.5 EuroQol-5D; European Quality of Life-5 Dimensions	18
III.3. 6. SF-36 Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud	19
IV. Hipótesis	21
V. Objetivos	22
V.1 General	22
V.2 Específicos	22
VI. Material y métodos	23

VI.1 Tipo de investigación	23
VI.2 Población o unidad de análisis	23
VI.3 Muestra y tipo de muestra	23
VI. Técnicas e instrumentos	25
VI. Procedimientos	25
VII. Resultados	29
VIII. Discusión	36
IX. Conclusiones	39
X. Propuestas	40
XI. Bibliografía	41
XII. Anexos	45
XII.1 Hoja de recolección de datos	45
XII. 2 Cuestionario SF-36	46
XII. 3 Consentimiento informado	55
XII. 4 Dictamen de aprobación de protocolo	57

Índice de cuadros y tablas

	Página
Tabla 1. Grupo de edad de los pacientes evaluados	29
Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes recuperados de Covid-19.	30
Tabla 3. Tipos de síntomas.	31
Tabla 4. Promedio de calidad de vida en los pacientes recuperados de Covid-19	
Tabla 5 Calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid-19 por cada ítem evaluado con el cuestionario SF-36.	32

Abreviaturas y siglas

CV: Calidad de vida.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UTI: Unidad de terapia intensiva.

OMS: Organización mundial de la salud.

SEGOB: Secretaría de gobernación.

OPS: Organización panamericana de la salud.

PCR: Proteína C reactiva.

PCT: Procalcitonina.

CDC: Centros para el control y prevención de enfermedades.

EVA: Escala visual análoga.

MOS: Medical Outcomes Study

IQOLA: International Quality of Life Assessment Project.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

UAQ: Universidad Autónoma de Querétaro.

AMM: Asociación Médica Mundial.

I. Introducción

Una de las más recientes enfermedades a las cuales nos hemos enfrentado en los últimos años ha sido la provocada por Covid 19, la cual llegó a modificar gran parte de nuestro día a día. Esta enfermedad sin duda afectó y continúa afectando muchas esferas de la vida de todos los habitantes del mundo.

Al 24 de Octubre del 2022 se habían reportado a nivel mundial 624,235,272 casos confirmados de COVID-19, incluyendo 6,555,270 muertes. Al 19 Octubre del 2022, un total de 12,814,704,622 dosis de vacunas habían sido administradas. (World Health Organization, 2022).

En México, al día 23 de octubre 2022, un total de 7,106, 865 casos confirmados, 330, 331 defunciones y en Querétaro un total de 73 605 casos confirmados con la suma de 4 543 defunciones. (CONACYT, 2022).

CV generalmente se refiere a las cualidades que un individuo debe experimentar en las situaciones y condiciones de su entorno, dependiendo de su interpretación y evaluación de los aspectos objetivos del entorno. Asimismo, es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las propias potencialidades, con aspectos subjetivos tales como: bienestar físico, psicológico y social, intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, sentimiento subjetivo de productividad personal; aspectos objetivos: bienestar físico, relaciones armoniosas con el entorno físico y social y la sociedad, y la salud objetivamente percibida. (Pérez et al., 2017)

Los pacientes dados de alta por COVID-19 son susceptibles a presentar síntomas que persisten, ocasionando una disminución de la calidad de vida en cuanto con la salud que repercute en la capacidad de autocuidado y realización de las actividades habituales en los meses siguientes al alta médica, especialmente aquellos que ingresaron en UCI. La CVRS se reconoce como un componente importante de los resultados después de la hospitalización, especialmente después

del ingreso en cuidados intensivos, y se recomienda que se evalúe de forma sistemática. (Taboada et al., 2022).

A lo largo de la pandemia se han estudiado otras situaciones que nos podrían orientar directa o indirectamente sobre la CVRS actual de nuestros pacientes, como se puede observar con el término “Long Covid”, la enfermedad en personas que se han recuperado de COVID-19, pero aún presentan efectos a largo plazo de la infección o han tenido los síntomas habituales mucho más tiempo de lo esperado. (Tenforde et al., 2020).

En un estudio de diseño no experimental, corte transversal, nivel correlacional, la recolección de datos se realizó por video llamada, y el instrumento utilizado fue el EUROQOL-5D-5L, se realizó en 506 pacientes dados de alta de COVID-19, y se encontró que el dolor y malestar es la limitación más frecuente que perciben los pacientes con COVID-19 leves. (Falcon, M, et al., 2020)

En este estudio, se aplicó el cuestionario SF 36 para la evaluación de calidad de vida en relación a la salud de pacientes en recuperación de Covid-19, ya que es un instrumento que proporciona un panorama general de la salud de una persona, aspectos relacionados con la salud de una persona. Se convierte en una excelente herramienta para cualquier investigación relacionada con la salud. (Vilagut, et al., 2005).

II. Antecedentes

II.1 Calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid-19 en China.

En un estudio de diseño no experimental, corte trasversal, en la provincia de Hualal, donde la recolección de datos se realizó por video llamada, y el instrumento utilizado fue el EUROQOL-5D-5L, realizado en 506 pacientes posterior a haber sido dados de alta por COVID-19, se encontró que el dolor y malestar es la limitación más frecuente que perciben los pacientes, y se concluyó que un buen porcentaje de los pacientes recuperados de COVID-19 evaluados entre la semana 2 y 22 de inicio de síntomas, percibieron alguna limitación referente a su estado de salud y casi la mayoría percibieron un deterioro del estado de salud. (Falcon, M, et al., 2020).

II.2 Calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid-19 en España.

Se realizó un estudio para describir las diversas herramientas disponibles y evaluar su utilidad en pacientes que se recuperan de COVID-19 e identificar aquellas que probablemente reporten el mayor beneficio. La revisión de la literatura se realizó utilizando descripciones de la calidad de vida, cuestionario de calidad de vida, en cuanto a rehabilitación de Covid-19 y sus traducciones al inglés en las bases de datos Scielo, Medline y Scopus; Noticias, se seleccionaron 43 artículos. Los métodos utilizados son analíticamente sintéticos y deductivamente inductivos. Las herramientas más utilizadas para la evaluación de para estudiar la calidad de vida a nivel mundial son: escala de “Karnoskky”, “WHOQOL-BREF”, “EQ-5D” y las específicas para enfermedades respiratorias: “SGRQ”, “CAT”, “CV-PERC” y “PCFS”. Se revelan las propiedades, pros y contras para su uso en personas recuperadas de Covid-19. Se concluyó que el “SGRQ” y el “CAT” son los más utilizados para evaluar enfermedades respiratorias. El PCFS es la herramienta que más beneficio puede aportar en función de su aplicabilidad práctica en el entorno restrictivo de la pandemia, independientemente de las condiciones clínicas

asociadas a la enfermedad, aunque aún no ha sido validada internacionalmente. (Soraya et al., 2020).

Un estudio transversal observacional siguió a todos los pacientes infectados con SARS-CoV-2 durante 10 meses mediante encuesta telefónica en Lugo, España, durante la primera ola de la epidemia; utilizando EQ-5D y su índice, “EQ-EVA y EQ-Health Index” evalúan calidad de vida en relación a la salud. Las áreas que se afectaron mayormente fueron ansiedad/depresión (23,9%) y la movilidad limitada (16,5%). La escala “EQ-VAS” presentó $75,8 \pm 18,7$ y el “EQ-Health Index” global fue de $0,884 \pm 0,174$. Los puntajes EVA y el índice “EQ-Health” fueron más bajos en mujeres de más de 65 años, con comorbilidades y que requirieron hospitalización; también tenían más dominios de salud afectados. Los factores de riesgo independientes para puntuaciones EQHI más bajas fueron el sexo femenino, la hospitalización previa y el nivel educativo (García et al., 2022).

En un estudio publicado en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación, de cohorte prospectivo de pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital del 01/03 a 30/04 de 2020. El resultado primordial consistió en hacer una comparación de la calidad de vida en relación a salud y síntomas que persistieron 6 meses posteriores al ingreso hospitalario de las personas con covid-19 que requirieron ingreso en la UCI contra los que no lo hicieron. Entre los doscientos cuarenta y dos pacientes hospitalizados durante el período de tiempo definido, cuarenta y cuatro (18,2%) necesitó ingresar en la UTI. 40 (16,5%) pacientes murieron. 202 (83,5%) se dieron de alta del hospital. A los 6 meses, 183 (75,6%) pacientes terminaron los cuestionarios. 96 (52,4%) informaron que disminuyó la calidad de vida y 143 (78,1%) informaron sobre síntomas persistentes. Más pacientes de la unidad de cuidados intensivos presentaron una peor calidad de vida (71,9% vs 43,7%, $P = 0,004$). No se mostró diferencia en la proporción de pacientes con síntomas persistentes entre los pacientes de UCI y no (87,5% vs 76,2%, $P = 0,159$). Los pacientes de unidad de cuidados intensivos mostró más frecuente disnea de esfuerzo (78,1% vs 47,7%, $P = 0,02$), disnea de esfuerzo ligero (37,5% vs 4,6%,

$P < 0,001$) y astenia (56,3 vs 29,1, $P = 0,003$). Los sobrevivientes de COVID-19 que requirieron ser hospitalizados tenían síntomas que persistían y una disminución en la calidad de vida. Los pacientes de la UCI refirieron una gran disminución de su calidad de vida en comparación con los pacientes que no eran de la UCI. (Taboada, et al., 2022).

Al ser una enfermedad relativamente nueva no se han realizado muchos estudios que busquen conocer la calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de Covid-19, o al menos no han sido publicados, sin embargo se encontraron algunos de otros países que nos sirvieron de referencia para la realización de este estudio de investigación. (Acosta, N, et al. 2021)

La propagación del COVID-19 no tan solo afecta la parte biológica, afecta la psicología y la cognición, por ello la evaluación de la calidad de vida en relación a la salud es de suma importancia para estimar el impacto de posibles estrategias para enfrentarnos a la enfermedad y crear mayores oportunidades terapéuticas.

III. Fundamentación teórica

III.1 COVID-19

III.1.1 Definición y antecedentes.

En diciembre de 2019, se produjo un brote de neumonía de causa desconocida en Wuhan, capital de la provincia china de Hubei: la Comisión Municipal de Salud de Wuhan notificó un total de veintisiete casos, siete fueron graves, y los principales signos clínicos fueron fiebre, debilidad y lesiones infiltrantes en ambos pulmones. El número de casos aumentó rápidamente; Los análisis de laboratorio descartaron adenovirus, influenza, SARS-CoV y MERS-CoV como posibles agentes causales, y no se descubrió como nuevo coronavirus hasta el 9 de enero de 2020. (Ruiz et al., 2020).

El nuevo coronavirus se denominó originalmente "WH-Human 1 coronavirus" (WHCV), pero luego se denominó 2019-nCoV; finalmente se clasificó en la misma especie que el SARS-CoV y se denominó SARS-CoV-2; La enfermedad que provocó se denominó "Enfermedad del coronavirus 2019" y la abreviatura en inglés es COVID-19. (WuFu, et al., 2020).

Ante la rápida expansión del virus a través de distintos países, el Director General de la OMS declaró la situación de pandemia el 11 de marzo de 2020(OMS 2020).

III.1.2 Variantes coronavirus

Todos los virus cambian constantemente porque hacen millones de copias de su genoma a medida que se propagan de una persona a otra, cambiando su secuencia genética en el proceso, causando mutaciones, la mayoría de las cuales son simples, que no causan cambios virales en el comportamiento viral. Sin embargo, algunos de ellos se pueden cambiar. A veces estas variantes desaparecen por sí solas, mientras que otras persisten. (SEGOB, 2021).

En cuanto al virus que causa el Covid-19, se han introducido varias variantes en todo el mundo que se han estudiado para ver cómo se propagan, lo contagiosas que son y la resistencia que pudieran generar a tratamientos y vacunas.

Variantes de preocupación: 1 o más de lo siguiente: incremento de la transmisibilidad y capacidad de infectar, o cambios en la clínica de la enfermedad; Se reduce eficacia de intervenciones sociales y de salud pública o de diagnósticos, vacunación y terapéutica disponible. Las variedades que entran en esta categoría son alfa, beta, gamma y delta, omicron; se identificaron por primera vez en el Reino Unido, India, Brasil, Sudáfrica y varios países, respectivamente (OMS, 2021). Variantes de interés: Son las que su genoma presenta mutación en comparación al virus presentado y han sido causantes de transmisión comunitaria o se detectó en muchos países. Como lambda, encontrada por primera vez en 08/2020 en Perú, denominada C.37 o "variante andina" ahora presente en veintinueve países. Otra es la variante mu, identificada en Colombia el pasado mes de enero y que está presente en 40 países. (GISAID, 2021).

III.1.3 Mecanismo de transmisión.

Al igual que otros virus respiratorios como la gripe, el Covid-19 se propaga por gotitas de flugge liberadas cuando una persona enferma tose o estornuda.

Gotita: Transmisión por contacto con las membranas mucosas nasales, orales o conjuntivales de un huésped susceptible con gotitas de más de 5 micras de la fuente. Las gotas pueden viajar hasta 1 metro al hablar y 4 metros al presentar estornudo o tos.

Aerosol: Transmisión en aerosoles de menos de 5 micrómetros de diámetro. Muestreo, intubación oro traqueal, VNI, traqueotomía, RCP, ventilación por presión positiva previa a la intubación, broncoscopia, etc.

Contacto: contacto directo con el paciente o contacto indirecto con superficies contaminadas. (SEGOB, 2021).

III.1.4 Factores de riesgo y/o factores asociados.

Aunque toda la población es susceptible de ser infectado con 2019-nCoV, la población más afectada se concentra en la edad adulta, sin embargo, se ha demostrado afectación en pacientes pediátricos, y se han registrado muertes por esta causa; En los pacientes pediátricos el cuadro clínico puede incluir fiebre, tos seca y fatiga, así como síntomas del tracto respiratorio superior, como la congestión nasal y rinorrea; y síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. (Chen, et al., 2020).

Los adultos mayores, el sexo masculino y los pacientes con comorbilidades, tales como como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, cáncer y el asma, tienen mayor riesgo de desarrollar neumonía grave, complicaciones asociadas y muerte por COVID-19. (Golpe R, et al., 2020).

Las complicaciones que se pueden llegar a presentar son síndrome de dificultad respiratoria aguda, anemia, falla cardíaca aguda e infecciones secundarias con agentes como *Klebsiella pneumoniae*, y *Cándida albicans*; Entre las causas de muerte más comunes que se han reportado son neumonía con insuficiencia respiratoria y shock séptico. (OPS, 2020).

III.1. 5 Síntomas de coronavirus.

Actualmente la mayor cantidad de contagios por COVID-19 experimentan síntomas leves y no necesitan hospitalización. Existen incluso personas asintomáticas; pero en casos más graves, la infección puede causar neumonía, disnea, falla renal e incluso la muerte. (Del Rio, et al., 2019).

El espectro clínico de la enfermedad por coronavirus consiste principalmente en el desarrollo de neumonía, que es caracterizada por la afectación de las vías respiratorias inferiores que causa síntomas discretos en las vías respiratorias superiores como estornudos, rinorrea y odinofagia. Sin embargo, la infección asintomática ya ha sido demostrada. Hasta la fecha, los principales

síntomas presentados por los pacientes con COVID-19 son fiebre, tos, mialgia, artralgias, cefalea y síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas, vómito y diarrea. (SEGOB 2021).

III.1.6 Definición operacional actual.

Caso sospechoso:

Personas de cualquier edad que hayan tenido al menos dos de los siguientes en los últimos 7 días:

- Tos, fiebre o dolor de cabeza.

Acompañados por lo menos de alguno de estos signos o síntomas: disnea, mialgias, artralgias, dolor de garganta, secreción nasal clara, conjuntivitis, dolor torácico. En niños menores de 5 años, los dolores de cabeza pueden ser reemplazados por irritabilidad. Caso confirmado: Persona que cumple con la definición operativa de caso sospechoso y es confirmado por una red nacional de laboratorios de salud pública acreditados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) (IMSS, 2022).

III.1.7 Estudios de laboratorio y gabinete

El diagnóstico estándar de oro de COVID-19 se logra mediante la identificación molecular del SARS-CoV-2 mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, como la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa con transcriptasa inversa (RT-qPCR) o la secuenciación de genes virales. (OMS, 2020).

En algunos países, también se implementan pruebas serológicas rápidas para complementar el diagnóstico molecular. Sin embargo, muchos entornos de bajos recursos no están equipados con suficiente capacidad de laboratorios y recursos humanos para realizar una identificación molecular masiva. La falta de recursos, además del largo tiempo para el resultado, conduce a retrasos entre las pruebas y la confirmación. Dentro de los estudios de laboratorio, se incluyen recuentos de

leucocitos, neutrófilos, trombocitos y linfocitos, además de los niveles de proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT) y dímero D. (Soraya, et al., 2020).

Por otro lado, los hallazgos radiológicos encontrados en la tomografía simple pulmonar se caracterizan por la afectación bilateral, ya sea con imágenes en opacidades de vidrio despolido o consolidaciones lobulares. (Huang C, et al., 2019).

III.1.8 Tratamiento

Casi tres años después del inicio de la pandemia de COVID-19, las recomendaciones de tratamiento para pacientes con síntomas leves a moderados se pueden aislar y utilizar medicamentos para tratar los síntomas (antipiréticos) y seguimiento de signos y síntomas. (García-Matarín et al., 2021).

Los medicamentos usados para otras enfermedades y que, dada su composición, son útiles en el tratamiento de Covid 19. Una característica común de estos hasta la actualidad, es que la mayoría de estos medicamentos son antivirales y en muchos países han reportado su efectividad. (B. Haire, 2021).

Según las evidencias científicas encontradas, los medicamentos de mayor cercanía a la solución óptima son, (además de los antipiréticos) el Interferón, Remdesivir y la Hidroxicloriquina. (Latorre, et al., 2022).

III.1.9 Prevención

Para los pacientes con sospecha de COVID-19, la recomendación es usar máscara quirúrgica y permanecer en aislamiento. Debido a la gran cifra de contagios en el personal médico la OMS recomienda el uso de mascarillas quirúrgicas y protección ocular, así como las medidas de precaución estándar para el tratamiento de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. (CDC, 2020).

Sólo en los procedimientos que generan aerosoles, se recomienda usar máscaras o respiradores N95. La recomendación emitida por el CDC es el aislamiento de los pacientes en el interior salas de presión negativa; si esto no es posible, se recomienda mantenerlos en habitaciones separadas con puertas cerradas

y el uso de una máscara. El personal sanitario a cargo de los pacientes de COVID-19 debe utilizar el equipo apropiado cada vez que se entra en la habitación; es decir, el uso de máscaras, batas, guantes y protección de los ojos. (OPS, 2020).

Con respecto a la prevención de la exposición a 2019-nCoV para la población en general, se han publicado desde el inicio de la pandemia las siguientes recomendaciones:

- Lavarse las manos o la desinfección de manos gel anti bacterial al 70% cuando las manos no están visiblemente sucias.

- La higiene respiratoria, que se refiere a cubrir la nariz y boca con la parte interna del codo o con pañuelos desechables al estornudar o toser, seguido por la higiene de las manos.

- Mantener una distancia de 1 m de las personas.

- Evite tocarse los ojos, la nariz o la boca

- Busque atención médica si tiene síntomas como fiebre, tos, o dificultad respiratoria o si usted ha estado en contacto directo con pacientes con síntomas respiratorios. (OMS, 2020).

- El cansancio y afección cognitiva se encuentran entre los síntomas más comunes y que causan debilidad del síndrome post-COVID-19. Aproximadamente 1 de cada 3 personas experimentó cansancio extremo doce o más semanas posterior a diagnosticarse COVID-19. Aproximadamente 1 de cada 5 personas mostró deterioro cognitivo 12 semanas o más después del diagnóstico de COVID-19. Se ha encontrado además una elevación en los marcadores proinflamatorios y deterioro funcional en un subconjunto de individuos post-COVID. (Ceban, F, et al 2022).

III.2 CALIDAD DE VIDA

III.2.1 Definición

La salud causa controversia, debido a que hay varios aspectos a tomarse en cuenta para realizar una medición completa. Para la OMS, la salud se define como el estado completo de bienestar físico psicológico y social que tiene una persona. Es la conexión entre el bienestar funcional y la capacidad del cuerpo para adaptarse a las diferentes áreas de la vida humana, ya sea laboral, intelectual, personal o social. (Martínez, et al., 2012)

Todo individuo necesita de un bienestar objetivo y otro subjetivo, el subjetivo se relaciona mayormente con la calidad de vida (CV) que comprende muchas características que se pueden medir del ser humano, y pueden evaluarse conforme a su forma de actuar ante situaciones adversas, satisfacción de su persona y en cuanto a su vida. Por lo tanto, las personas perciben su CV de acuerdo a su historia personal, y juega un papel importante en la comprensión de sus mecanismos y vinculación con su estado de salud, su prosperidad y su bienestar en general. (Zarzosa, et al., 2005).

En general, la CV se refiere a las características que debe experimentar un individuo en las situaciones y características del entorno, respecto a su interpretación y manera de evaluar aspectos objetivos del entorno. Asimismo, es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las propias potencialidades, con aspectos subjetivos tales como: bienestar físico, psicológico y social, intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, sentimiento subjetivo de productividad personal; aspectos objetivos: bienestar físico, relaciones armoniosas con el entorno físico y social y la sociedad, y la salud objetivamente percibida. (Perez et al., 2018).

Conceptos como calidad de vida o calidad de vida en relación a la salud hacen posible estudiar y evaluar el estado de salud como predictor de la calidad de vida propia de cada persona, que se convierte en la unidad básica de medición de

los resultados de la investigación en este campo. Aunque no hay consenso, la calidad de vida se mide utilizando el funcionamiento físico, el estado psicológico, el funcionamiento y la interacción social y los síntomas físicos, todos elementos de un espectro de indicadores para medir 5 dominios principales relacionados con la salud: mortalidad, morbilidad, discapacidad, malestar y insatisfacción. (Sanabria, 2016).

La calidad de vida relacionada a la salud abarca dimensiones como el no sentirse capaz, cómodo o satisfecho. La incapacidad se examina con la habilidad para desempeñar actividades y el impacto físico que producen en el rol físico ocupacional y cotidiano. La incomodidad corresponde a la presencia o no del dolor físico y la fatiga. Finalmente, la insatisfacción corresponde con el funcionamiento social, el bienestar general y el grado de satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud. (Villarín, et al., 2015).

En lo biológico se pueden encontrar factores individuales como la presencia o ausencia de enfermedad, en lo psicológico se identifica la determinación del estado de salud mental como el optimismo y la personalidad, y en lo social se aborda la dinámica interaccional con la familia, amigos, pareja, trabajo, etc. (Haydée, et al., 2003).

III.3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

III.3.1 “WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire”.

Objetivo: evalúa calidad de vida y la manera en la que la percibe la persona, la cual da una puntuación general de las áreas y facetas por las que está compuesta. Aplicada a integrantes de una población y a pacientes. El tiempo de referencia: 2 semanas, cada persona debe realizar por sí misma el cuestionario, en caso de no poder (no saber escribir, leer...) puede ser entrevistado (WhoQol Group, 1995 en Badia y Alonso, 2007). Dentro del WHOQOL existen 2 versiones:

- El “WHOQOL-100: World Health Organization Quality-of-Life 100”.

Se compone por cien preguntas para evaluar la calidad de vida general y salud global y seis dimensiones:

1. Salud física.
2. Salud psicológica.
3. Niveles de independencia.
4. Relaciones sociales.
5. Ambiente.
6. Espiritualidad/Religión/Creencias personales.

- “El WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life”.

Se deriva del “WHOQOL-100”. Consta de veintiseis preguntas, 2 d globales acerca de la calidad de vida y la salud general y 24 determinan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones:

1. Salud física.
2. Salud psicológica.
3. Relaciones Sociales.
4. Ambiente.

Además, ha sido traducido a 19 idiomas, y es aplicable a sujetos sanos y enfermos. Cuenta con un alpha de Cronbach de 0.70, que indica una consistencia alta. (WhoQol Group, 1995).

III.3.2 SEIQoL-DW: plan de evaluación de la calidad de vida individual para escalas directas.

Es una de las 10 herramientas utilizadas por la OMS para evaluar la calidad de vida y fue creada en la década de 1960 para facilitar la manera en que se comunican pacientes y médicos. Se ha utilizado en multitud de intervenciones médicas y se ha desarrollado como una herramienta de análisis de la calidad de vida denominada proyecto SEIQoL. Se basa en un método simple para medir las percepciones de los encuestados sobre cada una de las dimensiones anteriores. En

otras palabras, es un formato estándar de entrevista semi estructurada que permite respuestas espontáneas de los usuarios en tres fases:

Fase 1: Captura los cinco aspectos esenciales de la vida del usuario sin afectar su respuesta. La importancia que el usuario asigna a cada faceta debe estar dentro de uno de los siguientes límites de 12 dimensiones o subdimensiones.

- Salud.
- Situación laboral.
- Estado financiero.
- Calidad ambiental.
- Entorno de vida.
- Cultura del ocio.
- Las relaciones en sociedad.
- Relaciones familiares
- Apoyo social.
- Estado emocional.
- Espiritualidad.
- Valores sociales.

Fase 2: Evaluar el estado de cada área mencionada por los encuestados. Fase 3: Este es un procedimiento en el cual se pondera directamente, en el que las 5 dimensiones elegidas por el encuestado y su calificación de 0 a 100 se pueden cambiar de acuerdo con la importancia que les dan en relación con las otras dimensiones.

Finalmente, se calcula multiplicando cada región seleccionada por el usuario por su nivel en el que se ponderó y se suman los resultados obtenidos en cada

dimensión. Esta escala se utiliza para evaluar las diferencias en la calidad de vida entre adultos mayores sociodemográficos y no institucionalizadas en términos de entornos de salud, físicas y sociales. Este instrumento cuenta con un alpha de Cronbach de 0.80 lo cual se considera buena confiabilidad (Perez et al., 2016)

III.3.3 La Escala FUMAT.

Se usa para evaluar objetivamente calidad de vida de los que usan servicios sociales evaluando objetivamente lo siguiente:

- Salud emocional.
- Saludable.
- Prosperidad material.
- Relaciones.
- Inclusión social.
- Desarrollo de la personalidad.
- Autodeterminación o derechos.

El propósito es crear un perfil de la calidad de vida de una persona para desarrollar un plan de apoyo individualizado y monitorear de manera más confiable el progreso y los resultados del plan. Está disponible para usuarios discapacitados de servicios sociales mayores de 50 y 18 años. Se trata de un instrumento auto aplicado con cincuenta y siete preguntas de respuesta tipo Likert (desde 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo hasta 4 muy de acuerdo), dividido en 8 sub escalas correspondientes a las anteriores. Para cada dimensión, los usuarios responden preguntas sobre la calidad. Vidas Las personas o encuestados que cumplimenten el cuestionario deberán cumplimentar el cuestionario en su totalidad. Si se trata de alguien que tiene un deterioro cognitivo severo, o si siente que algunas preguntas no son apropiadas para una persona en particular, el entrevistador debe pensar en cómo responder y hacer. Indica la acción si el evaluador la toma. Si una

persona tiene un deterioro cognitivo severo, varias preguntas no se aplican a esa persona. Sin embargo, todas las preguntas deben ser respondidas, incluso si son negativas o preguntas sobre cosas que una persona no hace por sí misma, sino que necesita apoyo. Finalmente, el informante evalúa e interpreta los resultados. (Sanabria et al., 2016). Cuenta con un alpha de Cronbach de 0.70 a 0.80 lo cual se interpreta como aceptable.

III.3.4 La “escala de calidad de vida de Sharlock y Keith”.

Está basada en un concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Ha sido diseñada para evaluar la calidad de vida percibida en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral. Se trata de una escala que se administra verbalmente, a través de una entrevista personal, en unos 20 o 30 minutos.

La entrevista se puede realizar al individuo o en caso de que no tenga las suficientes habilidades comunicativas, se le podrá hacer a personas que estén capacitadas para responder las cuestiones, es decir, que conozca muy bien al individuo. Consta de 40 preguntas con 3 opciones de respuesta, de las cuales el individuo/a debe elegir una. Cada pregunta se puntúa de 1 a 3 puntos. Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones (10 por cada una):

- Satisfacción.
- Competencia-productividad.
- Autodeterminación-independencia.
- Pertenencia social-integración en la comunidad.

La puntuación total de la escala se obtiene sumando la puntuación de todas las preguntas, de todas las dimensiones. Cuenta con un alpha de Cronbach alto de 0.81 (Zarzosa, P. 2005) .

III.3.5 EuroQol-5D; European Quality of Life-5 Dimensions

Está diseñado para medir la calidad de vida y, utilizando datos proporcionados para ensayos clínicos y atención médica, permite realizar comparaciones con otros países. Este es un cuestionario de autoservicio en persona o por correo electrónico, pero se recomienda que lo complete en persona. Está destinado a pacientes y población en general. Además, proporciona 3 tipos de información:

- Un perfil que describe las dimensiones de la calidad de vida de un individuo.
- El valor de la calidad de vida general de un individuo.
- Un valor que refleja la elección de un individuo de estar en un determinado estado de salud. Es una medida general multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) y se puede expresar como un perfil de estado de salud o un valor de índice. Consta de 3 partes:

El primero describe el estado de salud en 5 dimensiones:

- Liquidez.
- Cuidado personal.
- Actividades diarias.
- Dolor/malestar.
- Ansiedad/depresión.

Cada dimensión tiene 3 problemas con 3 niveles de dificultad fijos. ("1" no tiene problemas de salud, "2" tiene pocos problemas de salud y "3" tiene muchos problemas de salud).

El estado de salud está determinado por la combinación de niveles de preguntas en cada dimensión. En segundo lugar, las personas califican su estado de

salud utilizando una escala analógica visual o termómetro (EVA) de 20 mm; "0" para el peor estado de salud posible hasta "100" para el mejor estado de salud posible. Esta información se puede utilizar para dos cosas. Por un lado, la información descriptiva de cada dimensión se utiliza para indicar el grado de problemas individuales representados por datos numéricos.

Los grupos de población proporcionan datos que pueden representar perfiles descriptivos a través de categorías y límites. Por otra parte, el valor asignado al EVA puede utilizarse como indicador cuantitativo de la salud general de un individuo o de un grupo de individuos. En tercer lugar, se puede obtener el valor de preferencia individual definido en el sistema de descripción EUROQoL. Los sujetos califican 14 estados de salud en la misma escala que en la Parte II, con la adición de: mejor estado, peor estado (33333) y estado inconsciente. Cuenta con una confiabilidad alta con un alpha de Cronbach de 0.80 (Pérez, et al., 2016).

III.3. 6. SF-36 EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

El SF-36 es un cuestionario de salud. Se utiliza en investigación médica, salud mental e investigación de salud general. Proporciona una visión general del estado de salud de una persona y tiene la ventaja de ser rápido y fácil de completar y fácil de evaluar; permite la evaluación numérica de diversos aspectos relacionados con la salud humana y se convierte en una excelente herramienta para cualquier investigación relacionada con la salud. (Prada, A et al., 2017).

Consta de 36 preguntas que cubren diversos aspectos relacionados con la vida diaria de la persona que rellena el cuestionario. Estas preguntas se agrupan y miden en 8 secciones que se puntúan de forma independiente y crean 8 dimensiones que se miden en el cuestionario que se puntúan de forma independiente y crean 8 dimensiones que se miden en el cuestionario. (Sanabria, et al., 2016).

**EVALUACIONES MEDIAS DE SALUD ACTUAL PARA
ENCUESTADOS QUE ELIGIERON CADA UNO DE LOS NIVELES
DEL ÍTEM 1 DEL SF-36**

Respuesta al Ítem 1	Medias de Salud Actual		Puntuación Recomendada	
	Muestra de Selección (N=18,573)	Muestra Básica (N=3,054)	Escala 1-5	Escala 0-100
Excelente	87,9	86,9	5,0	100
Muy Buena	75,5	75,4	4,4	84
Buena	57,6	55,9	3,4	61
Regular	30,0	30,6	2,0	25
Mala	10,8	10,8	1,0	0

La encuesta de salud SF-36 consta de 36 preguntas (ítems) que evalúan condiciones de salud positiva y negativa. Fue desarrollado a partir del cuestionario integral utilizado por el MOS, que incluye 40 conceptos relacionados con la salud.

Para el cuestionario se seleccionó el número mínimo de conceptos necesarios para mantener las características de validez y desempeño de la prueba original. El cuestionario final constaba de 8 escalas que representaban los conceptos de salud más utilizados en el cuestionario principal de salud, así como aspectos de enfermedad y tratamiento. Los 36 ítems de la escala cubren las siguientes escalas: funcionamiento físico, roles corporales, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, roles emocionales y salud mental. (Vilagut, et al., 2005).

Además, el SF-36 contiene un elemento de transición que pregunta sobre los cambios en el estado de salud general en comparación con el año anterior. Este ítem no se usó para calcular ninguna escala, pero proporcionó información útil sobre los cambios percibidos en el estado de salud en el año anterior a la administración del SF-365. Hay 2 versiones del cuestionario del período de recuerdo: "Estándar" (4 semanas) y "Agudo" (1 semana). El cuestionario está destinado a personas ≥ 14 años y puede ser auto administrado, pero también puede completarse personalmente o mediante una entrevista telefónica. (Vilagut, et al., 2005).

IV. Hipótesis de trabajo

HO: La calidad de vida en los pacientes recuperados de Covid 19 es buena en igual o más del 50% de los casos.

Ha: La calidad de vida en los pacientes recuperados por Covid 19, es mala en menos del 50% de los casos.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida en relación a la salud en los pacientes recuperados de Covid-19.

V.2. Objetivos específicos:

- 1.- Evaluar la función física de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 2.- Evaluar el rol físico de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 3.- Evaluar el dolor corporal de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 4.- Evaluar la Salud general de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 5.- Evaluar la vitalidad de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 6.- Evaluar la función social de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 7.- Evaluar el rol emocional de los pacientes recuperados de Covid 19.
- 8.- Evaluar la salud mental de los pacientes recuperados de Covid 19.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación.

Estudio observacional, descriptivo, transversal

VI.2 Población o unidad de análisis.

Pacientes de 18 a 60 años de edad que cursaron con Covid 19, pertenecientes a la UMF 9.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios descriptivos para una población infinita por porcentajes, con nivel de confianza de 95% ($Z_{\alpha}=1.96$), margen de error del 0.05, con poder de prueba del 80% y tomando la prevalencia de 50%.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2(p)(q)}{d^2}$$

Donde:

n= Tamaño Muestral

Z α = Nivel de confianza de 95% (valor de 1.64) indica el grado de confianza que se tiene de que el valor verdadero del parámetro en la población se encuentre en la muestra calculada.

p= Proporción de pacientes con buena calidad de vida posterior a infección por covid 19.

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio =50%.

d= Margen de error permitido. Indica la amplitud deseada del intervalo de confianza a ambos lados del valor real de la diferencia entre las dos proporciones =0.50.

$$n = \frac{(1.64)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(2.6896)(0.50)(0.50)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.6724}{0.0025}$$

$$\mathbf{n = 268.96}$$

Técnica muestral: muestreo probabilístico aleatorio simple por tómbola, partiendo del marco muestral de pacientes recuperados de Covid-19.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes de ambos sexos de 18 a 60 años de edad derechohabientes IMSS pertenecientes a UMF 9 Querétaro que hayan cursado con enfermedad de covid-19 con PCR positiva o prueba rápida positiva, que haya transcurrido un mes de evolución tras ser dados de alta y que desearon participar en el estudio, previo consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que padecían de alguna discapacidad física o mental que no pudieran contestar de manera apropiada a la entrevista. Se eliminaron pacientes que no respondieron la totalidad de las preguntas o desearon abandonar el estudio antes de concluirlo.

VI.3.2 Variables estudiadas.

Se estudiaron variables sociodemográficas como género, edad, escolaridad, ocupación y calidad de vida en relación a la salud.

VI.4 Técnicas e instrumentos.

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario. Estas preguntas miden 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones.

El instrumento SF-36 tiene una confiabilidad Alpha de Cronbach de moderados a moderados altos que oscilan entre 0.74 a 0,93.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Se utilizó una calculadora electrónica para facilitar la codificación de los ítems encontrada en <https://orthotoolkit.com/sf-36/>.

VI. 5 Procedimientos y estrategias.

Posterior a la autorización del comité local de investigación y autorización por el comité de investigación de la UAQ, y por las autoridades de la UMF 9 se acudió al servicio de epidemiología para solicitar el censo de pacientes que hayan

dado positivo para Covid 19 con prueba PCR positiva o prueba rápida positiva pertenecientes a la unidad, los cuales fueron dados de alta un mes previo al inicio del estudio, la selección de pacientes fue mediante muestreo aleatorio simple por tómbola de número de censo. Una vez identificados y seleccionados estos pacientes y que cumplieron con los criterios de selección se procedió a obtener el número telefónico por medio del registro del estudio epidemiológico realizado; una vez obtenido el número telefónico se realizó una llamada telefónica con un máximo de 3 intentos por paciente, al contestar la llamada se le notificó el motivo de esta y se les invitó a participar en el estudio, explicándoles a detalle en qué consistía, así como los posibles beneficios y riesgos, si el paciente aceptó participar se le otorgó una cita con fecha y hora la cual se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad de medicina familiar número 9 en horario 08:00 a 20:00 en el lapso de Noviembre 2021 al mes de Abril 2022. Una vez reunidos con el paciente físicamente, se les entregó el consentimiento informado por escrito, si aceptó participar en el estudio y firmó el consentimiento se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos y se entregó al paciente el formato del instrumento SF 36 para que prosiguiera a contestarlo.

VI.5.1 Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas, promedios y desviación estándar, para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes, ambos con intervalo de confianza de 95%.

VI.5.2 Consideraciones éticas.

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de ética e investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación. Este estudio sólo fue utilizado para el cumplimiento de los objetivos contemplados en él.

En la última enmienda de la Declaración de Helsinki dentro de la 64^a Asamblea General realizada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la ciudad de Fortaleza, Brasil en octubre 2013 se respetan los siguientes postulados: La

investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales (postulado 7). Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación (postulado 9). La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación (postulado 16); y deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (postulado 24).

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (postulado 25); El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación (postulado 22), éste debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio; después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio (postulado 23).

También se conocen y respetarán los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA-2012. Que menciona en el apartado 5.3: “La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos,

principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física”.

En base al artículo 17, por las características del estudio se consideraron inconvenientes menores como molestia por la sensación de pérdida de tiempo al momento de realizar las intervenciones. Se resguardó la confidencialidad de los participantes llevando el control de formatos con número folio seriado sin solicitar nombre ni número de afiliación y se encriptó la información por medio del software AES Crypt, los instrumentos y consentimientos informados en físico serán resguardados en la Coordinación de Enseñanza a cargo del Jefe de Enseñanza durante 5 años.

VII. Resultados

Durante los meses de noviembre de 2021 a abril 2022 se llevó a cabo la recolección de muestra que consistió en la aplicación del cuestionario SF-36 en un total de 269 pacientes recuperados de Covid-19 y su calidad de vida, los cuales tenían una edad promedio de 36.9 años, con un mínimo de 18 años y máximo de 65 años. Por grupo etario la mayor frecuencia se encontró entre 30 y 39 años en 45.7% (123 casos), con un promedio de edad de 36.29, con desviación estándar de 10.8, límite superior de 43.47 y límite inferior de 29.10.

Tabla VII. 1 Grupo de edad de los pacientes evaluados.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR
n:269 IC:95%				
< 30 años	61	22.7	28.96	16.43
30 a 39 años	123	45.7	53.14	38.25
40 a 49 años	36	13.4	18.49	8.30
50 a 59 años	45	16.7	22.27	11.12
60 y +	4	1.5	3.3	-0.31
Total	269	100		

	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR
n:269 IC:95%				
EDAD	36.29	10.8	43.47	29.10

Dentro de las características de los participantes se muestra que el género femenino predominó en 59.9% (161 casos); la escolaridad licenciatura en 27.5% (74 casos) y por último la ocupación más frecuente fue empleado en 29.4% (79 casos).

Tabla. VII. 2 Características sociodemográficas de los pacientes recuperados de Covid-19

n:269 IC:95%

CARACTERISTICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE	LIMITE	LIMITE
				SUPERIOR	INFERIOR
GENERO	Masculino	108	40.1	47.42	32.77
	Femenino	161	59.9	67.22	52.57
ESCOLARIDAD	Primaria	15	5.6	9.03	2.16
	Secundaria	47	17.5	23.17	11.82
	Preparatoria	60	22.3	28.52	16.07
	Licenciatura	74	27.5	34.17	20.82
	Posgrado	73	27.1	33.74	20.45
OCUPACIÓN	Estudiante	35	13.0	18.02	7.97
	Obrero	35	13.0	18.02	7.97
	Empleado	79	29.4	36.20	22.59
	Ama de casa	19	7.1	10.93	3.26
	Profesionista	73	27.1	33.74	20.45
	Jubilado	3	4	6.29	1.07
	Pensionado	1	1.1	2.65	-0.45
	Empresario	1	.4	6.29	1.07
	Comerciante	15	5.6	9.03	2.16
	Otros	8	3.0	5.54	0.45
	Total	269	100.0		

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo de investigación “Calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19”.

Respecto a los síntomas de Covid-19 de los participantes la mayoría correspondió a leves alcanzando el 95.2% (256 casos).

Tabla VII. 3 Tipos de síntomas.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
n:269 IC:95%				LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR
TIPO DE SÍNTOMAS	Leves	256	95.2	98.39	92
	Graves	13	4.8	7.99	1.60
	Total	269	100.0		

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo de investigación “Calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19”.

Los resultados de la aplicación del cuestionario SF-36, se aprecia que de las dimensiones diferentes en que se divide, en 7 de ellas la frecuencia más elevada correspondió a muy buena con una frecuencia mínima de 30% respecto a la salud en general y máxima de 80% en la función física; asimismo las frecuencias mayores en las dos restantes fueron para calidad de vida respecto a la vitalidad con un puntaje que corresponde a regular en 31% y la calidad de vida respecto a la evolución declarada de salud también correspondiente a regular en 42%.

Tabla VII. 4 Promedio de calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19.

n:269 IC:95%

Item	Media	Desviación estándar	95% del intervalo de confianza para la media		
			Límite inferior	Límite superior	
Función física	269	87.2	16.7	85.3	89.2
Rol físico	269	59.0	46.0	53.5	64.5
Rol emocional	269	63.8	44.7	58.5	69.2
Vitalidad	269	58.9	20.4	56.5	61.4
Salud mental	269	69.9	18.7	67.7	72.2
Función social	269	76.8	19.8	74.4	79.2
Dolor corporal	269	70.7	21.9	68.1	73.3
Salud general	269	63.0	21.6	60.5	65.6
Resultado global	269	68.7	26.2	65.5	71.8

Fuente: Instrumento SF-36 utilizado para el protocolo “Evaluar la calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19”.

De acuerdo a los puntajes obtenidos del cuestionario SF-36, los puntajes más altos correspondientes a una calidad de vida muy buena: para la calidad de vida respecto a la función física con un 79.6% (214 pacientes), en cuanto al rol físico con un 52.8% (142 pacientes), en cuanto al rol emocional con un 57.6% (155 pacientes), respecto a la salud mental con un 40.1% (108 pacientes), función social con un 49.4% (133 pacientes), dolor corporal en 40.5% (109 pacientes) y en cuanto a la salud en general 30.1% (81 pacientes). Los puntajes más bajos fueron para de una calidad de vida regular con respecto a la vitalidad en un 32% (86 pacientes) y en cuanto a la evolución declarada de la salud en un 43.5 % (117 pacientes).

Tabla VII. 5. Calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19 por cada ítem evaluado con el cuestionario SF-36.

n=269 IC=95%					
Ítem	Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Límite superior	Límite inferior
Función Física	Muy buena	214	79.6	85.62	73.57
	Buena	35	13	18.02	7.97
	Regular	19	7.1	10.98	3.26
	Muy mala	1	4	6.92	1.07
Rol físico	Muy buena	142	52.8	60.26	45.33
	Buena	7	2.6	4.97	0.22
	Regular	12	4.5	7.59	1.40
	Mala	22	8.2	12.30	4.09
	Muy mala	86	32	38.97	25.02

Rol emocional	Muy buena	155	57.6	64.98	50.21
	Buena	17	6.3	9.93	2.66
	Mala	22	8.2	12.30	4.09
	Muy mala	75	27.9	34.60	21.19
Vitalidad	Muy buena	64	23.8	30.16	17.43
	Buena	80	29.7	36.52	22.87
	Regular	86	32	38.97	25.02
	-Mala	30	11.2	15.91	6.48
	Muy mala	9	3.3	5.96	0.63
Salud mental	Muy buena	108	40.1	47.42	32.77
	Buena	91	33.8	40.86	26.73
	Regular	58	21.6	27.75	15.44
	Mala	12	4.5	7.59	1.40
Función social	Muy buena	133	49.4	56.87	41.92
	Buena	90	33.5	40.55	26.44
	Regular	33	12.3	17.20	7.39
	Mala	13	4.8	7.99	1.60
Dolor corporal	Muy buena	109	40.5	47.83	33.16
	Buena	69	25.7	32.23	19.16
	Regular	65	24.2	30.60	17.79
	Mala	24	8.9	13.15	4.64
	Muy mala	2	7	10.81	3.18

Salud en general	Muy buena	81	30.1	36.95	23.24
	Buena	77	28.6	35.35	21.84
	Regular	71	26.4	32.98	19.81
	Mala	39	14.5	19.76	9.23
	Muy mala	1	4	6.92	1.07
Evolución Declarada de la salud	Muy buena	17	6.3	9.93	2.66
	Buena	58	21.6	27.75	15.44
	Regular	117	43.5	50.90	36.09
	Mala	71	26.4	32.98	19.81
	Muy mala	6	2.2	4.39	0.007
	Total	269	100		

Fuente: Instrumento SF-36 utilizado para el protocolo “Evaluar la calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19”.

De manera global obteniendo un promedio de los puntajes obtenidos se obtiene un resultado total de calidad de vida de 68.7 ± 26.2 puntos (muy bueno y bueno) (Ver tabla 4).

VIII. Discusión

Se evaluó la calidad de vida en relación a la salud en pacientes recuperados de Covid 19 posterior a haber sido dados de alta mediante el cuestionario SF-36. Sin embargo estudios previos en otros países utilizaron la EQ-5D la cual demostró utilidad para describir la calidad de vida de los pacientes sobre como percibían su salud. Una ventaja de la escala EQ-5D es que es más fácil realizar la sumatoria de las puntuaciones, en cambio con el cuestionario SF-36 se necesitan codificar las puntuaciones para obtener un resultado final. Sin embargo en este estudio ese problema quedó resuelto con el uso de la calculadora digital para el SF-36, que si bien requirió de tiempo para vaciar la información, fue de gran ayuda para obtener los resultados finales.

En el presente estudio con una muestra de 269 pacientes se encontró que la media de edad de los participantes fue de 36.9 años. Un estudio realizado en España mostró que la media de edad en los pacientes recuperados de covid-19 fue de 54. La diferencia de edades entre los dos estudios se debe principalmente al tiempo de elaboración del estudio, ya que el realizado en España fue con los primeros casos de Coronavirus, los cuales recordemos que eran pacientes mayores con comorbilidades, y tenían un pronóstico menos alentador ya que requirieron de hospitalización y en la gran mayoría de los casos ventilación mecánica, lo cual también se evidencia en la diferencia de porcentajes entre el tipo de sintomatología.

El menor puntaje de calidad de vida se obtuvo en la percepción del rol físico, obteniéndose una media de 59.01 y la vitalidad con una media de 58.90, lo que equivale a una calidad de vida relacionada a la salud regular. En un estudio realizado publicado en enero 2022 llamado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19” en donde se usaron la escala EQ-5D y sus índices, el EQ-EVA y el EQ-Health Index las áreas más afectadas fueron la ansiedad/depresión (23,9%) y la movilidad (16,5%), lo que equivale, en nuestro instrumento sf-36, al rol de función física con una media de 87.24 y rol de salud mental con una media de 69.94.

Respecto al tipo de síntomas, en este estudio se observó que el 95.7% cursó con síntomas leves mientras que el 4.8% cursó con síntomas graves. Estos datos difieren al estudio publicado en enero 2022; lo cual puede deberse a que cuando se tomó la muestra, un alto porcentaje de la población ya había recibido al menos una dosis de la vacunación contra Covid-19, y hay que recordar que las primeras variantes causaban sintomatología más grave en comparación con las nuevas variantes.

En cuanto al género, de los pacientes a los cuales se les aplicó el SF-36, el 59.9% eran mujeres y el 40.1% hombres; se ha descrito en la literatura que la enfermedad por Covid-19 afecta más al sexo masculino, por lo que el tipo de muestreo realizado en este estudio observacional transversal descriptivo realizado del mes de Agosto 2021 al mes de Febrero 2022 al ser muestreo probabilístico aleatorio simple por tómbola, pudo haber incluido a más pacientes del género femenino.

En el estudio publicado en enero 2022, los pacientes mayores de 65 años, con comorbilidad y aquellos que precisaron ingreso, tuvieron peores puntuaciones en movilidad, cuidado personal y desempeño de actividades cotidianas, así como peores puntuaciones en el EQ-EVA y en EQ-Health Index. Este resultado ya ha sido señalado por otros autores. Es por ello que en este estudio se decidió excluir a pacientes mayores de 65 años, al ser una población portadora de más comorbilidades, y tener más afectación en dimensiones como la función física y la vitalidad, pudiendo ser la edad el motivo de la afectación en estas dimensiones y no el haber sido afectados por Covid 19. La edad media de este estudio fue de 36.92 con una mínima de 18 y una máxima de 65.

El estudio presentado tiene limitaciones; en primer lugar, la obtención de datos mediante encuestas puede hacer que los mismos pierdan sensibilidad. En segundo lugar, no se tomó como variables la presencia o no de comorbilidades, y sabemos que está descrito en la literatura que los pacientes portadores de alguna

enfermedad como diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen más probabilidad de presentar un cuadro grave, más secuelas y por lo tanto mayor afectación en la calidad de vida; además en la mayoría de estudios previos sobre la calidad de vida respecto a la salud se utilizaron otro tipo de escalas como la escala EQ-5D y sus índices, el EQ-EVA y el EQ-Health Index, lo que también es una desventaja al no poder comparar cada dimensión con las estudiadas en estudios de otros países.

La fortaleza del estudio es la exclusión de los pacientes mayores de 65 años para no confundir la afectación en la calidad de vida post covid-19 con la disminución de la misma por patologías propiamente de la edad y complicaciones derivadas de ella.

IX. Conclusión

Los roles menos afectados, con un resultado de calidad muy buena, fueron la función física, el rol físico, el rol emocional, la salud mental, la función social, el dolor corporal y la salud en general. Mientras que los roles más afectados, con una calidad de vida regular, fueron la vitalidad y la evolución declarada de la salud, esto debido al cambio en su salud posterior a haber sido enfermos por Covid 19.

En general la calidad de vida de nuestros pacientes para cada rol del instrumento SF36 fue en la mayoría buena y muy buena; con pocos resultados de calidad de vida regular o mala.

X. Propuestas

Convendría evaluar la calidad de vida de los pacientes que cursaron con enfermedad grave y ameritaron hospitalización, por medio de un estudio transversal descriptivo retrospectivo con expedientes clínicos, ya que en ellos se verá más afectada la calidad de vida respecto a la salud.

Aplicar el instrumento EUROQOL-5D-5L para tener mayor punto de comparación con estudios realizados en otros países.

XI. Bibliografía

Acosta-Ramirez N, Giovanella L, Parada-Lezcano M, Ríos G, Tejerina-Silva H, Vega R, et al. 2021. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educe Saúde*. 2021;19.

Alkodaymi, M. S., Omrani, O. A., Fawzy, N. A., Shaar, B. A., Almamlouk, R., Riaz, M., Obeidat, M., Obeidat, Y., Gerberi, D., Taha, R. M., Kashour, Z., Kashour, T., Berbari, E. F., Alkattan, K., & Tleyjeh, I. M. 2022. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*. 657–666. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.01.014>.

Ayuso García, B., Pérez López, A., Besteiro Balado, Y., Romay Lema, E., García País, M. J., Marchán-López, Á., Rodríguez Álvarez, A., Corredoira Sánchez, J.; Rabuñal Rey, R. 2022. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research* 208–215.

B. Haire, 2021 “Sobre los ensayos clínicos con productos Covid-19,” *Boletín Fármacos: Ensayos Clínicos*, vol. 24, no. 3, p. 1.

Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V.; McIntyre, R. S. 2022. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. 93–135. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>.

Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus. 2019. USA: Centers for Disease Control and Prevention.

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. 2020. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.*;395: 507-13

Ciotti, M., Ciccozzi, M., Pieri, M., Bernardini, S. 2022. The COVID-19 pandemic: viral variants and vaccine efficacy. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences Ars Pharm.* 61(2): 63-79.

COVID-19 gobierno de México. 2020. disponible <https://coronavirus.gob.mx/covid-19> [consultado el 20/02/2022].

COVID-19 Novel Coronavirus 2019 disponible en <http://www.paho.org/arg/coronavirus> 2022. [Consultado el 20/02/2022].

Del Rio C, Malani PN. 2020. 2019 novel coronavirus-important information for clinicians. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC. *JAMA.*

Falcon M. 2020. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. *Rev. Cienc y Arte Enferm.* 5(2): 11-18.

Ferrer M, Rajmil L, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Rebollo P, Vilagut G., et al The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135–50.

- Forchette, L., Sebastian, W., & Liu, T. (2021). A Comprehensive Review of COVID-19 Virology, Vaccines, Variants, and Therapeutics. *Current Medical Science*, 41(6), 1037–1051. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11596-021-2395-1>
- García-Matarín, L., Velilla-Zancada, S., Trillo-Calvo, E., Molina-Escribano, F. Serrano-Cumplido, A. 2022. Fármacos potencialmente útiles en el tratamiento de la COVID-19 en Atención Primaria. 137–148.
- García, M.P., y García, M. 2012. Guía Práctica para la realización de trabajos de fin de grado y trabajos de fin de máster. Murcia: ediciones de la Universidad de Murcia. 99-126.
- Golpe R, Blanco N, Castro-Añón O, Corredoira J, García-Pais MJ, Pérez-de-Llano LA, Rabuñal R, Romay E, Suárez R; 2020. Factors Associated to Hospital Admission in a Care Protocol in COVID-19. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 56(10):676-677.
- González-Melado FJ, Di Pietro ML. 2021. The vaccine against COVID-19 and institutional trust. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. Dec;39.
- Haydée, L y Ramón, U. 2003. El Bienestar Subjetivo Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. 2020. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 395:497-506.
- M. Taboada, N. Rodríguez, M. Díaz-Vieito, M.J. Domínguez, A. Casal, V. Riveiro, A. Cariñena, E. Moreno, A. Pose, L. Valdés, J. Álvarez, T. Seoane-Pillado. 2022. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por

- COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, Volumen 69, Número 6, Páginas 326-335.
- Prada, A. Pérez M. Prieto, M., Rodríguez, C., y Zarzoza, F. 2017. El concepto de calidad de vida y su medición. Valladolid: Editora Provincial. 2017. pp.15-88.
- Sanabria Hernandez MS. 2016. Calidad de vida e instrumentos para su medición. Trab Fin Grado [Consultado el día 15/02/2021]. 2016;1–82.
- Soraya GV, Ulhaq ZS. 2020. Parámetros de laboratorio cruciales en el diagnóstico y pronóstico de COVID-19: un metanálisis actualizado. *Med Clin (Barc)*. 28;155(4):143-151.
- Salian, V. S., Wright, J. A., Vedell, P. T., Nair, S., Li, C., Kandimalla, M., Tang, X., Carmona Porquera, E. M., Kalari, K. R., & Kandimalla, K. K. 2021. COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Molecular Pharmaceutics*, 18(3), 754–771.
- World Health Organization. 2012. Field trial WHOQOL-100 February 1995: the 100 questions with response scales. [consultado el 27/12/2021]. Geneva: World Health Organization- Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/77084> Zarzoza, P.
- Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, Hu Y, Tao ZW, Tian JH, Pei YY, Yuan ML, Zhang YL, Dai FH, Liu Y, Wang QM, Zheng JJ, Xu L, Holmes EC, Zhang YZ. 2020. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 579:265-269.

XII. Anexos



XII.1 Hoja de recolección de datos

1. FOLIO: _____
 2. EDAD: _____
 3. GENERO: FEMENINO () MASCULINO ()
 - ESCOLARIDAD: ANALFABETA ()
 - PRIMARIA ()
 - SECUNDARIA ()
 - PREPARATORIA ()
 - BACHILLERATO ()
 - POSGRADO () OCUPACIÓN: ESTUDIANTE ()
 - OBRERO ()
 - EMPLEADO ()
 - AMA DE CASA ()
 - PROFESIONISTA ()
 - SIN OCUPACIÓN ()
 - JUBILADO ()
 - PENSIONADO ()
 - EMPRESARIO ()
 - COMERCIANTE ()
- OTROS
- TIPO DE SÍNTOMAS
- SÍNTOMAS LEVES ()
 - SINTOMAS GRAVES ()
- RESULTADO DE CALIDAD DE VIDA
- Excelente. ()
 - Muy buena ()
 - Regular ()
 - Mala ()



XII.2 INSTRUMENTO EMPLEADO

SF 36 EVALUACION CALIDAD DE VIDA RESPECTO A LA SALUD

Marque una sola respuesta

1) En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí

b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

a. Sí

b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

a. Sí

b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Si, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez

f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

a. Totalmente cierta

- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

RESULTADO OBTENIDO

INTERPRETACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Calidad de vida respecto a la salud en pacientes recuperados de COVID-19

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Santiago de Querétaro, UMF. 9 . Delegación, Querétaro,

Justificación y objetivo del estudio: La enfermedad Covid 19 tiene repercusiones en la salud e incluso puede provocar la muerte, el objetivo de este estudio es evaluar si a usted posterior a tener Covid 19 hubo afectación de su estado de salud, así como su calidad de vida.

Procedimientos: Se le proporcionará a usted un cuestionario llamado SF36, el cual podrá contestar en aproximadamente 30 minutos el cuestionario tiene como finalidad saber si su salud y calidad de vida posterior a que padecer Covid 19 fueron afectados.

Posibles riesgos y molestias: Durante la realización del cuestionario, usted podría presentar incomodidad con laguna de las preguntas o simplemente no tener deseos de contestar

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Usted podrá reconocer, familiarizarse e identificar oportunamente con ayuda del investigador si, hubo cambios en su salud y la calidad de vida y así poder hacer las intervenciones necesarias para sobrelevar la afección.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se derivará con su médico familiar si usted se le identifico afección en su salud y calidad de vida para ser evaluado y se ser necesario canalizar a los servicios que se requieran como es. Trabajo social psicología, y consulta en segundo nivel acorde a la especialidad requerida

Participación o retiro: Su participación en el estudio será voluntaria, anónima y confidencial. Usted está en su derecho de retirarse del estudio investigación en el momento que considere, el retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto, ninguno de sus derechos para recibir atención en el instituto será alterados.

Privacidad y confidencialidad: El uso de la información que usted proporcione será anónimo. Los datos serán encriptados por medio del software AxCrypt a fin de proteger su confidencialidad.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dr. Omar Rangel Villicaña

Especialista en Medicina Familiar

Director clínico de tesis

Celular: 4423725399

Correo electrónico: hobbit2000@gmail.com

UMF 9

Colaboradores:

Dra. Karen Paulina Domínguez Parente

Matricula: 98231753

Residente de Medicina Familiar

Sede en UMF 09 Querétaro

Celular: 4434069464

Correo electrónico: drpau89@gmail.com

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Especialista en Medicina Familiar

Adscripción UMF9 IMSS, Querétaro.

Matricula: 99207263

Director de Tesis

Celular: 44 23 64 66 28

Correo electrónico: dr.luismontesdeoca@gmail.com

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comité local de ética de investigación en salud del UIESS Qro. Ignacio Zaragoza esq. 5 de febrero, colonia centro Querétaro Qro. CP76000 teléfono 44221123 extensión 51150/51113, correo electrónico: prishila.reyes@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

XIII. 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Viernes, 17 de diciembre de 2021**

Mtro. Omar Rangel Villicaña

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD EN PACIENTES RECUPERADOS DE COVID 19** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2201-107

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL