



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“Calidad de vida del paciente post Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No.16”

Tesis

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

Presenta:
Med. Gral. Gabriela Monroy Ruiz

Dirigido por:
M.C.E. Karla Elizabeth Margain Pérez

Co-director:
Med. Esp. José Iván Alonzo Barrera

Querétaro, Qro. Febrero 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Calidad de vida del paciente post Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No.16”

Tesis

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

Presenta:

Med. Gral. Gabriela Monroy Ruiz

Dirigido por:

M.C.E. Karla Elizabeth Margain Pérez

Co-dirigido por:

Med. Esp. José Iván Alonzo Barrera

Firmas

M.C.E. Karla Elizabeth Margain Pérez

Presidente

Med. Esp. José Iván Alonzo Barrera

Secretario

M.C.E. Patricia Flores Bautista

Vocal

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora

Suplente

M.I.M.S.P. Prishila Danae Reyes Chávez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero 2024
México.

Resumen

Introducción: En pacientes que cursaron con alguna forma de la enfermedad por Covid-19 se identificó persistencia de los síntomas después de la recuperación, por lo que estas secuelas han sido nombradas como síndrome post covid-19, que incluye alteraciones respiratorias, neurológicas, hematológicas, cardíacas, digestivas y psicológicas. Sin embargo, se desconoce el tiempo exacto de presentación, la clínica, el futuro de estos pacientes y su calidad de vida.

Objetivos: Determinar la calidad de vida del paciente post Covid-19. **Material y**

métodos: Estudio observacional, transversal descriptivo, en pacientes que fueron dados de alta después de 4 semanas tras la recuperación de infección por Covid-19, se incluyeron hombres y mujeres de 20 a 65 años de edad, sin enfermedad respiratoria previa, la muestra se calculó con la fórmula de prevalencia para población infinita dando un total de 266 pacientes, obtenidos por muestro no probabilístico por conveniencia, para determinar la calidad de vida se utilizó el instrumento EQ-5D-5L. **Resultados:** El estudio incluyo a 266 participantes, con una mediana de edad de 43 años (RIQ 32-55), predominó el sexo femenino en un 77.1% (205), escolaridad secundaria en un 32% (85) y la comorbilidad más frecuente fue obesidad en un 34% (91). En relación a la calidad de vida, de forma global el 86% (229) presentó deterioro, siendo la limitación más frecuente la persistencia de dolor/malestar en un 30% (211), seguido de problemas para la movilidad en un 26% (188), ansiedad/depresión en un 20% (142), actividades cotidianas en un 20% (141) y un 4% (26) tiene dificultades para el cuidado personal. Esta afectación a su salud y por tanto a su calidad de vida hizo que un 44% (117), de estos pacientes no pudieran regresar a su estado de salud que tenían antes de enfermar. **Conclusiones:** Existió deterioro en la calidad de vida después de padecer Covid-19 en la población estudiada.

(Palabras clave: síndrome post covid, secuelas covid, calidad de vida)

Summary

Introduction: In patients who had some form of Covid-19 disease, persistence of symptoms after recovery was identified, so these sequelae have been named post-covid-19 syndrome, which includes respiratory, neurological, and hematological disorders. , cardiac, digestive and psychological. However, the exact time of presentation, the clinic, the future of these patients and their quality of life are unknown. **Objetives:** Determine the quality of life of the post-Covid-19 patient. **Material and methods:** Observational, descriptive cross-sectional study, in patients who were discharged 4 weeks after recovery from Covid-19 infection, men and women from 20 to 65 years of age were included, without previous respiratory disease, the The sample was calculated with the prevalence formula for an infinite population, giving a total of 266 patients, by means of non-probabilistic sampling for convenience. To determine the quality of life, the EQ-5D-5L instrument was used. **Results:** The study included 266 participants, with a median age of 43 years (IQR 32-55), the female sex predominated in 77.1% (205), secondary schooling in 32% (85) and the most frequent comorbidity. it was obesity in 34% (91). In relation to quality of life, overall 86% (229) presented deterioration, the most frequent limitation being the persistence of pain/discomfort in 30% (211), followed by mobility problems in 26% (188), anxiety/depression in 20% (142), daily activities in 20% (141) and 4% (26) have difficulties with personal care. This affectation to their health and therefore to their quality of life meant that 44% (117) of these patients could not return to their state of health that they had before becoming ill. **Conclusions:** There was a deterioration in the quality of life after suffering from Covid-19 in the population studied.

(**Key words:** post covid syndrome, covid sequelae, quality of life)

Dedicatorias

A Dios y a mis Padres, a mi mamá por ser mi apoyo incondicional, por siempre escucharme y acompañarme en mis sueños; por ser una mujer muy fuerte pero sobre todo con un gran corazón que sabe dar mucho amor. Papá gracias por tus palabras que siempre me alentaban a seguir adelante, por tu ejemplo de persona virtuosa y honesta, por tu esfuerzo para darnos siempre lo mejor. Todo lo que soy es gracias a ustedes, los amo y siempre a través de ustedes pude ver que Dios esta conmigo.

Agradecimientos

Quiero agradecerle a la Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez por su apoyo y asesoría a lo largo de este trabajo como directora de tesis, por su confianza en mi trabajo, por sus amables palabras, gracias por ser un gran médico investigador.

Agradezco al Dr José Iván Alonzo Barrera por su apoyo y asesoría para este trabajo, por sus ideas y por creer en mi trabajo. Le deseo que siga brillado en la vida.

A mis profesoras con quien estuve trabajo estos 3 años de residencia, Dra Prishila Danae Reyes Chávez y Dra. Patricia Flores Bautista por su apoyo, por sus sabios consejos, por compartir su conocimiento y por la compañía en el camino con amor y entrega por la educación.

Índice

Contenido

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Fundamentación teórica	4
III.1. Covid-19	4
III.1.1. Epidemiología	4
III.1.2. Etiopatogenia	5
III.1.3. Huésped y reservorio	5
III.1.4. Fisiopatología	6
III.1.5. Mecanismo de transmisión	7
III.1.6. Cuadro Clínico	8
III.1.7. Diagnóstico	11
III.1.8. Tratamiento	12
III.2. Síndrome Post Covi-19	12
III.3. Calidad de vida	18
IV. Hipótesis	20
V. Objetivos	22
V.1. Objetivo general	22
V.2. Objetivos específicos	22
VI. Material y métodos	23
VI.1. Tipo de investigación	23
VI.2. Población	23
VI.3. Muestra y tipo de muestreo	23
VI.3.1. Muestreo: No probabilístico por conveniencia	23
VI.3.2. Criterios de selección	24
VI.3.3. Variables estudiadas	24
VI.4. Técnicas e instrumentos	24
VI.5. Procedimientos	25
VI.5.1. Análisis estadístico	26
VI.5.2. Consideraciones éticas	26
VII. Resultados	29
VIII. Discusión	33
IX. Conclusiones	36
X. Propuestas	38
XI. Bibliografía	39
XII. Anexos	44

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Variables sociodemográficas y calidad de vida	31
VII.2	Variables dimensión de calidad de vida	32

Abreviaturas y siglas

OMS. Organización Mundial de la Salud.

SARS-CoV-2. Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo.

MERS-CoV. Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio.

PCR. Reacción en cadena de la polimerasa.

EUA. Estados Unidos de América.

ARN. Ácido ribonucleico.

ADN. Ácido desoxirribonucleico.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

SpO₂. Saturación de oxígeno.

TCAR. Tomografía computarizada de alta resolución.

SDRA. Síndrome de dificultad respiratoria aguda.

AFOP. Neumonía organizada fibrinosa aguda.

I. Introducción

La pandemia por Covid-19 ha representado la peor pesadilla para muchas familias que han perdido a un ser querido y para los pacientes que han sobrevivido, pero que presentan déficits importantes debido a la enfermedad. Afectando actualmente más de 761 millones de personas, representa un problema de salud mundial y más allá de las repercusiones físicas se ha dejado de lado el impacto que estas tienen sobre la calidad de vida de las personas. (Molina, 2020; PAHO, 2023)

Además de las consecuencias propias de la pandemia como el aislamiento social, encontramos a las personas con limitación de la movilidad y pérdida de funcionalidad lo que la hace vulnerable a desarrollar trastornos mentales, presentando a su vez una desmoralización, llegando a configurar un estado de enfermedad. (Rodríguez et al, 2020)

Siendo entonces una pandemia en progreso, el paciente Covid-19 representa un desafío para el sector salud por el hecho de no conocer los efectos a largo plazo con los que puedan enfrentarse. Es por eso que pretende conocer cuál es la repercusión en la calidad de vida de las personas que han cursado con enfermedad por Covid-19, que ha hecho que no logren regresar a sus actividades cotidianas para que de esta manera se establezca una base para futuras acciones que puedan reincorporar a la población afectada, pues hasta el momento estos estudios son limitados. (Ponce et al, 2020)

Así como atenuar los posibles daños que puedan comprometer a largo plazo la vida de aquellos que han logrado superar la enfermedad. Que sea desde un enfoque holístico que permita atender, monitorizar y reforzar los diversos órganos y sistemas afectados por el Covi-19, con especial énfasis en lo psicológico y emocional. (Ponce et al, 2020).

II. Antecedentes

Se ha observado un fenómeno en los pacientes que presentaron la enfermedad por Covid 19, caracterizado por la persistencia de los síntomas días después de la recuperación, que no les permite continuar con su vida normal, afectando su calidad de vida. Se le ha denominado a este fenómeno como condición post covid, como covid crónico, de largo plazo, síndrome post covid-19, síndrome de covid crónico, secuelas tardías de covid-19, secuelas post-agudas, Covid-19 post aguda, secuelas post agudas de SARS CoV-2. (Herrera et al, 2020; Serrano y Ancochea, 2021)

Un paciente post Covid-19 de acuerdo a la OMS, es aquel paciente que ha egresado por recuperación de la enfermedad tras una hospitalización o que ha cumplido una cuarentena y que ha presentado alivio de los síntomas y ha permanecido sin fiebre durante tres días consecutivos y tiene dos pruebas negativas de PCR. (Herrera et al, 2020; Soriano y Ancochea, 2021).

En un estudio realizado en Huaral, Perú para identificar la percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Covid-19 que fueron evaluados entre la semana 3 y 22, se obtuvo que, de un total de 345 personas, 158 de ellos que correspondiente al 46% percibieran alguna limitación en su estado de salud de acuerdo a: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión. El 5% de los pacientes (17) presentaron problemas para caminar: el 2% (7) en el cuidado personal, el 22% (76) para realizar actividades cotidianas); un 9% (53) presentaron ansiedad/depresión y la condición de salud más importante que manifestaron fue el dolor y malestar con un 43%, equivalente a 149 pacientes, lo que corresponde al porcentaje más alto. (Falcon, 2020).

De acuerdo a la autopercepción de salud el 12% (42) refiere haberse recuperado completamente, 52% recibieron haberse recuperado en un 90%; un 22% de los pacientes (76) percibieron se ha recuperado en un 80% y el 14.1% (47) una recuperación menor o igual al 70%. Lo que es un porcentaje mayor con

un total del 88% de las pacientes presentan un empeoramiento en la calidad de vida. Por lo que se concluye que un alto porcentaje de los pacientes refiere alguna limitación en su estado de salud y la mayor parte percibe un deterioro en la calidad de vida. (Falcon, 2020)

En un estudio realizado en Guayaquil, Ecuador; sobre el impacto en la calidad de vida a 82 pacientes post covid, de edades comprendidas entre 20 y 65 años, donde se evaluó la presencia de tos, flema, opresión torácica, es decir, de la condición funcional respiratoria y la limitación de las actividades domésticas, calidad de sueño y energía. Los resultados fueron que el 28% presenta un impacto bajo en las limitaciones de sus actividades diarias, el 32% tiene un impacto medio, un 35% un impacto alto y un 5% en un impacto muy alto. (Mera et al, 2020).

Concluyendo así que un gran porcentaje de pacientes considera sufrir un alto impacto en su calidad de vida después de contraer Covid-19, que la afectación principalmente fue a nivel pulmonar y que los ha limitado a realizar actividades con la facilidad de antes (Mera et al, 2020)

En EUA se realizó una encuesta vía telefónica a 274 personas con síntomas de covid, de las cuales 175 comentaron que pudieron regresar a su estado previo de salud a los 7 días, lo que corresponde a un 65%; 95 personas que corresponde al 35% comentaron que no fue el mismo estado de salud antes de la infección, incluyendo aquí a pacientes jóvenes sin ninguna enfermedad crónica de entre los 18 y 34 años, por lo que se puede concluir que el covid 19 puede provocar enfermedad prolongada no solo en personas adultas o con alguna enfermedad, sino que también puede estar presente en personas jóvenes, así que la atención de prevención debe dirigirse también a pacientes jóvenes. Encontrándose entonces que habían regresado a su estado de salud anterior solo el 65% de las personas, entre los 14 y 21 días posteriores. (Falcon, 2020)

III. Fundamentación teórica

III.1. Covid-19

El SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo) es una enfermedad infecciosa que se describió por primera vez en Wuhan, China; el 1 de diciembre de 2019, entre los trabajadores del mercado de mariscos de la ciudad, quienes fueron diagnosticados con Neumonías cuya causa era desconocida y que prontamente desarrollaban síndrome de dificultad respiratoria aguda con una tasa de mortalidad de 4, 48%. (Pérez et al, 2020)

Del 31 de diciembre al 3 de enero ya se encontraban 44 casos, siendo aún la causa desconocida. Y para el día 7 de enero se da a conocer la aparición de un nuevo coronavirus. Así la enfermedad se extendió rápidamente, reportándose los primeros casos importados, en Tailandia el 13 de enero, el 15 de enero en Japón y el 20 de enero en Corea. Para el 20 de marzo de 2020 ya se encontraba en 114 países. (Ezpeleta y García, 2020)

Por esto el 30 de enero 2020 la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró emergencia sanitaria y el 11 de marzo es reconocida como pandemia. Hasta la fecha, se han reportado casos en 222 países, territorios y áreas; los casos se han notificado en las seis regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental y África). (Martínez et al, 2020)

III.1.1. Epidemiología

Actualmente se tienen reportados 761 millones de casos y 6.9 millones de muertes. (Pérez et al, 2020; PAHO, 2023).

En México actualmente se han confirmado 7, 556, 927 casos; 817, 936 casos sospechosos y 333, 619 defunciones. (DGE, 2023).

En Querétaro al 05 mayor del 2023 se han confirmado 189, 105 casos, 8770 casos sospechosos y 6, 445 defunciones. (DGE, 2023).

III.1.2. Etiopatogenia

Los coronavirus son virus ARN, que causan cuadros respiratorios, gastrointestinales, hepáticos y neurológicos, en el ser humano y algunos animales. Pertenecen a la subfamilia Orthocoronavirinae, familia Coronaviridae, orden Nidovirales. La familia Coronaviridae se clasifica en cuatro géneros llamados Alfa-coronavirus, Beta-coronavirus, Delta-coronavirus y Gamma-coronavirus. Adquieren su nombre por la forma de su envoltura en corona. (Dabanch, 2021)

Se conocen seis especies de coronavirus que causan enfermedades en humanos. Cuatro de estos (229E, OC43, NL63 y HKU1) causan síntomas comunes de gripe en personas inmunodeprimidas y dos especies (SARS-CoV y MERS-CoV) causan síndrome respiratorio agudo severo con altas tasas de mortalidad. (Dabanch, 2021)

El agente responsable de la actual pandemia es el coronavirus 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS- CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus), que causa la enfermedad asociada al coronavirus o Covid-19 (coronavirus disease 2019), y pertenece al género de los Beta- Coronavirus, posee un envoltura que en su interior contiene ARN con nucleocapside. Su estructura es pleomórfica, habitualmente redondeada elíptica y tiene un diámetro de entre 60 y 140 nm. Su genoma contiene 29.891 nucleótidos y codifica 9.860 aminoácidos. (Dabanch, 2021)

III.1.3. Huésped y reservorio

Se consideran virus zoonóticos, pues se ha observado que la estructura genómica del SARS-CoV-2 es similar al de otros beta- coronavirus como el del murciélago, por lo que se sugiere que estos mamíferos pudieran ser

los reservorios naturales, siendo el huésped intermediario aún desconocido. Y en el caso del MERs-CoV la civeta se considera el huésped intermedio. (Ezpeleta y García, 2020)

III.1.4. Fisiopatología

III.1.4.1. Invasión y replicación del SARS-CoV-2

El mecanismo de invasión ocurre al momento que la proteína S se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina II (ECA 2), encontrada en algunos tejidos como, el corazón, riñón, vía biliar, hígado e intestino, pero sobre todo, tiene predilección por la células del pulmón, expresada en células alveolares tipo 2. A través de dos subunidades de la proteína S, la S1 se adhiere al receptor y la S2 permite la fusión y por tanto la entrada del virus a través de endocitosis. De ese modo, se libera su ARN en la célula huésped. (Ezpeleta y Garcia, 2020; Dabancha, 2021)

Al entrar a la célula que infectan su ARN puede inmediatamente dirigirse a los ribosomas para comenzar la síntesis de proteínas. Además, nuevas moléculas de ARN son replicadas usando como molde el ARN con el que se infectó la célula, con lo que se tienen todos los componentes para ensamblar nuevos virus. Esta es la razón por la que las infecciones por coronavirus ocurren muy rápidamente. (Martínez et al, 2020)

A continuación, las polimerasas inician la síntesis de ARN mensajeros subgenómicos mediante un procedimiento de transcripción discontinua que finalmente se traducen en proteínas víricas. A su vez, las proteínas víricas y el ARN genómico se ensamblan en viriones en el retículo endoplasmático y aparato de Golgi, y, transportados vía vesículas, se liberan fuera de la célula. (Martínez et al, 2020)

Existe la destrucción de los linfocitos T como en otras virosis respiratorias y cuando se acelera la replicación del virus compromete la barrera alveolo-capilar, afecta a las células capilares y con ello mayor atracción de y acumulo de neutrófilos, monocitos e incremento de la endotelitis capilar; como consecuencia de una respuesta inflamatoria aumentada, alterando así la transferencia alveolar de O₂ y deterioro de la capacidad de difusión, mecanismos propuesto detrás de la sintomatología de la enfermedad. (Gil et al, 2021)

III.1.5. Mecanismo de transmisión

La transmisión de una persona infectada a otra ocurre, a través de las gotas expulsadas de la nariz o la boca, al toser, o exhalar. También ocurre cuando una persona toca objetos o superficies contaminas con estos fluidos y posterior lleva las manos a la boca, nariz o los ojos. (Dabancha, 2021)

El periodo en el que mayormente se puede dar el contagio es durante la fase sintomática, sin embargo, también puede ocurrir en un cuadro asintomático o en la etapa de recuperación. (Molero et al, 2020)

El mecanismo de transmisión a través de las heces aún no ha sido demostrado, sin embargo, se ha encontrado presencia del virus en heces de algunos pacientes. (Molero et al, 2020)

Aun que el virus se ha aislado en recién nacidos con madre con Covid-19 no se ha aislado en líquido amniótico, leche materna o fluidos genitales, por lo que solo es una posibilidad que exista transmisión vertical. (ONU México, 2022)

El periodo de incubación del virus es en promedio de 5 días, se ha estimado que podría ser de 1 hasta 14 días, reportándose casos de hasta 21 días. (Dabancha, 2021)

III.1.6. Cuadro Clínico

Los síntomas son variados y van desde personas que pueden estar asintomáticas a casos leves con infección de vías respiratorias alta autolimitado, o bien presentar un cuadro grave dependiendo de las características de cada persona y comorbilidad. (Molero et al, 2020)

Los factores de riesgo más frecuentes son las comorbilidades, como son la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, esta última como riesgo de intubación y mortalidad. La edad es otro factor de riesgo con una letalidad mayor en pacientes de 60 años o más. Así como enfermedad pulmonar crónica. (Gil et al, 2021)

El control de la infección se hace más difícil ya que en el 40% de los casos podría ser asintomática, agregando que el período de contagio se inicia previo a la aparición de los síntomas. (Gil et al, 2021)

En el 80% de los casos son leves y puede incluso confundirse con un resfriado. En el inicio de la enfermedad se manifiesta principalmente por fiebre, tos seca, congestión nasal, disnea, mialgias, artralgias, fatiga, expectoración, odinofagia, cefalea. En muchos pacientes se han descrito anosmia y ageusia como síntomas muy específicos. Otros pacientes presentan síntomas digestivos como diarrea, náuseas y vómito. Entre los síntomas neurológicos son alteración de la conciencia, mareos, convulsiones, agitación y signos meníngeos. (Molero et al 2020).

III.1.6.1. Manifestaciones pulmonares

En el 15% se presenta un cuadro grave que requiere hospitalización y en el 5% de éstos requieren atención en una unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, shock y falla multiorgánica. Manifestándose entonces como una Neumonía grave con fiebre, tos productiva, aleteo nasal, taquipnea (con frecuencia respiratoria mayor de 30 por

minuto), cianosis, limitación de la expansibilidad torácica, estertores crepitantes, dolor pleurítico, alteraciones en la radiografía de tórax presentando opacidades pulmonares bilaterales, SpO2 con aire ambiental menor de 90% y desarrollar un síndrome de distrés respiratorio agudo o presentarse como una neumonía atípica con signos de gravedad. Y aunque es un virus que aparece por lo regular en como enfermedad pulmonar, cada vez aparece más de forma atípica dañando otros órganos. (Pineda et al, 2021; Molina, 2020)

Los hallazgos en una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) son opacidades en vidrio esmerilado, patrón de empedrado (broncograma aéreo y consolidación pulmonar. (Ponce et al, 2020)

La enfermedad en la población La enfermedad en la población pediátrica se ha descrito pocos casos y generalmente es un cuadro leve de síntomas respiratorios altos: fiebre, tos, rinorrea, náuseas, diarrea, dolor abdominal, cefalea y asténica. Casos graves e incluso muertes se han descrito en menores de 1 años. (Gil et al, 2021)

Las complicaciones no son en sí por el propio virus, si no por una tormenta de citoquinas debida a una respuesta inmunitaria descontrolada. Lo que conduce a síndrome dificultad respiratoria aguda (SDRA), lesiones cardiacas, insuficiencia renal, enfermedades vasculares cerebrales, eventos protrombóticos, daño pulmonar agudo, choque séptico y fallo multiorgánico. (Pineda et al, 2021)

III.1.6.2. Manifestaciones hematológicas

En los hallazgos de laboratorio se ha encontrado leucopenia con linfopenia, afecta tanto a linfocitos TCD4 como TCD8 y su presencia se ha asociado a mayor gravedad de la enfermedad. La leucocitosis con neutrofilia también se ha asociado a peor pronóstico. Puede existir trombocitopenia por alteración por consumo, pero sobre todo puede existir un aumento atribuible a la inflamación pulmonar con el consiguiente aumento de la trombopoyetina.

Alteraciones en la coagulación, principalmente la elevación del dímero D y del tiempo de protrombina. Elevación de proteína C reactiva, transaminasas hepáticas, LDH, ferritina, disminución de albúmina y plaquetas. (Tarazona et al, 2020)

Enfermedad tromboembólica y trombosis microvasculares da lugar a accidentes cerebrovasculares, tromboembolismo pulmonar e infarto agudo al miocardio. (Cimas, 2021)

III.1.6.3. Manifestaciones cardiacas

En los pacientes hospitalizados se han detectado elevación de biomarcadores cardiacos y a mayor elevación de troponinas peor pronóstico. Se desconoce en qué grado, pero se atribuye a lesión miocárdica, hipoxia, trombosis microvascular e inflamación sistémica. Se presenta fallo ventricular y diversas arritmias: arritmias ventriculares, fibrilación auricular y prolongación del intervalo QT. (Cimas, 2021)

III.1.6.4. Manifestaciones neurológicas

Existen dos postulados sobre las causas de estas manifestaciones neurológicas, siendo la primera provocada por la inflamación y la hipercoagulabilidad que afectan la vasculatura cerebral y la barrera hematoencefálica. O bien por la acción directa del virus que pasa desde el epitelio nasal al nervio olfatorio, trasportación axonal desde nervios periféricos, diseminación hematógica o linfática. (Cima, 2021)

Se han descrito manifestaciones graves como alteraciones del síndrome confusional, conciencia, ictus, convulsiones, meningoencefalitis, síndrome de Guillain Barré; y otras leves como cefalea, mareos, mialgias, anosmia, ageusia. (Molera et al, 2020)

III.1.6.5. Manifestaciones cutáneas

Erupciones tipo rash, urticaria, lesiones vesiculares, púrpura y lesiones acrocianóticas en manos y pies. Algunas otras formas atípicas como impétigo ampolloso. (Geisselmann et al, 2020)

III.1.6.6. Manifestaciones oftalmológicas

Se han descrito casos de conjuntivitis. (Geisselmann et al, 2020)

III.1.6.7. Manifestaciones psicoemocionales

En pacientes graves que han requerido atención en unidad de cuidados intensivos se ha descrito delirio y cuadro de psicosis. (Molina, 2020)

III.1.6.8. Manifestaciones endocrinológicas

Alteraciones de la glucosa con hiperglucemias y cetoacidosis en pacientes agudos y que no se conocen previamente como diabéticos. (Cimas, 2020)

III.1.6.9. Manifestaciones renales

Sobre todo, se presenta en pacientes graves el fallo renal agudo, con proteinuria, alteraciones electrolíticas, hematuria y acidosis metabólica que puede llevar una alta mortalidad. (Cimas, 2020)

III.1.7. Diagnóstico

La prueba de elección para el diagnóstico de la enfermedad emitido por la OMS es la RT- PCR (Retrotranscripción seguida de la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa), que se realiza en muestras de sangre o respiratorias. También puede realizarse por detección antigénica. (Molero, 2020)

III.1.8. Tratamiento

No se ha identificado un antiviral eficaz, por lo que, en pacientes con síntomas leves, el tratamiento será sintomático como lo recomienda la OMS, con antipiréticos, analgésicos, nutrición y rehidratación adecuada. (OMS, 2020)

Deberá evitarse el uso indiscriminado de antibióticos, a menos de que exista sospecha clínica de infección bacteriana, por el riesgo de aumentar la resistencia bacteriana, así como el aumento de la morbilidad y mortalidad de la población, antes y después de la pandemia. El paciente deberá tener una vigilancia estrecha para detectar signos o síntomas de progresión de la enfermedad. (OMS, 2020)

Actualmente existen siete vacunas que se están utilizando y algunas otras continúan en estudio. Lo que contribuirá a disminuir el riesgo por el virus y sobre todo en personas que pueden desarrollar formas graves de la enfermedad. (OMS, 2020)

III.2. Síndrome Post Covi-19

El síndrome post covid-19 describe los efectos a largo plazo por la enfermedad causada por el virus Sars-CoV-2, esta denominación no tuvo su origen directamente en el ámbito médico-profesional, sino en el ámbito social, dado que fueron los mismo pacientes que comenzaron a experimentar una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas, que persistían incluso con resultado negativos de pruebas PCR y anticuerpos, lo que comenzó a alertar a los médicos debido a lo que implicaría entonces su recuperación, el afrontamiento para el sistema de salud y el impacto en la calidad de vida y por tanto en la capacidad productiva de la persona. (Gallegos et al, 2022)

Desde que apareció se comenzaron a utilizar diferentes denominaciones como Covid prolongado, Covid crónico, Covid posagudo, entre otros, pero fue en

el año 2020 que la Organización Mundial de la Salud reconoció el término pos-Covid como una nueva categoría en la clasificación internacional de enfermedades y la definió como la afección que se produce en individuos con antecedentes de infección por el Sars-CoV-2, generalmente tres meses después de la infección con síntomas que duran al menos dos meses y que no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden ser de nueva aparición o persistir desde el inicio de la enfermedad y también pueden presentar fluctuaciones. Para el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), propone al término long Covid, que engloba los síntomas persistentes tras 4 semanas de la infección aguda con ausencia de un diagnóstico etiológico alternativo, incluye el ongoing symptomatic Covid-19 para los signos y síntomas entre la 4 y 12 semanas tras la infección aguda y el post-Covid síndrome para la persistencia durante más de 12 semanas. (Gallegos et al,2022; Boix y Merino, 2022).

Para establecer el diagnóstico no existe una prueba clínica, se basa en la persistencia de los síntomas, la falta de recuperación y de la exclusión de otras enfermedades, sin embargo, representa un gran reto pues no es posible establecer una generalización por la diversidad de síntomas y su presencia es muy diferente en cada paciente. Aunado a los efectos propios de la pandemia representa una condición donde interactúan factores biológicos, psicológicos y socioculturales. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas generales

Dolor en general (cabeza, muscular, garganta, oído), fatiga, fiebre, tos seca, flema/esputo, rubor/sofocamiento, sequedad de ojos y boca, sudoración/escalofríos, mareo/vértigo, estornudos, dificultad para dormir, convulsiones, calambres, ganglios linfáticos inflamados, pérdida de apetito y peso, baja masa libre de grasa. (Molina, 2020; Gallegos et al, 2022)

Secuelas musculoesqueléticas

Mialgias, artralgias, malestar posterior a esfuerzo, falta de energía/cansancio, disminución del estado funcional cotidiano, bajo rendimiento al caminar, calambres, contracturas musculares, dolor de espalda y la atrofia y debilidad muscular. Por la debilidad muscular y la fatiga comparte características con el síndrome de fatiga crónica descrito también por otras infecciones como SARS-CoV-2 y MERS. Estas alteraciones impactan en la capacidad funcional motora de los pacientes, con reducción en su calidad de vida y la reincorporación laboral (solo un 40% a los dos o tres meses del episodio agudo han vuelto a su actividad laboral) (Gallegos et al, 2020; Bouza et al, 2021).

Secuelas oftalmológicas/otorrinolaringología

Disfunción del olfato (hiposmia, anosmia), disminución del gusto (hipogeusia, disgeusia), secreción nasal, sinusitis, deterioro de la visión, irritación de ojos, pérdida de audición, tinnitus, fonofobia. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas gastrointestinales

Dolor abdominal, náuseas, vómito, estreñimiento, diarrea, desorden digestivo, reflujo gastroesofágico, daño hepático, úlcera. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas dermatológicas

Cambios en los dedos de los pies (Covid toes), pérdida de cabello, hinchazón y decoloración de las extremidades, descamación de la piel, manchas rojas en los pies, dermatografía, petequias. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas psicológicas, neuropsiquiátricas y cognitivas

Ansiedad, depresión, disforia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, paranoia, anorexia, ataques de pánico, alucinaciones, baja calidad de vida, deterioro neurocognitivo, trastorno de

memoria, trastorno de atención, niebla mental, problemas del habla/leguaje, morbilidad psiquiátrica, pensamientos incoherentes, confusión/desorientación, problemas del equilibrio, insomnio, apnea del sueño. (Gallegos et al, 2022)

Las evidencias son escasos sobre los efectos directos del covid, pero se ha visto un incremento en los casos de Trastorno de Estrés Postraumático, algunos otros pacientes han presentado depresión, ansiedad, preocupaciones, falta de sueño, alteraciones hipocondríacas, confusión, ira y en general un impacto negativo a la salud mental. En los pacientes que han estado en una unidad de cuidados intensivos se describe el síndrome de cuidados posintensivo, además de discapacidades físicas, son cognitivas y de salud mental. (Rodríguez et al, 2020; Almadona et al, 2021)

Secuelas cardiacas

Estas secuelas son debidas primero al propio virus con afección directa sobre las células miocárdicas y endoteliales. Liberación de citocinas, daños por la hipoxia debida a la insuficiencia respiratoria, desequilibrios hidroelectrolítico y medicamentos que pueden ser tóxicos utilizados en el tratamiento del Covid-19. Ocasionando miocarditis, lesión miocárdica, síndrome coronario agudo, arrítmicas, insuficiencia cardiaca y shock cardiogénico. (Ponce et al, 2020)

Secuelas renales

En un estudio realizado en Nueva York, demostró que la insuficiencia renal podía ser común en pacientes que cursaron con Covid-19, ya que casi la mitad de los pacientes que fueron dados de alta tenían esta enfermedad residual. Lo que podría explicarse por la afinidad a su receptor presente en los túbulos contorneados proximales, lo que resulta en inflamación y daño renal. (Ponce et al, 2020)

Secuelas Pulmonares

Se ha descrito persistencia de tos, disnea de esfuerzo, secreción mucosa, dificultad para la inspiración profunda, dolor torácico. (Molina, 2020)

Debido a que el Sars- Cov-2 afecta principalmente a los pulmones, existen un gran número de secuelas respiratorias en los pacientes que presentaron compromiso pulmonar. Al desarrollar un SDRA, la mayoría de los pacientes mejora en lapso de tratamiento de 10-21 días, la recuperación puede ser lenta e incluso pueden requerir oxígeno suplementario al regresar al domicilio. (Chérrez, et al 2020)

Se ha descrito entre el 30-60% de los pacientes una neumonía organizada fibrinoide aguda (AFOP) y a largo plazo engrosamiento septal, bronquiectasias, pérdida de volumen, bandas fibróticas e imagen en panalización, indicativos de una fibrosis pulmonar y datos consolidativos. Esta fibrosis podría permanecer años o incluso empeorar afectando la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad a mediano y largo plazo. La causa de estos cambios, además de los ya mencionadas cascada de citoquinas, una reacción pro-fibrótica con incremento del factor de necrosis tumoral (TNF-alfa), péptidos de angiotensina por disminución de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2), factor de crecimiento de transformación beta (TGF-beta1) y el factor de crecimiento plaquetario (PDGF). (Torres et al 2020)

Respecto a la función pulmonar se ha visto alterado la difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), prueba de caminata de 6 minutos, disminución de la capacidad vital forzada (FVC) y la capacidad pulmonar total (TLC). (Torres et al, 2020)

En estudios realizado se han detectado que el 16% de la población no presenta disnea, en grado 1 en el 24%, disnea grado 3 que indica la incapacidad de mantener el paso representa un 30% de los pacientes y aquellos con grado 3 y 4 que presentan disnea al recorrer 100 metros o incapacidad para realizar actividades cotidianas representan el 15% cada uno. (Mera et al, 2020)

Presentan fatiga en el 70% de los casos, lo que influye en su capacidad para realizar su trabajo normal o caminar en un 61%, con respecto al estado de

ánimo en un 68% y en las relaciones interpersonales en un 70%. (Mera et al, 2020)

Secuelas Vasculares

Debido a que el virus provoca un daño directo en el endotelio se produce una migración de células inmunes ocasionando una disfunción endotelial diseminada asociada a mayor apoptosis. Dando lugar a diversos fenómenos tromboembólicos. Estos pacientes presentan síntomas posteriores como hipertensión pulmonar y limitación al esfuerzo. (Asuar et al, 2021)

Se recomienda un seguimiento con ecocardiografía transtorácica los 3 meses en los pacientes que tuvieron Neumonía por Covid-19, si presenta disnea, radiografía normal, Sat O2 o difusión pulmonar de monóxido de carbono baja, para descartar hipertensión arterial pulmonar. (Chérrez et al, 2020)

Secuelas que podemos observar en la Tomografía Computarizada de alta resolución a los 3 meses de recuperación en pacientes post Covid-19 son, infiltrados en vidrio esmerilado, engrosamiento intersticial, patrón en empedrado, bronquiectasia de tracción, disminución del volumen pulmonar y bandas fibróticas. (Almadona et al, 2021)

Aquellos que han requerido ventilación mecánica también presentan secuelas derivado de ello, como son afectación en el habla por daño en las cuerdas vocales, dificultad para tragar y estenosis traqueal. (Ponce et al, 2020)

Secuelas inmunológicas y endocrinológicas

Reacción alérgica grave (anafilaxia), nuevas alergias, diabetes. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas ginecológicas y urológicas

Problemas menstruales, problemas de control de la vejiga. (Gallegos et al, 2022)

Parámetros de laboratorio

Informe anormal de radiografía/ tomografía computarizada de tórax, dímero-D elevado, NT-proBNP elevado, proteína C reactiva elevada, ferritina sérica elevada, procalcitonina elevada, IL-6 elevada. (Gallegos et al, 2022)

Otras secuelas

Podemos describir las secuelas físicas, pero también están los factores sociales, del aislamiento y económicos que son propios de la pandemia. (Almadona et al, 2020)

III.3. Calidad de vida

Se define la Calidad de Vida como un estado de bienestar general, que esta mediada por valores personales, que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas tanto físico, emocional, social y material, que llevan a lograr el desarrollo de actividades y por tanto desarrollo personal. (Gómez, 2021)

En el 2020 la Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que cada persona tiene y que influye el lugar donde vive, la cultura y los valores con los que está en contacto. (Rivera, 2020)

De acuerdo a esta definición muchos autores han creado conceptos, pero que finalmente se llega a que la calidad de vida es concepto multidimensional donde interactúan aspectos no solo objetivos, susceptibles de medirse, sino también aspectos subjetivos que depende prácticamente de la personalidad ya que es en si la satisfacción y prioridades de cada persona y que además están vinculados al desarrollo de la misma, el reconocimiento y el afecto que percibe de los demás. (Rivera, 2020)

Para definir calidad de vida implica diferentes dimensiones que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en el trabajo o escuela, así como en el aspecto económico, por tanto, es diferente en cada persona, manifestado como la sensación de bienestar, manifestación subjetiva y personal de “sentirse bien”. (Velarde y Avila, 2002)

La calidad de vida son las expectativas de la persona que tienen en relación a ella, es decir, percepción que tienen respecto de su salud física, psicológica y social. Uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida en personas que padecen Covid-19 en oriente es el cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey), por el contrario en occidente esta información es limitada. (Gúzman et al, 2020)

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida relacionada con la salud es el cuestionario EQ-5D, elaborado por un grupo interdisciplinario de investigadores de diferentes países europeos, autodenominado EuroQol. Nació en 2009 como una medida de salud autopercebida que consta de dos partes el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual EQ (EQ VAS). (Cabasés, 2015)

IV. Hipótesis

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron afectación en la calidad de vida es igual o menor al 46%.

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron afectación a la calidad de vida es mayor al 46%.

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en la movilidad posterior a su alta es igual o menor al 5%.

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en la movilidad posterior a su alta es mayor al 5%.

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en el cuidado personal posterior a su alta es igual o menor que 2%.

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en el cuidado personal posterior a su alta es mayor al 2%.

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación para realizar sus actividades cotidianas posterior a su alta es igual o menor al 22%.

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación para realizar sus actividades cotidianas posterior a su alta es mayor al 22%.

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron persistencia de dolor y malestar en el cuerpo posterior a su alta es igual o menor al 43%

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron persistencia de dolor y malestar en el cuerpo posterior a su alta es mayor al 43%.

Ho: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron estar ansiosos y deprimidos posterior a su alta es igual o menor al 9%.

Ha: El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron estar ansiosos y deprimidos posterior a su alta es mayor al 9%.

V. Objetivos

V.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida del paciente post Covid-19

V.2. Objetivos específicos

1.- Determinar la movilidad de los pacientes diagnosticados con Covid-19 posterior a su alta.

2.- Determinar el cuidado personal de los pacientes diagnosticados con Covid-19 posterior a su alta.

3.- Determinar las actividades cotidianas que pueden realizar los pacientes diagnosticados con Covid-19 posterior a su alta.

4.- Determinar el dolor y malestar que presentan los pacientes diagnosticados con Covid-19 posterior a su alta.

5.- Determinar ansiedad y depresión de los pacientes diagnosticados con Covid-19 posterior a su alta.

VI. Material y métodos

VI.1. Tipo de investigación

Este estudio observacional, transversal descriptivo.

VI.2. Población

Pacientes que fueron dados de alta tras la recuperación de infección por Covid-19 después de 4 semanas, de 20 a 65 años de edad con adscripción a la UMF No. 16 “Dr. Arturo Guerrero Ortiz”

VI.3. Muestra y tipo de muestreo

Se utilizó para el cálculo de la muestra la fórmula para una población infinita de porcentajes, con un nivel de confianza del 95% ($Z_{\alpha} = 1.64$), el total de la muestra calculada fue de 266 pacientes.

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

Z_{α} : 1.64 (para el 95% de nivel de confianza)

p: 0.46 (del marco teórico)

q: $1 - p = 1 - 0.46 = 0.54$

d= margen de error para el 95%= 0.05

$$n: \frac{(1.64)^2 (0.46)(0.54)}{(0.05)^2}$$

$$n: \frac{(2.68) (0.46)(0.54)}{(0.05)^2}$$

$$n: \frac{0.665}{0.0025} = 266$$

VI.3.1. Muestreo: No probabilístico por conveniencia

VI.3.2. Criterios de selección

Se incluyeron pacientes de 20 a 65 años de edad, hombres y mujeres con diagnóstico previo de Covid-19 que se encontraban en un período tras la recuperación de 4 a 72 semanas. Se excluyeron a pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo o motriz previo al diagnóstico de Covid-19, al igual que complicaciones ya establecidas de alguna enfermedad crónica. Se eliminaron a los participantes que contestaron de forma incorrecta el cuestionario.

VI.3.3. Variables estudiadas

Se estudiaron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, las variables clínicas incluyeron presencia de comorbilidad como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, embarazo, otros. Y calidad de vida, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y malestar, ansiedad y depresión.

VI.4. Técnicas e instrumentos

Se creó una hoja de recolección de datos para las variables sociodemográficas de edad, sexo, escolaridad, así como para las variables clínicas de comorbilidad y resultados de la escala.

Para determinar la calidad de vida se utilizó el instrumento EQ-5D-5L de la Fundación de Investigación EuroQol, como medida de salud autopercebida, en su versión autocompletada en papel que consta de preguntas cerradas de dos páginas: el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual EQ (EQ VAS).

Se ha demostrado su validez y fiabilidad como medida de salud, validado por (Badia X et al, 1999) con un test-retest entre 0.86 y 0.90 (Van Agt et al, 2001). Con un alfa de Cronbach de 0,87.

Comprende cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene 5 niveles: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos. Se le pide al paciente que indique su estado de salud marcando la casilla junto a la declaración más apropiada a cada una de las cinco dimensiones. Esta decisión de como resultado un número de 1 dígito que expresa el nivel seleccionado para esa dimensión. Los dígitos de las cinco dimensiones se pueden combinar en un número de 5 dígitos que describe el estado de salud del paciente, 1111: Sin deterioro en la calidad de vida, 12345: con deterioro en la calidad de vida.

El EQ VAS registra la salud autoevaluada del paciente en una escala analógica visual vertical (termómetro con valores entre 0 como peor estado de salud, a 100 mejor estado de salud imaginable), donde los puntos finales están etiquetados como “La mejor salud que pueda imaginar” y “La peor salud que pueda imaginar” que se utiliza como medida cuantitativa de los resultados de salud que reflejan el propio juicio del paciente.

VI.5. Procedimientos

Posterior a la autorización del comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el director de tesis, a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS, delegación Qro.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No.16 de la delegación 23 Querétaro, se localizó a los pacientes en la sala de espera que hubieran cursado con infección por Covid-19 y que cumplieran con los criterios de inclusión. Se les invitó a participar en la investigación, informando sobre el objetivo y la trascendencia de su participación para conocer las repercusiones en la calidad de vida de las personas que cursaron con Covid-19.

Una vez que aceptaron se les entregó el consentimiento informado para que lo leyeran y firmaran. Posteriormente se les ayudó a contestar la hoja de recolección de datos, iniciando con las variables sociodemográficas, seguido de las escalas de calidad de vida. Se les dio un informe preliminar de sus resultados, y en algunos casos se requirió realizar escucha activa, consejería y orientación sobre la importancia de continuar el seguimiento con su médico familiar e incluso en algunos casos se requirió intervención en crisis por el duelo que aún se detectó por pérdida de algún familiar.

VI.5.1. Análisis estadístico

En análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS, realizando un análisis descriptivo mediante, frecuencias, porcentajes, IC, mediana, rango intercuartil.

VI.5.2. Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizó previo consentimiento informado en apego a lo estipulado en las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

En la investigación médica, 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 participen en investigación.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente

antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente certificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

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.

La participación de las 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.

Reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes

clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La presente investigación no implica riesgo para los pacientes dado que se trabaja con aplicación de cuestionarios.

Teniendo siempre en consideración el enfoque humanista y el respeto a la dignidad de las personas y respetando siempre los principios de bioética de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

VII. Resultados

Se estudiaron 266 pacientes, con un rango de edad de 20 a 65 años, con una mediana de 43 años (RIQ 32-55). En relación al sexo, predominó el femenino en un 77.1% (205). Además, se encontró que las mujeres presentaron deterioro en la calidad de vida en un 79.9% (IC 95 % 79.5-84.1), mientras que en los hombres fué el 20.5% (IC 95%, 15.9-25.1). Cuadro VII.1

En cuanto a nivel de escolaridad predominó la secundaria con un 32% (85), seguido de medio-superior con un 30% (81) y licenciatura en un 23% (62). De ellos los que presentaron mayor deterioro en la calidad de vida fueron los de secundaria con un 32.3% (IC 95%, 27-37.6), seguido de medio-superior con un 31% (IC 95%, 25.8-36.3) y los de licenciatura con un 23.6% (54). Cuadro VII.1

La patología pre existente más común fue la obesidad en un 34% (91), mientras que un 30% (80) no padecía alguna enfermedad previa y un 23% (62) padecía dos comorbilidades diabetes tipo 2 e hipertensión. De ellos los que presentaron un porcentaje más alto de deterioro en la calidad de vida fueron los pacientes con obesidad en un 35.4% (IC 95%, 30-40.8) en segundo lugar están los pacientes que no presentaban ninguna enfermedad 28.8% (IC 95%, 23.7-33.9) y en un tercer lugar aquellos pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial en un 21.8% (IC 95%, 17.1-26.5). (Cuadro VII.1)

En calidad de vida se encontró que la mayoría de la población presentó un deterioro en la calidad de vida después de padecer Covid-19 con un 86.1% (229). (Cuadro VII.1).

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida se encontró que un 26% tiene problemas para la movilidad, lo que corresponde a 188 de los casos. El 4% tiene dificultades en el cuidado personal que corresponde a 26 de los casos. También se encontró que un 20% correspondiente a 141 de los casos manifestó tener problemas para realizar actividades cotidianas. Así mismo se identificó que

un 30% refiere persistencia de dolor/malestar lo que corresponde a 211 de los pacientes. En relación a la ansiedad y depresión se encontró que está presente en un 20% es decir en 142 de los casos. (Cuadro VII.2)

Con respecto a los hallazgos de auto percepción de calidad de vida de las 266 personas afectadas por Covid-19, el 56% (IC 95%, 50-62) refiere haberse recuperado completamente posterior a su alta médica y un 44% (IC 95%, 38-50) refiere una recuperación moderada,). (Cuadro VII.2)

Cuadro VII.1 Variables sociodemográficas y calidad de vida

n=266

	Sin deterioro en la calidad de vida		IC 95%		Con deterioro en la calidad de vida		IC 95%			
	Frecuencia	%	Inf	Sup	Frecuencia	%	Inf	Sup	Total	%
Sexo										
Masculino	14	37.8	32.3	43.3	47	20.5	15.9	25.1	61	22.9
Femenino	23	62.2	56.7	67.7	182	79.5	74.9	84.1	205	77.1
Escolaridad										
Primaria	5	13.5	9.6	17.4	16	7	4.1	9.9	21	7.9
Secundaria	11	29.7	24.5	34.9	74	32.3	27	37.6	85	32
Medio Sup	10	27	22	32	7	31	25.8	36.2	81	30.5
Técnica	3	8.1	5	11.2	14	6.1	3.4	8.8	17	6.4
Licenciatura	8	21.6			54	23.6			62	23.3
Comorbilidad										
DT2	0	0	0	0	10	4.4	21.1	6.7	10	3.8
HAS	2	5.4	2.8	8	15	6.6	3.8	9.4	17	6.4
Obesidad	10	27	22	32	81	35.4	30	40.8	91	34.2
Otros	0	0	0	0	7	3.1	1.1	5.1	7	2.6
Ninguno	14	37.8	32.3	43.3	66	28.8	23.7	33.9	80	30.1
DT2+HAS	11	29.7	24.5	34.9	50	21.8	17.1	26.5	61	22.9
Total	37	13.9			229	86.1			266	

Fuente: Pacientes con diagnóstico previo de Covid-19 de la UMF No 16, IMSS, Querétaro.

Cuadro VII.2 Variables dimensión de calidad de vida

n= 266

	Frecuencia	%	IC 95% Inf	Sup
Movilidad				
No tengo problemas	78	29.3	24.1	34.5
Tengo problemas leves	119	44.7	39.1	50.3
Tengo problemas moderados	62	23.3	18.5	28.1
Tengo problemas graves	7	2.6	0.8	4.4
Cualquier problema	188	70.6		
Cuidado personal				
No tengo problemas	240	90.2	86.6	11.1
Tengo problemas leves	21	7.9	4.7	2.5
Tengo problemas moderados	3	1.2	0.0	19
Tengo problemas graves	2	0.8	0.3	53
Cualquier problema	26	9.9		
Actividades cotidianas				
No tengo problemas	125	47	41	53
Tengo problemas leves	99	37.2	31.4	43
Tengo problemas moderados	36	13.5	9.4	17.6
Tengo problemas graves	6	2.3	0.5	4.1
Cualquier problema	141	53		
Dolor/Malestar				
No tengo problemas	55	20.7	15.8	25.6
Tengo problemas leves	86	32.3	26.7	37.9
Tengo problemas moderados	109	41	35.1	46.9
Tengo problemas graves	15	5.6	2.8	8.4
Tengo problemas extremos	1	0.4	0.0	1.2
Cualquier problema	211	79.3		
Ansiedad/Depresión				
No tengo problemas	124	46.6	40.6	52.6
Tengo problemas leves	47	17.7	13.1	22.3
Tengo problemas moderados	71	26.7	21.4	32
Tengo problemas graves	18	6.8	3.8	9.8
Tengo problemas extremos	6	2.3	0.5	4.1
Cualquier problema	142	53.5		
Percepción de calidad de vida				
Peor salud	0	0	0	0
Salud moderada	117	44	38	50
Mejor salud	149	56	50	62

Fuente: Pacientes con diagnóstico previo de Covid-19 de la UMF No 16, IMSS, Querétaro

VIII. Discusión

En este estudio se encontró que de un total de 266 pacientes que fueron evaluados entre la semana 4 a 72 posterior a su alta médica de Covid-19, en un rango de edad de 20 a 65 años, se obtuvo una mediana de 43 años, lo cual coincide con un estudio realizado en un hospital de Lima, Perú, realizado por Tarazona et al, 2020, donde se evaluaron 37 pacientes entre 31 a 64 días después del inicio de los síntomas de covid-19, con un rango de edad de 27 a 62 años, obteniendo un promedio de 43 años, esto es debido a que la enfermedad afectó en su mayoría a este grupo etario de forma mundial en un rango de edad de 24 a 54 años.

Predominó el sexo femenino y además fueron las que tuvieron mayor deterioro en la calidad de vida, resultados que fueron similares a los reportados por Tarazona et al, 2020, en el cual, de los 37 pacientes evaluados, 27 fueron mujeres. Aunque la infección en las mujeres tiende a ser menos grave, presentan diferentes formas de vulnerabilidad por desigualdades sociales, económicas, formas de vida y de comportamiento, por lo que se ven mayormente afectadas de manera indirecta.

Respecto a la calidad de vida, en este estudio se encontró que la mayoría de la población presentó un deterioro después padecer Covid-19 con un 86.1% (229), resultados que fueron superiores a los reportados por un estudio realizado en Huaral, Perú, por Falcon 2020, donde se estudiaron 345 pacientes de alta de Covid-19 entre las 3 y 22 semanas, reportó que solo un 46% percibieron alguna limitación en su estado de salud. Los resultados también fueron superiores hasta tres veces más de lo reportado en un estudio realizado por Mera et al, 2020, en el cual se estudiaron 82 pacientes después del alta por Covid-19, entre 20 y 65 años de edad, donde el 35% indicó que su calidad de vida se vio deteriorada posterior a su alta, ya que más de la mitad de la población tenía alguna enfermedad crónica como, obesidad, diabetes e hipertensión, de tal forma que

presentaron mayores complicaciones. Por tanto, si existe deterioro en la salud, que se ha producido a causa de la infección y que influye en la aparición de síntomas residuales, repercutiendo en el estilo de vida y salud mental de los individuos, desafiando la calidad de vida.

Con respecto a las dimensiones de la calidad de vida en este estudio se encontró que la limitación que predominó fue la presencia de dolor/malestar en un 30% (211), seguido de la movilidad en un 26% (26), ansiedad y depresión en un 20% (142), y otro 20% (141) problemas para realizar actividades cotidianas y cuidado personal solo en un 4% (26), resultados que fueron similares a un estudio realizado por Falcon, 2020, donde de igual manera predominó el dolor/malestar como principal limitación con un 43%. Los resultados también fueron similares a otro estudio según Tarazona et al, 2020; donde las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes posterior al haber terminado su aislamiento por Covid-19 fueron al igual que en este estudio las de tipo doloroso en un 89%, seguida de manifestaciones respiratorias como disnea 57%, equivalentes a la movilidad en este estudio donde se encontró en segundo lugar igualmente. Esto coincide con la presentación clínica de la enfermedad ya que entre los síntomas que mayormente predominaron fueron síntomas generales como fueron debilidad, mialgias, dolor articular, cefalea, pérdida de cabello, siendo entonces una persistencia de los síntomas de la infección aguda.

En otro estudio realizado en EUA según Tarazona et al, 2020; donde evaluaron a 274 pacientes entre los 14 y 21 días después del diagnóstico de Covid-19, los resultados fueron diferentes ya que el síntoma más frecuentemente encontrado fue la fatiga con un 71%. Los resultados fueron diferentes a un estudio realizado por Mera et al, 2020, donde reportaron como principal síntoma la fatiga en un 70% de los pacientes posterior a su alta de Covid-19, en este estudio solo el 26% presentó dificultades para la movilidad, ocupando un segundo lugar dentro de los síntomas principales, y haciendo referencia a los problemas para caminar donde manifestado principalmente como fatiga. Lo cual se explica al tratarse de un

virus que ataca principalmente la vía respiratoria por su afinidad a la unión de receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2, siendo la fatiga el síntoma más prevalente descrito en la infección por SARS-CoV-2 y que se ha presentado en más del 70% de las pacientes de forma general.

Con respecto a la autopercepción de estado de salud, en este estudio se encontró que de las 266 personas afectadas por Covid-19, el 56% (149) refiere haberse recuperado completamente posterior a su alta médica, diferente a lo reportado en un estudio realizado por Falcon, 2020, donde se estudiaron a 345 personas posterior a su alta médica de Covid-19 reportó que solo el 12% de los pacientes refiere haberse recuperado completamente. A pesar de que existieron importantes repercusiones reportadas, los resultados fueron diferentes, ya que se ha observado que existe mejoría en los síntomas conforme pasan los meses, en este caso los pacientes habían cursado con la enfermedad hace más de un año.

IX. Conclusiones

Si bien aún es incierto el futuro de los pacientes recuperados de Covid-19; queda claro que la persistencia de manifestaciones clínicas, su magnitud, impacto en la calidad de vida y por tanto en la salud del paciente, aún no han sido definidos con precisión debido a la falta de estudios similares, sin embargo, en este estudio se concluye que la gran mayoría de los pacientes recuperados de Covid-19, entre la semana 4 y 72 presentaron afectación en su calidad de vida en un 86%, siendo los resultados superiores a los reportados por otras investigaciones similares, por tanto se rechaza la hipótesis nula.

La mayoría percibieron un deterioro en su estado de salud, siendo la limitación más importante en estos pacientes, la presencia de dolor/malestar en un 30%.

Esta afectación a su salud y por tanto a su calidad de vida, hizo que un 56% de estos pacientes no pudieran regresar a su estado de salud anterior.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en la movilidad posterior a su alta es del 26 % por tanto se rechaza la hipótesis nula.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación en el cuidado personal posterior a su alta es del 4% por lo que se rechaza la hipótesis nula.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron alguna limitación para realizar sus actividades cotidianas posteriores a su alta es del 20%, por lo que se acepta la hipótesis nula.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron persistencia de dolor y malestar en el cuerpo posterior a su alta es del 30% por lo que se acepta la hipótesis nula.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Covid-19 que percibieron estar ansiosos y deprimidos posterior a su alta es del 20% por lo que se rechaza la hipótesis nula.

El presente estudio orienta a profundizar las investigaciones sobre este tema, y sensibilizar a los gestores de salud sobre la necesidad de intervenir en estos pacientes para el abordaje de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.

X. Propuestas

La enfermedad por coronavirus constituye un problema de salud pública ya que la población sobreviviente de Covid-19 presentaron manifestaciones tanto a nivel físico como psicosocial, generando problemas específicos que incluyen dolor y malestar, así como problemas para la movilidad, como debilidad muscular severa y fatiga, por lo que a nivel asistencial se propone que el médico familiar elabore un plan de rehabilitación física para que el paciente pueda realizar ejercicios en casa, que permitan fortalecer la musculatura para seguir evitando el deterioro, ya que al perder masa muscular por la inmovilización existe mayor riesgo de morbi-mortalidad, así como para tratar de incorporar a las actividades que realizaban antes de enfermar.

Establecer equipos multidisciplinarios para la atención a pacientes pos covid y sus familias, dirigidos por el Médico Familiar y que incluya atención psicología y con trabajo social, para poder establecer medidas terapéuticas de acuerdo a los recurso que identifiquemos en las familias.

A nivel educativo, se propone elaboración guías para unificar el seguimiento en el paciente post Covid así como su tratamiento. Capacitación para el personal de salud en materia del síndrome post Covid pues la información es limitada, sin embargo al saber que existe un deterioro en la calidad de vida, existe por tanto afectación a la productividad laboral de nuestra población que a mediano plazo se pretende disminuir los impactos de los problemas sociales y económicos que consigo trae la baja productividad laboral de una población.

Incentivar el desarrollo de la investigación científica sobre este fenómeno del síndrome post Covid-19 ya que en nuestro país son limitadas las investigaciones al respecto.

XI. Bibliografía

1. Pérez Abreu MR, Tejeda JJ, Gómez Tejada RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020. [Consultado 23 mar 2021]; 19(2):e_3254. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>.
2. Ezpeleta D, García-Azorín D. Breve introducción histórica. Manual covid-19 para el neurólogo general. Madrid. Ediciones Sen. 2020. Pg. 7-11.
3. Martínez-Anaya C, Ramos-Cervantes P, Vidaltamayo R. Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. Educ quim [Internet]. 2020. [Consultado 23 mar 2021] Vol 31(2), 12-22. DOI: 10.22201/fq.18708404e.2020.2.75378.
4. Naciones Unidas México. Acerca del virus. [Internet]. México. 2021. [Consultado 23 marzo 2021]. Disponible: en <https://coronavirus.onu.org.mx/coronavirus/acerca-del-virus>.
5. Dirección general de epidemiología. Gobierno de México. Covid-19 México. (2023). [Internet]. Consultado 20 abril 2023, en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#COMNac>.
6. Dabancha J. Emergencia de SARS-CoV-2. Aspectos básicos sobre su origen, epidemiología, estructura y patogenia para clínicos. Rev Med Clin Condes [Internet] 2021. [Consultado 25 mar 2021] 32(1) 14-19. Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>.
7. Pineda-Rosero DK, Abril-Mera TM, Guzmán-Menéndez GB, Morán-Luna LE. Impacto del Covid-19 en la capacidad funcional respiratoria y calidad de vida de los pacientes post alta hospitalaria. Centro Sur. Social Science Journal [Internet]. 2021. [Consultado 24 mar 2021]. E4: 454-463. Disponible en: <https://www.centrosureditorial.com/index.php/revista/article/view/140/498>.

8. Gil R, Bitarb P, Dezaa C, Dreysea J, Florenzanao M, Ibarraa C, Jorqueraa, Meloa J, Henry O, Paradaa MT, Rodrígueza JC, Undurragaa A. (2021). Cuadro clínico del COVID-19. Rev Med Clin Condes. 32(1) 20-29. [Internet]. Consultado 12 abril 2021, en: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>.
9. Organización Mundial de la Salud. Manejo Clínico de la COVID-19. 2020. [Internet] [Consultado 12 abril 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas. [Internet] 19 febrero 2021. [Consultado 12 abril 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAlaIQobChMIheiTtlv67wIVi7bICh3MFAPCEAAYASAAEgLaR_D_BwE](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAlaIQobChMIheiTtlv67wIVi7bICh3MFAPCEAAYASAAEgLaR_D_BwE).
11. Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo-Sánchez JM. Aspectos básicos de la COVID 19 para el manejo desde la atención primaria. Atención Primaria. [Internet] 2020. [Consultado 13 abril 2021] 53 (6) 101966. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.007>.
12. Ponce-Lino LL, Muñoz-Tóala SJ, Mastarreno-Cedeño MP, Villacreses-Holguín GA. Secuelas que enfrentan los pacientes que superan el COVID 19. Recimundo. [Internet]. Julio 2020. [Consultado 13 abril 2021]. 4. (3).153-162. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/858>.
13. Geisselmann IA, Martínez-Torre S, Gómez-Molinero I, Calahorro EM, Larumbe-Milla S. Formas atípicas de presentación de la enfermedad COVID-19 observadas en atención primaria. FMC. [Internet] 2020. [Consultado 13 abril 2021]. 27 (9), pp 469-475. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.06.002>.

14. Molina-Molina M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. Medicina Respiratoria. 13 (2): 71-77. [Internet]. Consultado 16 abril 21 de: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>.
15. Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, Herrera-Alania O, Galán-Rodas E. (2020). ¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID19? Acta Med Perú. 37(4):565-7. [Internet]. Consultado 16 abril 2021 de: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.18669>.
16. Cimas-Hernando JE. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. FMC [Internet] 2022. [Consultado 16 abril 21] 28(2), pp 81-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.11.004>.
17. Almadana-Pacheco V, Marín-Barrera L, Ríos-Villegas MJ, Agustín S. Valido Morales. Valoración de las secuelas clínicas, radiológicas y funcionales en pacientes supervivientes de neumonía por SARS-Cov-2. Atención primaria. [Internet] 2021. [Consultado 14 abril 2021]; (21)00117-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102083>.
18. Abril-Mera T, Moran-Luna L, Guzmán-Menéndez G, Moran-Luna L, de la Torre-Ortega L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID 19 después del alta hospitalaria. Vive [Internet]. 2020. [Consultado 16 abril 2022]; 3(9) pp 166-176. Disponible en: <http://revistavive.org>.
19. Soriano JB, Ancochea J. (2020) Sobre la Nueva Condición Post COVID-19. Arch Bronconeumología.[Internet].2020. [Consultado 16 abril 21]; (21) 00119-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.04.001>.
20. Torres-González JV, Botero JD, Celis-Preciado CA, Fernández MJ, Villaquirán C, García OM, Solarte I, Hidalgo-Martínez P, Bermúdez Gómez M. Fibrosis pulmonar en infección por SARS-CoV-2: ¿qué sabemos hasta hora? ¿Qué

podemos esperar? Univ Med. [Internet] 2020. [Consultado 16 abril 2021]; 61(4). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.fibr>.

21. Herrera-García JC, Arellano-Montellano EI, Juárez-González LI, Contreras-Andrade RI. Persistencia de síntomas en pacientes después de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en un hospital de tercer nivel de Puebla, México. Med Int Méx. [Internet] 2020. [Consultado 24 marzo 2021]; 36 (6): 789-793. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206g.pdf>.

22. Chérrez-Ojeda I, Gochicoa-Rangel L, Salles-Rojas A, Mautong H. Seguimiento de los pacientes después de neumonía por COVID-19. Secuelas pulmonares. Rev Alerg Mex. [Internet] 2020. [Consultado 13 abril 2021]; 67(4):350-369. Disponible: <http://www.revistaalergia.mx>.

23. Gómez-Álvarez JE. Covid-19: reflexiones filosóficas y gerontológicas desde la adaptabilidad y calidad de vida. Medicina y Ética. [Internet] 2021. [Consultado 17 abril 2021]; 32 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.04>.

24. Falcon M. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. Rev. Cienc y Arte Enferm. [Internet] 2020. [Consultado 16 abril 2021]; 5(2):11-18. Disponible en: www.cienciaenfermeria.org.

25. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Oñate-Barahona A, Lira-Cea C, Cigarroa-Cuevas I, Méndez-Rebolledo G, Castillo-Retamal M, Valdés-Badilla P, Zapata-Lamana R. Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19. Rev Med Chile [Internet] 2020. [Consultado 17 abril 2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872020001201759&script=sci_artt_ext.

26. Rivera-Salas PE. Infografías sobre calidad de vida difundidas por el gobierno de México en el sitio “Todo sobre el COVID-19”.2020. Revista de Comunicación y

Salud [Internet]. 2020. [Consultado 17 abril 2021]; pp 81-108. Disponible en: [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).81-108](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).81-108).

27. Cabasés JM. El 5Q-5D como medida de resultados en salud. Gac Sanit. [Internet] 2015 [Consultado 16 octubre 2021]; 29(6):401–403. Disponible en : <https://www.scielosp.org/article/ga/2015.v29n6/401-403/es/>.

28. Gallegos M, Martino P, Caycho T, Calandra M, Razumovskiy A, Arias W, de Castro V, Cervigni M. ¿Qué es el síndrome pos-Covid-19? Definición y actualización. Gac. Med. Mex. [Internet] 2022; [Consultado 25 junio 2023]; 158:4. Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=769.

29. Bouza E, Cantón R, De Lucas P, García A, García-Lledo A, Gómez J, et al. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. Rev. Esp. Quimioter. [Internet] 2021. [Consultado 25 junio 2023] 269-279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8329562/>.

30. Boix V, Merino E. Síndrome post-COVID. El desafío continúa. Med. Clin [Internet] 2022. [Consultado 10 julio 2023] 178-180. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321006072?via%3Dihub>.

31. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C, MC, DC. Salud Pub. Mex. [Internet] 2002. [Consultado 10 julio 2023] 44:349-361. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009.

32. Salazar J, Torres T, Colunga C, Ángel M. Calidad de vida, salud y trabajo. La relación con diabetes mellitus tipo 2. Rev Sal Pub y Nutr. [Internet] 2009. [Consultado 17 abril 2021]. Vol 10 No. 3. Disponible en: <file:///C:/Users/denis/OneDrive/Escritorio/NUEVOS%20ARTICULOS/alfa%20de%20conbrach%20de%20la%20escala%205d5q.pdf>.

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE POST COVID-19 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO.16”**

Fecha del diagnóstico de Covid-19:			No. De Folio:
Edad (años):	Sexo: 1. Femenino 2. Masculino	Comorbilidades: 1. Diabetes tipo 2 2. Hipertensión arterial 3. Obesidad 4. Embarazo	Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Media Superior 4. Carrera Técnica 5. Licenciatura

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describa su salud HOY.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar 1 ☐
- Tengo problemas leves para caminar 2 ☐
- Tengo problemas moderados para caminar 3 ☐
- Tengo problemas graves para caminar 4 ☐
- No puedo caminar 5 ☐

CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas para lavarme o vestirme 1 ☐
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme 2 ☐
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme 3 ☐

Tengo problemas graves para lavarme o vestirme 4 ☐

No puedo lavarme o vestirme 5 ☐

ACTIVIDADES COTIDIANAS (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas 1 ☐

Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas 2 ☐

Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas 3 ☐

Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas 4 ☐

No puedo realizar mis actividades cotidianas 5 ☐

DOLOR / MALESTAR

No tengo dolor ni malestar 1 ☐

Tengo dolor o malestar leves 2 ☐

Tengo dolor o malestar moderados 3 ☐

Tengo dolor o malestar fuertes 4 ☐

Tengo dolor o malestar extremos 5 ☐

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido 1 ☐

Estoy levemente ansioso o deprimido 2 ☐

Estoy moderadamente ansioso o deprimido 3 ☐

Estoy muy ansioso o deprimido 4 ☐

Estoy extremadamente ansioso o deprimido 5 ☐

ESTADO (código de 5 dígitos):	
Nivel 11111:	1. Sin deterioro en la Calidad de Vida
Nivel 2,3,4,5:	2. Con deterioro en la Calidad de Vida

TERMÓMETRO DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Nos gustaría conocer qué tan buena o mala es su salud el día de HOY.

La escala está numerada del 0 al 100.

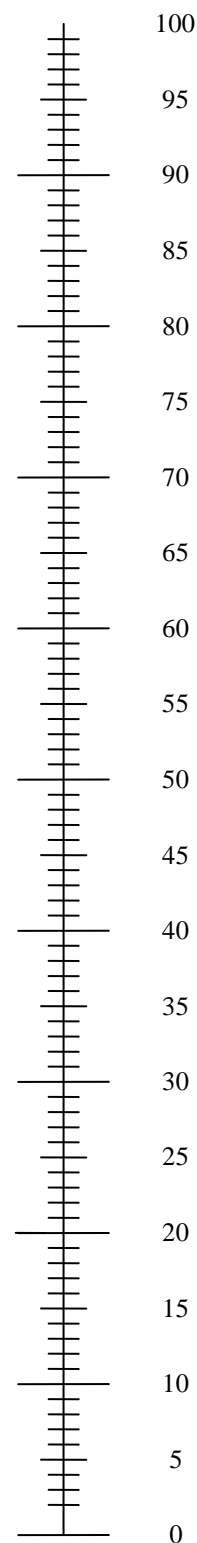
100 representa la mejor salud que se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar su estado de salud el día de HOY.

Ahora, escriba en la casilla que encontrará a continuación el número que ha marcado en la escala.

SU ESTADO DE SALUD HOY =

La mejor salud
que se pueda
imaginar



La peor salud
que se pueda
imaginar

XII.2 Carta de consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio:	"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE POST COVID-19 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.16"
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El Covid-19 es una enfermedad que ha afectado a millones de personas en todo el mundo, dejando daños permanentes a la salud, afectando el bienestar general de las personas, por lo que es importante determinar cuáles son estos daños que han hecho que muchas personas no logren regresar a sus actividades cotidianas, para así establecer la base de futuras acciones que puedan reintegrar a esta población a su vida normal.
Procedimientos:	Si usted decide participar en el estudio, se le solicitará que responda un cuestionario el cual consta de preguntas relacionadas con sus actividades de la vida diaria, su autocuidado, sus dolencias, si tiene problemas para caminar o se ha sentido deprimido.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de una investigación "Sin Riesgo" para usted, ya que su participación únicamente consta en responder un cuestionario, sin embargo, puede resultarle incomodo al momento de llenar el cuestionario por las emociones que pueda conmovir y por el tiempo que invertirá para contestarlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le explicará la importancia de su participación en la investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará de los resultados obtenidos si así lo desea.
Participación o retiro:	Podrá negarse a participar o retirarse en el momento que usted lo decida sin que ello repercuta en su atención médica en la unidad de medicina familiar
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales y sus resultados serán protegidos, de tal manera que solo puedan ser identificados por el investigador durante el proceso de estudio y no se hará mal uso de ellos evitando difundirlos a personas ajenas a la presente investigación ya que se garantiza su protección de los datos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

No acepto participar en el estudio.

☐

Si acepto participar en el estudio.

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

Investigadora o Investigador
Responsable:

Dra. Gabriela Monroy Ruiz Residente de segundo año de la UMF 16. Matrícula
98233787. Celular: 7223913911

Colaboradores:

Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez. Adscripción: UMF 09. Matrícula: 99237595.
Celular: 3310390081
Dr. José Iván Alonzo Barrera Adscripción: UMF 02. Matrícula: 99235496 Celular:
9611345790

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP 760000, Querétaro, Querétaro, de lunes a Viernes de 08 a 16 horas, al teléfono de 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com


Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

XII.3 Dictamen de aprobación de Sirelcis

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	
 Dictamen de Aprobado Comité Local de Investigación en Salud 2201 . H GRAL REGIONAL NUM 1		
<small>Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021 Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073 FECHA Miércoles, 27 de abril de 2022</small>		
 M.E. karla elizabeth margain perez		
P R E S E N T E		
<p>Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE POST COVID-19 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 16 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 <u>A P R O B A D O</u>.</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 60%;">Número de Registro Institucional R-2022-2201-045</div>		
<p>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.</p>		
<p>ATENTAMENTE</p> <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="text-align: center;"> Mtra. Patricia Medina Mejía Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201</div><div style="margin-left: 20px;"> <small>Imprimir</small></div></div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">IMSS <small>SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS</small></div>		

XII.4 Carta compromiso anti-plagio.



GOBIERNO DE
MÉXICO



DELEGACIÓN QUERÉTARO
Unidad De Medicina Familiar N° 16
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud

Querétaro, Qro., a 12 Enero 2024.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe Gabriela Monroy Ruiz alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 302656, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "Calidad de vida del paciente pos Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No. 16", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 15% según el programa "Dupli Checker", disponible en <https://www.duplichecker.com/es>.

Se anexa la evidencia. (anexar al final de este documento capturas de pantalla que muestren los porcentajes)

Atentamente:

Med. Gral.  Monroy Ruiz

Nombre y firma del alumno/a

Med. Esp.  Margain Pérez

Nombre y firma del director/a de tesis
Vo. Bo.

PLAGIARISM SCAN REPORT



Content Checked For Plagiarism

I. Introducción

La pandemia por Covid-19 ha representado la peor pesadilla para muchas familias que han perdido a un ser querido y para los pacientes que han sobrevivido, pero que presentan déficits importantes debido a la enfermedad. Afectando actualmente más de 761 millones de personas, representa un problema de salud mundial y más allá de las repercusiones físicas se ha dejado de lado el impacto que estas tienen sobre la calidad de vida de las personas. (Molina, 2020; PAHO, 2023)

Además de las consecuencias propias de la pandemia como el aislamiento social, encontramos a las personas con limitación de la movilidad y pérdida de funcionalidad lo que la hace vulnerable a desarrollar trastornos mentales, presentando a su vez una desmoralización, llegando a configurar un estado de enfermedad. (Rodríguez et al, 2020) Siendo entonces una pandemia en progreso, el paciente Covid-19 representa un desafío para el sector salud por el hecho de no conocer los efectos a largo plazo con los que puedan enfrentarse. Es por eso que pretende conocer cuál es la repercusión en la calidad de vida de las personas que han cursado con enfermedad por Covid-19, que ha hecho que no logren regresar a sus actividades cotidianas para que de esta manera se establezca una base para futuras acciones que puedan reincorporar a la población afectada, pues hasta el momento estos estudios son limitados. (Ponce et al, 2020) Así como atenuar los posibles daños que puedan comprometer a largo plazo la vida de aquellos que han logrado superar la enfermedad. Que sea desde un enfoque holístico que permita atender, monitorizar y reforzar los diversos órganos y sistemas afectados por el Covi-19, con especial énfasis en lo psicológico y emocional. (Ponce et al, 2020).

II. Antecedentes

Se ha observado un fenómeno en los pacientes que presentaron la enfermedad por Covid 19, caracterizado por la persistencia de los síntomas días después de la recuperación, que no les permite continuar con su vida normal, afectando su calidad de vida. Se le ha denominado a este fenómeno como condición post covid, como covid crónico, de largo plazo, síndrome post covid-19, síndrome de covid crónico, secuelas tardías de covid-19, secuelas post-agudas, Covid-19 post aguda, secuelas post agudas de SARS CoV-2. (Herrera et al, 2020; Serrano y Ancochea, 2021)

Un paciente post Covid-19 de acuerdo a la OMS, es aquel paciente que ha egresado por recuperación de la enfermedad tras una hospitalización o que ha cumplido una cuarentena y que ha presentado alivio de los síntomas y ha permanecido sin fiebre durante tres días consecutivos y tiene dos pruebas negativas de PCR. (Herrera et al, 2020; Soriano y Ancochea, 2021).

En un estudio realizado en Huaral, Perú para identificar la percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Covid-19 que fueron evaluados entre la semana 3 y 22, se obtuvo que, de un total de 345 personas, 158 de ellos que correspondiente al 46% percibieron alguna limitación en su estado de salud de acuerdo a: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión. El 5% de los pacientes (17) presentaron problemas para caminar; el 2% (7) en el cuidado personal, el 22% (76) para realizar actividades cotidianas; un 9% (53) presentaron ansiedad/depresión y la condición de salud más importante que manifestaron fue el dolor y malestar con un 43%, equivalente a 149 pacientes, lo que corresponde al porcentaje más alto. (Falcon, 2020).

De acuerdo a la autopercepción de salud el 12% (42) refiere haberse recuperado completamente, 52% recibieron haberse recuperado en un 90%; un 22% de los pacientes (76) percibieron se ha recuperado en un 80% y el 14.1% (47) una



PLAGIARISM SCAN REPORT



Content Checked For Plagiarism

III. Fundamentación teórica

III.1. Covid-19

El SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo) es una enfermedad infecciosa que se describió por primera vez en Wuhan, China; el 1 de diciembre de 2019, entre los trabajadores del mercado de mariscos de la ciudad, quienes fueron diagnosticados con Neumonías cuya causa era desconocida y que prontamente desarrollaban síndrome de dificultad respiratoria aguda con una tasa de mortalidad de 4, 48%. (Pérez et al, 2020)

Del 31 de diciembre al 3 de enero ya se encontraban 44 casos, siendo aún la causa desconocida. Y para el día 7 de enero se da a conocer la aparición de un nuevo coronavirus. Así la enfermedad se extendió rápidamente, reportándose los primeros casos importados, en Tailandia el 13 de enero, el 15 de enero en Japón y el 20 de enero en Corea. Para el 20 de marzo de 2020 ya se encontraba en 114 países. (Ezpeleta y García, 2020)

Por esto el 30 de enero 2020 la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró emergencia sanitaria y el 11 de marzo es reconocida como pandemia. Hasta la fecha, se han reportado casos en 222 países, territorios y áreas; los casos se han notificado en las seis regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental y África). (Martínez et al, 2020)

III.1.1. Epidemiología

Actualmente se tienen reportados 761 millones de casos y 6.9 millones de muertes. (Pérez et al, 2020; PAHO, 2023).

En México actualmente se han confirmado 7, 556, 927 casos; 817, 936 casos sospechosos y 333, 619 defunciones. (DGE, 2023).

En Querétaro al 05 mayor del 2023 se han confirmado 189, 105 casos, 8770 casos sospechosos y 6, 445 defunciones. (DGE, 2023).

III.1.2. Etiopatogenia

Los coronavirus son virus ARN, que causan cuadros respiratorios, gastrointestinales, hepáticos y neurológicos, en el ser humano y algunos animales. Pertenecen a la subfamilia Orthocoronavirinae, familia Coronaviridae, orden Nidovirales.

La familia Coronaviridae se clasifica en cuatro géneros llamados Alfa-coronavirus, Beta-coronavirus, Delta-coronavirus y Gamma-coronavirus.

Adquieren su nombre por la forma de su envoltura en corona. (Dabanch, 2021)

Se conocen seis especies de coronavirus que causan enfermedades en humanos.

Cuatro de estos (229E, OC43, NL63 y HKU1) causan síntomas comunes de gripe en personas inmunodeprimidas y dos especies (SARS-CoV y MERS-CoV) causan síndrome respiratorio agudo severo con altas tasas de mortalidad. (Dabanch, 2021)

El agente responsable de la actual pandemia es el coronavirus 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus), que causa la enfermedad asociada al coronavirus o Covid-19 (coronavirus disease 2019), y pertenece al género de los Beta- Coronavirus, posee un envoltura que en su interior contiene ARN con nucleocapside. Su estructura es pleomórfica, habitualmente redondeada elíptica y tiene un diámetro de entre 60 y 140 nm. Su genoma contiene 29.891 nucleótidos y codifica 9.860 aminoácidos. (Dabanch, 2021)

III.1.3. Huésped y reservorio

Se consideran virus zoonóticos, pues se ha observado que la estructura genómica del SARS-CoV-2 es similar al de otros



PLAGIARISM SCAN REPORT



Content Checked For Plagiarism

Deberá evitarse el uso indiscriminado de antibióticos, a menos de que exista sospecha clínica de infección bacteriana, por el riesgo de aumentar la resistencia bacteriana, así como el aumento de la morbilidad de la población, antes y después de la pandemia. El paciente deberá tener una vigilancia estrecha para detectar signos o síntomas de progresión de la enfermedad. (OMS, 2020)

Actualmente existen siete vacunas que se están utilizando y algunas otras continúan en estudio. Lo que contribuirá a disminuir el riesgo por el virus y sobre todo en personas que pueden desarrollar formas graves de la enfermedad. (OMS, 2020)

III.2. Síndrome Post Covi-19

El síndrome post covid-19 describe los efectos a largo plazo por la enfermedad causada por el virus Sars-CoV-2, esta denominación no tuvo su origen directamente en el ámbito médico-profesional, sino en el ámbito social, dado que fueron los mismo pacientes que comenzaron a experimentar una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas, que persistían incluso con resultado negativos de pruebas PCR y anticuerpos, lo que comenzó a alertar a los médicos debido a lo que implicaría entonces su recuperación, el afrontamiento para el sistema de salud y el impacto en la calidad de vida y por tanto en la capacidad productiva de la persona. (Gallegos et al, 2022)

Desde que apareció se comenzaron a utilizar diferentes denominaciones como Covid prolongado, Covid crónico, Covid posagudo, entre otros, pero fue en el año 2020 que la Organización Mundial de la Salud reconoció el término pos-Covid como una nueva categoría en la clasificación internacional de enfermedades y la definió como la afección que se produce en individuos con antecedentes de infección por el Sars-CoV-2, generalmente tres meses después de la infección con síntomas que duran al menos dos meses y que no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden ser de nueva aparición o persistir desde el inicio de la enfermedad y también pueden presentar fluctuaciones. Para el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), propone al término long Covid, que engloba los síntomas persistentes tras 4 semanas de la infección aguda con ausencia de un diagnóstico etiológico alternativo, incluye el ongoing symptomatic Covid-19 para los signos y síntomas entre la 4 y 12 semanas tras la infección aguda y el post-Covid síndrome para la persistencia durante más de 12 semanas. (Gallegos et al, 2022; Boix y Merino, 2022).

Para establecer el diagnóstico no existe una prueba clínica, se basa en la persistencia de los síntomas, la falta de recuperación y de la exclusión de otras enfermedades, sin embargo, representa un gran reto pues no es posible establecer una generalización por la diversidad de síntomas y su presencia es muy diferente en cada paciente. Aunado a los efectos propios de la pandemia representa una condición donde interactúan factores biológicos, psicológicos y socioculturales. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas generales

Dolor en general (cabeza, muscular, garganta, oído), fatiga, fiebre, tos seca, flema/esputo, rubor/sofocamiento, sequedad de ojos y boca, sudoración/escalofríos, mareo/vértigo, estornudos, dificultad para dormir, convulsiones, calambres, ganglios linfáticos inflamados, pérdida de apetito y peso, baja masa libre de grasa. (Molina, 2020; Gallegos et al, 2022)

Secuelas musculoesqueléticas

PLAGIARISM SCAN REPORT

 <p>0% Plagiarised</p>	 <p>100% Unique</p>	<p>Date 2024-01-12</p> <p>Words 955</p> <p>Characters 7046</p>
---	--	---

Content Checked For Plagiarism

III.1.6. Cuadro Clínico

Los síntomas son variados y van desde personas que pueden estar asintomáticas a casos leves con infección de vías respiratorias alta autolimitado, o bien presentar un cuadro grave dependiendo de las características de cada persona y comorbilidad. (Molero et al, 2020)

Los factores de riesgo más frecuentes son las comorbilidades, como son la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, esta última como riesgo de intubación y mortalidad. La edad es otro factor de riesgo con una letalidad mayor en pacientes de 60 años o más. Así como enfermedad pulmonar crónica. (Gil et al, 2021)

El control de la infección se hace más difícil ya que en el 40% de los casos podría ser asintomática, agregando que el periodo de contagio se inicia previo a la aparición de los síntomas. (Gil et al, 2021)

En el 80% de los casos son leves y puede incluso confundirse con un resfriado. En el inicio de la enfermedad se manifiesta principalmente por fiebre, tos seca, congestión nasal, disnea, mialgias, artralgias, fatiga, expectoración, odinofagia, cefalea. En muchos pacientes se han descrito anosmia y ageusia como síntomas muy específicos. Otros pacientes presentan síntomas digestivos como diarrea, náuseas y vómito. Entre los síntomas neurológicos son alteración de la conciencia, mareos, convulsiones, agitación y signos meníngeos. (Molero et al 2020).

III.1.6.1. Manifestaciones pulmonares

En e 15% se presenta un cuadro grave que requiere hospitalización y en el 5% de éstos requieren atención en una unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, shock y falla multiorgánica.

Manifestándose entonces como una Neumonía grave con fiebre, tos productiva, aleteo nasal, taquipnea (con frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto), cianosis, limitación de la expansibilidad torácica, estertores crepitantes, dolor pleurítico, alteraciones en la radiografía de tórax presentando opacidades pulmonares bilaterales, SpO2 con aire ambiental menor de 90% y desarrollar un síndrome de distrés respiratorio agudo o presentarse como una neumonía atípica con signos de gravedad. Y aunque es un virus que aparece por lo regular en como enfermedad pulmonar, cada vez aparece más de forma atípica dañando otros órganos. (Pineda et al, 2021; Molina, 2020)

Los hallazgos en una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) son opacidades en vidrio esmerilado, patrón de empedrado (broncograma aéreo y consolidación pulmonar. (Ponce et al, 2020)

La enfermedad en la población La enfermedad en la población pediátrica se ha descrito pocos casos y generalmente es un cuadro leve de síntomas respiratorios altos: fiebre, tos, rinorrea, náuseas, diarrea, dolor abdominal, cefalea y asténica.

Casos graves e incluso muertes se han descrito en menores de 1 años. (Gil et al, 2021)

Las complicaciones no son en sí por el propio virus, si no por una tormenta de citoquinas debida a una respuesta inmunitaria descontrolada. Lo que conduce a síndrome dificultad respiratoria aguda (SDRA), lesiones cardíacas, insuficiencia renal, enfermedades vasculares cerebrales, eventos protrombóticos, daño pulmonar agudo, choque séptico y fallo multiorgánico. (Pineda et al, 2021)

III.1.6.2. Manifestaciones hematológicas

En los hallazgos de laboratorio se ha encontrado leucopenia con linfopenia, afecta tanto a linfocitos TCD4 como TCD8 y su presencia se ha asociado a mayor gravedad de la enfermedad. La leucocitosis con neutrofilia también se ha asociado a peor pronóstico. Puede existir trombocitopenia por alteración por consumo, pero sobre todo puede existir un aumento atribuible a la inflamación pulmonar con el consiguiente aumento de la trombopoyetina. Alteraciones en la coagulación,

PLAGIARISM SCAN REPORT

	0% Plagiarised		100% Unique	Date	2024-01-12
				Words	947
				Characters	6443

Content Checked For Plagiarism

Debido a que el Sars- Cov-2 afecta principalmente a los pulmones, existen un gran número de secuelas respiratorias en los pacientes que presentaron compromiso pulmonar. Al desarrollar un SDRA, la mayoría de los pacientes mejora en lapso de tratamiento de 10-21 días, la recuperación puede ser lenta e incluso pueden requerir oxígeno suplementario al regresar al domicilio. (Chérrez, et al 2020)

Se ha descrito entre el 30-60% de los pacientes una neumonía organizada fibrinoide aguda (AFOP) y a largo plazo engrosamiento septal, bronquiectasias, pérdida de volumen, bandas fibróticas e imagen en panalización, indicativos de una fibrosis pulmonar y datos consolidativos. Esta fibrosis podría permanecer años o incluso empeorar afectando la calidad de vida y mayo riesgo de mortalidad a mediano y largo plazo. La causa de estos cambios, además de los ya mencionadas cascada de citoquinas, una reacción pro-fibrótica con incremento del factor de necrosis tumoral (TNF-alfa), péptidos de angiotensina por disminución de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2), factor de crecimiento de transformación beta (TGF-beta1) y el factor de crecimiento plaquetario (PDGF). (Torres et al 2020)

Respecto a la función pulmonar se ha visto alterado la difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), prueba de caminata de 6 minutos, disminución de la capacidad vital forzada (FVC) y la capacidad pulmonar total (TLC). (Torres et al, 2020)

En estudios realizado se han detectado que le 16% de la población no presenta disnea, en grado 1 en el 24%, disnea grado 3 que indica la incapacidad de mantener el paso representa un 30% de los pacientes y aquellos con grado 3 y 4 que presentan disnea al recorrer 100 metros o incapacidad para realizar actividades cotidianas representan el 15% cada uno. (Mera et al, 2020)

Presentan fatiga en el 70% de los casos, lo que infiere en su capacidad para realizar su trabajo normal o caminar en un 61%, con respecto al estado de ánimo en un 68% y en las relaciones interpersonales en un 70%. (Mera et al, 2020)

Secuelas Vasculares

Debido a que el virus provoca un daño directo en el endotelio se produce una migración de células inmunes ocasionando una disfunción endotelial diseminada asociada a mayor apoptosis. Dando lugar a diversos fenómenos tromboembólicos. Estos pacientes presentan síntomas posteriores como hipertensión pulmonar y limitación al esfuerzo. (Asuar et al, 2021)

Se recomienda un seguimiento con ecocardiografía transtorácica los 3 meses en los pacientes que tuvieron Neumonía por Covid-19, si presenta disnea, radiografía normal, Sat O2 o difusión pulmonar de monóxido de carbono baja, para descartar hipertensión arterial pulmonar. (Chérrez et al, 2020)

Secuelas que podemos observar en la Tomografía Computarizada de alta resolución a los 3 meses de recuperación en pacientes post Covid-19 son, infiltrados en vidrio esmerilado, engrosamiento intersticial, patrón en empedrado, bronquiectasia de tracción, disminución del volumen pulmonar y bandas fibróticas. (Almadona et al, 2021)

Aquellos que han requerido ventilación mecánica también presentan secuelas derivado de ello, como son afectación en el habla por daño en las cuerdas vocales, dificultad para tragar y estenosis traqueal. (Ponce et al, 2020)

Secuelas inmunológicas y endocrinológicas

Reacción alérgica grave (anafilaxia), nuevas alergias, diabetes. (Gallegos et al, 2022)

Secuelas ginecológicas y urológicas

Problemas menstruales, problemas de control de la vejiga. (Gallegos et al, 2022)