

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA**



**Calidad de vida (SF-36) relacionados a síntomas persistentes en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Jaqueline Lizett López Castro**

**ASESOR:**

**Magister Méd. Sergio Jesús Montesinos Sánchez**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA-PERÚ**

**2022**

## DEDICATORIA

*A mi familia, por brindarme todo su amor y apoyo incondicional y siempre estar a mi lado para superar cualquier obstáculo que se pudo presentar y a motivarme a seguir adelante a pesar de las adversidades y por siempre poner su confianza en mí.*

*A mi madre Ysabel por motivarme en este camino, por siempre preocuparse y estar pendiente de mí y mi salud y por el tiempo, cuidado y cariño que siempre me demostró.*

*A mi padre Hugo por motivarme a perseverar, por hacerme ver que todo es posible con esfuerzo y dedicación y por siempre apoyarme y acompañarme en cada decisión.*

*Y a mi hermano Antony por siempre transmitirme su alegría, y estar dispuesto a escucharme, apoyarme, darme aliento y por confiar en mí.*

## AGRADECIMIENTO

*A mis padres, por su apoyo incondicional en toda mi formación y hasta estos momentos para poder llegar a cumplir esta meta tanto mía como de ellos.*

*A mi asesor de tesis y a mi dictaminador por haberme brindado su tiempo para darme sus orientaciones, consejos y sugerencias.*

*Así como a todas aquellas personas que de algún u otro modo me apoyaron y aconsejaron en este camino; y a quienes fueron parte de mi formación durante mi internado en el C.S. La esperanza a quienes tengo mucho aprecio.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Medir la Calidad de vida e identificar los principales síntomas persistentes de pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021.

**Material y método:** Estudio observacional, transversal analítico, la población de estudio fueron los pacientes con antecedente confirmatorio de covid-19, mediante la prueba molecular; se hizo un muestreo aleatorio simple, así de 712 pacientes se calculó un tamaño muestral de 250 personas. Mayores de 18 años, se excluyeron a pacientes con antecedentes de asma y tuberculosis. Se hizo encuestas mediante visitas domiciliarias.

**Resultados:** El 31.6% de la muestra tenía de 30 a 39 años, las comorbilidades 9.60% era diabético, el 8.8% hipertenso, 6.8% enfermedad cardíaca, 5.6% obesidad y 3.6% artritis. El 2% requirió hospitalización, con una estancia entre 16 a 30 días. El 99.2% y 98% no recibió rehabilitación respiratoria ni terapia psicológica, respectivamente. Fueron síntomas persistentes, astenia, apatía, dolor muscular, dificultad a grandes esfuerzos e irritabilidad/confusión representaron el 60.8%, 50.4%, 41.6%, 43.6% y 19.6%, respectivamente. Respecto a calidad de vida ambos componentes, FISICO Y MENTAL, se encuentra comprometidos con puntajes medios muy bajos de 32.19 y 33.35 en una escala de 0-100.

**Conclusiones:** Existe una correlación de los Componente Físicos (Rho de Spearman: 0.424) y Mental (Rho de Spearman:0.428) con número de síntomas presentes. La exploración por esferas identifica que el ROL FISICO es el más afectado.

**Palabras clave:** Calidad de vida, COVID-19, Pandemia, Síntomas persistentes

## ABSTRACT

**Objective:** To measure the quality of life and identify the main persistent symptoms of patients with COVID-19 confirmed by PCR treated in the jurisdiction of the C.S. La Esperanza after the “Second Wave” of the Tacna pandemic, 2021.

**Material and method:** Observational, cross-sectional analytical study, the study population was patients with a confirmatory history of covid-19, through molecular testing; A simple random sampling was carried out, thus, from 712 patients, a sample size of 250 people was calculated. Older than 18 years, patients with a history of asthma and tuberculosis were excluded. Surveys were conducted through home visits.

**Results:** 31.6% of the sample were between 30 and 39 years old, comorbidities 9.60% were diabetic, 8.8% hypertensive, 6.8% heart disease, 5.6% obesity and 3.6% arthritis. 2% required hospitalization, with a stay between 16 and 30 days. 99.2% and 98% did not receive respiratory rehabilitation or psychological therapy, respectively. They were persistent symptoms, asthenia, apathy, muscle pain, difficulty with great efforts and irritability/confusion represented 60.8%, 50.4%, 41.6%, 43.6% and 19.6%, respectively. Regarding quality of life, both components, PHYSICAL AND MENTAL, are compromised with very low mean scores of 32.19 and 33.35 on a scale of 0-100.

**Conclusions:** There is a correlation of the Physical Component (Spearman's Rho: 0.424) and Mental Component (Spearman's Rho: 0.428) with the number of symptoms present. The exploration by spheres identifies that the PHYSICAL ROLE is the most affected.

**Keywords:** Quality of life, COVID-19, Pandemic, Persistent symptoms

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN .....	9
CAPÍTULO I.....	11
1    EL PROBLEMA .....	11
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.2    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1    Preguntas secundarias.....	12
1.3    OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.3.1    Objetivo General .....	13
1.3.2    Objetivos específicos.....	13
1.4    JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.5    TÉRMINOS BÁSICOS .....	15
CAPÍTULO II .....	16
2    MARCO TEÓRICO.....	16
2.1    ANTECEDENTES.....	16
2.1.1    Internacionales.....	16
2.1.2    Nacionales .....	19
2.2    MARCO TEÓRICO.....	20
2.2.1    COVID-19 .....	20
2.2.1.1    Definición de COVID-19 .....	20
2.2.1.2    Definición de Pandemia .....	20
2.2.1.3    Signos y síntomas .....	20
2.2.1.4    Transmisión.....	21
2.2.1.5    Periodo de incubación .....	23
2.2.1.6    Gravedad de la enfermedad del COVID-19 .....	23
2.2.1.7    Letalidad.....	24
2.2.1.8    Estudios de autopsia .....	26

2.2.1.9	Factores genéticos .....	28
2.2.2	POST COVID-19 .....	28
2.2.2.1	Definición .....	28
2.2.2.2	Factores de riesgo .....	29
2.2.2.3	Algunos síntomas persistentes.....	29
2.2.2.4	Algunos órganos comprometidos .....	29
2.2.2.5	Aspectos Psicológicos ligados a la propagación del COVID-19	
	32	
2.2.3	CALIDAD DE VIDA.....	34
2.2.3.1	Concepto de Calidad de Vida según la OMS .....	34
2.2.3.2	Teorías sobre la calidad de vida .....	35
2.2.3.3	Calidad de vida salud y bienestar .....	37
2.2.3.4	Factores asociados a la calidad de vida o determinantes de salud	
	37	
2.2.3.4.1	Determinantes económicos, sociales y políticos. ....	38
2.2.3.4.2	LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SECTOR SALUD .....	39
2.2.3.5	Medición de la calidad de vida.....	40
2.2.3.5.1	Modelo de calidad de vida según Maslow .....	41
2.2.3.5.2	Modelo Schalock y Verdugo de calidad de vida .....	43
2.2.3.6	Bienestar emocional .....	43
2.2.3.6.1	Relación.....	44
2.2.3.6.2	Beneficios materiales.....	44
2.2.3.6.3	Desarrollo personal.....	44
2.2.3.6.4	Salud física .....	44
2.2.3.6.5	Derecho a la autodeterminación .....	45
2.2.3.6.6	Integración social.....	45
2.2.3.6.7	Derechos .....	45
2.2.3.7	Calidad de vida según el SF36 .....	45
2.2.3.7.1	Calidad de vida en relación a la salud .....	46
2.2.3.8	Calidad de vida según grupos de edad .....	48

CAPÍTULO III.....	49
3    HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	49
3.1    HIPÓTESIS.....	49
3.2    OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	49
4    MARCO METODOLÓGICO .....	53
4.1    DISEÑO DE INVESTIGACION.....	53
4.2    ÁMBITO DE ESTUDIO.....	53
4.3    POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
4.3.1    Población.....	54
4.3.2    Muestra.....	55
4.3.2.1    Criterios de inclusión.....	55
4.3.2.2    Criterios de exclusión.....	56
4.4    TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
56	
4.4.1    Técnicas.....	56
4.4.2    Instrumentos .....	56
CAPÍTULO V .....	59
5    PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO ANÁLISIS .....	59
5.1    PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS .....	59
5.2    PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	60
5.3    CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	60
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN .....	78
CONCLUSIONES .....	83
RECOMENDACIONES .....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXO 01.....	94

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día ha ingresado un nuevo término por los establecimientos de salud “POST COVID-19”, de modo que se pueda explicar de algún modo la patología en personas que se recuperaron de la enfermedad producida por el coronavirus SARS-CoV-2, pero todavía a pesar del alta de la enfermedad muchas veces las personas regresan debido a que algunos síntomas aún se muestran por largo tiempo luego de la recuperación por la infección o tuvieron indicios comunes que duraron muchísimo más de lo esperado. Esa persistencia de los signos y síntomas, que aqueja a los pacientes recuperados por COVID-19, son quienes conforman nuestra población de estudio, se quiere analizar cuál es la calidad de vida luego de haber sido dado de alta por COVID-19(1)

Se ha encontrado referencias que manifiestan una limitada calidad de vida principalmente de quienes habían sido atendidos en UCI, y que la diferencia puede ser marcada entre quienes fueron hospitalizados en área COVID y entre los que llegaron al área UCI. Es muy probable que aquellos pacientes que presentaron comorbilidades antes de la enfermedad ahora expresen mala calidad de vida, pero esa información aún no está confirmada, precisamente a que existen pocos estudios que especifiquen dicho problema, más sin embargo la propuesta de esta investigación pretende identificar las características comunes de los pacientes postcovid, además de los signos persistentes en relación a su calidad de vida.

Con respecto a este tema son pocos los estudios que comparan la calidad de vida postcovid. Este trabajo pretende evaluar a los pacientes que acudieron a un Centro de Salud de atención primaria, ya que nada se sabe al respecto, a pesar de observar la visita frecuente al centro de salud. Aunque “la mayor parte de los pacientes muestran signos como fiebre, tos, mialgias o fatiga con evolución conveniente, ciertos pacientes desarrollan disnea e hipoxemia, requiriendo ingreso hospitalario y/o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); dichos pacientes son susceptibles a desarrollar indicios de síntomas persistentes y que está muy asociado a una

reducción de la calidad de vida (2), por lo que se pretende conocer qué tanto estaría afectando su status de bienestar a quienes cursaron COVID-19 en algún momento.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Varias personas han informado acerca de la persistente sintomatología posterior al coronavirus. Las características más observables es que estos incluso aparecen luego de meses de haber cursado la patología aguda causada por la infección COVID-19. Se puede mencionar por ejemplo a síntomas o signos como la debilidad, dolor, disnea, quejas cognitivas y disgeusia. Aparte de las molestias neurológicas o digestivas, estos signos persistentes no son específicos; por lo tanto, para comprender mejor los signos de persistencia posterior al coronavirus, y debido a que no hay estudios al respecto a nivel local-regional es fundamental evaluar estos signos (3)

Los estudios por lo general refieren de pacientes hospitalizados con enfermedad por COVID-19(4), se informa la evolución a corto plazo de la enfermedad; sin embargo, solo unos pocos trabajos se centraron en la persistencia de los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud después del alta (CVRS). En el presente estudio, estos factores se evaluarán en pacientes dados de alta epidemiológica, que en algún momento padecieron COVID-19 y fueron atendidos en un centro de salud de atención primaria, ya que nada se sabe al respecto, a pesar de observar la visita frecuente al centro de salud.

Esas afecciones al parecer vienen afectando la calidad de vida de las personas, se desconoce precisamente si esta persistencia se debe a comorbilidades previas o si bien es una característica regional, aunque ya se están reportando estudio en diversas regiones del mundo se debe conocer de igual manera

cómo es que se presenta los síntomas persistentes en nuestra región, características y si difiere de algún modo a los expuestos en nuestros antecedentes.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad de vida (SF-36) y principales síntomas persistentes identificados en los pacientes con antecedente de COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021?

### **1.2.1 Preguntas secundarias**

- a) ¿Cuál es la frecuencia de pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 confirmados por PCR según características demográficas y principales síntomas de notificación atendidos en segunda ola pandémica en el C.S. La Esperanza, entre enero a diciembre del 2021?
- b) ¿Cuál es la calidad de vida posterior a infección COVID-19 en pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 confirmados por PCR atendidos en segunda ola pandémica en el C.S. La Esperanza, entre enero a diciembre del 2021?
- c) ¿Qué síntomas son más persistentes a los 6 a más meses posteriores a segunda ola pandémica en pacientes COVID-19 confirmada por PCR y atendidos en el C.S. La Esperanza entre enero a diciembre del 2021?

## **1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

Medir la Calidad de vida (SF-36) e identificar los principales síntomas persistentes de pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Determinar la frecuencia de pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 confirmados por PCR según características demográficas y principales síntomas de notificación atendidos en segunda ola pandémica en el C.S. La Esperanza, entre enero a diciembre del 2021.
- b) Medir la calidad de vida posterior a infección COVID-19 en pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 confirmados por PCR atendidos en segunda ola pandémica en el C.S. La Esperanza, entre enero a diciembre del 2021.
- c) Identificar los principales síntomas persistentes a los 6 a más meses posteriores a segunda ola pandémica en pacientes COVID-19 confirmada por PCR y atendidos en el C.S. La Esperanza entre enero a diciembre del 2021.
- d) Correlacionar calidad de vida actual y síntomas persistentes en pacientes con diagnóstico definitivo de COVID-19 confirmados por PCR atendidos en segunda ola pandémica en el C.S. La Esperanza, entre enero a diciembre del 2021.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La importancia de este estudio comienza con una publicación en el año 2020 donde manifiesta que en el servicio de infectología de un nosocomio general en Lima-Perú(5) recibió pacientes procedentes del área de Salud Ocupacional, por presentar aún sintomatología del coronavirus, a bastante más de 2 semanas de haber concluido su lapso de retiro. Síntomas que son semejantes a las que habían tenido a lo largo de la primera a segunda semana de patología sintomática. Razón por lo cual ciertos pacientes consideraron que la patología continuaba, y mantuvieron su retiro domiciliario por bastante más de 4 semanas. Donde los signos más comunes fueron los de tipo doloroso, seguida de las respiratorias, que adicionalmente acostumbran ser las más incapacitantes, luego las gastrointestinales, psicológicas, y otras. Pero en esta publicación consideraron a pacientes que tenían entre 1 a 2 meses posteriores a la infección, tiempo que no llega a confirmar una condición post-covid 19 según la definición de la OMS por lo que en el presente estudio se tomó un tiempo promedio de 6 meses.

Este estudio es factible porque se cuenta con la información que cada centro de salud registra con respecto al área Covid y resulta de interés como un aporte al conocimiento para el manejo de la enfermedad ya que antes del 2020 nada se sabía de la pandemia por COVID-19.

Y como manifiesta la OMS es complicado adivinar cuánto tiempo durará la condición subsiguiente al coronavirus para un paciente definido. Hay mucho que aprender sobre persistencia de los síntomas por coronavirus, las indagaciones recientes presentan que los pacientes tienen la posibilidad de experimentar indicios persistentes a lo largo de semanas o meses luego del coronavirus (6). Estas señales tienen la posibilidad de persistir a partir de su patología inicial o realizarse luego de su recuperación. La condición subsiguiente al coronavirus puede perjudicar la función de una persona para hacer ocupaciones cotidianas como el trabajo o las labores del hogar.

Por lo que es de necesidad, y porque aún nos encontramos viviendo la pandemia y al parecer existen síntomas persistentes en los pacientes post covid que requieren ser estudiados para manifestar puntos comunes y poder contribuir de algún modo a nuevas decisiones que se tomen al respecto.

## **1.5 TÉRMINOS BÁSICOS**

### **Condición Post Covid**

La enfermedad posterior al coronavirus se define como una patología que se manifiesta en una población con antecedentes probables o confirmados de infección por SARS-CoV-2; principalmente dentro de los 3 meses posteriores al inicio del coronavirus, con síntomas y efectos que duran al menos 2 meses (4)

### **Síndrome post COVID-19**

El síndrome post-COVID-19 se define por la persistencia de signos e indicios clínicos que emergen a lo largo de o luego de sufrir la coronavirus, están bastante más de 12 semanas y no se sostienen por un diagnóstico alternativo (7)

### **Calidad de Vida**

La percepción que el individuo tiene con respecto de su salud general, emocional y bienestar(8).

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

##### 2.1.1 Internacionales

Dennis et al (9), hablan del Síndrome Post-COVID-19 Evaluaron el deterioro de órganos en pacientes sintomáticos después de la recuperación de una infección aguda por SARS-CoV-2. Se estudiaron 201 pacientes mediante estudios de cohortes prospectivos y observacionales. En pacientes mayores de 18 años con signos persistentes de SARS-CoV-2 tras el alta hospitalaria, valorados mediante cuestionarios estándar (EQ-5D-5L, Disnea-12) y mediante valoración bioquímica y deterioro ocupacional de la vida diaria; diversos órganos (corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas, bazo). Los resultados mostraron que la edad media fue de 45 años, el 71% eran mujeres, el 88% eran blancos y el 32% eran trabajadores de la salud. La mediana de infección posterior al SARS-CoV-2 fue de 141 días. El 42% tenía 10 o más signos y el 60% tenía síndrome post-COVID-19 grave. Órganos afectados: 26% corazón, 11% pulmón, 4% riñón, 28% hígado, 40% páncreas y 4% bazo. Las lesiones de un solo órgano y de múltiples órganos fueron 70% y 29%, respectivamente.

Parodi et al (10) realizaron un estudio para evaluar el compromiso cardiaco en 600 pacientes con y sin síntomas persistentes post covid. Si bien demostraron que hubo asociación entre los síntomas persistentes y los problemas cardiovasculares, si demostró que existían síntomas cardiovasculares persistentes como la Astenia en

un 15,5%, seguido de la disnea en 12,1% palpitaciones en el 6,4% y molestia precordial en el 4,1%, además concluye que cerca de un tercio de la población estudiada mostraban síntomas persistentes. El tiempo de estudio fue de 15 a 120 días post alta. Se excluyó del estudio a pacientes que ya conocían de su afección cardiaca antes de padecer de covid-19.

Rosales-Castillo et al (11) Examina la persistencia de los síntomas clínicos tras la COVID-19 y la importancia del seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria. Así, en un análisis de cohortes retrospectivo y detallado de 118 pacientes ingresados confirmados en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada en 2020, se confirmó que todos los pacientes estaban infectados por SARS-CoV-2. Inicialmente se describieron los síntomas y signos del padecimiento al ingreso y en la fase aguda, luego en la consulta se les volvió a preguntar sobre su existencia o desaparición, observándose una amplia gama de síntomas. Por frecuencia, los signos y síntomas fueron los siguientes: fiebre (84,7%), tos (65,3%), dificultad para respirar (61%), diarrea (50,8%), hipoacusia (50,8%), mialgia (49,2%), pérdida del olfato (42,4 %), dolor torácico (34,7 %), cefalea (34 %) y expectoración (13,6 %). Durante la consulta, cuando se les preguntó sobre los síntomas iniciales, el 62,5 % refirió síntomas persistentes: disnea (31,4 %), fatiga (30,5 %), mialgias (13 %), tos (5 %), pérdida del olfato (1,7 %) y pérdida de audición (1%). En el 28%, al menos 2 de los signos anteriores permanecen. Nuestro análisis encontró que el 62,5% de los pacientes hospitalizados con coronavirus se asociaron con la persistencia de cualquier síntoma un promedio de 50 días después del alta, siendo la disnea y la debilidad los más comunes por ahora. Sin embargo, se enfatiza el valor del seguimiento clínico de estos pacientes después de la fase aguda para

monitorear y verificar la continuación, mejoría o empeoramiento de los síntomas e indicaciones enumerados.

Carrillo et al (12), ellos manifiestan que es recurrente que luego de una enfermedad algunos síntomas persistan, pero con respecto al coronavirus al parecer estarían impactando en la calidad de vida . La finalidad primaria de su análisis descubrir los síntomas prevalentes en 308 personas y que tenían duración después de un episodio de coronavirus y la persistencia de dichos al mes y a los 3 meses del episodio. Se consideró las características demográficas y comorbilidades en relación con los síntomas persistentes. Así al mes, el 96% presentaban indicios persistentes siendo los más comunes: fatiga y mialgias; y después de 3 meses, 34,85% presentaban indicios siendo los más comunes: fatiga y anosmia. Además, solo un 45.7 logro reinsertarse laboralmente y un 17 % reinició sus actividades físicas.

Chérrez-Ojeda et al (13) manifiestan que aunque la definición de síndrome post covid- aun no sea clara, ya algunos estudios reportan la posibilidad de persistencia de síntomas largo tiempo después del alta post COVID-19, entre ellos se menciona a las anormalidades radiológicas y compromiso en la funcionalidad respiratoria. Por tanto, estos autores evaluaron estas secuelas tras la neumonía por COVID-19, y está claro que existe una alta incidencia de secuelas pulmonares tras la neumonía por coronavirus (inflamación intersticial, infiltración vítrea, aneurisma biliar, bronquiectasias, etc.). Asimismo, las pruebas de función pulmonar (espirometría, prueba de difusión de monóxido de carbono pulmonar, prueba de marcha de 6 minutos y medición de la presión respiratoria máxima) que analizan estas cuestiones parecen provocar síntomas persistentes en pacientes dados de alta por neumonía por coronavirus.

Carod-Artal, FJ (7) publicó un estudio sobre el “Síndrome post-COVID-19” porque al parecer los pacientes no se recuperaban completamente y que había una variedad de signos y síntomas persistentes a lo largo de semanas o meses incluso en pacientes con que hayan cruzado enfermedad leve a moderada por ello revisa las pruebas epidemiológicas, los criterios diagnósticos y la patogenia del síndrome post-COVID-19. Se ha descrito en pacientes con coronavirus de leve a grave sin síntomas graves durante la fase aguda. 10-65% de los sobrevivientes de coronavirus leve/moderado tienen síntomas del síndrome post-COVID-19 después de 12 semanas o más. Los síntomas más comunes son fatiga, dificultad para respirar, cambios en la concentración, memoria y sueño, ansiedad y depresión. No existe un régimen específico para el síndrome post-COVID-19 y sus criterios diagnósticos no han sido evaluados mediante medidas psicométricas adecuadas.

### **2.1.2 Nacionales**

Tarazona et al (5), observó que en su servicio ingresaban pacientes que manifestaban continuar con la enfermedad de COVID-19 por presentar signos y síntomas persistentes, así pudo registrar que de un total de 37 pacientes el 50% manifestaba Dolor de Tórax posterior, el 35% Cefalea, un 32% Dolor de tórax anterior, el 32% tos, un 30% disnea a grandes esfuerzos, el 27% Disnea a mediados esfuerzos, el 16% astenia, un 14% Garraspera y en porcentajes menores también observó mialgia, Artralgias, dolor de garganta, hiporexia, diarreas, prurito ocular, bajo peso, fiebre, depresión y ansiedad. Además, un 60% de ellos presentaban al mismo tiempo entre 2 a 3 síntomas siendo el rango entre 1 a 6. Tarazona y colaboradores solo consideraron a pacientes que tenían entre 1 a dos meses del alta.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 COVID-19**

#### **2.2.1.1 Definición de COVID-19**

Es una infección respiratoria aguda potencialmente grave causada por el nuevo COVID-19 (SARS-CoV-2). Las manifestaciones clínicas son principalmente la infección respiratoria cuyos indicios van a partir de una patología leve semejante al resfriado común, hasta la neumonía viral grave que causa un síndrome de complejidad respiratoria aguda potencialmente mortal (14,15).

#### **2.2.1.2 Definición de Pandemia**

Una enfermedad pandémica pasa una vez que la epidemia traspasa las fronteras mundiales y principalmente, perjudica un enorme conjunto de individuos. La patología por COVID-19, ha sido catalogada como enfermedad pandémica por la OMS, en marzo del 2020(16) . Placeres hizo una revisión bibliográfica sobre esta, patología transmisible y otras no transmisibles, que han azotado la raza humana a lo largo de los últimos 100 años. Pero en pleno siglo XXI esta afecta a todo el mundo y es considerada verdadera pandemia. (17,18)

#### **2.2.1.3 Signos y síntomas**

Los signos más comunes (fiebre y tos) siguen estando presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fatiga es común y se presentan mialgias y dolores de cabeza en 10% a 20% de los casos. La frecuencia de disnea informada varía ampliamente, del 8% a más del 60%, según los criterios de integración de cada análisis; la disnea puede comenzar

al día siguiente, pero puede demorar hasta 17 días, y esta llegada tardía parece estar asociada con más resultados severos (19).

Otros indicios de afectación del tracto respiratorio superior, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, se muestran en menos del 15% de los casos. Las protestas gastrointestinales, como náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea, se muestran temprano entre el 10% y 20% de los pacientes. La anorexia se declara en uno de cada 4 casos, y es más recurrente desde la segunda semana de la patología. (20)

#### **2.2.1.4 Transmisión**

En ciertas áreas es viable identificar viriones del SARS-CoV-2 viables o ARN vírico a lo largo de periodos que van a partir de horas hasta días, dependiendo del ámbito, el ambiente y el tipo de área; es viable identificar altas concentraciones de aquellas partículas en especial en establecimientos sanitarios en los cuales se prestó ayuda a pacientes con coronavirus. Por lo tanto, además es viable que el SARS-CoV-2 se transmita de forma indirecta al tocar objetos contaminados con viriones que proceden de una persona infectada (por ejemplo, los estetoscopios o los termómetros) o zonas en el ámbito adyacente, y, más adelante, tocarse la boca, la nariz o los ojos. Aunque se dispone de datos científicos fiables relacionadas con la contaminación de zonas por el SARS-CoV-2 y el mantenimiento de la viabilidad de los viriones en determinadas áreas, no hay informes específicos en los cuales se haya corroborado de manera directa la transmisión por fómites (21).

Dinámica de la transmisión en relación con los síntomas

- a) Transmisión sintomáticas:** La transmisión parece propagarse primordialmente mediante gotitas y el contacto cercano con los casos sintomáticos infectados. La transmisibilidad es

dependiente de la proporción de virus posible que desprenda y expulse una persona (la carga viral es más alta justo previamente o en torno al instante de aparición de los indicios y a lo largo de los primeros 5 a 7 días de la enfermedad), el tipo de contacto, el ámbito y las medidas de prevención y control de la infección que se apliquen(14)

- b) Transmisión presintomática:** La transmisión puede producirse a lo largo del lapso de incubación, principalmente de 1 a 3 días previamente del inicio de los indicios. Se informó de transmisión presintomática en el 12.6% de los casos en China y en el 6.4% de los casos en Singapur (22,23).
- c) Transmisión asintomática:** Se ha reportado la transmisión de casos asintomáticos (casos confirmados en el laboratorio que jamás muestran síntomas); no obstante, la mayoría de las pruebas se fundamentan en los primeros datos de China y poseen restricciones. La OMS asegura que los casos asintomáticos no son el primordial impulsor de la dinámica general de la epidemia.(14). Además, se hizo un cultivo del virus en muestras de casos asintomáticos positivos y todos los cultivos fueron negativos, lo cual sugiere que los casos asintomáticos positivos del análisis no eran infecciosos.(24). Un metanálisis de bastante más de 50,000 personas localizó que el 15.6% de los casos confirmados eran asintomáticos en el instante de la prueba (rango de 2% a 75%), y casi la mitad desarrollaron indicios después (25) Un análisis transversal de casi 2800 expertos de salud localizó que el 5.4% de los expertos de salud asintomáticos que se enfrentaban al coronavirus brindaron positivo, comparativamente con el 0.6% de los expertos de salud asintomáticos que no se enfrentaban al coronavirus (26) se ha considerado que la proporción agrupada de casos asintomáticos en chicos era significativa (alrededor del 40%). No obstante, en estudios actuales se ha encontrado que la tasa de infección asintomática en chicos era bastante baja (el 1% comparativamente con el 9% en los adultos en un análisis, y el 0.6% comparativamente

con el 1.8% en los adultos en otro estudio), lo cual sugiere que los chicos no parecen ser impulsores particulares de la enfermedad pandémica. (27)

#### **2.2.1.5 Periodo de incubación**

El 97,5% de los pacientes desarrollaron indicios a los 11,5 días, sin embargo, existe un diminuto porcentaje de pacientes que tienen la posibilidad de tardar más tiempo en demostrar esta sintomatología (se habla de la necesidad de poder expandir en determinados casos más graves o críticos la monitorización y cuarentena en bastante más de aquellos 14 días establecidos). La era entre el principio de indicios hasta la instauración de indicios graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se genera el fallecimiento. (28) No obstante, la proporción de virus posible presente comúnmente cae extremadamente en las primeras horas. Se han probado las próximas zonas y no había ningún virus posible desde el tiempo indicado: papel de impresión: 3 horas; cobre: 4 horas; cartón: 24 horas; tela: 2 días; madera: 2 días; papel moneda: 4 días; vidrio: 4 días; plástico: 3 a 7 días; acero inoxidable: 2 a 7 días; mascarillas quirúrgicas: una pequeña proporción de virus posible puede estar presente en el exterior de la máscara luego de 7 días. Las áreas estaban en el interior y el virus se recolectó cuidadosamente de las zonas. Las condiciones del medio ambiente, como la ventilación de los interiores o el aire y la luz solar, tienen la posibilidad de minimizar la proporción de virus presente en una área y la era que el virus puede quedar posible (29)

#### **2.2.1.6 Gravedad de la enfermedad del COVID-19**

Varias personas muestran los indicios del coronavirus a lo largo de bastante más de 4 semanas luego de que se las diagnostica. Los adultos más grandes corren un peligro máximo de enfermarse gravemente gracias al coronavirus y el peligro se incrementa con la edad. Los individuos que poseen patologías preexistentes además tienen la posibilidad de tener un peligro máximo de

enfermarse gravemente. Entre ciertas patologías que incrementan el peligro de enfermarse gravemente gracias al coronavirus se integran las próximas: Patologías cardíacas graves, como insuficiencia cardíaca, patología de las arterias coronarias o miocardiopatía; cáncer; patología pulmonar obstructiva crónica (EPOC); diabetes tipo 1 o tipo 2; sobrepeso, obesidad u obesidad grave; hipertensión arterial; hábito de fumar; patología renal crónica; patología de células falciformes o talasemia; sistema inmunitario debilitado por trasplantes de órganos rígidos o de médula ósea; embarazo; asma; patologías pulmonares crónicas, como fibrosis quística o hipertensión pulmonar; patología hepática; demencia; síndrome de Down; sistema inmunitario debilitado por trasplante de médula ósea, VIH o ciertos medicamentos; afecciones del cerebro o del sistema nervioso, como accidentes cerebrovasculares; trastornos por consumo de sustancias. (30)

#### **2.2.1.7 Letalidad**

- a. Las patologías transmisibles surgidas en los últimos años han demostrado un enorme potencial de diseminación y su capacidad de saturar los recursos nacionales, ocasionando emergencias epidémicas de enorme envergadura. La presente epidemia de SARS enseñó que solo los sistemas de salud fortalecidos y con una alta capacidad de contestación a eventos de esta naturaleza van a permitir mantener el control de futuras contingencias. (31)
- b. Según la OMS, el planeta enfrenta amenazas de brotes en 3 entornos diferentes, según se bosqueja en los párrafos siguientes.
  - a) Aparición de nuevos agentes patógenos:
    - Que un microorganismo se convierta en una amenaza mundial es dependiente de componentes que son inherentes tanto a sí mismo como al ser humano y a sus respectivos ambientes. Entre aquellos componentes resaltan la facilidad de transmitirse de los animales a los individuos y entre estas mismas, el potencial de diseminación fuera de los parámetros

del área rápida del brote, la gravedad de la patología, la disponibilidad de aparatos y recursos eficaces (31)

- Por consiguiente, las patologías infecciosas emergentes son las ejecutadas por agentes infecciosos desconocidos o ubicados por primera ocasión (virus del Ébola, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis C, *Vibrio cholerae* O139, *Escherichia coli* O157, hantavirus, virus de la fiebre de Lassa, virus del Nilo Occidental y, más recientemente, el covid-19 del SARS, por nombrar algunos). Varios de los nuevos agentes detectados en los últimos 25 años conforman en la actualidad genuinos inconvenientes de salud en los niveles local, regional e inclusive mundial. (31)
- b) Uso deliberado de agentes biológicos contra poblaciones humanas o animales (bioterrorismo) o liberación accidental de estos hacia el ambiente
- El bioterrorismo se define como el uso o amenaza de uso de virus, bacterias, hongos, parásitos y toxinas para causar la muerte o enfermedad en humanos, animales o plantas, o para contaminar alimentos, agua, etc. Claramente, la amenaza incluye la liberación de nuevos microbios que se crean deliberadamente para causar trastornos, éxodos o pánico en una población, y la reintroducción de microbios conocidos que han causado millones de víctimas antes de que puedan ser contenidos, como la causalidad. Agentes tóxicos del ántrax ("ántrax") y la viruela (32)
  - Como un problema con ramificaciones globales, el bioterrorismo, al igual que las enfermedades emergentes y reemergentes, requiere un enfoque especial, incluido el establecimiento de sistemas específicos de detección, investigación y respuesta en cada país, y el establecimiento de redes para coordinar la acción internacional al respecto. Hoy, la gravedad del terrorismo en todas sus manifestaciones y formas en el escenario mundial ha sido reconsiderada y

explorada en profundidad en muchas publicaciones diferentes. Por tanto, el presente trabajo se centra fundamentalmente en los dos primeros casos (31)

#### **2.2.1.8 Estudios de autopsia**

- a) **Pulmonares:** Los estudios de autopsia han demostrado que los pacientes que fallecieron por insuficiencia respiratoria tenían evidencia de daño alveolar exudativo difuso con congestión capilar masiva, a menudo con microtrombos. Son comunes la formación de membrana hialina y la hiperplasia atípica de neumocitos. La obstrucción de las arterias pulmonares por material trombótico se ha identificado tanto a nivel macroscópico como microscópico. El paciente también presentaba signos de microangiopatía trombótica sistémica. Se ha observado daño endotelial severo asociado con la presencia de virus intracelulares y disrupción de las membranas celulares. Otros hallazgos incluyeron bronconeumonía, embolia pulmonar, hemorragia alveolar y vasculitis. Distinguir la patología pulmonar por COVID-19 de la infección gripal grave por un marcado crecimiento neovascular a través del angiogénesis por intususcepción. (33)
- b) **Neurológico:** el examen histopatológico de las muestras de cerebro mostró cambios hipóxicos en los estudios de autopsia, pero no encefalitis u otros cambios cerebrales específicos del virus. Se detectaron niveles bajos del virus en el tejido cerebral. Otro estudio encontró cambios neuropatológicos leves, siendo los cambios neuroinflamatorios marcados en el tronco encefálico el hallazgo más común. (14)
- c) **Cardíaco:** el SARS-CoV-2 se detecta con frecuencia en el músculo cardíaco en estudios de autopsia. Aunque los hallazgos de patología cardíaca son comunes, la miocarditis aguda es rara. Los hallazgos más comunes fueron dilatación cardíaca,

isquemia miocárdica y trombosis. El virus, junto con cambios inflamatorios, se ha informado en el tejido cardíaco de niños con síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico. (14)

- d) **Inmunología:** Los mecanismos que conducen al aumento de la trombosis involucran amplias interacciones entre el sistema inmunitario y la hemostasia. La evaluación de los infiltrados inmunes mostró que los neutrófilos agregados eran evidentes en los pulmones y algunos otros órganos. Los tapones de neutrófilos consisten en neutrófilos con trampas extracelulares de neutrófilos (NET) y plaquetas y están presentes en el corazón, riñón, hígado y cerebro. Por lo tanto, las NET pueden desempeñar un papel en la coagulopatía asociada con la infección por SARS-CoV-2. La presencia desproporcionada de neutrófilos y NET agregada en comparación con la presencia esporádica de virus indica una respuesta inmunitaria autónoma desadaptativa. Parecen desempeñar un papel en la patogenia del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en pacientes con COVID-19. (14)
- b. **Hepática:** Se han observado esteatosis hepática, congestión sinusoidal, trombosis y fibrosis vascular, e inflamación e hiperplasia portal y lobulillar (34).
- c. Otros hallazgos novedosos en la autopsia son la pancreatitis, la pericarditis, el microinfarto suprarrenal, la mucormicosis diseminada secundaria y la activación microglial del cerebro.
- d. **Disfunción endotelial.** Existe la hipótesis de que el COVID-19 es una enfermedad del endotelio. La endotelopatía y la activación plaquetaria parecen ser características importantes del COVID-19 en pacientes hospitalizados y es probable que estén asociados con la coagulopatía, la enfermedad crítica y la muerte.
- e. La hiperviscosidad se ha informado en pacientes. Se sabe que daña el endotelio y es un factor de riesgo conocido para la trombosis. El posible vínculo entre la hiperviscosidad y las complicaciones trombóticas justifica investigaciones adicionales. (35)

### **2.2.1.9 Factores genéticos**

- Se cree que los factores genéticos juegan un papel importante. En una serie de casos de cuatro pacientes hombres que padecían de enfermedad grave, se identificaron variantes poco frecuentes de una posible pérdida de función del cromosoma X TLR7, lo que se asoció con el deterioro de las respuestas al interferón.
- Se ha detectado un nuevo locus de susceptibilidad en un grupo de genes del cromosoma 3p21.31 en pacientes con insuficiencia respiratoria, lo que puede confirmar la implicación del sistema del grupo sanguíneo AB0.

(14,36)

## **2.2.2 POST COVID-19**

La condición post-coronavirus, también conocida como "coronavirus prolongado", se refiere colectivamente al conjunto de síntomas a largo plazo que experimentan muchas personas después de contraer el coronavirus. Las personas que experimentan una enfermedad posterior al coronavirus a veces se refieren a sí mismos como "portadores de larga distancia"(6)

### **2.2.2.1 Definición**

La enfermedad posterior al coronavirus se define como una patología que se manifiesta en una población con antecedentes probables o confirmados de infección por SARS-CoV-2; principalmente dentro de los 3 meses posteriores al inicio del coronavirus, con síntomas y efectos que duran al menos 2 meses.(6)

### **2.2.2.2 Factores de riesgo**

Este es un tema que aún no es claro y tampoco se conoce por cuanto tiempo es su persistencia. Que, si bien la OMS manifiesta al menos 2 meses, los pacientes refieren persistencia hasta por más de seis meses.

### **2.2.2.3 Algunos síntomas persistentes**

Los síntomas más comunes de la condición post COVID-19 incluyen(9):

- Fatiga
- Disnea
- Dolores musculares
- Dolor de cabeza
- Dolor en las articulaciones
- Dolores en el pecho
- Fiebre
- Tos persistente
- dolor de garganta
- dolores abdominales
- Diarrea
- Secreción nasal
- Sibilancias
- Dificultad para caminar
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Problemas de memoria, concentración o sueño.
- Tos persistente
- Problemas para hablar
- Pérdida del olfato o del gusto
- Depresión o ansiedad
- Problemas gastrointestinales
- Dificultades de movilización entre otros
- Además de tener dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

### **2.2.2.4 Algunos órganos comprometidos**

Los órganos más frecuentemente comprometidos serían(9):

- Riñón
- Corazón
- Páncreas
- Pulmón
- Hígado

Las enfermedades del hígado y los pulmones a menudo se asocian con fatiga, dolores musculares, fiebre y tos. La afectación de ciertos órganos se asocia con síntomas específicos: páncreas: diarrea, fiebre, dolor de cabeza y disnea; corazón: dolor de cabeza, disnea y fatiga; y riñones: sibilancias, secreción nasal, diarrea, tos, fiebre, dolor de cabeza, disnea y fatiga.

La persistencia de los síntomas después de la fase aguda de la infección por coronavirus puede presentar hasta varios tipos de secuelas: desde la COVID grave que requiere hospitalización hasta las secuelas leves relacionadas con la COVID que persisten por más de 12 semanas establecido. El primer grupo de pacientes con secuelas graves de COVID fueron atendidos en consultas hospitalarias de seguimiento, mientras que los diagnosticados de COVID persistente fueron atendidos en atención primaria. (7)

Las consultas hospitalarias post-COVID de SCS se crearon durante 2020 en servicios respiratorios, de rehabilitación, de fisioterapia o de medicina interna para el seguimiento clínico de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-. 2. Evitar, reducir o tratar las posibles secuelas lo antes posible (37)

Asimismo, los pacientes sintomáticos con secuelas respiratorias que no ingresan en el hospital pueden ser derivados a estas consultas en instituciones de atención primaria, que cuentan con líneas de consulta exclusivas a Dra. Negrín del Hospital Universitario de Gran Canaria comenzó la enfermería en consultas pulmonares post-COVID en noviembre de 2020, y hasta este mes ha citado un total de 419 pacientes. (38).

El hospital ha reforzado la atención a los pacientes hospitalizados tras la nueva neumonía coronaria, dotado de personal de fisioterapia y realizado in situ tratamiento de fisioterapia respiratoria y ejercicio, con el fin de optimizar la recuperación funcional de los pacientes y evitar o reducir posibles secuelas (38).

Aunque son las más comunes, a menudo las más limitadas y graves, las secuelas respiratorias no son las únicas que aparecen tras la infección por SARS-CoV-2. En aquellos casos en los que existan síntomas de otro tipo (musculares, neurocognitivos, psicológicos, digestivos), se remite al paciente a la consulta de la patología respectiva a tratar, o bien a la consulta de enfermedades infecciosas de Medicina Interna. (39).

Algunos hospitales ya llevan más de un año realizando consultas POSTCOVID e incluso ofrecen servicios de neumología. Dado que las patologías mencionadas son básicamente enfermedades respiratorias, la consulta se centra en las necesidades asistenciales, nutriéndose por un lado de las consultas de alta y atención primaria de los pacientes ingresados, seguido de la consulta a los especialistas implicados en el seguimiento. Seguimiento clínico de pacientes dados de alta hospitalaria después del COVID-19, de servicios de neumología y medicina interna y otras especialidades, que hayan demostrado su interés en contribuir al seguimiento a medio-largo plazo de las secuelas del COVID -19. (5).

En cuanto al Hospital Universitario de Canarias, los pacientes que han estado ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos o en la planta COVID y presentan secuelas atendidos tras el alta en la consulta POSTCOVID de Neumología creada en mayo de 2020.

Además, presta atención a pacientes a los que se solicita valoración desde Atención Primaria u otras especialidades por persistencia de síntomas respiratorios o alteraciones radiológicas relacionadas con la infección por SARS-CoV2 pasadas unas 6-8 semanas tras la fase aguda.

### **2.2.2.5 Aspectos Psicológicos ligados a la propagación del COVID-19**

Debido a la naturaleza reciente de la enfermedad, con poca evidencia disponible, los expertos reportan una variedad de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluidos los efectos sobre la salud mental. Como resultado, informan, las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos. Por otro lado, también se reportan conductas sociales negativas ante temores y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias nocivas. Estos estados y comportamientos pueden causar problemas de salud mental pública, incluidas reacciones de pánico, trastornos específicos como el trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión y somatización. Estos últimos síntomas y la necesidad de la misma intervención terapéutica recomendada para niños (40)

Un estudio de mensajes enviados por seguidores de Weibo (red social china) Stake y anuncios de COVID-19 el 20 de enero de 2020 mostró efectos similares, lo que sugiere un mayor riesgo de emociones negativas como ansiedad, depresión y resentimiento, así como una mayor sensibilidad social. , mientras que las emociones positivas (por ejemplo, la felicidad) y la satisfacción con la vida disminuyeron. En general, encontraron que las personas estaban más preocupadas por su propia salud y la de su familia que por el descanso y los amigos.(41)

Por otro lado, en una encuesta en línea a 1.210 personas de diferentes ciudades de China realizada del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, el 53,8 % de los encuestados consideró moderado o moderado el impacto psicológico de la enfermedad; el 16,5 % informó de moderado a grave. síntomas depresivos, el 28,8% reportó síntomas de ansiedad moderados a severos y el 8,1% reportó estrés moderado a severo. La mayoría de los encuestados dijo pasar de 20 a 24 horas al día en casa (84,7%) y el 75,2% tenía miedo de contagiar a sus seres queridos. Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de aplicar futuras

intervenciones es el vínculo entre la información sanitaria específica y actualizada (p. ej., tratamientos, epidemias locales) y las medidas preventivas específicas (p. ej., higiene de manos y uso de mascarillas) para reducir los brotes y reducir el estrés, la ansiedad y la depresión.(40,41)

Cuando se trata de intervenciones psicológicas, claramente hay poca información que pueda revisarse en este punto. Aun así, parte de la información ya está disponible para la comunidad investigadora. En este sentido, los expertos coinciden en que la intervención en crisis debe verse como una medida y debe implementarse en todos los grupos afectados, ya sean pacientes médicos individuales, seres queridos, residentes en el área de crisis y el público. Las intervenciones psicológicas en situaciones de crisis tienen como objetivo reducir el daño psicológico y brindar apoyo durante el período de prevención y control de la epidemia, minimizando así problemas como el estrés postraumático que surgen posteriormente.(42)

Dado que los recursos son limitados, con base a los protocolos establecidos en pacientes con neumonía por coronavirus, reporta cuatro niveles de atención que podían ayudar a la priorización de la atención:

- 1) pacientes con síntomas severos, personal médico de choque investigadores y personal administrativo,
- 2) pacientes con sintomatología mediana, contactos cercanos, pacientes sospechosos o que ingresan con fiebre para tratamiento,
- 3) personas relacionadas con los grupos 1 y 2, como miembros de la familia, colegas o amigos, rescatistas,
- 4) personas en áreas afectadas, grupos vulnerables o público en general.(40)

La cuarentena, concebida como la separación y restricción del movimiento de personas que han sido potencialmente expuestas al virus, también ha sido un factor estudiado, realizaron una revisión rápida acerca del impacto

psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo. Los autores plantean que se han reportado efectos psicológicos negativos, como síntomas de estrés postraumático, confusión e ira. Igualmente, reportan que existirían diversos factores que incidirían en la respuesta de las personas al distanciamiento social, como por ejemplo el tiempo de duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Plantean que en las situaciones en que la cuarentena se considera necesaria, no se debe poner a las personas en cuarentena por un período superior al requerido, debiéndosele proporcionar una justificación clara de la cuarentena e información sobre los protocolos, asegurando que se proporcionen suficientes suministros. (43)

### **2.2.3 CALIDAD DE VIDA**

#### **2.2.3.1 Concepto de Calidad de Vida según la OMS**

La OMS define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (44) Las redes de apoyo social para personas mayores son formales cuando están vinculadas a organizaciones, mientras que las redes de apoyo social informales incluyen a familiares, parientes, vecinos y amigos. Las redes básicas de apoyo juegan un papel importante como parte de las estructuras funcionales, emocionales y sociales. A los efectos de este análisis, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se define como la capacidad de un individuo para realizar actividades importantes en relación con los componentes funcionales, emocionales y sociales de la vida, bajo la influencia de la percepción subjetiva (44)

El proceso de envejecimiento conduce a grandes cambios en el estilo de vida de la población y tiene una fuerte influencia en la cantidad y distribución de la carga social de enfermedad y en la calidad de vida. En Colombia, las personas mayores de 60 años ya representan una gran proporción de los APVP (años perdidos), y el problema del envejecimiento poblacional no se limita al análisis de morbilidad y mortalidad, sino que también incluye una serie de condiciones de vida y seguridad social. Estas condiciones se aplicarán próximamente al SGSS (Sistema General de Seguridad Social) y se debe estar preparado para enfrentarlas, sin embargo, no existe información suficiente para explicar las características de calidad de vida en cuanto a la salud de los adultos mayores en las ciudades centrales de Colombia. asentamiento en las grandes ciudades. este problema. Cuanto más tiempo describa el SGSS los problemas de los adultos mayores, más rentable y efectivo será su manejo, ya que surgen algunos problemas que pueden ser susceptibles de una intervención rápida. El diseño de una política de desarrollo social para la población adulta mayor necesita partir de la investigación, en este sentido, hoy más que nunca, la investigación e identificación de características de calidad de vida relacionadas con la salud y algunos recursos o apoyo social para esta población con el fin de orientar a la Salud. Organismos en el desarrollo de políticas públicas, estrategias, proyectos de gestión, planes de atención y medidas de intervención para promover el bienestar y la dignidad de todos en esta etapa. (45)

### **2.2.3.2 Teorías sobre la calidad de vida**

El uso del concepto de calidad de vida (QoL) volvió a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los investigadores intentaron comprender las percepciones de las personas sobre si la vida era buena o no. Se sienten económicamente seguros (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Su uso generalizado se remonta a la década de 1960, cuando los científicos sociales comenzaron a estudiar la gestión mediante la recopilación de información objetiva y datos como el nivel socioeconómico, el nivel educativo o el tipo de vivienda, pero estos

indicadores económicos suelen ser insuficientes (Bognar, 2005) ya que pueden explicar sólo el 15% de la variación de la calidad de vida individual. Ante esta situación, algunos psicólogos han sugerido que las medidas subjetivas pueden explicar la mayor tasa de cambio en la calidad de vida de las personas porque las medidas psicológicas como la felicidad y se complacen en explicar alrededor del 50% de la variación (Campbell y Rodgers, 1976; Haas, 1999). Para algunos autores, el concepto de CV surge de investigaciones previas sobre el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida que diferenciaron resultados de salud relacionados (Smith, Avis y Assman, 1999). El hecho de que se vincule en primer lugar con otras variables psicológicas relacionadas con el concepto de felicidad hace que hasta la fecha muchos investigadores no hayan distinguido claramente cada concepto o los hayan utilizado en su lugar unos a otros en sus investigaciones. Como observó Meeberg (1993), se agregaron muchos otros términos como satisfacción con la vida, felicidad subjetiva, felicidad, salud, bienestar, salud mental, felicidad, adaptación, estado funcional, capacidad y puntos para especificar la CV. Además, muchos autores no definen qué CV significa para ellos, lo que confunde lo que están tratando de citar .(46)

Esta definición plantea varios problemas. Por un lado, no existe un parámetro universal para un CV bueno u óptimo, ya que los criterios con los que se juzga varían según el individuo y la sociedad. Por otra parte, como lo menciona Edgerton (1990), existe independencia entre hechos subjetivos sobre las condiciones de vida y el bienestar, como un análisis de la magnitud de la varianza explicada por condiciones de vida objetivas y observaciones continuas de países con mayores estándares de calidad de vida. El nivel de ingresos no significa necesariamente el nivel más alto en un currículum según la autoevaluación de los ciudadanos. Además, la felicidad global depende no solo de los propios recursos sino también del entorno sociopolítico donde se desarrolla la felicidad individual (Shen y Lai, 1998). Para Lefley (1998), VC es un concepto lleno de connotaciones culturales, económicas y políticas. El producto final de cualquier modelo de VC sería un estado de felicidad global asociado con una visión dada, asumiendo que todos los individuos tienen derecho a disfrutar y

experimentar ese estado de felicidad. La presencia se puede medir con métricas universales objetivas.(47)

### **2.2.3.3 Calidad de vida salud y bienestar**

La calidad de vida de un individuo tiene al menos dos dimensiones: la visión subjetiva o perceptual y el análisis objetivo de la salud. A su vez, la calidad de vida es un concepto multidimensional con muchas definiciones. Por lo tanto, no existe un estándar único que lo defina, a lo largo del tiempo se ha tratado de medirlo con diversas herramientas, principalmente cuestionarios. Idealmente, esta medición debería cumplir con requisitos metodológicos predeterminados y adaptarse al contexto cultural de cada persona. Varios factores pueden alterar la calidad de vida de una persona, especialmente en los casos en que la enfermedad se desarrolla de forma crónica, por lo que es importante comprender el tratamiento y el pronóstico de un individuo. Un buen ejemplo es un paciente con cáncer que tendrá diferentes síntomas según el tipo de tumor y la ubicación. Por ello, se desarrollaron cuestionarios detallados para cada tumor, de los cuales el más popular fue el EORTC QLQ-C30 por su precisión y fiabilidad, mientras que de él se obtuvieron varios cuestionarios detallados, como el EORTC para mieloma múltiple QLQ-MY20. La calidad de vida es un concepto íntimamente relacionado con el cuidado de la salud y debe comenzar a desarrollar su valor, ya que refleja la forma en que los sujetos perciben "lo bueno y lo malo" en la vida. (44,48)

### **2.2.3.4 Factores asociados a la calidad de vida o determinantes de salud**

La gente comenzó a hablar sobre los determinantes importantes de la población y la salud individual, comenzando con un estudio de Marc Lalonde. Lalonde, un abogado y político que se desempeñó como ministro de salud Public Health Canada, me encargó que estudiara a un grupo de epidemiólogos para investigar la raíz causas de muerte y enfermedad entre los canadienses en una muestra representativa. Al concluir el estudio, Lalonde presentó un informe titulado: Nuevas perspectivas sobre la salud

canadiense, uno de los principales hitos de la salud pública que sirve como guía para la acción de los servicios de salud encomendados a los canadienses. población.

Los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la salud de un individuo o población. Estos determinantes de la salud se pueden dividir en dos grandes categorías(49):

- Mandato multidisciplinario y condiciones económicas, sociales y políticas del estado
- Así como los responsables del sector salud, en unos casos dando seguimiento y control, en otros casos promoviendo y dirigiendo acciones, en las acciones de gobierno en pro de la salud humana. Los determinantes de la salud son:
  - Relacionado con el estilo de vida.
  - Los llamados factores ambientales.
  - Factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de las poblaciones.
  - Por último, están las cuestiones relacionadas con la atención de la salud, es decir, relacionadas con la prestación de servicios médicos al público.

#### *2.2.3.4.1 Determinantes económicos, sociales y políticos.*

Nos llevaría a una mejor comprensión de estos determinantes sobre la salud de la población, haciendo una revisión histórica de los acontecimientos y de las personas que influyeron para que la humanidad comprendiera, la trascendencia de los factores económicos, sociales y políticos, sobre la salud de la población. A fines del siglo XVIII y en el siglo XIX, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de estos factores en la salud de la población, naciendo también, como resultado del estudio de estos acontecimientos, la disciplina científica de la Salud Pública. (50,51)

Los acontecimientos más trascendentes fueron: (50,51)

Los trabajos de un Médico brillante y de reconocido prestigio por toda Europa, donde se desempeñó tanto como médico asistencial, como profesor de las Escuelas de Medicina, fue Johann Peter Frank, quién escribió a inicios del siglo XIX, un tratado de 6 tomos: Un sistema completo de Policía Médica, donde exponía el papel que deberían cumplir los estados para contribuir a la salud de sus poblaciones. Él consideró que a miseria era la madre de las enfermedades, con lo que fue uno de los primeros en la era moderna que consideró los aspectos económicos y sociales, como importantes para la salud de la población, por todo lo cual es considerado, además, uno de los primeros médicos que contribuyó con el nacimiento de la Salud Pública. (51)

#### *2.2.3.4.2 Los determinantes de la salud desde el punto de vista del sector salud*

La publicación del informe Lalonde, que encontró que se identificaron cuatro determinantes principales de la salud luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad en los canadienses, marca un hito importante en el cuidado de la salud personal. como colectivo. Los factores decisivos son:

- Medio ambiente: relacionado con factores ambientales físicos y biológicos, contaminación del aire, contaminación química, suelo, agua y aire, y factores socioculturales y psicosociales relacionados con la convivencia.
- Estilo de vida: relacionado con hábitos alimentarios individuales y grupales, actividad física, adicciones, conductas de riesgo o imprudencia, actividad sexual, uso de servicios médicos, etc.
- Biología humana, que se ocupa de la genética y la edad humana.
- Atención de la salud: se refiere a la calidad, accesibilidad y financiación de los servicios de salud para las personas y las poblaciones.

### **2.2.3.5 Medición de la calidad de vida**

Por ser una disciplina altamente subjetiva, es difícil definir o construir variables específicas para medir la calidad de vida, sin embargo, con base en características comunes a todos los individuos, con base en los modelos de Wilson y Cleary, se pueden dividir en las siguientes categorías: síntomas, factores psicológicos y biológicos, estado funcional actual, así como la propia percepción de salud del paciente. Todos ellos tienen en cuenta los siguientes "soportes" o características del entorno: afectivo, socioeconómico, psicosocial.

Se observaron diferentes interpretaciones entre sujetos, familias y síndromes de salud, así como diferencias en sus valoraciones. Sin embargo, la forma en que se mide la calidad de vida varía según las sociedades. Incluso dentro de un entorno dado, varía de persona a persona, dependiendo de la cultura en la que están inmersos. Por lo tanto, se han desarrollado muchas herramientas diferentes para evaluarlo, aunque los pacientes deben evaluar cuidadosamente la calidad de vida. Los principales determinantes del estado de salud son factores biológicos y psicológicos, ya que suelen conceptualizarse y utilizarse con frecuencia en la práctica clínica.

Dado que el enfoque de medir la salud va más allá de métricas como la mortalidad y la morbilidad para dar cuenta de otras variables que afectan la vida de los pacientes y su deterioro, la Fundación Salud Mundial tomó la iniciativa de desarrollar una herramienta para medir la calidad de vida. Las actividades rutinarias de la vida diaria.

Sobre esta base, se crearon WHOQOL-100 (1991) y WHOQOL-BRIEF (1994), el único instrumento internacional de calidad de vida de la OMS, mediante la colaboración con diferentes grupos culturales. Incluye un cuestionario personalizado para ser respondido en una escala de 1 a 5 (1 significa "ninguno" y 5 significa "bastante") cómo se siente el paciente sobre la enfermedad y su sentido subjetivo de salud, basado en su experiencia de las dos anteriores semanas para responder. La primera escala desarrollada para determinar de forma consistente el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas fue la puntuación

de Karnosfky, una escala de 10 puntos que se utiliza actualmente en pacientes con cáncer. Esta aplicación es rápida y fácil. El auge tecnológico en el que vivimos hoy ha transformado el entorno de la salud, estamos armados con tecnología móvil que puede tener aplicaciones potenciales en la recopilación de información sobre la calidad de vida.(48).

#### *2.2.3.5.1 Modelo de calidad de vida según Maslow*

Pirámide de Maslow o jerarquía de las necesidades humanas. Maslow propuso una jerarquía de necesidades humanas y psicológicas en su teoría, argumentando que cuando se satisfacen las necesidades más básicas, las personas desarrollan necesidades y deseos más elevados. Pero no hay duda de que el lugar clave para aplicar esta teoría es el lugar de trabajo, porque ahí es donde ocurre el 70% de nuestro trabajo diario.

¿En qué consiste la pirámide de Maslow?

Se basa en la premisa de que para ser felices todos los seres humanos deben ser capaces de satisfacer ciertas necesidades básicas y solo cuando esas necesidades son satisfechas surgen los deseos superiores. Así, lo presenta como una pirámide dividida en 5 niveles, siendo los cuatro primeros los más básicos. La solicitud debe cubrirse de abajo hacia arriba, solo de esta manera se puede satisfacer la siguiente solicitud en un orden jerárquico. Por el contrario, es decir, si no se cubren las necesidades mínimas de la pirámide, habrá un desequilibrio de todas las dimensiones, no alegría, depresión, tristeza y desequilibrio.

#### **¿Cuáles son estas necesidades y cómo aplicarlas en el trabajo?**

- a) Necesidades fisiológicas: es la necesidad más básica porque es necesaria para la existencia (Agua limpia, Alimentación, tener un buen descanso, Ir al baño, Evitar el dolor, Mantener la temperatura corporal (usar ropa adecuada o un ambiente cálido). Si no se cubren estas necesidades, el resto es impensable. Así que tener un trabajo para hacer todas estas cosas es muy importante. Si no se le permite

beber, descansar o ir al baño en el trabajo cuando su cuerpo lo requiere, no solo los empleados no querrán hacer su trabajo, sino que la empresa podría correr el riesgo de cerrar antes de tiempo.

- b) **Necesidades de seguridad y protección:** Como seres humanos, es muy importante que nos sintamos física y mentalmente seguros y protegidos para poder desarrollarnos adecuadamente sin importar dónde nos encontremos. Maslow distinguió dos tipos principales de seguridad: Seguridad personal (no queremos lastimarnos en el trabajo) y salud (tampoco queremos poner en peligro nuestra salud). La seguridad de poseer y almacenar activos físicos como una casa, dinero o un automóvil. Es imprescindible la presencia de personal de seguridad y material necesario para el trabajo. Además de crear un buen ingreso nos permite sustentarnos y tener una buena vida.
- c) **La necesidad de pertenencia:** Estas dos necesidades son seguidas por la necesidad de pertenencia, o la necesidad de relación. Es importante sentirse parte de un grupo y conectar con la familia, pareja o amigos, etc. Entonces, la empresa no solo le permite pasar tiempo con sus seres queridos, sino que también tiene que crear un buen ambiente de trabajo para colegas y clientes. Construir relaciones saludables con los clientes permitirá que su negocio prospere y tenga éxito. Ya sabes, el cliente primero. (52)
- d) **Necesidad de reconocimiento:** Tengo que admitirlo: aquí estamos hablando de algo superior, pero importante en todos los niveles: se trata de la autoestima. El respeto y el sentimiento de ser respetado es esencial. La confianza no solo es buena para el individuo sino también para la empresa. El mercado es muy competitivo, y entre una empresa que trabaja con empleados inseguros e infelices y una empresa que trabaja con empleados excelentes, esta última está obligada a ganar, no solo por los resultados, sino también por la buena reputación de la organización. Todos en el negocio saben que la imagen y la reputación lo son todo. (52)
- e) **Necesidad de autorrealización:** La necesidad de autoconciencia: nada más, nada menos, completa felicidad, armonía y amor. Esta es la necesidad más grande de todas porque en este momento una

persona puede encontrar el sentido de su vida y ver y experimentar la existencia de una manera completamente diferente a los demás. Pero precisamente por eso, es uno de los requisitos más difíciles de cumplir porque depende más de nuestro interior que del exterior. Frente a la empresa, siempre debe recordarse mutuamente, incluso haciendo gestos desinteresados a quienes más lo necesitan para fortalecer su estatus y marca (52).

#### 2.2.3.5.2 *Modelo Schalock y Verdugo de calidad de vida*

Modelo de calidad de vida de Schalock y los artistas intérpretes o ejecutantes

Según el modelo teórico propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), la calidad de vida de este colectivo comprende ocho dimensiones: bienestar emocional, felicidad material, bienestar físico, relaciones interpersonales, integración social, desarrollo, autodeterminación y derechos. (53)

#### **2.2.3.6 Bienestar emocional**

La salud emocional es un estado de ánimo caracterizado por la salud, la armonía y la paz, la reconciliación con nosotros mismos y el mundo que nos rodea, y la conciencia de nuestra capacidad para hacer frente a los factores estresantes de la vida normal de forma equilibrada.

Una persona mentalmente sana no es aquella que está libre de dificultades o dolores, sino aquella que sabe navegar entre sus deseos y la realidad, proyectos y oportunidades, necesidades y oportunidades, dependencias y relaciones equilibradas entre las personas y los demás. Está íntimamente relacionado con la autoestima, la confianza, la capacidad de afrontar situaciones estresantes y encontrar soluciones, y la capacidad de superar las adversidades. (54)

Optimismo: Es una emoción asociada a una buena salud física y mental, muy influenciada por emociones placenteras (emoción, alegría,

entusiasmo, gratitud, presencia, etc.). La energía, la fuerza y el estado físico también están asociados con una buena salud mental.

Así, sabremos si una persona tiene un alto grado de equilibrio emocional gracias a la estabilidad en la vida cotidiana, la capacidad de afrontar los fracasos cotidianos, de afrontar situaciones estresantes, y de afrontar situaciones estresantes y encontrar soluciones sin dejarse dominar por la ansiedad. y emociones negativas, y recuperarse. de la adversidad (inmunidad) (resiliencia). (55)

#### *2.2.3.6.1 Relación*

Desde interactuar y mantener una relación cercana (asistir a eventos, tener amigos estables, tener una buena relación con la familia) y si sientes el amor de tu pareja, pasando por interacciones positivas y gratificantes con la sociedad.

#### *2.2.3.6.2 Beneficios materiales*

Esto incluye recursos financieros, ahorros y aspectos materiales suficientes para ayudar a las personas a llevar una vida cómoda, saludable y plena.

#### *2.2.3.6.3 Desarrollo personal*

Esto tiene en cuenta el desarrollo de habilidades y destrezas sociales, la utilidad social, la participación en el propio PPA. Aproveche el desarrollo personal y las nuevas oportunidades de aprendizaje o ingrese al mundo laboral para mantenerse motivado y desarrollar habilidades personales, adaptar el comportamiento y desarrollar estrategias de comunicación.

#### *2.2.3.6.4 Salud física*

Desde la asistencia sanitaria (profiláctica, general, domiciliaria, hospitalaria, etc.), se tiene en cuenta los niveles de dolor, los medicamentos, y todos los aspectos que afectan a su salud, y permite tomar medidas de normal funcionamiento. Fitness te permite realizar las

actividades diarias de acuerdo a tu capacidad, con apoyo técnico si es necesario.

#### *2.2.3.6.5 Derecho a la autodeterminación*

Se basa en un proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, en la capacidad de elegir. Contiene metas y valores personales, intereses, metas y preferencias. Estos aspectos ayudan en la toma de decisiones y permiten a las personas optar por defender ideas y opiniones. La autonomía personal es un derecho fundamental para ayudar a las personas, permitiéndole organizar su vida y tomar decisiones sobre sus inquietudes.

#### *2.2.3.6.6 Integración social*

Valorar el rechazo y la discriminación de los demás. Si está utilizando un entorno de entretenimiento social, podemos evaluarlo en función de si sus amigos son universales o restringidos. La inclusión se puede medir a través de la participación y la accesibilidad, que pueden romper las barreras físicas de la inclusión social.

#### *2.2.3.6.7 Derechos*

Esto incluye el derecho a la privacidad, el derecho a un respeto mensurable por el trato recibido en su entorno. Vale la pena preguntarse sobre el nivel de comprensión e implementación de los derechos civiles.

### **2.2.3.7 Calidad de vida según el SF36**

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado en los Estados Unidos a principios de la década de 1990 con el propósito de Estudios de Resultados Médicos (MOS). Es una escala de propósito general que proporciona una visión general del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Se puede utilizar para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) en la población general y subgrupos específicos, comparar la carga de múltiples enfermedades, examinar los

beneficios para la salud de las terapias, varios métodos y la evaluación del estado de salud. condición individual del paciente. Sus propiedades psicométricas beneficiosas han sido evaluadas en más de 400 artículos y se han realizado numerosos estudios para comparar los resultados, lo que la convierte en una de las herramientas más prometedoras en el campo de la CVRS. (56)

#### *2.2.3.7.1 Calidad de vida en relación a la salud*

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. (46)

Desde sus inicios como medida de la salud humana, ha sido uno de los conceptos utilizados en el cuidado de la salud que es indistinguible de calidad de vida, y muy pocos autores lo distinguen del concepto de calidad de vida global. La calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, por sus siglas en inglés) a menudo se usa indistintamente con el estado de salud, el estado funcional, la calidad de vida y la evaluación de necesidades. Algunos autores generalmente definen la CVRS como parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso a menudo sustituye a la calidad de vida general, lo que sugiere que ambos constructos evaluarán los mismos parámetros. (57).

A pesar de esta diferencia, la gran mayoría de los autores cree que se debe distinguir la CVRS de la CVRS, ya que el término se utiliza en el campo médico para evaluar la calidad de los cambios resultantes de las intervenciones médicas, ya que debe limitarse al conocimiento empírico del paciente sobre su enfermedad, porque describen la experiencia de un paciente como resultado de la atención médica o determinan el impacto de una enfermedad en la vida diaria, es decir, miden la salud desde la perspectiva del paciente. Otros investigadores han sugerido que la CVRS

debería centrarse en características como los ingresos, la libertad y la calidad ambiental, (58)

Diversas razones han motivado su uso en España. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación, el SF-36 y su versión reducida de 12 ítems, el SF-12, se han convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. Tras casi una década de experiencia de muchos investigadores españoles es necesario hacer un balance sobre las potencialidades y las realidades del cuestionario. En este artículo se revisan el contenido del cuestionario, el proceso de su adaptación al español y las evidencias sobre sus características métricas. También se hace una valoración sobre las aplicaciones y las limitaciones detectadas, así como un resumen de los desarrollos novedosos del cuestionario que intentan superarlas. (59)

#### Contenido del SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 incluye 36 preguntas (ítems) para evaluar el estado de salud positivo y negativo. Fue desarrollado sobre la base de una gran cantidad de cuestionarios utilizados en MOS y cubre 40 conceptos de salud. Para la construcción del cuestionario se seleccionaron los conceptos mínimos necesarios para mantener las características de relevancia y desempeño del ensayo original. El cuestionario final incluye 8 escalas que representan los conceptos de salud más utilizados en el cuestionario de salud primaria, así como los aspectos más relevantes de la enfermedad y el tratamiento. (59)

Las 36 categorías de instrumentos cubren las siguientes escalas: actividad física, actividad física, dolor físico, salud general, vitalidad, actividad social, actividad emocional y salud mental. Además, SF-36 incluye un elemento de transición que pregunta sobre los cambios en la salud general del año anterior. Esta entrada no se usa para calcular ninguna escala, pero brinda información útil sobre los cambios en la salud cognitiva en el año anterior al uso del SF-36 (60)

Hay 2 versiones del cuestionario del período de retiro: "Estándar" (4 semanas) y "Agudo" (1 semana). Este cuestionario es para mayores de 14 años y preferiblemente debe completarse de forma independiente, pero

también se aceptan entrevistas personales y telefónicas. La consistencia interna no mostró diferencias entre el cuestionario autoadministrado y el cuestionario de entrevista. (61)

#### **2.2.3.8 Calidad de vida según grupos de edad**

La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de su salud, estado de ánimo y bienestar en general. Es necesario distinguir entre calidad de vida y nivel de vida, ya que la primera está relacionada con la percepción de cada objeto y la segunda con el aspecto económico. El objetivo aquí es determinar el nivel de calidad de vida de las personas mayores. Por lo tanto, se aplicó inmediatamente la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF a 29 adultos mayores de 50 a 85 años que participaban en dos grupos de apoyo diferentes. En los ítems 1 y 2, el 21% (6 sujetos) puntuaron por debajo de 3, calificando su calidad de vida como negativa y su salud insatisfactoria, frente al 79%. Dos (calidad de vida y salud) son negativos. Bien normal. En el punto 26, el 21% de los encuestados mostró una alta frecuencia de tristeza, negatividad y desesperación, mientras que el 79% restante se mostró satisfecho con su calidad de vida y salud, es decir, menor frecuencia de negatividad. Solo el 7% (dos personas) calificó negativamente ambas áreas. En total, alrededor del 80% de los encuestados fueron según su edad, calidad de vida y salud percibida. El 7% de la población identificada en riesgo considera que su calidad de vida y salud es muy mala y muy insatisfecha. Se recomienda que las intervenciones geriátricas estén diseñadas para evitar mayores riesgos. (8)

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerarán hipótesis estadísticas.

#### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Edad en años cumplidos	1. 18-19 años 2. 20-29 años 3. 30-39 años 4. 40-49 años 5. 50-59 años 6. $\geq$ 60 años	Ordinal
Sexo	Género por fenotipo	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Nivel de instrucción	Último grado alcanzado	1- Sin instrucción 2- Primaria completa 3- Secundaria incompleta 4- Secundaria completa 5- Superior incompleta 6- Superior completa	Nominal
Condición de aseguramiento	Condición de aseguramiento actual	1. SIS MINSA 2. Essalud 3. Sin Seguro médico 4. Otro	Nominal
Enfermedades concomitantes	Presencia de enfermedades crónicas	1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Tuberculosis	Nominal

	sistémicas concomitantes en tratamiento médico	4. Artritis reumatoide 5. Obesidad 6. Enfermedad cardiaca 7. otras	
Hospitalización	Internamiento por Covid 19 en área de aislamiento (sin internamiento en UCI)	1. Si 2. No	Nominal
Tiempo de hospitalización	Días de internamiento en hospitalización: área COVID	1. < 7 días 2. 8 a 15 días 3. 16 a 30 días 4. Más de 30 días	Nominal
Tiempo transcurrido del alta	Tiempo en meses del alta hospitalaria	1. 1 mes 2. 1 a 3 meses 3. 4 a 6 meses 4. Más de 6 meses	Nominal
Tiempo de alta epidemiológica	Evidencia de registro SISCOVID 100 del Ministerio de salud de registro de pacientes covid 19	1. 6 meses 2. 7 a 12 meses	Razón
Recepción de terapia de rehabilitación	Recepción de fisioterapia institucional post alta con sesiones completas	1. Si N° de sesiones: _____ 2.No	Nominal
Recepción de terapia psicológica	Recepción de terapia psicológica institucional pos alta con sesiones completas	1. Si 2. No	Nominal
Sintomatología de consulta	Sintomatología expresada en momento de consulta al	1. Fiebre/escalofríos 2. Malestar general 3. Tos 4. Dolor de garganta	Nominal

	padecimiento y registrada en historial clínico	5. Congestión nasal 6. Dificultad respiratoria a grandes esfuerzos 7. Dificultad respiratoria a pequeños esfuerzos 8. Diarrea 9. Nauseas/vómitos 10. Diarrea 11. Irritabilidad/confusión 12. Dolor muscular 13. Dolor Pecho 14. Dolor abdominal 15. Dolor articulaciones 16. Anosmia 17. Trastorno del sueño 18. Caída del pelo 19. Pérdida de memoria 20. Alteraciones Visuales 21. Astenia 22. Apatía	
Sintomatología persistente actual	Características sintomatológicas expresadas al momento actual, transcurrido más de 6 meses de infección	1. Fiebre/escalofríos 2. Malestar general 3. Tos 4. Dolor de garganta 5. Congestión nasal 6. Dificultad respiratoria a grandes esfuerzos 7. Dificultad respiratoria a pequeños esfuerzos 8. Diarrea 9. Nauseas/vómitos 10. Diarrea 11. Irritabilidad/confusión	Nominal

		12. Dolor muscular 13. Dolor Pecho 14. Dolor abdominal 15. Dolor articulaciones 16. Anosmia 17. Trastorno del sueño 18. Caída del pelo 19. Pérdida de memoria 20. Alteraciones Visuales 21. Astenia 22. Apatía	
Calidad de vida	Cuestionario SF 36 (62) Esferas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Función Física</li> <li>• Rol Físico</li> <li>• Dolor Corporal</li> <li>• Salud General</li> <li>• Vitalidad</li> <li>• Función Social</li> <li>• Rol Emocional</li> <li>• Salud Mental</li> </ul>	1. Se analizó la variable en forma continua en una escala de 0 a 100	Razón
Dimensiones generales de calidad de vida	Esfera más afectada. Se determinará mediante el consolidado final de SF 36: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfera mental</li> <li>2. Esfera física</li> </ol>	1. Se analizó la variable en forma continua en una escala de 0 a 100	Razón

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1 DISEÑO DE INVESTIGACION**

Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, porque no hubo manipulación de variables y los datos fueron recogidos en un solo momento.

#### **4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en la jurisdicción del C.S La Esperanza de la Red de Salud de Tacna. El establecimiento es de nivel I-4 con atención las 24 horas. Se encuentra ubicado a 598 m.s.n.m. en la región de Tacna y pertenece al Ministerio de Salud del Perú. Cuenta con los servicios de:

- Médico general
- Médico especialista en medicina interna
- Médico especialista en pediatría
- Médico especialista en ginecología y obstetricia.
- Médico especialista en medicina familiar
- Médico especialista en neurología
- Médico especialista en gastroenterología
- Médico especialista en endocrinología
- Enfermería.
- Profesional de la salud capacitado en salud mental.
- Médico general capacitado en salud mental.
- Psicología.
- Obstetra.
- Cirujano dentista.
- Radiología oral.
- Nutricionista.
- Emergencia.
- Procedimientos ambulatorios en la especialidad de ginecología y obstetricia.
- Procedimientos ambulatorios en la especialidad de gastroenterología.

- Tópico de inyectables y nebulizaciones.
- Urgencias y emergencias por Médico especialista de medicina interna.
- Urgencias y emergencias por Médico especialista de pediatría.
- Sala de Observación de Emergencia.
- Parto vaginal por Médico especialista en ginecología y obstetricia, y por obstetra.
- Atención inmediata del recién nacido por Médico especialista en pediatría y enfermera.
- Hospitalización de Ginecología y Obstetricia.
- Procedimientos de Laboratorio Clínico tipos I-3 ó I-4.
- Radiología Convencional.
- Ecografía general y Doppler.
- Rehabilitación de Discapacidades Leves y Moderadas mediante terapia física.
- Farmacia clínica.
- Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización.

### 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.3.1 Población

Durante el año 2021 fueron atendidos por COVID 19 la siguiente demanda:

Tabla 2.

Distribución de frecuencias de la población atendida con diagnóstico de COVID-19, C.S. La Esperanza de la Red de Salud de Tacna Año 2021.

	n	%
PRUEBA ANTIGÉNICA	858	47.4
PRUEBA MOLECULAR	712	39.3
PRUEBA SEROLÓGICA	242	13.4
Total	1812	100.0

### 4.3.2 Muestra

Se realizó muestreo aleatorio simple del marco muestral de todos los atendidos por COVID 19 confirmados por PCR en la jurisdicción del C.S. La Esperanza de la Red de Salud de Tacna. donde cada jurisdicción se comportó como un conglomerado, del cual se seleccionó la muestra representativa por afijación proporcional. El tamaño de la muestra se determinó mediante:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

$Z_{\alpha}$  = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 712
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

$$n = 250$$

#### 4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Paciente Mayor de 18 años
- b. Antecedente de COVID 19 confirmado por PCR
- c. Nacionalidad peruana
- d. De ambos sexos
- e. Residente en Tacna mayor a 6 meses

#### **4.3.2.2 Criterios de exclusión**

- a. Paciente con antecedente de diagnóstico asmático.
- b. Paciente con tuberculosis en tratamiento
- c. Pacientes que no deseen participar del estudio.

### **4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.4.1 Técnicas**

Encuesta personalizada intrafamiliar estructurada (visita domiciliaria)

#### **4.4.2 Instrumentos**

##### **a) Ficha sociodemográfica y familiar**

Se trata de instrumento que indagará los antecedentes personales de la población estudiada, características familiares, de aseguramiento y educacionales. (anexo 01)

##### **b) Instrumento de Medición de sintomatología persistente**

Se exploró las principales características sintomatológicas registradas en el formato oficial del Ministerio de Salud bajo vigilancia epidemiológica para pacientes demandantes de COVID-19.(63) y corroborado por publicaciones indizadas para discusión (64). (anexo 02)

##### **c) Instrumento de medición de Calidad de Vida SF-36**

Se utilizó el instrumento de calidad de vida SF-36 validado ya para el Perú (65) y de aplicación mediante visita domiciliaria. El

instrumento fue aplicado en grupo inicial piloto donde se indagará un Alfa de Cronbach mayor a 0.8

Se calcularon los puntajes del test por dimensiones:

- **Función Física:** Limitaciones humanas a realizar todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a problemas Salud.
- **Rol Físico:** problemas laborales o correspondientes a otras actividades diarias a causa que el cuerpo no se encuentra bien.
- **Dolor Corporal:** grado en que las enfermedades restringen la actividad diaria
- **Salud General:** Percepción del estado Salud.
- **Vitalidad:** el grado de energía
- **Función Social:** frecuencia de interferencia con problemas físicos o emocionales y actividades sociales
- **Rol Emocional:** Problema del resultado del trabajo y otras actividades diarias relacionados a problemas emocionales
- **Salud Mental:** existe estabilidad emocional dolor y depresión o felicidad y tranquilidad.

**Tabla 1 Contenido de la Escala SF36(66)**

Tabla1. Contenido de las escalas del SF-36			
Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a el
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Para el cálculo de puntaje, se determina una escala general que va de 0 a 100 puntos y se diferencia por cada una de las dimensiones. A mayor puntaje, mayor calidad de vida.

El instrumento cuenta con validación a nivel nacional e internacional.  
(anexo 03)

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO ANÁLISIS**

#### **5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

La aplicación del instrumento de recolección de datos será de tipo cuantitativo adaptado y validado por estudios nacionales y reportes oficiales del Ministerio de Salud del Perú. Su validación es considerada en la institución referida, así como por el respaldoado por publicaciones existentes

El instrumento y su aplicación contempla:

- El levantamiento de la información se realizó mediante visitas domiciliarias con autorización o consentimiento informado. La información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes.
- Instrumento se ajustó a los objetivos de estudio.
- Participación de equipo capacitado en entrevista personalizada previamente capacitado en los objetivos del estudio
- Formato de registro estructurado mediante ficha validada.
- Administrado en forma personalizada por equipo encuestador con supervisión del investigador.
- Se realizó un mapeo de la jurisdicción del C.S La Esperanza de la Red de Salud de Tacna con asistencia técnica estadística

El registro de los datos se hizo en forma digital en tablets con base Excel respectiva.

## **5.2 PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los resultados se presentarán en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codificaron en EXCEL estructurada en formato numérico para exportación múltiple. Los datos se analizó en SPSS 21 y se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas (medidas de tendencia central y de dispersión). Seleccionadas estas, se utilizará el análisis bivariado con ajuste de muestra utilizando las pruebas chi cuadrada para la determinación de variables asociadas a ideación. Se determinará la relación de sintomatología persistente según calidad de vida. Las pruebas t independientes se utilizarán para el contraste de las variables cuantitativas de puntaje de calidad de vida. Se representará las relaciones en barras de error con un intervalo de confianza del 95%. Se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

## **5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Se solicitó aprobación de Comité de Ética de la Universidad Privada de Tacna.

Todos los participantes serán informados sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información fue totalmente anónima.

Los resultados serán absolutamente científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

## RESULTADOS

**TABLA 01**

**Distribución de frecuencia según características sociodemográficas en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

		n	%
Edad	18 a 19 años	7	2.8%
	20 a 29 años	43	17.2%
	30 a 39 años	79	31.6%
	40 a 49 años	67	26.8%
	50 a 59 años	34	13.6%
	60 a más	20	8.0%
	Total	250	100.0%
Sexo	Masculino	124	49.6%
	Femenino	126	50.4%
	Total	250	100.0%
Nivel escolar	Primaria completa	22	8.8%
	Secundaria incompleta	15	6.0%
	Secundaria Completa	114	45.6%
	Superior Incompleta	57	22.8%
	Superior Completa	42	16.8%
	Total	250	100.0%
Condición de aseguramiento	Sin seguro	18	7.2%
	SIS MINSAs	209	83.6%
	Essalud	23	9.2%
	Total	250	100.0%

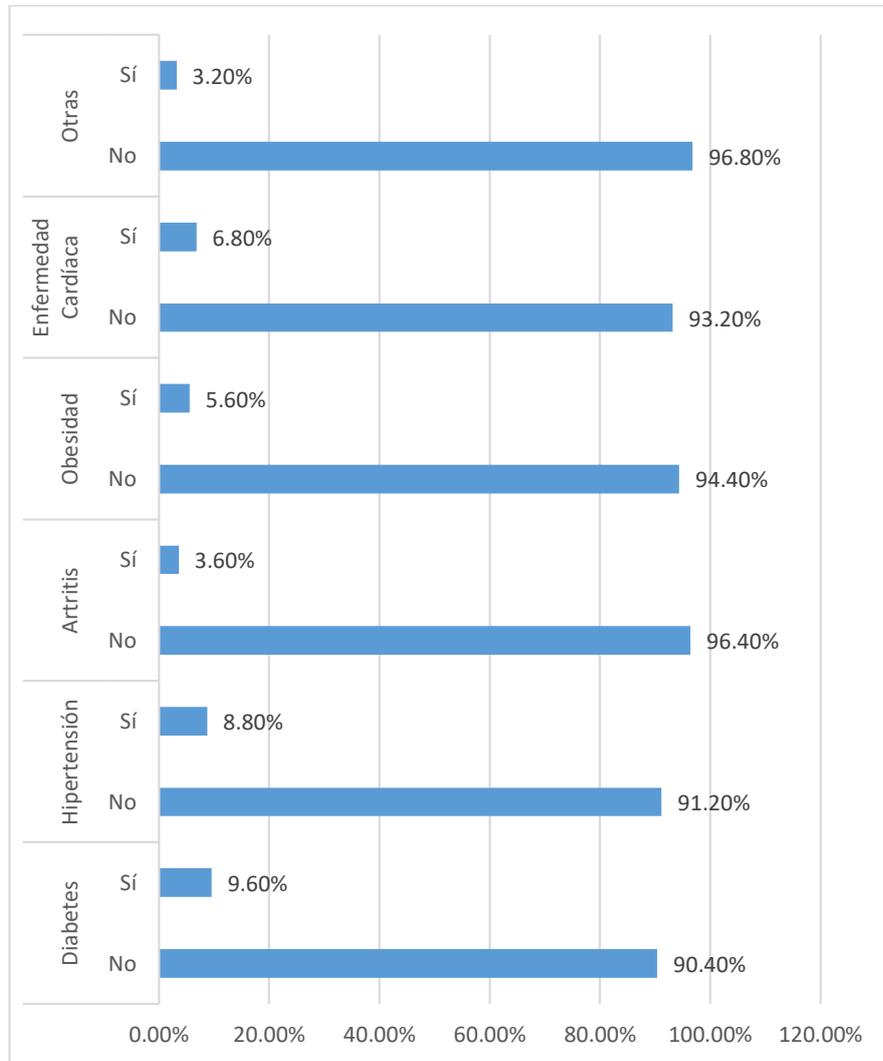
En la tabla 01 podemos observar que el 31.6% de la muestra en estudio tenía entre 30 a 39 años, seguido de un 26.8% entre 40 a 49 años y el 17.2% entre 20 a 29 años. El 50.4% era de sexo femenino y el 49.6% de sexo masculino. El 45.6% contaba con secundaria completa como nivel de instrucción seguido de un 22.8% con superior incompleta.

**TABLA 02**

**Distribución de frecuencia según presencia de comorbilidad en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

		n	%
Diabetes	No	226	90.4%
	Sí	24	9.6%
	Total	250	100.0%
Hipertensión	No	228	91.2%
	Sí	22	8.8%
	Total	250	100.0%
Tuberculosis	No	250	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	250	100.0%
Artritis	No	241	96.4%
	Sí	9	3.6%
	Total	250	100.0%
Obesidad	No	236	94.4%
	Sí	14	5.6%
	Total	250	100.0%
Enfermedad Cardíaca	No	233	93.2%
	Sí	17	6.8%
	Total	250	100.0%
Otras	No	242	96.8%
	Sí	8	3.2%
	Total	250	100.0%

**Gráfico 01: Distribución de frecuencia según presencia de comorbilidad**



En la tabla 02 y gráfica 01 se puede observar que el 9.60% presentaba el antecedente de diabetes, el 8.8% hipertensión, 6.8% enfermedad cardíaca, 5.6% obesidad y 3.6% artritis, principalmente.

**TABLA 03**

**Distribución de frecuencia según hospitalización y tiempo al alta en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

		n	%
Hospitalización	No	245	98.0%
	Sí	5	2.0%
	Total	250	100.0%
Tiempo de hospitalización	menor a 7 días	0	0.0%
	8 a 15 días	0	0.0%
	16 a 30 días	5	100.0%
	Más de 30 días	0	0.0%
	Total	5	100.0%
Tiempo transcurrido desde alta hospitalaria	1 mes	0	0.0%
	1 a 3 meses	0	0.0%
	4 a 6 meses	0	0.0%
	Más de 6 meses	5	100.0%
	Total	5	100.0%
Tiempo desde alta epidemiológica	6 meses	0	0.0%
	7 a 12 meses	250	100.0%
	Total	250	100.0%

En la tabla 03 se observa que el 2% de la muestra representativa requirió hospitalización, y que el periodo de internamiento estuvo en el rango de 16 a 30 días. En el grupo de estudio, el 100% tuvo un tiempo transcurrido desde alta hospitalaria y epidemiológica superior a 6 meses.

**TABLA 04**

**Distribución de frecuencia de antecedente de haber recibido alguna terapia de rehabilitación respiratoria y psicológica en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

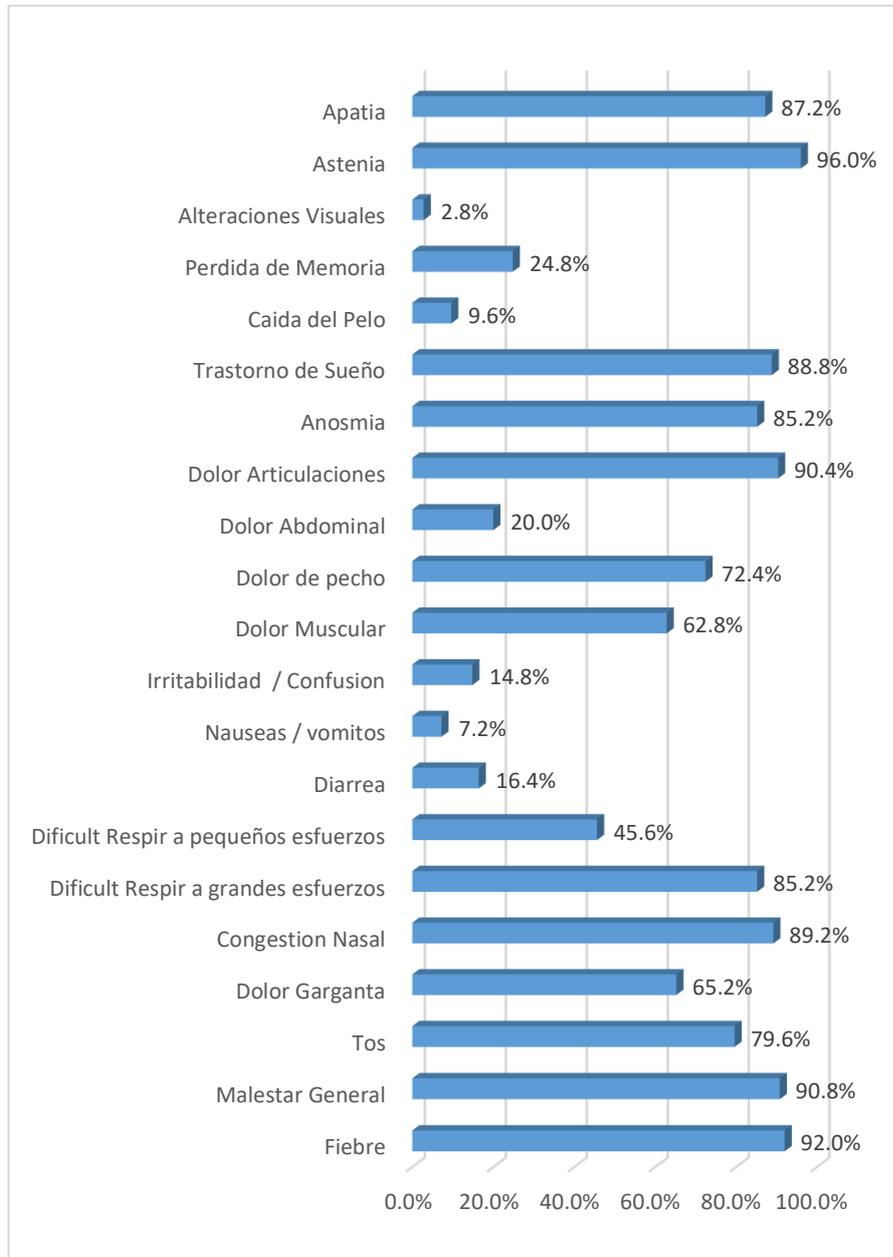
		n	%
Recepción de terapia de rehabilitación	No	248	99.2%
	Sí	2	.8%
	Total	250	100.0%
Recepción de terapia psicológica	No	245	98.0%
	Sí	5	2.0%
	Total	250	100.0%

En la tabla 04 se puede observar que el 99.2% no recibió ninguna orientación en rehabilitación respiratoria o terapia afín. Similarmente, el 98% no recibió terapia psicológica.

**TABLA 05**  
**Distribución de sintomatología al momento de identificación de infección**

		n	%
Fiebre	No	20	8.0%
	Sí	230	92.0%
	Total	250	100.0%
Malestar General	No	23	9.2%
	si	227	90.8%
	Total	250	100.0%
Tos	No	51	20.4%
	Sí	199	79.6%
	Total	250	100.0%
Dolor Garganta	No	87	34.8%
	Sí	163	65.2%
	Total	250	100.0%
congestión Nasal	No	27	10.8%
	Sí	223	89.2%
	Total	250	100.0%
Dificultad Respiratoria grandes esfuerzos	No	37	14.8%
	Sí	213	85.2%
	Total	250	100.0%
Dificultad Respiratoria pequeños esfuerzos	No	136	54.4%
	Sí	114	45.6%
	Total	250	100.0%
Diarrea	No	209	83.6%
	Sí	41	16.4%
	Total	250	100.0%
Nauseas / vómitos	No	232	92.8%
	Sí	18	7.2%
	Total	250	100.0%
Irritabilidad / confusión	No	213	85.2%
	Sí	37	14.8%
	Total	250	100.0%
Dolor Muscular	No	93	37.2%
	Sí	157	62.8%
	Total	250	100.0%
Dolor de pecho	No	69	27.6%
	Sí	181	72.4%
	Total	250	100.0%
Dolor Abdominal	No	200	80.0%
	Sí	50	20.0%
	Total	250	100.0%
Dolor Articulaciones	No	24	9.6%
	Sí	226	90.4%
	Total	250	100.0%
Anosmia	No	37	14.8%
	Sí	213	85.2%
	Total	250	100.0%
Trastorno de Sueño	No	28	11.2%
	Sí	222	88.8%
	Total	250	100.0%
caída del Pelo	No	226	90.4%
	Sí	24	9.6%
	Total	250	100.0%
Pérdida de Memoria	No	188	75.2%
	Sí	62	24.8%
	Total	250	100.0%
Alteraciones Visuales	No	243	97.2%
	Sí	7	2.8%
	Total	250	100.0%
Astenia	No	10	4.0%
	Sí	240	96.0%
	Total	250	100.0%
apatía	No	32	12.8%
	Sí	218	87.2%
	Total	250	100.0%

**Gráfico 02: Frecuencia de sintomatología presente al momento de identificación de infección**

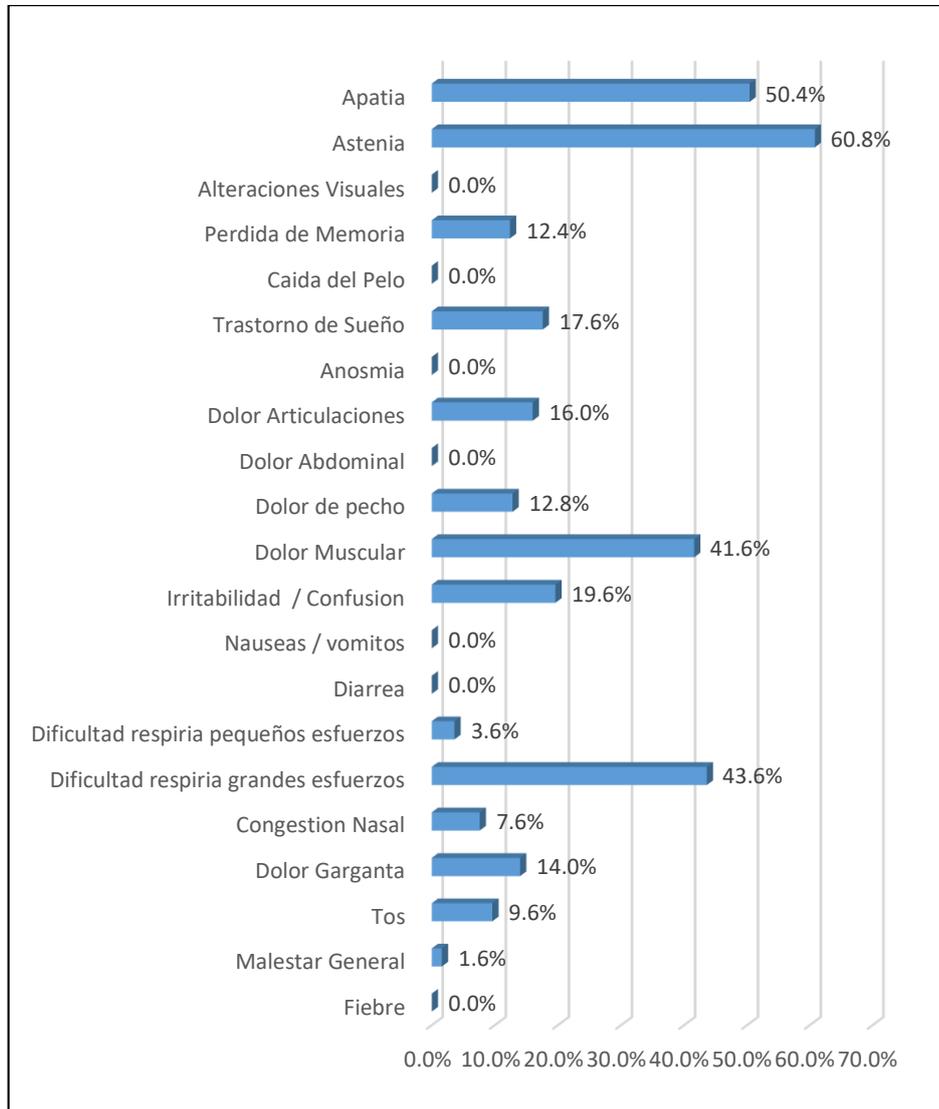


En la tabla 05 y gráfica 02, se puede observar la sintomatología más frecuente registrada en ficha epidemiológica y complementada por paciente en el momento de la captación. Podemos observar que el grupo de síntomas (fiebre, malestar general, dolor en articulaciones y astenia) representaron el 92%, 90.8%,90.4% y 96%, respectivamente. El grupo de síntomas (congestión nasal, dificultad respiratoria a grandes esfuerzos, anosmia, trastornos del sueño y apatía) representaron el 89.2%, 85.2%, 85.2%, 88.8% y 87.2%, respectivamente. Los demás síntomas representaron por debajo del 80%.

**Tabla 06**  
**Frecuencia de sintomatología persistente después de los 6 meses de alta epidemiológica**

		n	%
Malestar General	No	246	98.4%
	Sí	4	1.6%
	Total	250	100.0%
Tos	No	226	90.4%
	Sí	24	9.6%
	Total	250	100.0%
Dolor Garganta	No	215	86.0%
	Sí	35	14.0%
	Total	250	100.0%
Congestion Nasal	No	231	92.4%
	Sí	19	7.6%
	Total	250	100.0%
Dificultad respira grandes esfuerzos	No	141	56.4%
	Sí	109	43.6%
	Total	250	100.0%
Dificultad respira pequeños esfuerzos	No	241	96.4%
	Sí	9	3.6%
	Total	250	100.0%
Irritabilidad / Confusion	No	201	80.4%
	Sí	49	19.6%
	Total	250	100.0%
Dolor Muscular	No	146	58.4%
	Sí	104	41.6%
	Total	250	100.0%
Dolor de pecho	No	218	87.2%
	Sí	32	12.8%
	Total	250	100.0%
Dolor Articulaciones	No	210	84.0%
	Sí	40	16.0%
	Total	250	100.0%
Trastorno de Sueño	No	206	82.4%
	Sí	44	17.6%
	Total	250	100.0%
Pérdida de Memoria	No	219	87.6%
	Sí	31	12.4%
	Total	250	100.0%
Astenia	No	98	39.2%
	Sí	152	60.8%
	Total	250	100.0%
Apatía	No	124	49.6%
	Sí	126	50.4%
	Total	250	100.0%

**Grafico 03: Frecuencia de sintomatología persistente después de los 6 meses**



En la tabla 06 y gráfica 03 se observa la frecuencia de los síntomas que los pacientes identifican que persisten después de su padecimiento. Se logra identificar que la astenia, apatía, dificultad a grandes esfuerzos, dolor muscular e irritabilidad/confusión representaron el 60.8%, 50.4%, 43.6%, 41.6% y 19.6%, respectivamente.

**Tabla 07**

**Distribución de frecuencia de número de síntomas persistentes percibidos en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

	n	%
Ninguno	21	8.4
1 síntoma	53	21.2
2 síntomas	67	26.8
3 síntomas	54	21.6
4 síntomas	34	13.6
5 o más	21	8.4
Total	250	100.0

En la tabla 07 se observa la distribución de frecuencia del número de síntomas persistentes. Cabe destacar que un paciente pudo haber presentado más de un síntoma, pero aquí se explora, independientemente de los síntomas principales, la frecuencia de contar con 1 o más a la vez. Se puede ver que sólo el 8.4% refiere que ningún síntoma se volvió a repetir. El 21.2% presentó por lo menos 01 síntoma persistente, el 26.8% refiere la presencia de 2 síntomas a la vez, seguido de un 21.6% con 3 síntomas a la vez, principalmente.

**Tabla 08**

**Calidad de vida (SF 36) según esferas en pacientes con COVID-19 tras 6 meses o más de confirmación por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	250	5.00	45.00	29.1915	12.42007
ROL FISICO (0-100)	250	0.00	75.00	14.6250	27.32678
DOLOR CORPORAL (0-100)	250	12.00	80.00	27.3000	16.59589
SALUD GENERAL (0-100)	250	37.00	77.00	59.8440	9.04716
VITALIDAD (0-100)	250	25.00	68.75	52.3250	8.75326
FUNCION SOCIAL (0-100)	250	12.50	100.00	36.5927	27.39875
ROL EMOCIONAL (0-100)	250	0.00	33.33	21.2160	10.06720
SALUD MENTAL (0-100)	250	35.00	91.67	47.9333	8.45995

En la tabla 08 se observa los promedios alcanzados en la medición de calidad de vida por esferas en una escala de 0 a 100 del instrumento validado SF 36. Podemos observar que la esfera mayormente comprometida fue Rol Físico (Media: 14.62) Seguida de Rol Emocional (Media:21.21), Dolor Corporal (Media: 27.30) Función Física (Media: 29.19), Función Social (Media: 36.59) y Salud Mental (Media:47.93), con puntajes por debajo de 50.

**Tabla 09**

**Correlación entre las esferas de calidad de vida en pacientes con COVID-19 tras 6 meses o más de confirmación por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

		FUNCION FISICA (0-100)	ROL FISICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCION SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	.583** .000	.753** .000	.147* .024	.287** .000	.578** .000	.689** .000	.334** .000
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.583** .000	1	.820** .000	.383** .000	.410** .000	.712** .000	.744** .000	.305** .000
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.753** .000	<b>.820**</b> .000	1	.357** .000	.340** .000	.762** .000	.756** .000	.367** .000
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.147* .024	.383** .000	.357** .000	1	.029 .645	.323** .000	.217** .002	.078 .218
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.287** .000	.410** .000	.340** .000	.029 .645	1	.492** .000	.431** .000	.187** .003
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.578** .000	<b>.712**</b> .000	<b>.762**</b> .000	.323** .000	.492** .000	1	.703** .000	.363** .000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.689** .000	<b>.744**</b> .000	.756** .000	.217** .002	.431** .000	.703** .000	1	.300** .000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.334** .000	.305** .000	.367** .000	.078 .218	.187** .003	.363** .000	.300** .000	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 09 se puede diferenciar el nivel de correlación entre las esferas donde destaca principalmente la esfera más afectada que es ROL FÍSICO. Esta esfera está altamente relacionada con DOLOR CORPORAL (Pearson:0.820), ROL EMOCIONAL (Pearson: 0.744) y FUNCION SOCIAL (Pearson:0.712), principalmente. Concomitantemente se aprecia que el DOLOR CORPORAL también se encuentra correlacionado con la FUNCION SOCIAL (Pearson: 0.762). Podemos deducir que es el ROL FÍSICO que destaca como la esfera más correlacionada a la afectación de las demás.

**Tabla 10**

**Correlación del consolidado de los componentes mental y físico según esferas en pacientes con COVID-19 tras 6 meses o más de confirmación por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

		COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.431 .000	.268 .000
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	<b>.858</b> .000	.409 .000
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.698 .000	.343 .000
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.001 .984	.232 .001
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.314 .000	.342 .000
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.545 .000	.041 .575
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	<b>.715</b> .000	<b>.543</b> .000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.476 .000	<b>.764</b> .000

En la tabla 10 se presenta el consolidado de las dimensiones diferenciando COMPONENTE FISICO Y COMPONENTE MENTAL según la correlación presente por dimensiones o esferas en la aplicación del SF-36. Se puede apreciar una marcada correlación entre la esfera ROL FISICO en el COMPONENTE FISICO GENERAL (Pearson:0.858) y ROL EMOCIONAL EN EL COMPONENTE FISICO (Pearson: 0.715), principalmente. La SALUD MENTAL y el ROL EMOCIONAL son los más correlacionados con el COMPONENTE MENTAL (Pearson:0.764) (Pearson:0.543).

**Tabla 11**

**Medidas de tendencia central de los Componentes Físico y Mental (consolidado) según el sf36 en pacientes con COVID-19 tras 6 meses o más de confirmación por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FÍSICO	24.62	44.06	32.1941	3.85995
COMPONENTE MENTAL	26.73	45.73	33.3548	3.37879

Se puede apreciar en la tabla 11 que ambos componentes, FÍSICO Y MENTAL, se encuentra comprometidos con puntajes medios muy bajos de 32.19 y 33.35 en una escala de 0-100, respectivamente. De allí que cobra importancia con fines de priorización clínica la exploración por esferas, como se expresó en la tabla 10.

**Tabla 12**

**Correlación de N° de síntomas y Componente Mental y Físico en pacientes con COVID-19 tras 6 meses o más de confirmación por PCR atendidos en la jurisdicción del C.S. La Esperanza tras “Segunda Ola” de pandemia Tacna, 2021**

			N° de síntomas persistentes	COMPONENTE FÍSICO
Rho de Spearman	N° de síntomas persistentes	Coeficiente de correlación	1.000	<b>.424**</b>
		Sig. (bilateral)		.000
		N	250	250
	COMPONENTE FÍSICO	Coeficiente de correlación	.424**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	250	250
			N° de síntomas persistentes	COMPONENTE MENTAL
Rho de Spearman	N° de síntomas persistentes	Coeficiente de correlación	1.000	<b>.428**</b>
		Sig. (bilateral)		.000
		N	250	250
	COMPONENTE MENTAL	Coeficiente de correlación	.428**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	250	250

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El nivel de correlación entre el número de síntomas y los Componente Físico (Rho de Spearman: 0.424) y Mental (Rho de Spearman:0.428) es muy similar. En ambos casos podríamos afirmar que ambos componentes son los afectados, pero que, si bien los valores del estadístico se muestran bajos, la correlación se da y que prevalecerá la condición de análisis por esferas realizada en las tablas 09 y 10.

## DISCUSIÓN

La COVID-19 es una infección respiratoria aguda potencialmente grave causada por el nuevo SARS-CoV-2. La infección respiratoria van de una patología leve semejante al resfriado común, hasta la neumonía viral grave (14,15). Placeres hizo una revisión bibliográfica sobre esta, patología transmisible y otras no transmisibles, que han azotado la raza humana a lo largo de los últimos 100 años. Pero en el siglo XXI esta afecta a todo el mundo y es considerada verdadera pandemia. (17,18) La transmisibilidad es dependiente de la carga viral, el tipo de contacto, el ámbito y las medidas de prevención y control de la infección que se apliquen(14).

Los estudios de autopsia han demostrado que los pacientes que fallecieron por insuficiencia respiratoria tenían evidencia de daño alveolar exudativo difuso con congestión capilar masiva, de las muestras de cerebro mostró cambios hipóxicos, pero no encefalitis u otros cambios cerebrales específicos del virus. Se detectaron niveles bajos del virus en el tejido cerebral. Se detecta con frecuencia en el músculo cardíaco en estudios de autopsia. La miocarditis aguda es rara. Los hallazgos más comunes fueron dilatación cardíaca, isquemia miocárdica y trombosis.(14) La evaluación de los infiltrados inmunes mostró que los neutrófilos agregados eran evidentes en los pulmones y algunos otros órganos. La presencia desproporcionada de neutrófilos y NET agregada en comparación con la presencia esporádica de virus indica una respuesta inmunitaria autónoma desadaptativa Se han observado esteatosis hepática, congestión sinusoidal, trombosis y fibrosis vascular, e inflamación e hiperplasia portal y lobulillar (34).

Otros hallazgos novedosos en la autopsia son la pancreatitis, la pericarditis, el microinfarto suprarrenal, la mucormicosis diseminada secundaria y la activación microglial del cerebro. Existe la hipótesis de que el COVID-19 es una enfermedad del endotelio. La endoteliopatía y la activación plaquetaria parecen ser características importantes del COVID-19 en pacientes hospitalizados y es probable que estén asociados con la coagulopatía, la enfermedad crítica y la muerte. Se cree

también que los factores genéticos juegan un papel importante. (14,36). De allí que se espera una afectación de múltiples órganos que aún están en discusión.

La condición post-coronavirus, también conocida como "coronavirus prolongado", se refiere colectivamente al conjunto de síntomas a largo plazo que experimentan muchas personas después de contraer el coronavirus"(6). Los factores de riesgo es un tema que aún no es claro y tampoco se conoce por cuanto tiempo es su persistencia. Que, si bien la OMS manifiesta al menos 2 meses, los pacientes refieren persistencia hasta por más de seis meses. Las secuelas respiratorias no son las únicas que aparecen tras la infección por SARS-CoV-2. En aquellos casos en los que existan síntomas de otro tipo (musculares, neurocognitivos, psicológicos, digestivos), se remite al paciente a la consulta de la patología respectiva a tratar, o bien a la consulta de enfermedades infecciosas de Medicina Interna. (39) Algunos hospitales ya llevan más de un año realizando consultas POSTCOVID e incluso ofrecen servicios de neumología y atención primaria de los pacientes con seguimiento clínico (5).

Debido a la naturaleza reciente de la enfermedad, con poca evidencia disponible, los expertos reportan una variedad de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluidos los efectos sobre la salud mental como problemas de salud mental, incluidas reacciones de pánico, trastornos específicos como el trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión y somatización (40) Weibo (red social china) Stake y anuncios de COVID-19 el 20 de enero de 2020 mostró efectos similares, lo que sugiere un mayor riesgo de emociones negativas como ansiedad, depresión y resentimiento, así como una mayor sensibilidad social.(41) Cuando se trata de intervenciones psicológicas, claramente hay poca información que pueda revisarse en este punto. En este sentido, los expertos coinciden en que la intervención en crisis debe verse como una medida y debe implementarse en todos los grupos afectados.(42)

Dennis et al (9), hablan del Síndrome Post-COVID-19 encontró que el 99% tenía 4 o más síntomas; 42% de 10 o más signos y el 60% tenía síndrome post-COVID-19

grave. Parodi et al (10) demostraron que no hubo asociación entre los síntomas persistentes y los problemas cardiovasculares pero encontró persistencia de la astenia en un 15,5%, seguido de la disnea en 12,1%. Concluye así que cerca de un tercio de la población estudiada mostraban síntomas persistentes con un 28.6%. Rosales-Castillo et al (11) examina la persistencia de los síntomas clínicos tras la COVID-19 y la importancia del seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria. El 62,5 % refirió síntomas persistentes: disnea (31,4 %), fatiga (30,5 %), mialgias (13 %), tos (5 %), pérdida del olfato (1,7 %) y pérdida de audición (1%). En el 28%, al menos 2 de los signos anteriores permanecen. Carrillo et al (12), reafirma que es recurrente que luego de una enfermedad algunos síntomas persistan, pero con respecto al coronavirus al parecer estarían impactando en la calidad de vida. En su población, el 96% presentaban indicios persistentes siendo los más comunes después de 3 meses, (34,85%) presentaban: fatiga y anosmia. Sólo un 17 % reinició sus actividades físicas.

Carod-Artal, FJ (7) publicó un estudio sobre el “Síndrome post-COVID-19” porque al parecer los pacientes no se recuperaban completamente y que había una variedad de signos y síntomas persistentes a lo largo de semanas o meses incluso en pacientes con que hayan cruzado enfermedad leve a moderada. El 10-65% de los sobrevivientes de coronavirus leve/moderado tienen síntomas del síndrome post-COVID-19 después de 12 semanas o más. Los síntomas más comunes son fatiga, dificultad para respirar, cambios en la concentración, concentración, memoria y sueño, ansiedad y depresión. Reconoce que aún no existe un régimen específico para el síndrome post-COVID-19 y sus criterios diagnósticos no han sido evaluados mediante medidas psicométricas adecuadas.

En Perú, Tarazona et al (5), observó persistencia de síntomas. De un total de 37 pacientes el 50% manifestaba Dolor de Tórax posterior, el 35% Cefalea, un 32% Dolor de tórax anterior, el 32% tos, un 30% disnea a grandes esfuerzos, el 27% Disnea a mediados esfuerzos, el 16% astenia, y en porcentajes menores también observó mialgia, Artralgias, dolor de garganta, hiporexia, diarreas, prurito ocular,

bajo peso, fiebre, depresión y ansiedad. Además, un 60% de ellos presentaban al mismo tiempo entre 2 a 3 síntomas siendo el rango entre 1 a 6.

En nuestro estudio logramos identificar que el grupo de síntomas más frecuentes al momento de la identificación fueron fiebre, malestar general, dolor en articulaciones y astenia y representaron el 92%, 90.8%, 90.4% y 96%, respectivamente. Un segundo grupo estuvo por los síntomas de congestión nasal, dificultad respiratoria a grandes esfuerzos, anosmia, trastornos del sueño y apatía y representaron el 89.2%, 85.2%, 85.2%, 88.8% y 87.2%, respectivamente. Los demás síntomas representaron por debajo del 80%. Los síntomas que se mantuvieron persistentes fueron la astenia, apatía, dolor muscular, dificultad a grandes esfuerzos e irritabilidad/confusión y representaron el 60.8%, 50.4%, 41.6%, 43.6% y 19.6%, respectivamente. El 26.8% refiere la presencia de 2 síntomas a la vez, seguido de un 21.6% con 3 síntomas a la vez, principalmente. El 21.4% de los pacientes refirió al menos 01 síntoma persistente.

Respecto a Calidad de Vida, es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (44) Los diferentes organismos sanitarios deberían generar políticas públicas, estrategias, proyectos de gestión, planes de atención y medidas de intervención para promover el bienestar y la dignidad de todos especialmente como llevar un estado post enfermedad altamente traumática como el COVID 19 (45) El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado en los Estados Unidos a principios de la década de 1990 con el propósito de Estudios de Resultados Médicos (MOS). Sus propiedades psicométricas beneficiosas han sido evaluadas en más de 400 artículos y se han realizado numerosos estudios para comparar los resultados, lo que la convierte en una de las herramientas más prometedoras en el campo de la CVRS. (56) El Cuestionario de Salud SF-36 incluye 36 preguntas (ítems) sobre la base de una gran cantidad de cuestionarios utilizados y cubre 40 conceptos de salud. El cuestionario incluye 8 escalas que representan los conceptos de salud más utilizados en el

cuestionario de salud primaria, así como los aspectos más relevantes de la enfermedad y el tratamiento. (59).

En nuestro estudio se observó que la esfera mayormente comprometida fue ROL FISICO (Media: 14.62) seguida de ROL EMOCIONAL (Media:21.21), DOLOR CORPORAL (Media: 27.30) FUNCION FISICA (MEDIA: 29.19), FUNCION SOCIAL (Media: 36.59) Y SALUD MENTAL (Media:47.93), con puntajes por debajo de 50. Además de ello, el nivel de correlación entre las esferas donde destaca principalmente la esfera más afectada que es ROL FISICO. Esta esfera está altamente relacionada con DOLOR CORPORAL (Pearson:0.820), ROL EMOCIONAL (Pearson: 0.744) y FUNCION SOCIAL (Pearson:0.712), principalmente. El nivel de correlación entre el número de síntomas y los Componente Físico (Rho de Spearman: 0.424) y Mental (Rho de Spearman:0.428) es muy similar. En ambos casos podríamos afirmar que ambos componentes son los afectados, pero que si bien los valores del estadístico se muestran bajos, la correlación se da y que prevalecerá la condición de análisis por esferas.

Como es necesario reconocer, el seguimiento del paciente post COVID 19 es una tarea aún pendiente y que se tiene que protocolizar a diferentes niveles. A nivel mundial es creciente la presentación de estrategias en este sentido, y las iniciativas locales y nacionales deben aportar en ese sentido con propuestas clínicas e investigaciones para dar evidencia.

## CONCLUSIONES

- a) El 31.6% de la muestra tenía entre 30 a 39 años, seguido de un 26.8% entre 40 a 49 años. El 50.4% era de sexo masculino y el 49.6% de sexo femenino. El 45.6% contaba con secundaria completa. El 9.60% presentaba el antecedente de diabetes, el 8.8% hipertensión, 6.8% enfermedad cardiaca, 5.6% obesidad y 3.6% artritis. El 2% requirió hospitalización, con una estancia entre 16 a 30 días. El 99.2% y 98% no recibió rehabilitación respiratoria ni terapia psicológica, respectivamente.
- b) El 8.4% refiere que ningún síntoma persistente. El 21.2% presentó por lo menos 01 síntoma persistente, el 26.8% refiere la presencia de 2 síntomas seguido de un 21.6% con 3 síntomas a la vez, principalmente. La astenia, apatía, dificultad a grandes esfuerzos, dolor muscular e irritabilidad/confusión representaron el 60.8%, 50.4%, 43.6%, 41.6% y 19.6%, respectivamente.
- c) La esfera mayormente comprometida fue ROL FISICO (Media: 14.62) seguida de ROL EMOCIONAL (Media:21.21), DOLOR CORPORAL (Media: 27.30) FUNCION FISICA (MEDIA: 29.19), FUNCION SOCIAL (Media: 36.59) Y SALUD MENTAL (Media:47.93), con puntajes por debajo de 50. Ambos componentes, FISICO Y MENTAL, se encuentra comprometidos con puntajes medios muy bajos de 32.19 y 33.35 en una escala de 0-100.
- d) Existe una correlación de los Componente Físicos (Rho de Spearman: 0.424) y Mental (Rho de Spearman:0.428) con número de síntomas presentes. La exploración por esferas identifica que el ROL FISICO es el más afectado.

## **RECOMENDACIONES**

1. Realizar un programa de seguimiento del paciente que tuvo COVID-19 confirmado e identificar en ellos un manejo adecuado de sintomatología persistente.
2. Realizar trabajos de investigación conducentes a tipificar clínicamente las patologías asociadas a persistencia de sintomatología clínica, a través de trabajos de investigación prospectivos y controlados.
3. Proponer un protocolo de tamizaje para identificación de pacientes con síndrome post covid-19 con el apoyo de profesionales interdisciplinarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* [Internet]. 19 de junio de 2021 [citado 21 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214168/>
2. Abereu MRP, Tejeda JG, Guach RAD. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 6 de abril de 2020 [citado 26 de mayo de 2022];19(2):3254. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254>
3. Robineau O, Wiernik E, Lemongne C, Lamballerie J, Ninove L, Blanché H. Persistent symptoms after the first wave of COVID-19 in relation to SARS-CoV-2 serology and experience of acute symptoms: A nested survey in a population-based cohort - The Lancet Regional Health – Europe. *The lancet Regional Health Europe* [Internet]. 2022 [citado 21 de mayo de 2022];17. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(22\)00056-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(22)00056-4/fulltext)
4. Nguyen Y. Post-discharge Persistent Symptoms and Health-related Quality of Life After Hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection* [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022];SIIC Salud-universitty of Paris:1-9. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/164435>
5. Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, Herrera-Alania O, Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, et al. ¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID-19? *Acta Médica Peruana* [Internet]. octubre de 2020 [citado 21 de mayo de 2022];37(4):565-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1728-59172020000400565&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000400565&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): afección posterior a la COVID-19 [Internet]. OMS. 2021 [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)
7. Carod-Artal FJ. [Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved]. *Rev Neurol* [Internet]. 2021 [citado 21 de mayo de 2022];72(11):384-96. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>

8. Guerrero Ceh JG, Can Valle AR, Sarabia Alcocer B. Identificación de niveles de calidad de vida en personas con un rango de edad entre 50 y 85 años. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas: RICSH* [Internet]. 2016 [citado 27 de mayo de 2022];5(10):623-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771331>
  
9. Dennis A, Wamil M, Alberts J, Oben J, Cuthbertson DJ, Wootton D, et al. Multiorgan impairment in low-risk individuals with post-COVID-19 syndrome: a prospective, community-based study. *Open access* [Internet]. 11:62. Disponible en: <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10125867/1/e048391.full.pdf>
  
10. Parodi JB, Bobadilla Jacob P, Toledo GC, Micali RG, Iacino MP, Sotelo B, et al. Compromiso cardíaco y su relación con la gravedad del cuadro agudo y los síntomas persistentes en la convalecencia de infección por COVID-19. *Rev argent cardiol* [Internet]. 2021 [citado 21 de mayo de 2022];89(4):332-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482021000400332](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482021000400332)
  
11. Rosales-Castillo A, García de los Ríos C, Mediavilla García JD. Persistencia de manifestaciones clínicas tras la infección COVID-19: importancia del seguimiento. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 8 de enero de 2021 [citado 21 de mayo de 2022];156(1):35-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518172/>
  
12. Carrillo J, Fridman V, Stecher D. Evaluación de la persistencia de síntomas luego de un episodio de infección por SARS-CoV-2: Actualizaciones en Sida e Infectología [Internet]. 26 de noviembre de 2021 [citado 21 de mayo de 2022];(107). Disponible en: <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/95>
  
13. Chérrez-Ojeda I, Gochicoa-Rangel L, Salles-Rojas A, Mautong H. Seguimiento de los pacientes después de neumonía por COVID-19. *Secuelas pulmonares. Revista Alergia México* [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2022];67(4). Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/847>
  
14. Beeching NJ, Fletcher TE, Fowler R. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) - Síntomas, diagnóstico y tratamiento | Mejores prácticas de BMJ [Internet]. *BMJ Best Practice*. 2022 [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201>
  
15. Mitchell A, Chiwele I, Costello J. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). *Directamnete al punto de atención* [Internet]. *BMJ Best Practice*. 2021 [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5368.pdf>

16. Placeres Hernández JF, Alonso Gómez M, Martínez Abreu J, Olivares Alonso A, López Valle L, Sarabia Águila EC, et al. La COVID-19 y otras pandemias. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. febrero de 2021 [citado 26 de mayo de 2022];43(1):2963-76. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Placeres Hernández JF, Alonso Gómez M, Martínez Abreu J, Olivares Alonso A, López Valle L, Sarabia Águila EC. La COVID-19 y otras pandemias. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. febrero de 2021 [citado 26 de mayo de 2022];43(1):2963-76. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS. 2022 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
19. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. La COVID-19 y otras pandemias. *Editora Médica Colombiana* [Internet]. 2020 [citado 26 de mayo de 2022];24(3):183-205. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=en&nrm=i&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000102963&lng=en&nrm=i&tlng=es)
20. Saldaña Timana Y. Experiencia clínica durante el internado médico en el hospital Gustavo Lanatta Lujan – Bagua complementado en el centro de salud de Tuman 2020 - 2021 [Internet] [Trabajo de suficiencia]. [Chiclayo Perú.]: Universidad San Martín de Porres; 2021. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8124/salda%203%B1a\\_ty.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8124/salda%203%B1a_ty.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Organización Mundial de la Salud. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones [Internet]. 2020 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Transmission\\_modes-2020.3-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
23. Organización de las Naciones Unidas. ¿Cómo se transmite el COVID-19? [Internet]. Noticias ONU. 2020 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477231>

24. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 26 de marzo de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];382(13):1199-207. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001316>
25. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Ann Intern Med* [Internet]. enero de 2021 [citado 27 de mayo de 2022];174(1):69-79. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-5008>
26. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med* [Internet]. 5 de marzo de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];382(10):970-1. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2001468>
27. Silverberg SL, Zhang BY, Li SNJ, Burgert C, Shulha HP, Kitchin V, et al. Child transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 27 de mayo de 2022];22(1):172. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-03175-8>
28. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Grupo de Infecciones de Urgencias. Información y Explicación de la Pandemia del siglo XXI COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/05/P%C3%ADdora-7-Incubaci%C3%B3n-y-transmisi%C3%B3n\\_JGC.pdf](https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/05/P%C3%ADdora-7-Incubaci%C3%B3n-y-transmisi%C3%B3n_JGC.pdf)
29. National Academies. ¿Cuánto tiempo vive el coronavirus en las superficies? | National Academies [Internet]. National Academies of Sciences Engineering Medicina. 2021 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.nationalacademies.org/espanol/based-on-science/basado-en-la-ciencia/cuanto-tiempo-vive-el-coronavirus-en-las-superficies>
30. Foundation for Medical Education an research. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Middlesex Health. 2022 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/enfermedad-del-coronavirus-2019-covid-19>
31. Gala A. Capacidad de respuesta a emergencias epidémicas: recomendaciones para la autoevaluación nacional. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. agosto de 2005 [citado 27 de mayo de 2022];18:139-48. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n2/139-148/>

32. Vargas García RE, Galindo M. Aspectos epidemiológicos de la zoonosis [Internet]. Departamento de medicina preventiva y salud Pública FMVZ de la UNAM; 2014 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://www.zoonosis.unam.mx/contenido/publicacion/archivos/libres/ASPECTOS\\_EPIDEMIOLOGICOS\\_DE\\_LAS\\_ZOONOSIS.pdf](http://www.zoonosis.unam.mx/contenido/publicacion/archivos/libres/ASPECTOS_EPIDEMIOLOGICOS_DE_LAS_ZOONOSIS.pdf)
33. Piamo-Morales AJ, García-Rojas M, García-Rojas M, Campo-Beroes O. Hallazgos de autopsias en la infección por COVID-19. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2020 [citado 27 de mayo de 2022];24(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000600014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000600014)
34. Padilla Machaca PM, Cárdenas Ramírez BE, Cabrera Cabrejos MC. Impacto del COVID-19 en las enfermedades hepáticas y la salud pública en el Perú. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. abril de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];40(2):162-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1022-51292020000200162&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292020000200162&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
35. Goshua G, Pine AB, Meizlish ML, Chang CH, Zhang H, Bahel P, et al. Endotheliopathy in COVID-19-associated coagulopathy: evidence from a single-centre, cross-sectional study. The Lancet Haematology [Internet]. agosto de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];7(8):e575-82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352302620302167>
36. Morales Peralta E, Alvarez Fornaris MA, Morales Peralta E, Alvarez Fornaris MA. COVID-19: aspectos relacionados a la susceptibilidad genética y defectos congénitos. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. octubre de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];19(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2020000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Luna RCD la C, Velarde AV de V, Castillo DL, Daza MM, Estrada LV, Candiotti RT, et al. Recomendaciones para la rehabilitación de pacientes adultos con Covid-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. julio de 2021 [citado 27 de mayo de 2022];21(3):595-609. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2308-05312021000300595&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312021000300595&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
38. Comunican. Portal de noticias. Los profesionales del Hospital Dr. Negrín realizaron en 2021... [Internet]. 2021 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/los-profesionales-del-hospital-dr-negrin-realizaron-en-2021-un-total-de-672-894-consultas/>
39. Canarias potencia la atención a pacientes con covid persistente [Internet]. Radio Televisión Canaria. 2021 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://rtvc.es/canarias-potencia-la-atencion-a-pacientes-con-covid-persistente/>

40. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicol* [Internet]. abril de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];38(1):103-18. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082020000100103&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082020000100103&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
41. Narváez Jonnathan Harvey, Obando-Guerrero Lina María, Hernández-Ordoñez Karen Melisa, Cruz-Gordon Eliana Katherine De la. Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad Salud* [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 May 27] ; 23(3): 207-216. Disponible en: Epub 1 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234> . [citado 27 de mayo de 2022]; Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072021000300207](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300207)
42. Unidad de Salud Mental y uso de Sustancias de la OPS SMAPS MV (WDC). intervenciones recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) durante la pandemia [Internet]. OMS OPS. 2020. (Conócelo, prepárate y actúa). Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Intervenciones-recomendadas-SMAPS-pandemia-COVID-19.pdf>
43. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev cub salud pública* [Internet]. 5 de febrero de 2021 [citado 27 de mayo de 2022];46:e2488. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>
44. Botero de Mejía BE, Pico Merchan ME. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2007 [citado 28 de mayo de 2022];12(11-24). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
45. Vallejo Pineda D. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un barrio de La Comuna 3 De Armenia, Quindío [Internet] [Tesis de Máster]. [Colombia]: Universidad del Quindío; 2021. Disponible en: <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6187/PROYECTO%20ODE%20GRADO%20DANIELA%20VALLEJO%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile* [Internet]. marzo de 2010 [citado 27 de mayo de 2022];138(3):358-65. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872010000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872010000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

47. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71 Copyright 2012 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/40268175/art06pdf/>
48. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic* [Internet]. 2016;11(3):120-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
49. Aguirre MV. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Act Med Per* [Internet]. 2011;28(4):237-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
50. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana* [Internet]. octubre de 2011 [citado 28 de mayo de 2022];28(4):237-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
51. Martínez AMS, Cruz ML, López NAH, Trejo LMR, Garrido MO, Vargas CEC, et al. La trascendencia de los determinantes sociales de la salud “Un análisis comparativo entre los modelos”. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 26 de septiembre de 2019 [citado 28 de mayo de 2022];4(11):1051-63. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3065>
52. Eden Spring. La pirámide de motivación de Maslow y cómo aplicarla al entorno laboral [Internet]. Eden Springs. 2016 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.aguaeden.es/blog/la-piramide-de-motivacion-de-maslow-y-como-aplicarla-al-entorno-laboral>
53. Martín JCM. Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003): análisis multivariante [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Salamanca; 2006 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144464>
54. Comunidad Madrid. Bienestar emocional y salud [Internet]. Comunidad de Madrid. 2018 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/bienestar-emocional-salud>
55. Departamento de Prevención y Desarrollo de la CULTura de la Salud. Bienestar emocional [Internet]. Primera edición. Madrid, España: Fraternidad Mupresa y Seguridad Social; s/f. Disponible en: <https://www.fraternidad.com/sites/default/files/inline->

files/Gu%C3%ADa%20Prevencion%20-%20Bienestar%20Emocional%20-%20v2%20%28protegida%29.pdf

56. Loayza Adrianzen LG. Agustino, Noviembre – Diciembre 2015. [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú.]: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/453/Loayza\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/453/Loayza_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
57. Ribot Reyes V de la C, Leyva Villafañá Y, Moncada Menéndez C, Alfonso Sánchez R. Calidad de vida y demencia | Ribot Reyes | Archivo Médico Camagüey. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2016 [citado 27 de mayo de 2022];20(1). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4156/2242>
58. Albarracín Rodríguez A, Arenas S. Evaluación Psicológica. (Calidad de Vida) [Internet]. Monografía. 2020 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/462214724/Evaluacion-Psicologica-Calidad-de-vida>
59. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [Internet]. abril de 2005 [citado 27 de mayo de 2022];19(2):135-50. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
60. Trujillo Blanco WG, Hernández JJR, Hernández AML, Falco ER, Naite OFA, Porro EM, et al. Adaptation of the SF-36 questionnaire for measuring health-related life quality in cuban workers. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2014;15(1):64-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>
61. Prior Gomez N. Descripción de algunos cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud [Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2015 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/d-escrpci%C3%B3n-de-algunos-cuestionarios-de-cvrs.q5r3v27z>
62. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. abril de 2005;19(2):135-50.
63. Ministerio de Salud del Peru: Fliha COVID-19 [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/documentos/epidemiologia/2020/FIcha%20COVID-19.pdf>

64. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* [Internet]. 19 de junio de 2021 [citado 16 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214168/>
65. Salazar FR, Bernabe E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. 2012 [citado 19 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5272>
66. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. abril de 2005;19(2):135-50.

## ANEXO 01

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DEMOGRAFICA

#### Edad

1. 18-19 años
2. 20-29 años
3. 30-39 años
4. 40-49 años
5. 50-59 años
6.  $\geq$  60 años

#### Sexo

1. Masculino
2. Femenino

#### Nivel de escolaridad

- 1- Sin instrucción
- 2- Primaria completa
- 3- Secundaria incompleta
- 4- Secundaria completa
- 5- Superior incompleta
- 6- Superior completa

#### Condición de aseguramiento

1. SIS MINSA
2. Essalud
3. Sin Seguro médico
4. Otro

#### Enfermedades concomitantes

1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Tuberculosis
4. Artritis reumatoide
5. Obesidad
6. Enfermedad cardiaca
7. otras

### Hospitalización

1. Si
2. No

### Tiempo de hospitalización

1. < 7 días
2. 8 a 15 días
3. 16 a 30 días
4. Más de 30 días

### Tiempo transcurrido del alta

1. 1 mes
2. 1 a 3 meses
3. 4 a 6 meses
4. Más de 6 meses

### Tiempo de alta epidemiológica

1. 6 meses
2. 7 a 12 meses

### Recepción de terapia de rehabilitación

1. Si

Nº de sesiones: \_\_\_\_\_

2. No

### Recepción de terapia psicológica

1. Si
2. No

## ANEXO 02

### SINTOMATOLOGIA AL INGRESO

1. Fiebre/escalofríos
2. Malestar general
3. Tos
4. Dolor de garganta
5. Congestión nasal
6. Dificultad respiratoria a grandes esfuerzos
7. Dificultad respiratoria a pequeños esfuerzos
8. Diarrea
9. Nauseas/vómitos
10. Diarrea
11. Irritabilidad/confusión
12. Dolor muscular
13. Dolor Pecho
14. Dolor abdominal
15. Dolor articulaciones
16. Anosmia
17. Trastorno del sueño
18. Caída del pelo
19. Pérdida de memoria
20. Alteraciones Visuales
21. Astenia
22. Apatía

### SINTOMATOLOGIA ACTUAL

1. Fiebre/escalofríos
2. Malestar general
3. Tos
4. Dolor de garganta
5. Congestión nasal
6. Dificultad respiratoria a grandes esfuerzos
7. Dificultad respiratoria a pequeños esfuerzos
8. Diarrea
9. Nauseas/vómitos
10. Diarrea
11. Irritabilidad/confusión
12. Dolor muscular
13. Dolor Pecho
14. Dolor abdominal
15. Dolor articulaciones
16. Anosmia
17. Trastorno del sueño
18. Caída del pelo
19. Pérdida de memoria
20. Alteraciones Visuales
21. Astenia
22. Apatía

## ANEXO 03

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36(1)

#### **Su Salud y Bienestar.**

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y encierre y señale la que mejor describa su respuesta.

#### **1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

(Marque solo un número)

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

#### **2.-FUNCIÓN FÍSICA: 10 PUNTOS**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Si me limita mucho</b>	<b>Si me limita un poco</b>	<b>No me limita nada</b>
1.- Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores			
2.- Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora			
3.- Coger o llevar una bolsa de compra			
4.- Subir varios pisos por la escalera			
5.- Subir un solo piso por la escalera			
6.- Agacharse o arrodillarse			
7.- Caminar 1 kilómetro o más			

8.- Caminar varias manzanas			
9.- Caminar una manzana			
10.- Bañarse o vestirse por sí mismo			

### 3.-ROL FISICO: 4 PUNTOS

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (marque solo un número por cada pregunta).

(0 puntos) (1 punto)

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
3.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
4.- ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, por ejemplo le costó más de lo normal?		

### 4.- ROL EMOCIONAL: 3 PUNTOS

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?		
3.- ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

## **5.-ROL SOCIAL: 8 PUNTOS**

5.1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número).

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)
3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

5.2.-Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la Salud Física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)
3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

## **6.-DOLOR CORPORAL: 10 PUNTOS**

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

(Marque un solo número)

1. Nada (5 puntos)
2. Poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Muchos (1 puntos)

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

(Marque un solo número)

1. Nada (5 puntos)
2. Un poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Mucho (1 puntos)

## **7.- ENERGÍA Y VITALIDAD: 20 PUNTOS**

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia. (Marque un solo número por cada pregunta).

7.1.- ¿Se sintió lleno de vitalidad?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

7.2.- ¿Tuvo mucha energía?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

7.3.- ¿Se sintió agotado?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

7.4.- ¿Se sintió cansado?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

## **8.-SALUD MENTAL: 25 PUNTOS**

8.1.- ¿Estuvo muy nervioso?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

8.2.- ¿Se ha sentido tan bajo de moral que nada le sube el ánimo?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

8.3.- ¿Se sintió calmado y tranquilo?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

8.4.- ¿Se sintió desanimado y triste?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

8.5.- ¿Se sintió feliz?

1.- Siempre 2.Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Solo alguna vez 5.-  
Nunca

## 9.- SALUD GENERAL: 20 PUNTOS

### 9.1.-SALUD GENERAL ITEM I

En general Ud. diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

### 9.2.-SALUD GENERAL ITEM II

PREGUNTAS	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
1.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	(0 puntos)	(1 puntos)	(2 puntos)	(3 puntos)	(4 puntos)
2.- Estoy tan sano como cualquiera	(4 puntos)	(3 puntos)	(2 puntos)	(1 puntos)	(0 puntos)
3.- Creo que mi salud va a empeorar	(0 puntos)	(1 puntos)	(2 puntos)	(3 puntos)	(4 puntos)
4.- Mi salud es excelente	(4 puntos)	(3 puntos)	(2 puntos)	(1 puntos)	(0 puntos)