



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19
RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE
2021.**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Janampa Martinez, Mirella Soledad (ORCID:0000-0003-0999-1333)

ASESORA

Guillén Ponce, Norka Rocío (ORCID:0000-0001-5298-8143)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTORA: Janampa Martinez, Mirella Soledad

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 45497485

Datos de asesor

ASESORA: Guillén Ponce, Norka Rocío

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 29528228

Datos del jurado

PRESIDENTE: De La Cruz Vargas, Jhony Alberto

DNI: 10197482

ORCID: 0000-0002-5592-0504

MIEMBRO: Llanos Tejada, Félix Konrad

DNI: 10303788

ORCID: 0000-0003-1834-1287

MIEMBRO: Quiñones Laveriano, Dante Manuel

DNI: 46174499

ORCID: 0000-0002-1129-1427

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Mirella Soledad Janampa Martinez, con código de estudiante N° 201311839, con DNI N° 45497485, con domicilio en Calle Isla Española Mz G12 Lte 18 Urb. Los Cedros de Villa, distrito Chorrillos, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

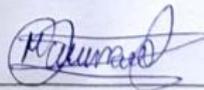
La presente tesis titulada; "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021", es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Guillén Ponce Norca Rocío, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 16% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido integro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 3 de abril de 2024



Mirella Soledad Janampa Martinez

DNI N°: 45497485

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

acin.org

Fuente de Internet

2%

4

www.elsevier.es

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

1%

7

catarina.udlap.mx

Fuente de Internet

1%

repositorio.uroosevelt.edu.pe

8	Fuente de Internet	1 %
9	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	1 %
13	Bruno-Pierre Dubé, François Vermeulen, Pierantonio Laveneziana. "Disnea de esfuerzo en las enfermedades respiratorias crónicas: de la fisiología a la aplicación clínica", Archivos de Bronconeumología, 2017 Publicación	1 %
14	perumedico.blogspot.com Fuente de Internet	1 %
15	vsip.info Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

DEDICATORIA

*A mi madre y hermanas por su
cariño y apoyo incondicional.*

*A mi buen amor y compañero de
vida: Blake.*

*A mi abuela Paulina y tías, en
especial Eliana por confiar en
mí siempre.*

*A Kemy Catalina por ser mi luz,
vida de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme con una buena familia y mantenerme con salud.

A mi Facultad de Medicina de la URP; donde pude forjar mis conocimientos y ahora me permite concretar esta meta.

A mi asesora, Dra. Rocío Guillén, por guiarme y ayudarme en la realización de esta investigación.

A el Mg. Dante Quiñones, por su tiempo y dedicación en este trabajo.

Al Establecimiento Materno Infantil Virgen del Carmen y al Centro de Salud Las Delicias de Villa por brindarme todas las facilidades para la recolección de datos para este trabajo.

A mis amigas que hicieron que el internado médico sea una grandiosa etapa de formación.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID19 ha dejado secuelas, por tal motivo diversos estudios recomiendan realizar seguimiento a los pacientes y hacer controles posteriores al alta médica, debido a la persistencia de alteraciones físicas y emocionales que han contribuido con modificar la calidad de vida. Condición que se ha convertido en un problema de salud pública por los resultados a largo plazo que implican un deterioro de la buena salud de los pacientes.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020 -setiembre 2021 a un mes después del alta.

Métodos: Es un estudio de diseño observacional, analítico de corte transversal, se incluyó una muestra de 106 participantes entre 25 y 65 años. Se realizó los análisis descriptivo, bivariado y multivariado mediante el programa estadístico STATA; siendo la variable dependiente la disminución de la calidad de vida.

Resultados: En el análisis multivariado se evidenció una asociación significativa entre disnea de gran esfuerzo (RPa = 6.14, $p < 0.001$, IC 95% = 3.05 - 12.34), disnea de ligero esfuerzo (RPa = 2.92, $p = 0.011$, IC 95% = 1.28 - 6.65) y dolor de pecho (RPa = 1.25, $p = 0.021$, IC 95% = 1.03-1.52) con la disminución de la calidad de vida post COVID19 a un mes del alta.

Conclusiones: Existe asociación significativa entre la disnea de gran esfuerzo, disnea de ligero esfuerzo y dolor de pecho con la disminución de la calidad de vida post COVID19 a un mes del alta.

Palabra clave: COVID-19, infecciones por coronavirus, síndrome postCOVID-19, calidad de vida, estado funcional, comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: The COVID19 pandemic has left its consequences, for this reason various studies recommend monitoring patients and carrying out checks after medical discharge, due to the persistence of physical and emotional alterations that have contributed to modifying the quality of life. Condition that has become a public health problem due to long-term results that imply a deterioration in the good health of patients.

Objective: Determine the factors associated with the decrease in post-COVID-19 quality of life related to the health of the care and administrative staff of two primary care health facilities from March 2020 - September 2021 to one month after discharge.

Methodology: It is an observational, analytical cross-sectional design study, a sample of 106 participants between 25 and 65 years old was included. Descriptive, bivariate and multivariate analyzes were carried out using the STATA statistical program; the dependent variable being the decrease in quality of life.

Results: In the multivariate analysis, a significant association was evident between dyspnea on heavy exertion (PRa = 6.14, p <0.001, 95% CI=.3.05 - 12.34), dyspnea on light exertion (PRa = 2.92, p =0.011, 95% CI= 1.28 - 6.65) and chest pain (PRa = 1.25, p =0.021, 95% CI=1.03-1.52) with the decrease in post-COVID19 quality of life one month after discharge.

Conclusions: There is a significant association between dyspnea on heavy exertion, dyspnea on light exertion and chest pain with decreased quality of life post-COVID19 one month after discharge.

Keyword: COVID-19, coronavirus infections, post-COVID-19 syndrome, quality of life, functional status, comorbidity.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	6
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	12
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	17
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	19
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	19
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	19
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	23

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
5.1. RESULTADOS.....	26
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	33
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
6.1. CONCLUSIONES.....	37
6.2. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	44
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	46
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	47
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	48
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	49
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	50
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	51
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	53
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	58
ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	65

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020 - SETIEMBRE DE 2021.....26

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 A UN MES DE ALTA MÉDICA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020- SETIEMBRE DE 2021.....27

TABLA 3. ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES Y LA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 A UN MES DEL ALTA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020 - SETIEMBRE DE 2021.....28

TABLA 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES Y LA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 A UN MES DEL ALTA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020 - SETIEMBRE DE 2021.....29

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO FUNCIONAL POST COVID-19 A UN MES DE ALTA MÉDICA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020- SETIEMBRE DE 2021.....31

TABLA 6. ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE EL ESTADO FUNCIONAL POST COVID-19 Y LA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 A UN MES DEL ALTA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020- SETIEMBRE DE 2021.....32

LISTA DE GRAFICOS

FIGURA 1: CALCULO DE POTENCIACIÓN DE LA MUESTRA.....	22
FIGURA 2: ESTADO FUNCIONAL POST COVID-19 Y LA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 A UN MES DEL ALTA DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO DE 2020- SETIEMBRE DE 2021.....	32

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020 la enfermedad por Covid-19 causada por el virus SARS-coV-2 fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta enfermedad nueva de rápida evolución ocasionó rápidamente muchas infecciones en la población⁽¹⁾. En Perú el Ministerio de Salud (MINSA) tuvo un registro total de 39.225.288 casos confirmados hasta el mes de enero del 2024 y un total de defunciones confirmadas por COVID-19 de 220.632, el mayor riesgo de enfermar ocurre en los adultos con un 46% y adulto mayor 39% con predominio del sexo masculino 51.5%. La letalidad en la primera ola que corresponde a la semana 10 a 44 de 2020 fue de 8.96%⁽²⁾.

La enfermedad a consecuencia del COVID-19 se ha manifestado con cuadros leves a severos y los pacientes han informado de la presencia de síntomas posterior al alta médica y cambios en el estilo de vida. Es así que la pandemia de COVID19 sigue dejando secuelas, por tal motivo diversos estudios recomiendan realizar seguimiento a los pacientes y hacer controles posteriores al alta médica, debido a la persistencia de alteraciones físicas y emocionales que han contribuido con modificar la calidad de vida. Condición que se ha convertido en un problema de salud pública por los resultados a largo plazo que implican un deterioro de la buena salud de los pacientes⁽³⁾.

Ahora surge un interrogante y saber cómo sigue nuestra vida después de haber enfrentado una pandemia, así como saber si hemos percibido cambios en nuestra capacidad funcional. Los estudios han reportado la prevalencia de síntomas como fatiga y disnea en un 73% de pacientes post COVID-19⁽⁴⁾. Otro estudio recomienda que los pacientes post COVID-19 requieren un seguimiento y control posterior al alta médica, debido a los síntomas que persisten como el dolor torácico, ansiedad, cuadros de depresión, dificultad en la movilización y autocuidado⁽⁵⁾.

Por ese motivo, la presente tesis tiene como objetivo determinar los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020 -setiembre 2021 a un mes después del alta.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A finales del 2019, un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) extremadamente patógeno y de rápida propagación, ha sido el responsable de generar una pandemia global con millones de muertes en todo el mundo, denominado enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)⁽⁶⁾. Este virus afecta el sistema respiratorio y una vez adquirida la infección por el SARS-CoV-2 el promedio de periodo de incubación depende de la edad y sexo, se estima un promedio de 5 a 6 días mientras que en los pacientes de 60 años es de 12 días⁽⁷⁾.

Los países de Latinoamérica que han reportado picos de severidad con varios casos positivos para Covid-19 son Brasil, Perú y Chile entre marzo a mayo de 2020 siendo los pacientes mayores de 70 años los más afectados⁽⁸⁾.

En Wuhan, China se realizó un estudio en los pacientes con COVID-19 dando como resultado un análisis variado del cuadro clínico el 81% de los pacientes reportaron manifestaciones respiratorias leves o moderadas, el 14% desarrolló una disfunción respiratoria severa y 5% desarrolló cuadro crítico⁽⁹⁾ En la mayoría de estos casos los pacientes han necesitado posterior control, terapia de rehabilitación y monitoreo.

La pandemia atacó con letalidad tanto a la población general como al personal de primera línea. En Perú el mes de julio de 2020 el Colegio Médico reportó la cifra de 1867 médicos infectados por COVID-19, 45 de ellos necesitaron ingreso a UCI y se reportó 65 decesos, 68% de los casos provienen de la ciudad de Lima, Piura e Iquitos⁽¹⁰⁾.

A través de la RM 0099-2021-JUS se reportó el listado final del personal de salud fallecido a consecuencia del Covid-19 en ejercicio de sus funciones entre el 12 de marzo y el 31 de diciembre de 2020 con un total de 559 pérdidas irreparables. El Colegio Médico reportó 401 médicos fallecidos a nivel nacional hasta el 22 de marzo del 2021 a causa de la pandemia ⁽¹¹⁾.

El personal de salud se encuentra dentro de los grupos con elevado riesgo de contagio, trabajando en hospitales, centros de salud en condiciones no favorables para la atención. El Informe Anual de Autoevaluación (IAA) posiciona a Perú en el puesto 108 de 183 países que se encuentra en una preparación mediana para enfrentar pandemias y

epidemias, mientras que el Índice de Seguridad Sanitario Global (GHSI) lo posiciona en el puesto 49 de 195 países, con puntajes bajos en la preparación de bioseguridad y operaciones de respuesta a emergencias⁽¹²⁾.

A causa de la pandemia muchos trabajadores de salud se han infectado de COVID-19, situación que ha generado vulnerabilidad, preocupación y ansiedad entre el personal de primera línea. Es necesario entender bien el proceso de recuperación que se enfrentará después del alta médica. En un estudio de 245 pacientes post COVID-19 el 28% persistieron con disnea, el 33% presentó ansiedad y depresión con disminución de la calidad de vida⁽¹³⁾.

En un estudio sobre los síntomas post COVID-19 a los 3 a 6 meses de haber sido dados de alta el 39% de pacientes presentaron disminución de la capacidad de difusión pulmonar el 15% ha desarrollado un patrón restrictivo, con respecto a las secuelas psiquiátricas el 81% presentó estrés moderado, 29% ansiedad y el 17% depresión, desencadenando repercusión en el estado de bienestar del paciente y han limitado en distintos grados la realización de actividades de la vida diaria⁽¹⁴⁾.

Ante todo este panorama el Ministerio de Salud ha establecido medidas de lineamientos de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias⁽¹⁵⁾, pero hay pocos estudios sobre las medidas de seguimiento en la recuperación adecuada de los pacientes post COVID-19, ya que es esencial conocer como la infección por coronavirus ha afectado la calidad de vida de la población.

Por ese motivo surge la necesidad de conocer los factores asociados en la disminución de la calidad de vida post covid-19 relacionado con la salud del personal asistencial y administrativo, ya que se convierte en un desafío para todo el sistema de salud pública en el Perú.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por la trascendencia de todo lo mencionado en este documento se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes de alta?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

La línea de investigación del presente estudio, de acuerdo con las prioridades de investigación del INS 2019 – 2023, corresponde a los problemas sanitarios de: Problema sanitario de la salud mental: Dinámica de los determinantes sociales, biológicos, comportamentales, familiares y ambientales de la salud mental negativa y positiva en el país. Problema sanitario: Salud ambiental y ocupacional: Identificar los factores de riesgo ambiental y ocupacional, así como los determinantes sociales que afectan la salud de la población y trabajadores.

Dentro de la línea de investigación de la Universidad Ricardo Palma de Medicina a las que se adhiere el presente estudio:

(11) Medicina del estilo de vida, medicina preventiva y salud pública.

(16) Salud individual, familiar y comunal.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La pandemia de Covid-19 ha originado múltiples casos y fallecimientos del personal de salud a nivel mundial. Los individuos sobrevivientes presentan diversas secuelas pulmonares y estudios han reportado una reducción de la capacidad de ejercicio y función pulmonar a los 6 meses del alta así también ansiedad, depresión y trastorno de estrés post traumático un año posterior al alta por COVID-19⁽¹⁶⁾.

En marzo del 2020 se obtuvieron datos de la investigación epidemiológica sobre el personal de salud infectado por COVID-19 el 71% corresponden a médicos, 13% enfermería y el 4 % al grupo de obstetras, odontólogos, psicólogos y técnicos de enfermería⁽¹⁷⁾.

En la primera ola de la pandemia en el estado de emergencia sanitaria el Colegio Médico del Perú ha recopilado información hasta mayo de 2020 que 1061 médicos se han infectado por COVID-19, de los cuales 33 han necesitado unidad de cuidados intensivos (UCI) y 26 han perdido la vida, la mayoría de estos casos se encuentra en las regiones de Lima, Loreto y Piura⁽¹⁸⁾.

Una investigación realizada en un Hospital de España sobre calidad de vida y síntomas persistentes por Covid-19 de un total de 183 pacientes, 38% presentó problemas de ansiedad y depresión y 35% persistencia de dolor y malestar. El 52% de los pacientes

refirieron el empeoramiento de la calidad de vida⁽¹⁹⁾. Otro estudio reportó de una muestra de 82 pacientes entre los 20 – 65 años que se encontraban en el Hospital de Guayaquil el 71% de los pacientes tiene disminución de la calidad de vida, 35% manifiesta un gran impacto en las limitaciones en sus actividades de la vida diaria⁽²⁰⁾.

En Apurímac-Perú se ha realizado un estudio de la Calidad de vida de pacientes post COVID-19 de las instituciones prestadoras de salud donde encontraron que el 77.5% presentó regular salud de vida y el 22.5% mala salud de vida, el 57% tuvo regular función física, 63% regular percepción de la salud, 52% presentó dolor corporal y el 73% regular estado mental. ⁽²¹⁾

Un estudio realizado en el Hospital público de Lima alrededor de 80% de los pacientes post COVID-19 mayores de 60 años han necesitado aproximadamente 13 días de estancia hospitalaria⁽²²⁾.

Una estancia prolongada de hospitalización incrementa la carga de enfermedad y condiciones de limitación física aguda y si esta limitación es crónica ya se hablaría de discapacidad, entonces el proceso de recuperación de los pacientes post COVID-19 sumando la necesidad de servicios de rehabilitación genera aumento del costo de salud, más atenciones médicas, reducción de la calidad de vida y desempleo prolongado.

La Sociedad española de Salud elaboró una guía clínica para el seguimiento y la atención de los pacientes post COVID-19, donde recomiendan realizar una valoración clínica integral, mediante escalas el estado emocional, sueño, estado funcional y con especial atención la calidad de vida post COVID-19⁽²³⁾. Así también en octubre de 2022 se aprobó en Perú la guía técnica de rehabilitación para los pacientes que fueron afectados por el COVID-19⁽³⁶⁾.

Es de gran utilidad implementar indicadores y guías de seguimiento en todos los hospitales y centros de salud de nuestro país, de esta manera permitirá reducir las complicaciones y secuelas que produce esta afección.

Por lo tanto, frente a los diversos registros sobre los síntomas y signos después de haber presentado un cuadro de COVID-19 que afectan diversos ámbitos del desarrollo de las actividades cotidianas y los pocos estudios en Perú sobre las complicaciones y secuelas post COVID-19, se decide realizar esta investigación para poder tomar acciones que nos permitan generar una mejor atención y control de las variables que disminuyan la calidad de vida.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

El estudio se delimitó a los datos del personal de salud y administrativo entre los 18 y 65 años que hayan sido diagnosticados con COVID-19 en los meses de marzo 2020 a setiembre de 2021 y que estén trabajando en:

Establecimiento Materno - Infantil Virgen del Carmen de categoría I-4 ubicado calle Leopoldo Arias 200 – Chorrillos.

Centro de Salud Las Delicias de Villa de categoría I-3 ubicado en Jr. Nevado Carhuazo S/N Zona Delicias de Villa – Chorrillos.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes de alta.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación entre la edad y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.
- Identificar que síntomas persistentes están asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.
- Determinar la asociación entre el estado funcional y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

Ayuso et al., en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19” (2022) tuvo como objetivo describir la calidad de vida y la percepción de la salud de los pacientes que padecieron COVID-19 en la primera onda epidémica mediante el EQ-5D a los 10 meses tras el alta hospitalaria e identificar factores de riesgo de presentar un peor estado de salud percibido. Este estudio fue observacional de corte transversal mediante encuesta telefónica efectuada a 443 participantes. La principal variable evaluada fue la calidad de vida relacionada con la salud mediante la escala EQ-5D. Dando como resultado que el 71.2% del total regresó a su situación de salud previo a los 4 meses. Las mujeres presentaron más tasa de dolor ($p<0.001$), ansiedad/depresión ($p=0.014$) que los hombres a pesar de tener menor puntaje de comorbilidades. El grupo de personas mayores de 65 años han tenido más problemas de movilidad ($p<0.001$) y de cuidado personal ($p<0.001$) y en el análisis de EQ-EVA existe asociación entre la disminución de la calidad de vida con sexo ($p<0.001$) y la presencia de comorbilidad ($p=0.002$)⁽³⁷⁾.

D’Ettorre et al., en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud en supervivientes de una infección grave por COVID-19” (2022) realizaron un estudio transversal con 137 participantes, utilizaron el modo de entrevista telefónica validado EQ-5D, el cuestionario exploró la CVRS en el periodo inmediatamente pre-COVID y 2 años después del alta hospitalaria. Se encontró asociación significativa con sexo masculino y disminución de la movilidad ($p=0.01$), al igual que con enfermedades respiratorias crónicas y la presencia de ansiedad/depresión ($p<0.05$) con disminución de la calidad de vida post COVID-19($P<0.01$)⁽³⁹⁾.

Sacristán et al., en su estudio “Construct validity of the Spanish version of the Post-COVID-19 Functional Status scale and validation of the web-based form in COVID-19 survivors” (2022) Desarrollo un estudio transversal de 125 supervivientes de COVID-19. Se utilizaron los instrumentos de estado funcional (escala PCFS), calidad de vida relacionada con la salud (cuestionario EuroQol-5D, EQ-5D-5L). Se evidenció

diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida, limitación en las actividades de la vida diaria y estado psicológico según el estado funcional ($p < 0,001$). Se demostró la validez de constructo de la versión española de la escala PCFS y de la valoración de la calidad de vida, tanto para la versión web como para la versión impresa, fue adecuada y similar a la versión original⁽⁴⁰⁾.

Taboada et al., en su estudio titulado “Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI” (2021) tuvo como objetivo comparar la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de síntomas persistentes seis meses después del ingreso en la unidad de cuidados intensivos con los que no lo requirieron, se utilizó de instrumento el cuestionario EQ-5L-3L. La muestra fue de 183 pacientes de los cuales 32 eran pacientes de UCI y 151 pacientes no UCI. Dando como resultado que el 52,4% de los pacientes refirieron disminución de la calidad de vida y 78% mostró síntomas persistentes seis meses tras COVID-19 como disnea de gran esfuerzo ($p=0.002$), disnea de ligero esfuerzo ($p<0.001$), astenia ($p=0.003$). Así también se encontró asociación con la alteración de la calidad de vida y la presencia de ansiedad / depresión ($p<0,001$), dolor / malestar ($p=0,007$), la necesidad de ventilación mecánica se asoció con un empeoramiento de la movilidad ($p<0.001$) y disminución en la realización de actividades habituales $p=0.006$ ⁽¹⁹⁾.

Beatriz Todt et al., en su estudio “Resultados clínicos y calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19: Seguimiento de 3 meses después del alta hospitalaria” (2021) tuvo como objetivo evaluar el impacto del COVID-19 en la calidad de vida relacionada con la salud 3 meses después del alta hospitalaria. El estudio fue de cohorte unicéntrico, se utilizó de instrumento EQ-5D-3L para evaluar la calidad de vida, la muestra fue de 251 pacientes. Obtuvieron como resultado una asociación significativa entre el sexo femenino y la disminución de la calidad de vida ($p<0.001$), así también con el requerimiento de apoyo ventilatorio ($p = 0.008$), dentro de la evaluación de las condiciones de calidad de vida se evidenció la presencia de problemas de movilidad (86%), dificultad en las actividades habituales (84%), dolor (60.5%) y presencia de ansiedad o depresión (65.6%) asociado a un empeoramiento general de calidad de vida en comparación con su ritmo de vida de antes del Covid-19 ($p<0.030$)⁽¹³⁾.

Garratt, Ghanima, Einvik y Stavem en su estudio “Quality of life after COVID-19 without hospitalisation: Good overall, but reduced in some dimensions” (2021) tuvo como objetivo identificar la calidad de vida después del Covid-19 en pacientes sin hospitalización, el estudio fue tipo transversal – cohorte, con una muestra de 458 participantes. El 49% disminuyó la calidad de vida en dos dimensiones que predominaron como problemas en la movilidad ($p= 0.002$) y problemas en las actividades habituales ($p<0.001$). Con respecto a los síntomas asociados resaltó la presencia de fatiga posterior a COVID-19 ($p<0.001$) asociándose a una disminución en la calidad de vida con una variación de la salud para los pacientes post Covid-19⁽²⁵⁾.

Lorca et al., en su estudio “Propiedades psicométricas de la escala Post-COVID-19 Functional Status para adultos sobrevivientes de COVID-19” (2021) Corresponde a un estudio transversal donde participaron 22 profesionales de la salud, Se definió la validez de contenido por juicio de expertos como la opinión informada por personas con una trayectoria en el tema, que son reconocidas como expertos calificados que pueden dar información, evidencia, juicios y una valoración de la escala. Respecto a los resultados se obtuvieron buenos indicadores de confiabilidad, claridad y relevancia ($p<0.001$) en la escala del estado funcional post COVID-19⁽⁴¹⁾.

Meys et al., en el estudio “Generic and Respiratory-Specific Quality of Life in Non-Hospitalized Patients with COVID-19” (2020), tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida respiratoria específica y la calidad de vida genérica en pacientes post COVID-19, Se realizó mediante una encuesta en línea en la que participaron 210 pacientes no hospitalizados utilizando el cuestionario (EQ-5D-5L) y el cuestionario clínico de la EPOC (CCQ). Se concluyó que la calidad de vida genérica y respiratoria se ve afectada en pacientes no hospitalizados con COVID-19 aproximadamente tres meses después de los síntomas ($p<0,001$)⁽²⁷⁾.

Garrigues et al., en su estudio “Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19” (2020), tuvo como objetivo evaluar los síntomas post alta y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hospitalizados por Covid-19 a más de 100 días después de su ingreso. En este estudio se comparó a los pacientes manejados en hospitalización con los que necesitaron unidad de cuidados intensivos, con una muestra de 120 pacientes, utilizó el instrumento EQ-5D-5L. En ambos grupos las dimensiones de (movilidad, dolor, actividad habitual) se

alteraron con una ligera diferencia, pero ninguna variable resultó estadísticamente significativa ($p=0.306$)⁽²⁹⁾.

Ping et al., en su estudio “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud utilizando EQ-5D en China durante la pandemia de COVID-19” (2020) tuvo como objetivo conocer el impacto de la pandemia de COVID-19 en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) utilizando EQ-5D en la población general en China, con un total de 1139 participantes. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de enfermedad crónica y la disminución de la calidad de vida ($p<0.001$) teniendo problemas en las 5 dimensiones de evaluación, así también como la preocupación o ansiedad por volver a contraer COVID-19 ($P<0.001$)⁽⁴²⁾.

Pankaj et al., a través de su estudio “Prevalence of Functional Limitation in COVID-19 Recovered Patients Using the Post COVID-19 Functional Status Scale” (2021), tuvo como objetivo determinar la prevalencia de limitación funcional en pacientes recuperados por COVID-19 utilizando la escala de estado funcional post Covid-19. El estudio fue descriptivo transversal, la muestra fue de 106 pacientes el 43,4% refirió algún grado de limitación funcional dentro de la evaluación, primó la limitación funcional de grado I (27.3%) por otro lado la hipertensión fue la comorbilidad de mayor frecuencia en los pacientes (18.9%)⁽²⁴⁾.

Fernández, Martín, Navarro, Rodríguez y Pellicer. En el estudio “Post-COVID functional limitations on daily living activities are associated with symptoms experienced at the acute phase of SARS-CoV-2 infection and internal care unit admission: A multicenter study” (2021), tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la disminución de un estado funcional de la vida diaria en sobrevivientes de Covid-19, es un estudio multicéntrico en 5 hospitales de Madrid, se seleccionó aleatoriamente 400 personas de cada hospital con un total 1969 pacientes, dieron como resultado limitación en actividades de ocio ($p=0.006$), limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria ($p<0.001$), limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria ($p<0.001$)⁽²⁶⁾.

Abril, Guzmán, Moran y De la Torre. En el estudio “Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria” (2020), tuvo como objetivo determinar el nivel de disnea y su impacto en la calidad de vida de los pacientes

post Covid-19 después del alta hospitalaria, el estudio fue descriptivo relacional, con una muestra de 82 pacientes entre los 20 – 65 años que se encontraban en el Hospital de Guayaquil, arrojando como resultado el 71% de los pacientes tiene disminución de la calidad de vida, 35% manifiesta un gran impacto en las limitaciones en sus actividades de la vida diaria. El 61% ha interferido en su capacidad para caminar, 68% ha presentado alteraciones en el estado de ánimo. Y la relación entre disnea y la disminución de la calidad de vida es ($p < 0.05$, IC95%)⁽²⁰⁾.

Belli et al. En el estudio “Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients who survived hospitalization” (2020), tiene como objetivo analizar el bajo funcionamiento físico y desempeño deficiente de las actividades de la vida diaria en pacientes con Covid-19 que sobrevivieron a la hospitalización. Este estudio se realizó en el departamento de rehabilitación pulmonar evaluando la prueba de rendimiento físico (SPBB) los resultados arrojaron que los pacientes presentaron 90% tos, 33% depresión, 16% disfagia, 33% deterioro cognitivo, 53.3% está en el grupo de bajo rendimiento físico en el momento del alta domiciliaria, 17% tuvo problemas de alimentación, 35% necesitaban ayuda para bañarse, 64% necesitaba ayuda para vestirse, 30% camina con ayuda, 65% no pudo bajar ni subir escaleras. Se encontró una relación significativa entre el bajo funcionamiento físico y las actividades de vida diaria moderada ($p < 0.001$)⁽²⁸⁾.

Huang et al., en el estudio “6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study” (2020), tuvo como objetivo describir las consecuencias para la salud a largo plazo de los pacientes con Covid-19 que han sido dados de alta del hospital e investigar los factores de riesgo asociados, el estudio fue de cohorte ambidireccional. Contaron con una muestra de 1733 pacientes con una mediana de edad de 57 años y en la mayoría pacientes varones. Arrojando como resultado 63% pacientes con fatiga o debilidad muscular, 26% han tenido dificultades para dormir, 23% presentaron ansiedad o depresión. Con los resultados después del ajuste multivariable (OR) 4.60 (1.85-11.48) deterioro para la difusión, (OR) 1.77 (1.05 – 2.97) para la escala de ansiedad y depresión, demostrando que 6 meses después de la infección aguda por Covid-19 los pacientes que estuvieron con cuadros más graves en su estancia hospitalaria han presentado disminución de la difusión pulmonar provocando deterioro y manifestaciones de fatiga, debilidad muscular, dificultades para dormir y ansiedad o depresión⁽³⁰⁾.

NACIONALES

Cahuana et al., en su estudio “Calidad de vida de pacientes post covid de las instituciones prestadoras de salud, Apurímac. (2021) realizaron un trabajo descriptivo, la muestra fue de 169 pacientes de 3 establecimientos de salud, utilizaron el instrumento SF-36 para evaluar la calidad de vida. Encontraron que el 77.5% presentó regular salud de vida y el 22.5% mala salud de vida. De acuerdo a las dimensiones evaluadas el 57% tuvo regular función física, 52% regular vitalidad, 63% regular percepción de la salud, 52% presentó dolor corporal y el 73% regular estado mental. Por lo tanto, llegaron a concluir que los pacientes post COVID-19 presentan una peor calidad de vida ⁽²¹⁾.

J López, en su estudio “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, tuvo como objetivo medir la Calidad de vida e identificar los principales síntomas persistentes de pacientes con COVID-19 confirmados por PCR, fue un estudio de tipo observacional, transversal analítico con la participación de 250 pacientes. Como instrumento utilizó la escala SF 36, se encontró la persistencia de síntomas como mialgia (41.6%), astenia (60.8%), disnea a grandes esfuerzos (43.6%). El nivel de correlación entre las esferas de rol físico y dolor corporal con calidad de vida (Pearson: 0.820), rol emocional (Pearson 0.744) y función social (Pearson 0.712) ⁽⁴³⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

COVID – 19

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de la enfermedad COVID-19, se ubica dentro de la familia Coronaviridae. Esta familia se divide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus ^(6,33).

Los betacoronavirus zoonóticos están genéticamente vinculados con coronavirus de murciélagos, los cuales se pueden relacionar a la fuente de contagio para el hombre, ya sea de manera directa o a través de un hospedero intermediario ^(1,35).

Estructura de los viriones de coronavirus y mecanismo de acción del SARS-Cov-2

Los viriones de coronavirus tienen forma esférica o irregular y moderadamente pleomórficos, en los estudios que se ha realizado han determinado su tamaño promedio de 80 a 125nm y el genoma está constituido por RNA de cadena sencilla. Contienen cuatro proteínas estructurales principales. Estas son las proteínas de espiga (S), membrana (M), envoltura (E) y nucleocápside (N). Encontrándose codificadas dentro del extremo 3' del genoma viral. La proteína S, utiliza una secuencia de señal N-terminal para ingresar al hospedero. Para poder tener acceso a las células humanas lo hacen a través de la enzima convertidora de angiotensina 2 humana reconocido como el receptor del SARS-CoV-2. La enzima convertidora de la angiotensina 2 se encuentra unida a la superficie externa de las membranas de células pulmonares, arteriales, de corazón, riñón e intestinos⁽³⁴⁾.

Características y síntomas del COVID- 19

La infección por COVID-19 es muy variable y según la clasificación de severidad presentan cuatro tipos de pacientes: los que cursan con un cuadro similar a una infección de vías respiratorias superiores con o sin la presencia de temperatura elevada, tos persistente, molestias en la garganta, dolor muscular, trastornos intestinales, alteración de las sensaciones gustativas y olfativas, que se muestra como un caso leve; los casos moderados cursan con dificultad respiratoria, taquipnea, taquicardia, fiebre, episodios de vómito, sin signos de gravedad asociados al examen clínico o radiológico de neumonía. Por otro lado un caso severo se distingue por experimentar disnea en reposo, saturación de oxígeno < o igual que 93% con el uso de aire ambiente, con una presión parcial de oxígeno /fracción inspirada de oxígeno (PaO₂/FiO₂) menor o igual a 300 mmHg, número de respiraciones superior a 30 por minuto, un compromiso pulmonar mayor al 50% predominantemente de tipo consolidación y una SaO₂/FiO₂ que oscila entre < 310 y 460, así como la presencia del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo o alteraciones del sistema nervioso central. Y como cuarto tipo se encuentra el paciente crítico el cuál presenta toda la clínica más la presencia de signos o síntomas de shock con la necesidad de apoyo ventilatorio, disfunción, sepsis y requerimiento de tratamiento con agentes vasopresores y/o insuficiencia en respuesta al a utilización de Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF).^{(35)(38) (45)}

Los casos moderados a graves se han visto asociados a la edad, la raza, el género y la presencia de comorbilidades. Los casos críticos representan un desafío debido a las secuelas de la misma enfermedad que genera limitaciones por la presencia de sintomatología activa posterior al cuadro agudo.

Síndrome Post infección por COVID-19 o Secuelas post COVID 19

Se describe como una afección con síntomas en evolución en pacientes que han superado su primera infección. En relación con la presencia de signos y síntomas post COVID-19 se considera la persistencia de estas desde las cuatro semanas incluso se han reportado casos que duran hasta más de 3 meses posterior a la infección aguda y que puede extenderse hasta incluso 6 meses, incluyen a las complicaciones derivadas al compromiso pulmonar, corazón, riñones, hígado y páncreas, así como las que genera el uso de sistemas de ventilación invasiva o largos períodos de inmovilización⁽⁴⁴⁾.

En un estudio realizado en un Hospital Clínico Universitario de España en una valoración de la sintomatología a los 6 meses del diagnóstico de Covid-19, el 78% de los pacientes han presentado algún síntoma tras la infección. Los pacientes que han requerido estancia en UCI el 78% han presentado disnea de gran esfuerzo, 37% disnea de ligero esfuerzo, 56% astenia, 34% mialgias, 22% pérdida de la memoria, 18% trastorno del sueño, mientras que de los pacientes que no necesitaron UCI 48% ha tenido disnea de gran esfuerzo, el 5% disnea de ligero esfuerzo, 29% astenia, 28% mialgias, 30% artralgias, 27% pérdida de la memoria⁽¹⁶⁾.

En base a la experiencia de la primera ola, se ha visto que los síntomas persistentes han presentado una evolución muy fluctuante y en general los estudios han observado las siguientes complicaciones post Covid-19, El daño en el endotelio pulmonar y la disrupción del mismo debido a la angiopatía trombótica o por la lesión del virus se manifiesta en la disnea y episodios alterados de tos, hipersecreción bronquial y alteración de los patrones respiratorios que presentan los pacientes⁽²³⁾:

- Generales: Los pacientes han presentado astenia en diferentes grados, desde extrema e invalidante o desde leve a moderada; sensación distérmica, febrícula o fiebre, malestar general acompañado de anorexia, inapetencia, pérdida de peso, sudoración profusa y escalofríos.

- **Neurológicos y Cognitivos:** A nivel cerebral se ha encontrado cambios neuro inflamatorios producidos por el virus e incluso algunas zonas con cambios hipóxicos los cuales podrían asociarse a las cefaleas, debilidad, confusión y desorientación, temblores, alteración de la marcha, falta de concentración, quejas de memoria y déficit de concentración, parestesias, disestesias, y alteraciones del sueño que han presentado.
- **Tromboembólicas:** Otra condición es la enfermedad tromboembólica venosa, se ha reportado en pocos pacientes accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, síndrome posttrombótico, hipertensión pulmonar tromboembólica.
- **Respiratorias:** Estas manifestaciones son de las más frecuentes. La presencia de tos, disnea de causa multifactorial: pulmonar, musculoesquelética, cardiovascular, depresión. Opresión o dolor torácico, laringoespasmos, broncoconstricción, desaturaciones bruscas y transitorias.
- **Cardiaco:** El virus invade el músculo cardíaco provocando una miocarditis que puede a su vez generar dilataciones, trombos o zonas de isquemia y que terminan causando interrupciones del recorrido autónomo eléctrico del corazón provocando arritmias, dolor precordial e hipotensión ortostática.
- **Osteomusculares:** La gran mayoría de pacientes refería mantener un grado moderado a severo de astenia y dificultad para la movilización, presencia de contracturas musculares, mialgias o artralgias y en algunos casos graves degeneraciones atróficas, los cuales eran explicados por la pérdida de fuerza, tono muscular y peso, producto del tiempo hospitalizados, la inanición y el alto grado de consumo metabólico que conlleva la enfermedad.
- **Digestivos:** Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, intolerancias, pirosis y flatulencia.
- **Psiquiátricas:** se evidenció altas tasas de ansiedad y depresión que se manifestaron con trastornos del sueño, cambios de carácter, ansiedad social, aislamiento, dificultad para retomar sus relaciones sociales, trastornos obsesivos compulsivos derivados en la exagerada autolimpieza, emociones incongruentes y pensamientos irracionales de muerte o enfermedad.

La presencia de síntomas que refieren los pacientes post infección por COVID-19 afectan el desarrollo de sus actividades de vida diaria, el desempeño de sus funciones laborales y la convivencia social, de tal manera que se ha transformado en una cuestión de interés para la salud pública.

Disnea de esfuerzo: Es la sensación consciente de respiración inadecuada y la necesidad de aumentar la actividad respiratoria. Acompañado de la percepción de malestar respiratorio que aparece con niveles de actividad que normalmente no causan este tipo de malestar. En sujetos sanos, el esfuerzo respiratorio voluntario es proporcional al desplazamiento de la pared torácica (es decir, el cambio del volumen corriente [VT] expresado como porcentaje de la capacidad vital [CV]) a través de la información propioceptiva aferente concurrente transmitida por los nervios vago, glossofaríngeo, raquídeos y frénico que controlan el desplazamiento, y procesada e integrada en el córtex sensorial⁽⁵²⁾

Clasificación funcional de disnea:

Clase I: De grandes esfuerzos: Subir escaleras, correr o caminar a paso rápido más de 2 cuadras.

Clase II: De medianos esfuerzos: Caminar a paso normal 2 cuadras

Clase III: de pequeños o mínimos esfuerzos: Vestirse, hablar, calzarse.

Clase IV: de reposo.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un conjunto de elementos que aportan a la satisfacción o al grado de felicidad con relación a valorar la vida con salud y bienestar desde el ámbito subjetivo sumado al juicio cognitivo y ánimo positivo⁽³¹⁾.

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es un indicador y evalúa la influencia subjetiva del estado de salud, las actividades de prevención, promoción de la salud y los cuidados. Todo esto centrado en la capacidad individual que permita lograr y mantener un nivel de funcionamiento óptimo en el individuo, de esta manera lograr resultados favorables para su condición vital y se refleje en un bienestar general. La CVRS es un apoyo fundamental para valorar determinantes en la demanda asistencial de cuidado y recuperación del paciente, adherencia al tratamiento y satisfacción con los servicios de salud⁽³¹⁾.

Este concepto CVRS desde su llegada ha modificado el campo de los cuidados sanitarios con la esencia de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado, no solo abarca en el tratamiento si no en todo el acompañamiento siendo parte del sustento de vida⁽³²⁾.

Este término se ha hecho en base a la perspectiva y valoración de la vida que tienen los pacientes según el contexto en que viven, sus intereses, expectativas, valores, potencialidades y cumplimientos de sus objetivos; contempla los ámbitos físico, emocional y social. Entonces apoya en buscar evidencia sobre las limitaciones biopsicosociales resultantes de las enfermedades como el COVID-19⁽²⁹⁾

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Calidad de Vida post COVID-19: Es la autopercepción y valoración de la vida de los pacientes según sus expectativas. Medido por el cuestionario EUROQOL 5D-5L (EQ-5D-5L) a un mes del alta por COVID-19.
- Edad: Edad del paciente al momento del diagnóstico de COVID-19.
- Sexo: Género del paciente según su documento de identidad.
- Disnea de gran esfuerzo: Es aquella provocada por el esfuerzo físico que se alivia y desaparece con el reposo, se presenta al realizar grandes esfuerzos como: subir escaleras, correr o caminar a pasos rápidos más de dos cuadras.
- Disnea de ligero esfuerzo: Es aquella provocada por el esfuerzo físico que se alivia y desaparece con el reposo, se presenta al realizar un ligero esfuerzo como: pararse, vestirse, realizar el aseo personal o calzarse.
- Dolor de pecho: Es un padecimiento generalmente benigno, es el dolor de la parte anterior del tronco que puede producirse por factores mecánicos o por la presencia de procesos inflamatorios como consecuencia derivada de una infección producida por una inflamación pulmonar, angina de pecho o infarto.
- Tos: La tos es un acto reflejo o voluntario que origina una veloz corriente de aire de esa manera puede mantener despejadas las vías respiratorias una de las causas es por problemas pulmonares, alergias, irritaciones.
- Anosmia: Es la pérdida o disminución del sentido del olfato, ocurre cuando existe una inflamación intranasal o infección previa de las vías respiratorias superiores.
- Sin limitación funcional: El paciente no presenta limitaciones en la vida diaria, ni síntomas, dolor, depresión o ansiedad.
- Limitaciones funcionales mínimas: Presencia de limitaciones menores en la vida diaria, ya que es posible realizar todas las tareas y actividades habituales, aunque aún el paciente tenga síntomas como: dolor, depresión o ansiedad.

- Limitaciones funcionales ligeras: Presencia de limitaciones en la vida diaria dado que ocasionalmente el paciente necesita evitar o reducir las tareas y actividades habituales o distribuirlas en el tiempo debido a que presenta síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, es capaz de realizar todas las actividades sin la ayuda de alguien.
- Limitaciones funcionales moderadas: Presenta limitaciones en la vida diaria, ya que el paciente no es capaz de realizar todas las tareas y actividades debido a que presenta síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, es capaz de cuidarse a sí mismo sin la ayuda de alguien.
- Limitaciones funcionales severas: Presenta limitaciones severas en la vida diaria, ya que el paciente no es capaz de cuidarse a sí mismo y por lo tanto depende de los cuidados de enfermería y/o ayuda de otra persona debido a que presenta síntomas de dolor, depresión o ansiedad.

CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

GENERAL:

Existen factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes del alta.

ESPECÍFICAS:

- H1: Existe la asociación entre la edad y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.
- H2: Existe asociación entre la presencia de síntomas persistentes y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.
- H3: Existe asociación entre los cambios en el estado funcional y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

Independiente:

- Edad
- Disnea de gran esfuerzo
- Disnea de ligero esfuerzo
- Dolor de pecho
- Tos
- Anosmia
- Sin limitación funcional
- Limitaciones funcionales mínimas
- Limitaciones funcionales ligeras
- Limitaciones funcionales moderadas

- Limitaciones funcionales severas

Variable dependiente:

- Calidad de vida relacionada a la salud

Variable intervinientes:

- Sexo
- Ocupación
- Lugar de trabajo
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Asma

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo observacional, analítico de corte transversal, realizado a través de encuestas al personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención.

- Observacional: Ya que no se intervino en las variables. Limitándose al registro de ellas.
- Analítico: Se busca una relación entre variables.
- Transversal: Se obtuvieron los datos de las variables en un solo periodo de tiempo y sobre una población determinada.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de estudio está conformada por todo el personal asistencial y administrativo diagnosticados con COVID-19 y que han sido dados de alta, comprendidos entre las edades de 18 a 65 años. Los que trabajan en los establecimientos de salud: Centro de Salud Materno - Infantil Virgen del Carmen y el Centro de Salud Las Delicias de Villa.

Muestra

El estudio que se realizó es censal, por este motivo no se calculó la muestra y el trabajo se hizo con toda la población, pero se calculó la potencia estadística con el programa EPIDAT. Se tomó como referencia el estudio de Taboada ⁽¹⁹⁾, et al. en el cual nos proporcionó P₁ frecuencia con el factor : 0.36, P₂ frecuencia sin el factor: 0.65, con un nivel de confianza del 95% y poder estadístico del 80%. El resultado final fue de 106 pacientes.

Figura 1: Cálculo de potenciación de la muestra

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	36,000%
Población 2:	65,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	53	53	106

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Personal asistencial y administrativo que trabajan en el Centro de Salud Materno - Infantil Virgen del Carmen y el Centro de Salud Las Delicias de Villa
- Personal asistencial y administrativo entre 18 a 65 años de ambos sexos.
- Personal asistencial y administrativo con diagnóstico confirmado por COVID-19 que hayan sido dados de alta.
- Personal asistencial y administrativo que han necesitado hospitalización por Covid-19, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o hayan sido atendidas en su domicilio.
- Personal asistencial y administrativo que hayan firmado el consentimiento informado y completaron el cuestionario Escala Euroqol-5D-5L y el cuestionario de estado funcional (PCFS).

Criterios de exclusión:

- Personal asistencial y administrativo con discapacidad funcional antes de la infección por Covid-19.
- Personal asistencial y administrativo con alguna comorbilidad como cáncer, enfermedades reumatológicas u otras condiciones que alteren la calidad de vida (Depresión, ansiedad, asma no controlada, insuficiencia cardíaca con disnea) previo a la infección por Covid-19.

- Personal asistencial y administrativo que no completen los datos adecuadamente en el cuestionario Escala Euroqol-5D-5L y el cuestionario de estado funcional (PCFS) y no hayan firmado el consentimiento informado.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En la operacionalización de las variables, se cuenta con una descripción detallada de cada variable en estudio. En los anexos se adjuntaron la Matriz de Consistencia (ANEXO 7) y la operacionalización de Variables (ANEXO 8).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de la presente investigación, los datos se recolectaron mediante una ficha de recolección (Anexo 10) que fue elaborada de manera específica para esta investigación por lo cual no requirió de una validación ya que solo fue utilizada en este trabajo.

Se solicitó el permiso pertinente a los dos Centros de Salud donde se ejecutó el estudio, a cada participante se explicó el tema de investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado

EuroQol-5D-5L medición de la Calidad de vida relacionada con la salud.

Los participantes llenaron el cuestionario pre COVID-19 Y post COVID-19 de acuerdo a su percepción de salud.

Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utilizó el cuestionario EuroQol-5D-5L(EQ-5D-5L)⁽⁴⁶⁾. Este instrumento se introdujo en 1990 como (EQ-5D-3L) y en el 2009 EuroQol Group Association lanzó la versión (EQ-5D-5L), cuestionario validado para la valoración de la calidad de vida teniendo confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.750 IC(95% 0.64-0.84) y valor de omega 0.77 IC(95% 0.66-0.84)⁽⁵³⁾. Datos que muestran buena consistencia del cuestionario.

Es un cuestionario que evalúa cinco dominios y cinco niveles, se divide en dos secciones: El sistema descriptivo que mide cinco dimensiones de la salud (movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión) y cada una tiene cinco niveles de gravedad (Sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves, no puedo realizarlo). Los niveles se transforman a una puntuación

(Coeficiente para el cálculo índice EQ-5D)⁽⁴⁹⁾ combinando la dimensión específica de acuerdo a los 5 niveles cuáles nos proporcionan distintos estados de salud por ejemplo, 21111 significa problemas leves en la dimensión de movilidad y sin problemas en ninguna de las otras dimensiones, los índices van desde -0,329 (peor calidad de vida) a 1 (como mejor calidad de vida) y la segunda parte es la Escala visual analógica (EVA), es una valoración subjetiva que realiza el encuestado sobre su calidad de vida. Va desde la puntuación 0 (Peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). Las respuestas del cuestionario (EQ-5D-5L) se dicotomizaron como “sin problemas” nivel (1) y “con problemas” el nivel (2,3,4 y 5).

Escala del estado funcional post COVID-19 (PCFS).

Se utilizó como instrumento el cuestionario la Escala del estado funcional post COVID-19 (PCFS)⁽⁵⁰⁾ en la versión en español 2020, la cual ha sido validada por expertos e investigadores encargados, teniendo confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.821 ⁽⁵⁴⁾. Lo que indica que la escala es confiable.

Evalúa los aspectos relevantes de la vida diaria durante el seguimiento posterior de la infección, en las primeras semanas después del alta para poder controlar la recuperación directa. Esta escala evalúa la presencia de limitaciones funcionales desde el grado 0 hasta 4 y el grado D que registra muerte del paciente. El grado 0 refleja la ausencia de limitación. El grado 1 corresponde a pacientes con algunos síntomas que presentan limitaciones menores, pero pueden realizar sus actividades habituales. El grado 2 existe presencia de limitación ligera en la vida diaria, pero pueden realizar de forma independiente todas sus actividades con una intensidad más baja. El grado 3 hay presencia de limitaciones moderadas, reflejando incapacidad para realizar determinadas actividades. Grado 4 describe a los pacientes con limitaciones severas que requieren ayuda en las actividades de la vida diaria.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fueron la ficha de datos y los 2 cuestionarios, Estos cuestionarios fueron administrados en recursos en línea, autoadministrado y por entrevista que facilitó la obtención de datos. Una vez que se tienen completadas las encuestas pasan a ser tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, de esa manera nos permite generar nuestra base de datos.

4.6 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO ANÁLISIS DE DATOS:

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y el registro de los datos en la ficha de recolección se procedió a la recolección de la información obtenida del cuestionario escrito y el cuestionario virtual tipo Google forms. Todos los datos obtenidos fueron tabulados en el programa de Microsoft Excel 2022, para después ser analizados con el programa estadístico software IBM STATA. Donde se realizó la estadística descriptiva, el análisis bivariado y multivariado con un intervalo de confianza al 95%.

Para el análisis estadístico de tipo inferencial para las variables categóricas se empleó la prueba de Chi cuadrado, se tomó las asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$), posteriormente la medida de asociación se realizó con el cálculo de la Razón de Prevalencia (RP) crudo (RPc) con el respectivo intervalo de confianza y ajustado (RPa) también con el intervalo de confianza. Para la variable limitación funcional se utilizó la prueba exacta de Fisher.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente trabajo de investigación se explicó a cada participante sobre el objetivo del estudio las cuales no comprometen en algún riesgo al personal asistencial y administrativo. Finalmente decidieron participar firmando un consentimiento informado y no fueron obligados a participar bajo ningún concepto.

La solicitud de permiso a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma y a los dos establecimientos de salud de primer nivel de atención para la recolección de los datos, fue aprobada.

Los resultados que se obtuvieron del estudio fueron manejados por códigos, respetándose así la confidencialidad de los participantes, estos datos han sido manejados únicamente por el encargado de la investigación.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

El estudio se realizó con un total de 106 encuestados entre personal asistencial y administrativo que trabaja en los dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020 – setiembre 2021.

Tabla N.º1 Características generales del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	31	29,2%
Femenino	75	70,8%
Edad (años)*		
25 -45	38	35,8%
45-65	68	64,2%
Ocupación		
Administrativo	32	30,2%
Asistencial	74	69,8%
Médico	13	12,3%
Enfermera	11	10,4%
Obstetra	9	8,5%
Odontólogo	1	0,9%
Farmacia	4	3,8%
Laboratorio	9	8,5%
Técnico de enfermería	26	24,5%
Psicólogo	1	0,9%
Lugar de trabajo		
C.S. Delicias de Villa	33	31,1%
C.S. Virgen del Carmen	73	68,9%
Lugar de diagnóstico		
Casa	11	10,4%
Trabajo	95	89,6%
Método diagnóstico		
Prueba molecular	71	67,0%
Anticuerpo Ig G IgM	35	33,0%
Lugar de recuperación		
Casa	95	89,6%
Hospitalización	11	10,4%
Síntomas persistentes al mes de alta		
Disnea al gran esfuerzo	65	61,3%
Disnea al ligero esfuerzo	4	3,8%
Dolor de pecho	57	53,8%
Tos	11	10,4%
Anosmia	6	5,7%

Comorbilidades		
Si	59	55,7%
No	47	44,3%
Diabetes Mellitus 2	11	10.4%
Hipertensión Arterial	10	9.43%
Obesidad	32	30.2%
Asma	6	5.7%

Fuente: Investigación de campo en el personal asistencial y administrativo que trabaja en el C.M.I Virgen del Carmen y C.S. Delicias de Villa, marzo 2020 a setiembre 2021.

La mayor frecuencia de la población estudiada era del sexo femenino (70.8%), el grupo etario predominante fue de 46 – 56 años (64.2%) siendo la media de la edad 46.8.

En relación a la ocupación la mayoría corresponde al personal asistencial con (69.8%) dentro de este grupo se encuentra con mayor frecuencia al personal técnico de enfermería (24,5%) los que han dado positivo a COVID19. Asimismo, un (89,6%) fueron diagnosticados en el trabajo, además el (89,6%) han llevado la recuperación en casa. La frecuencia de los síntomas persistentes al mes del alta que ha predominado fueron disnea al gran esfuerzo 61.3% y dolor de pecho 53.8%. A tomar en cuenta que el 55.7% del personal tiene una condición de comorbilidad, siendo la que destaca la obesidad con un 30.2%.

Tabla 2. Características del cuestionario calidad de vida post COVID-19 a un mes de alta médica del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

CUESTIONARIO (5Q-5D-3L)	Total N=106		Autovaloración (EVA) Pre COVID-19	Autovaloración (EVA) Post COVID-19
	Frecuencia	(%)		
Calidad de vida disminuyó	72	(67,9%)	95,0 (90,0-100,0)	70,0 (60,0-90,0)
Movilidad				
Si disminuyó	59	55,7%		
No disminuyó	47	44,3%		
Cuidado personal				
Si disminuyó	48	45,3%		
No disminuyó	58	54,7%		
Actividades habituales				
Si disminuyó	70	66,0%		
No disminuyó	36	34,0%		
Dolor / Malestar				
Si presentó	58	54,7%		

No presentó	48	45.3%
Ansiedad / Depresión		
Si presentó	79	74,5%
No presentó	27	25.5%

Fuente: Investigación de campo en el personal asistencial y administrativo que trabaja en el C.M.I Virgen del Carmen y C.S. Delicias de Villa, marzo 2020 a setiembre 2021.

De los 106 participantes el 67.9% disminuyó su calidad de vida post COVID-19 presentando una media de 70 en la autovaloración del estado de salud posterior a la infección. Dentro de las condiciones evaluadas EUROQOL – 5D-5L ha resaltado la disminución de realización de actividades habituales en 66,0% y la presencia de ansiedad y/o depresión 74.5%.

Tabla 3. Análisis bivariado entre las características generales y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a un mes del alta del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

	(EQ-5D-3L)		CALIDAD DE VIDA	p-valor
	No N=34	Si N= 72		
Sexo				0.205
Femenino	21(28,0%)	54(72,0%)	75(100%)	
Masculino	13(41,9%)	18(58,1%)	31(100%)	
Edad (años)*	43,5±7,6	48±5,9	46,8±6,8	<0.001
Ocupación				0.904
Administrativo	10(31,3%)	22(68,8%)	32(100%)	
Asistencial	24(32,4%)	50(67,6%)	74(100%)	
Lugar de trabajo				0.461
C.S. Delicias de Villa	9(27,3%)	24(72,7%)	33(100%)	
C.S. Virgen del Carmen	25(34,2%)	48(65,8%)	73(100%)	
Lugar de diagnóstico				0.762
Casa	4(36,4%)	7(63,6%)	11(100%)	
Trabajo	30(31,6%)	65(68,4%)	95(100%)	
Lugar de recuperación				<0.001
Casa	34(35,8%)	61(64,2%)	95(100%)	
Hospitalización	0(0,0%)	11(100%)	11(100%)	
Síntomas persistentes al mes de alta				
Disnea al gran esfuerzo				<0.001
No	34(28,0%)	7(17,1%)	41(100%)	

Si	0(0,0%)	65(100%)	65(100%)
Disnea al ligero esfuerzo			<0.001
No	34(33,3%)	68(66,7%)	102(100%)
Si	0 (0,0%)	4(100,%)	4 (100%)
Dolor de pecho			<0.001
No	29(59,2%)	20(40,8%)	49(100%)
Si	5 (8,8%)	52(91,2%)	57(100%)
Tos			<0.001
No	34 (35,8%)	61(64,2%)	95(100%)
Si	0 (0,0%)	11(100%)	11 (100%)
Anosmia			<0.001
No	34 (34,0%)	66(66,0%)	100(100%)
Si	0(0,0%)	6(100%)	6(100%)
Comorbilidades			<0.001
No	25(53,2%)	22(46,8%)	47(100,0%)
Si	9 (15,3%)	50(84,7%)	59(100,0%)

Fuente: Investigación de campo en el personal asistencial y administrativo que trabaja en el C.M.I Virgen del Carmen y C.S. Delicias de Villa, marzo 2020 a setiembre 2021.

El estudio bivariado nos permite analizar cada variable independiente con respecto a la dependiente. En nuestro resultado se puede observar que se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad y la disminución de la calidad de vida ($p = <0.001$); al igual que con la variable lugar de recuperación ($p = <0.001$), disnea de gran esfuerzo ($p = <0.001$), disnea ligero esfuerzo ($p = <0.001$), dolor de pecho ($p = <0.001$), tos ($p = <0.001$), anosmia ($p = <0.001$) y comorbilidades ($p = <0.001$). Esto se muestra en la tabla N.º3

Tabla N.º4 Análisis multivariado entre las características generales y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a un mes del alta del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

	(EQ-5D-3L)	CALIDAD DE VIDA		
	RPc (IC 95%)	Valor de P crudo	RPa (IC 95%)	Valor de P ajustado
Sexo				
Femenino	Ref.	Ref.		
Masculino	1.24(0,89-1,73)	0,205		
Edad (años)*				
25 -45	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
45-65	2.53(1,61-3,99)	<0,001	1,01(0,81-1,26)	0.901

Ocupación				
Administrativo	Ref.	Ref.		
Asistencial	0,98(0,74-1,30)	0,904		
Lugar de trabajo				
C.S. Delicias de Villa	Ref.	Ref.		
C.S. Virgen del Carmen	0,90(0,69-1,18)	0,461		
Lugar de diagnóstico				
Casa	Ref.	Ref.		
Trabajo	1,07(0,67-1,72)	0,762		
Lugar de recuperación				
Casa	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Hospitalización	1,55(1,34-1,81)	<0,001	0,88(0,65-1,18)	0,382
Síntomas persistentes al mes de alta				
Disnea al gran esfuerzo				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	5,86(2,97-11,53)	<0,001	6.14(3.05-12.34)	<0,001
Disnea al ligero esfuerzo				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1.50(1,31-1,72)	<0,001	2,92(1,28-6,65)	0,011
Dolor de pecho				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	2,23(1,58-3,17)	<0,001	1,25(1,03-1,52)	0,021
Tos				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,55(1,34-1,81)	<0,001	1,49(0,93-2,38)	0,093
Anosmia				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,51(1,31-1,74)	<0,001	0,59(0,34-1,04)	0,069
Comorbilidades				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,81(1,30-2,50)	<0,001		
Diabetes mellitus 2				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,23(0,90-1,69)	0,191		
Hipertensión arterial				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,41(1,12-1,77)	0,003	0,95(0,82-1,10)	0,505
Obesidad				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,43(1,13-1,81)	0,003	1,08(0,94-1,24)	0,268
Asma				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,24(0,85-1,83)	0,267		

RPc: Razón de prevalencia cruda - RPa: Razón de prevalencia ajustada
 IC95%: Intervalo de confianza al 95%

El análisis multivariado nos permite ver la fuerza de asociación de la variable independiente con la dependiente, pero todo ello ajustado con el resto de los factores asociados, en este caso, a la disminución de la calidad de vida. Es por ello que, al ajustar

las variables, algunas que tuvieron significancia estadística en el análisis bivariado, al realizar el multivariado dejan de tenerla. En nuestro análisis multivariado hemos observado que la edad entre 46 – 65 años no es un factor asociado para la disminución de la calidad de vida (RPa: 1.01, IC95%:0.81-1.26, p= 0.901), así como el lugar de la recuperación (RPa: 0.88, IC95%:0.65-1.18, p= 0.382), tos (RPa: 1.49, IC95%:0.93-2.38, p= 0.093), anosmia (RPa: 0.59, IC95%:0.34-1.04, p=0.069), hipertensión arterial (RPa: 0.95, IC95%:0.82-1.10, p= 0.505) y obesidad (RPa: 1.08, IC95%:0.94-1.24, p= 0.268). Mientras que las variables que si mostraron asociación estadísticamente significativa para la disminución de la calidad de vida son disnea de gran esfuerzo (RPa: 6.14, IC95%:3.05-12.34, p=< 0.001), disnea a ligero esfuerzo (RPa: 2.92, IC95%:1.28-6.65, p= 0.011) y dolor de pecho (RPa: 1.25, IC95%:1.03-1.52, p= 0.021). Todo ello se muestra en la tabla N.º4.

Tabla 5. Características del estado funcional post COVID-19 a un mes de alta médica del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

ESTADO FUNCIONAL POST COVID-19 ESCALA (PCFS)	TOTAL N=106	
	Frecuencia	Porcentaje
Sin limitaciones	7	6.6%
Con limitaciones	99	93.4%
Limitaciones funcionales mínimas	18	17.1%
Limitaciones funcionales ligeras	77	72.1%
Limitaciones funcionales moderadas	3	2.8%
Limitaciones funcionales severas	1	0.9%

Fuente: Investigación de campo en el personal asistencial y administrativo que trabaja en el C.M.I Virgen del Carmen y C.S. Delicias de Villa, marzo 2020 a setiembre 2021.

El 93.4% ha presentado alguna limitación funcional. El estado funcional post COVID-19 que predomina a un mes del alta médica del personal son las limitaciones funcionales ligeras 72.1%, en cuanto al personal que no ha presentado ninguna limitación son solo el 6.6%.

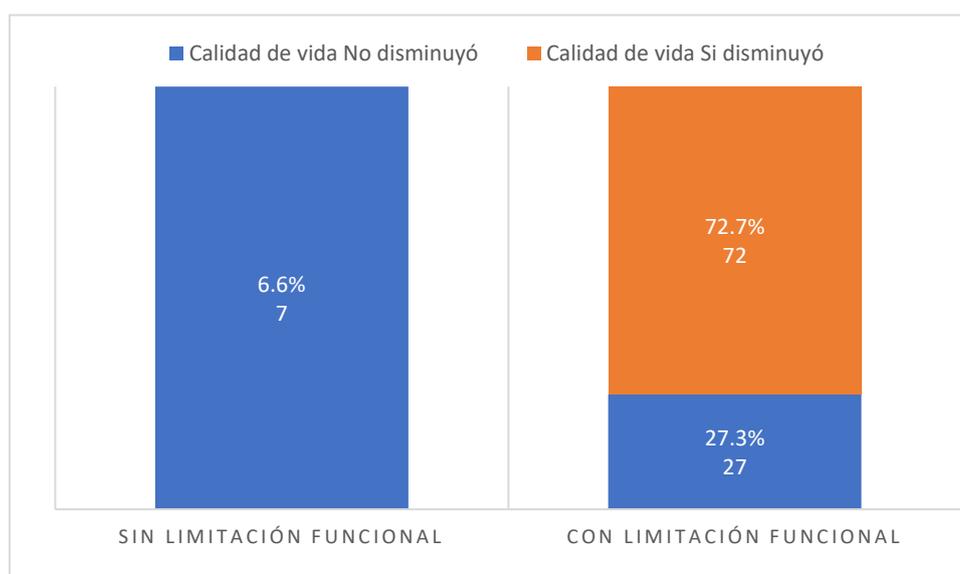
Tabla 6. Análisis bivariado entre el estado funcional post COVID-19 y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a un mes del alta del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.

	CALIDAD DE VIDA		Total N=106	p-valor
	No disminuyó	Si disminuyó		
Sin limitación funcional	7 (6.6%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)	Ref.
Con limitación funcional	27 (27.3%)	72 (72.7%)	99 (100.0%)	<0.001

Realizado con la Prueba Exacta de Fisher

El estudio bivariado nos permite analizar la variable independiente con respecto a la dependiente. En nuestro resultado se puede observar que se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado funcional post COVID-19 y la disminución de la calidad de vida ($p = <0.001$). Esto se muestra en la tabla N.º6

Gráfico 2. Estado funcional post COVID-19 y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a un mes del alta del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo de 2020 hasta setiembre de 2021.



El 72.7% de los participantes han presentado limitación funcional y a la vez han disminución de la calidad de vida, mientras que el 27.3% presentó limitación funcional pero no ha disminuido la calidad de vida.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Actualmente, las secuelas post COVID-19 han provocado deterioro en la salud y una serie de síntomas persistentes (disnea, fatiga, dolor de pecho, debilidad muscular) lo que genera un impacto en el bienestar de la población y futuros problemas en el estado funcional. Por este motivo es importante identificar los factores de riesgo que alteran y disminuyen la calidad de vida del paciente.

En el presente estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas persistentes a un mes del alta de COVID-19 y la disminución de la calidad de vida, predominando las secuelas respiratorias (61.3%), el personal que ha presentado disnea de gran esfuerzo tiene 6.14 veces más posibilidad de disminuir su calidad de vida en comparación con los que no han presentado disnea de gran esfuerzo (RPa: 6.14, IC95%:3.05-12.34, $p < 0.001$), así también el personal que ha presentado disnea a ligero esfuerzo tiene 2.92 veces más posibilidad de disminuir su calidad de vida en comparación de los que no han presentado (RPa: 2.92, IC95%:1.28-6.65, $p = 0.011$) y por último el personal que ha presentado dolor de pecho tiene 1.25 veces mayor riesgo de disminuir la calidad de vida post COVID-19 en comparación de los que no han presentado (RPa: 1.25, IC95%:1.03-1.52, $p = 0.021$), este resultado guarda relación con lo hallado por Taboada⁽¹⁹⁾ que encontró la existencia de síntomas persistentes a seis meses tras COVID-19 como la presencia de disnea de gran esfuerzo ($p = 0.002$) y disnea de ligero esfuerzo ($p < 0.001$). De igual manera coincide con Bouza⁽⁵⁵⁾ los síntomas persistentes post COVID-19 de mayor frecuencia son disnea, tos y dolor torácico, la disnea se ha manifestado en más del 40% de los pacientes, especialmente en los que presentaron insuficiencia respiratoria muy grave y también se ha visto en un 15% de pacientes que han tenido enfermedad moderada o leve. Respecto a los síntomas de dolor torácico se ha descrito en un 5-10% y la persistencia de tos en más de 20% de casos. Lo cual refuerza que la persistencia de los síntomas post COVID-19 conforme permanezcan disminuyen la calidad de vida de los pacientes. También se ha sugerido el término de síndrome agudo post COVID-19 para pacientes con síntomas o signos de enfermedad de 3 semanas, en el cuadro clínico de este síndrome se encuentra la fatiga, dificultad respiratoria, opresión torácica, mialgias y alteraciones del sueño. Como se muestra en el estudio de Goicochea⁽⁴⁷⁾ El 85.3% de pacientes entrevistados han presentado secuelas hasta 30 días posteriores al alta, predominaron las secuelas respiratorias (61%) donde resaltó la disnea,

entre las secuelas osteomusculares predomina dorsalgia (77%) siendo el sexo femenino más afectado.

En cuanto al sexo se ha visto el predominio de mujeres (70.8%), pero no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la disminución de la calidad de vida ($p=0.205$). Sin embargo, Todt ⁽¹³⁾ en su estudio realizado en Sao Paulo si evidenció asociación con el sexo femenino ($p <0.001$) planteando la posibilidad de influencia de factores sociales y sugiere que la salud mental de las mujeres se ha visto afectada desproporcionadamente por la pandemia.

Con respecto a la variable de grupo etario, en nuestro estudio resultó tener asociación significativa en el análisis bivariado siendo la edad media 46.8 ($p <0.001$), el grupo de 46 a 65 años concentró el 64.2% de casos, pero en el análisis multivariado ya no se encontró asociación significativa con la disminución de la calidad de vida ($p = 0.901$). Este resultado coincide con el de Todt ⁽¹³⁾ donde evaluaron la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 realizando el seguimiento a los 3 meses después del alta hospitalaria y no encontraron asociación con la edad media 53.6 y la disminución de la calidad de vida ($p= 0.539$). Así como reporta el informe de las Naciones Unidas “Impacto de la COVID-19 en personas mayores” las personas mayores tienen mayor probabilidad de enfermar gravemente si se infectan, donde la mayoría de muertes y complicaciones por COVID-19 ocurren en personas de 70 años a más, seguida de personas entre 60 y 69 años.

En cuanto a la presencia de antecedentes médicos de los 106 participantes con diagnóstico de COVID-19, (55.7%) refirieron tener enfermedades asociadas, en el análisis bivariado se encontró una asociación significativa entre hipertensión y disminución de la calidad de vida ($p = 0.003$) al igual que con la variable obesidad ($p=0.003$), pero en el análisis multivariado no encontramos una asociación significativa. De igual manera, los resultados de Ayuso⁽³⁷⁾ que realiza su estudio en 443 pacientes donde el 27.8% presenta antecedente de hipertensión arterial encontrando asociación entre comorbilidad con la disminución de la calidad de vida post COVID-19 ($p<0.001$), los pacientes que tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, obesidad, asma y diabetes mellitus se encuentran dentro de las comorbilidades que pueden agravar el cuadro clínico y la evolución de los pacientes con COVID-19.

Referente a la calidad de vida evaluado con el cuestionario (EQ-5D-5L) se encontró una asociación significativa entre 4 dimensiones: movilidad ($p=0.014$), actividades habituales ($p=0.007$), dolor/malestar ($p=0.032$) y ansiedad/ depresión ($p=0.018$) con la Escala de autovaloración del estado de salud (EVA) que asocia a la disminución de la calidad de

vida relacionada a la salud a un mes del alta de COVID-19. El 55.7% del personal asistencial y administrativo que presentó problemas de movilidad manifestaron cansancio para desplazarse, problemas para caminar a pasos rápidos que han permanecido hasta el mes posterior al diagnóstico. Existe una similitud con el estudio de Totd⁽¹³⁾ donde el (86%) de pacientes han tenido problemas para caminar con relación a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a los 3 meses ($p < 0.001$). Con respecto a las actividades habituales el 66% ha presentado alguna diferencia en su rutina habitual como: bailar, realizar tareas domésticas, ejercicios aeróbicos, y conducir. Este resultado tiene relación con una evaluación realizada por Garratt⁽²⁵⁾ donde los pacientes que no necesitaron hospitalización post COVID-19 vieron alterado sus actividades habituales en relación al cambio de calidad de vida ($p < 0,001$). En relación a la presencia de dolor o malestar el (54.7%) ha presentado en su mayoría dolor de pecho y osteomuscular. Este resultado es similar al encontrado por Taboada⁽¹⁹⁾ en su estudio donde se asoció al dolor o malestar con la disminución de la calidad de vida post COVID-19 ($p = 0.007$) Finalmente, se evaluó la dimensión de ansiedad/ depresión del instrumento (EQ-5D-5L), donde el 74.5% del personal ha manifestado sentimiento de preocupación, irritabilidad, miedo a volver a enfermarse, similar hallazgo se evidencia en el estudio realizado por Taboada⁽¹⁹⁾ donde la presencia de ansiedad se asoció a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 ($p < 0,001$)⁽¹⁹⁾.

En el análisis bivariado sobre los cambios en el estado funcional a un mes del alta por COVID-19 evaluado con el instrumento de la escala funcional post COVID-19 (PCFS) ha dado como resultado que el 93.4% de los participantes han presentado alguna limitación funcional encontrando una asociación significativa con respecto a la disminución de la calidad de vida post COVID-19. El 72.1% del personal ha presentado limitaciones funcionales ligeras correspondientes al grado II, las cuales son limitaciones en la vida diaria que ocasionalmente necesita reducir las tareas y actividades habituales o distribuirlas en el tiempo debido a síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, es capaz de realizar todas las actividades sin la ayuda de alguien. En el estudio de Sacristán⁽⁴⁰⁾ se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida y las limitaciones de las actividades de la vida diaria según el estado funcional ($p < 0,001$), mostró que el aumento de las limitaciones en las actividades de la vida diaria a medida que crece el grado de deterioro funcional van con un deterioro fuerte a la disminución de la calidad de vida, los cuales puede deberse a que los participantes con un mayor grado de deterioro funcional estaban más angustiados psicológicamente, con

diferencias marcadas de niveles de ansiedad y depresión entre los grados 3 y 4 del estado funcional en comparación a los otros grados.

Con respecto a las limitaciones de nuestra investigación se puede mencionar el hecho de que es un estudio con solo 2 establecimientos de salud de primer nivel de atención con una población limitada y específica.

Cuando se realizó el llenado de las encuestas el 70% de encuestados respondieron de manera presencial y se absolvió algunas dudas en relación con las preguntas, mientras que el 30% respondieron de manera virtual, los participantes han podido verse influenciados por su entorno al brindar sus respuestas.

El presente estudio se limita al contenido de antecedentes nacionales ya que hay pocas investigaciones para realizar el contraste con los resultados de la población.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Se encontró factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionado con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo a 2020 a setiembre 2021 a un mes del alta.
- La presencia de síntomas persistentes a un mes del alta por COVID-19 como: disnea de gran esfuerzo, disnea de ligero esfuerzo y dolor de pecho están asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 demostrado en el análisis multivariado.
- Los factores sociodemográficos como la edad entre 45 a 65 años están asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 a un mes del alta en el análisis bivariado.
- El estado funcional post COVID-19 al mes de la alta médica donde se evidencia una limitación funcional ligera está asociado a la disminución de la calidad de vida post COVID-19, el análisis bivariado.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades de los establecimientos de salud, tener en cuenta los resultados de la investigación, para poder brindar mejor atención y control al personal de salud.
- Se recomienda realizar charlas educativas sobre la identificación de síntomas post COVID-19, alteración de la capacidad funcional y la disminución de la calidad de vida.
- Se recomienda incentivar la realización de más estudios sobre la calidad de vida post COVID-19.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Shi Y, Wang G, Cai X-P, Deng J-W, Zheng L, Zhu H-H, et al. An overview of COVID-19. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020;21(5):343–60. doi:10.1631/jzus.B2000083
2. Covid 19 en el Peru - Ministerio de Salud MINSA [Internet]. Minsa.gob.pe.2022 [citado el 1 de enero de 2024] Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Cabezas C. Pandemia de la COVID-19: tormentas y retos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;37:603–4. doi:10.17843/rpmesp.2020.374.6866
4. Kamal M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H. Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations. *Int J Clin Pract*. 2021;75(3):e13746. doi:10.1111/ijcp.13746
5. Raman B, Cassar MP, Tunnicliffe EM, Filippini N, Griffanti L, Alfaro-Almagro F, et al. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *EClinicalMedicine*. 2021;31:e100686. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100683
6. Santos-Sánchez NF, Salas-Coronado R. Origen, características estructurales, medidas de prevención, diagnóstico y fármacos potenciales para prevenir y controlar COVID-19. *Medwave*. 2020;20(8):e8037. doi:10.5867/medwave.2020.08.8037
7. Quesada JA, López-Pineda A, Gil-Guillén VF, Arriero-Marín JM, Gutiérrez F, Carratala-Munuera C. Período de incubación de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Clínica Española*. 2021;221(2):109–17. doi:10.1016/j.rce.2020.08.005
8. Undurraga EA, Chowell G, Mizumoto K. Case fatality risk by age from COVID-19 in a high testing setting in Latin America: Chile, March-May, 2020 [Internet]. 2020 may [citado el 30 de septiembre de 2021] p. e112904. doi:10.1101/2020.05.25.20112904
9. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Wkly*. 2020;2(8):113–22. doi:PMC8392929
10. Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M, Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*. 2020;37(2):119–21. doi:10.35663/amp.2020.372.1033
11. Médicos perdieron la vida luchando contra el COVID-19 - [Internet]. CMP 2021 [citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/mas-de-400-medicos-perdieron-la-vida-luchando-contra-el-covid-19/>

12. Gozzer E, Canchihuamán F, Espinoza R. COVID-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020;37(2):371–3. doi:10.17843/rpmesp.2020.372.5410
13. Todt BC, Szejf C, Duim E, Linhares AOM, Kogiso D, Varela G, et al. Clinical outcomes and quality of life of COVID-19 survivors: A follow-up of 3 months post hospital discharge. *Respir Med*. 2021;184:e106453. doi:10.1016/j.rmed.2021.106453
14. Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MÁ, López-Ruz MÁ. Medical sequels of COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2021;eS0025-7753(21)00289-X. doi:10.1016/j.medcli.2021.04.023
15. Llerena R, Narvaez CS. EMERGENCIA, GESTIÓN, VULNERABILIDAD Y RESPUESTAS FRENTE AL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERÚ [Internet]. *SciELO Preprints*; 2020 [citado el 9 de octubre de 2021]. doi:10.1590/SciELOPreprints.94
16. Taboada M, Cariñena A, Moreno E, Rodríguez N, Domínguez MJ, Casal A, et al. Post-COVID-19 functional status six-months after hospitalization. *J Infect*. 2021;82(4):e31–3. doi:10.1016/j.jinf.2020.12.022
17. Cruz-Vargas JADL. Protegiendo al personal de la salud en la pandemia Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020;20(2):3–3. doi:10.25176/RFMH.v20i2.2913
18. Rivas A. A MÁS DE MIL, AUMENTA LA CIFRA DE MÉDICOS INFECTADOS POR COVID-19 [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2020 [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/a-mas-de-mil-aumenta-la-cifra-de-medicos-infectados-por-covid-19/>
19. Taboada M, Rodríguez N, Diaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. [Quality of life and persistent symptoms after hospitalization for COVID-19. A prospective observational study comparing ICU with non-ICU Patients]. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2021;e134110. doi:10.1016/j.redar.2021.05.009
20. Abril Mera T, Guzmán Menéndez G, Moran Luna L, De la Torre Ortega L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. *Vive Revista de Salud*. 2020;3(9):166–76. doi:10.33996
21. Cahuana Lipa R, Calidad de vida de pacientes post COVID de las instituciones prestadoras de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022;6(1):2405–2425. doi:10.37811/cl_rcm.v6il.1657
22. Valenzuela Casquino K, Espinoza Venero A, Quispe Galvez JC. Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público de Lima, Perú. *Horiz Med*. 2021;21(1):e1370. doi:10.24265/horizmed.2021.v21n1.05
23. SEDISA. Documento para la atención integral al paciente post-COVID [Internet]. SEMG. 2020 [citado el 14 de octubre de 2021]. Disponible en:

<https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/357-documento-para-la-atencion-integral-al-pacientepost-covid>

24. Pant P, Joshi A, Basnet B, Shrestha BM, Bista NR, Bam N, et al. Prevalence of Functional Limitation in COVID-19 Recovered Patients Using the Post COVID-19 Functional Status Scale. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021;59(233):7–11. doi:10.31729/jnma.5980
25. Garratt AM, Ghanima W, Einvik G, Stavem K. Quality of life after COVID-19 without hospitalisation: Good overall, but reduced in some dimensions. *J Infect.* 2021;82(5):186–230. doi:10.1016/j.jinf.2021.01.002
26. Fernández-de-Las-Peñas C, Martín-Guerrero JD, Navarro-Pardo E, Rodríguez-Jiménez J, Pellicer-Valero OJ. Post-COVID functional limitations on daily living activities are associated with symptoms experienced at the acute phase of SARS-CoV-2 infection and internal care unit admission: A multicenter study. *J Infect.* 2021;17(48):eS0163-4453. doi:10.1016/j.jinf.2021.08.009
27. Meys R, Delbressine JM, Goërtz YMJ, Vaes AW, Machado FVC, Van Herck M, et al. Generic and Respiratory-Specific Quality of Life in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *Journal of Clinical Medicine.* 2020;9(12):3993. doi:10.3390/jcm9123993
28. Belli S, Balbi B, Prince I, Cattaneo D, Masocco F, Zaccaria S, et al. Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients who survived hospitalisation. *Eur Respir J.* 2020;56(4):e2002096. doi:10.1183/13993003.02096-2020
29. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect.* 2020;81(6):e4–6. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.029
30. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 2021;397(10270):220–32. doi:10.1016/S0140-6736(20)32656-8
31. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. [Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF)]. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(2):169–84. doi:10.1590/s1135-57272010000200005
32. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev méd Chile.* 2010;138(3):358–65. doi:10.4067/S0034-98872010000300017
33. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J.* 2020;96(1142):753–8. doi:10.1136/postgradmedj-2020-138234
34. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2

- infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2021(3):eCD013705. doi:10.1002/14651858.CD013705.pub2
35. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2021;4(5):e2111417. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11417
 36. MINSA. Resolución Ministerial N° 850-2022. Guía técnica para la rehabilitación de personas afectadas por COVID-19 [Internet]. gob.pe. 2022 [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3614919-850-2022-minsa>
 37. Ayuso García B. [Health-related quality of life in patients recovered from COVID-19]. *Rev J Healthc Qual Res.* 2022;37(4):208–15. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.01.001
 38. IETSI. Guía de práctica clínica: Manejo de COVID-19 - GPC [Internet]. EsSalud. 2021 [citado el 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gpc-peru.com/gpccovid>
 39. d'Ettorre G, Vassalini P, Coppolelli V, Gentilini Cacciola E, Sanitinelli L, Maddaloni L, Fabris S, Mastroianni CM, Ceccarelli G. Health-related quality of life in survivors of severe COVID-19 infection. *Rev Epub.* 2022;74(6):1286–95. doi: 10.1007/s43440-022-00433-5
 40. Sacristán-Galisteo C, Del Corral T, Ríos-León M, Martín-Casas P, Plaza-Manzano G, López-de-Uralde-Villanueva I. Construct validity of the Spanish version of the Post-COVID-19 Functional Status scale and validation of the web-based form in COVID-19 survivors. *Rev journal.* 2022;1;17(6) doi: 10.1371
 41. Lorca LA, Leao Ribeiro I, Torres-Castro R, Sacomori C, Rivera C. Propiedades psicométricas de la escala Post-COVID-19 Functional Status para adultos sobrevivientes de COVID-19. *Rev Elsevier* 2022 56(4):337-343 doi: 10.1016/j.rh.2021.07.002
 42. Ping W, Zheng J, Niu X, Guo C, Zhang J, Yang H, Shi Y. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *Rev journal* 2020; 18;15(6):208–15. doi: 10.1371
 43. López Castro, J. Calidad de vida (SF-36) relacionada a síntomas persistentes en pacientes con COVID-19 confirmados por PCR atendidos en la jurisdicción de C.S. La Esperanza tras "Segunda ola" de pandemia Tacna, 2021. Universidad Privada de Tacna (Tesis pregrado) Facultad de Medicina Humana, Tacna, Perú.
 44. Malik P, Pinto C, Jaiswal R, Patel U. Post acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of live (HRQoL)-A Sistematic review and meta-analysis. *Rev Journal Medical Virology.* 2022 94(1) 253-62. doi: 10.1002/jmv.27309
 45. Sibila O, Molina-Molina M, Valenzuela C, Ríos-Cortés A, Arbillaga-Etxarri A, Torralba García Y, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el seguimiento clínico post-COVID-

19. Open Respiratory Archives. 2020;2(4):278–83. doi:10.1016/j.opresp.2020.09.002
46. María Mercedes Vinuesa Sebastián. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España; 2014 [citado el 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf
47. Goicochea Ríos ES, Córdova Paz Soldán OM, Gómez Goicochea NI, Vicuña Villacorta J. secuelas post infección por covid 19 en pacientes del hospital I Florencia de mora. Trujillo - Perú. Rev Fac Med Hum. 2022;22(4):754-764. doi 10.25176/RFMH.v22i4.5045
48. van Agt HME, Essink-Bot M-L, Krabbe PFM, Bonsel GJ. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. Social Science & Medicine. 1994;39(11):1537–44. doi:10.1016/0277-9536(94)90005-1
49. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Atención Primaria. 2001;28(6):425–9. doi:10.1016/S0212-6567(01)70406-4
50. Betancourt-Peña J, Ávila-Valencia JC, Palacios-Gómez M, Rodríguez-Castro J, Benavides-Córdoba V, Betancourt-Peña J, et al. Traducción y adaptación cultural de la escala The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale al español (Colombia). Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2021 [citado el 12 de diciembre de 2021];40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002021000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Lorca LA, Leão Ribeiro I, Torres-Castro R, Sacomori C, Rivera C. [Psychometric properties of the Post-COVID 19 Functional Status scale for adult COVID 19 survivors]. Rehabilitacion (Madr). 2021;S0048-7120(21)00074-8. doi:10.1016/j.rh.2021.07.002
52. Dubé B, Vermeulen F, Laveneziana P. Exertional Dyspnoea in Chronic Respiratory Diseases: From Physiology to Clinical Application. Rev International Journal Society of pulmonology. 2017; 53(2) 52-70. doi:10.1016/j.arbres.2016.09.005
53. Fernández C, Rodríguez J, Moro P, Cancela I, Pardo- A, Hernández V, Gil Á. Psychometric properties of the Spanish version of the EuroQol-5D-5L in previously hospitalized COVID-19 survivors with long COVID. Sci Rep. 2022 Jul 23;12(1):12605. doi: 10.1038/s41598-022-17033-1
54. Çalık E, Çakmak A, Kınacı E, Uyaroğlu OA, Yağlı NV, Sain Güven G, Sağlam M, Özışık L. Reliability and validity of the Turkish version of Post-COVID-19 Functional Status Scale. Turk J Med Sci. 2021 Oct 21;51(5):2304-2310. doi: 10.3906/sag-2105-125

55. Bouza E, Cantón Moreno R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, García-Lledó A. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. Rev Esp Quimioter. 2021 Aug;34(4):269-279. doi: 10.37201/req/023.2021.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

 **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

 **52 Años**
 **PERÚ 1821 2021 BICENTENARIO**

Oficio Electrónico N° 2091-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita
MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTÍNEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

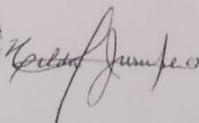
De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO - SETIEMBRE 2020"**, desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco Central 708-0000 / Anexo: 6010
Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ACTA DE CAMBIO DE TÍTULO



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°125-2021-INICIB-D

Lima, 25 de noviembre de 2021

Señorita
MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTÍNEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Provento de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021”**, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anexo 6016

ANEXO N°2: CARTA DEL COMPROMISO DE LA ASESORA DE LA TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor del Proyecto de Tesis "Factores asociados a la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021" que presenta la estudiante de Medicina Humana, SR(A). MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTÍNEZ de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. Norka Rocío Guillén Ponce

Lima, 12 de Noviembre del 2021

**ANEXO N°3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS,
FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2091-2021-FMH-D

Lima, 25 de noviembre de

2021 Señorita
MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTÍNEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021”**, desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 25 de noviembre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
6010

Central 708 -0000 / Anexo:

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021”

Investigadora: MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTINEZ

Código del Comité: **PG 061- 2024**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el periodo de un año.

Exhortamos al investigador a la publicación del trabajo de investigación, con el fin de contribuir con el desarrollo científico del país.

Lima, 14 de marzo de 2024

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021", que presenta la Señorita MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTINEZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
PRESIDENTE

M.C. Félix Konrad, Llanos Tejada
MIEMBRO

Mg. Dante Manuel Quiñones Laveriano
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Dra. Norka Rocio Guillen Ponce
Asesor de Tesis

Lima, 15 de marzo de 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta .

MIRELLA SOLEDAD JANAMPA MARTINEZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA POST COVID-19 RELACIONADO CON LA SALUD DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE MARZO 2020 - SETIEMBRE 2021.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
¿Cuáles son los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post covid-19 relacionado con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes del alta?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes de alta.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la asociación entre la edad y la 	<p>HIPÓTESIS GENRAL</p> <p>Existen factores asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo de dos establecimientos de salud del primer nivel de atención desde marzo 2020-setiembre 2021 a un mes del alta.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <ul style="list-style-type: none"> H1: Existe la asociación entre la edad y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y 	<p>Independiente:</p> <p>Edad Disnea de gran esfuerzo Disnea de ligero esfuerzo Dolor de pecho Tos Anosmia Sin limitación funcional Limitaciones funcionales mínimas Limitaciones funcionales ligeras Limitaciones funcionales moderadas Limitaciones funcionales severas</p> <p>Variable dependiente:</p>	Es un estudio de diseño observacional, transversal de corte analítico.	La población de estudio está conformada por el personal asistencial y administrativo post COVID-19 entre 18 a 65 años que necesitaron o no hospitalización en los dos establecimientos de Salud en el periodo de marzo 2020	Se utilizará la ficha de recolección de datos. Para identificar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del personal asistencial y administrativo se utilizará el cuestionario EuroQol-5D-5L(EQ-5D-5L), abarca las dimensiones física, psíquica y social. Y la Escala del estado funcional post COVID-19 (PCFS). Los datos recolectados serán

	<p>disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar que síntomas persistentes están asociados a la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta. • Determinar la asociación entre el estado funcional y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta. 	<p>administrativo a un mes del alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • H2: Existe asociación entre la presencia de síntomas persistentes y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta. • H3: Existe asociación entre los cambios en el estado funcional y la disminución de la calidad de vida post COVID-19 relacionada con la salud del personal asistencial y administrativo a un mes del alta. 	<p>Calidad de vida relacionada a la salud</p> <p>Variable intervinientes:</p> <p>Sexo Ocupación Lugar de trabajo Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Obesidad Asma</p>		<p>hasta setiembre del 2021.</p>	<p>exportados al programa de Excel y posteriormente al programa STATA.</p>
--	--	--	---	--	----------------------------------	--

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA O UNIDAD
CALIDAD DE VIDA POST COVID-19	Es la autopercepción y valoración de la vida de los pacientes según sus expectativas. Medido por del cuestionario EUROQOL 5D-5L (EQ-5D-5L) a un mes del alta por COVID-19.	Indicador de Salud medido por del cuestionario EUROQOL 5D-5L (EQ-5D-5L) a un mes del alta por COVID-19. Los índices van desde -0,329 (peor calidad de vida) a 1 (como mejor calidad de vida)	Dependiente cualitativa Nominal dicotómica	0= sin disminución 1= con disminución
SEXO	Género orgánico	Género del paciente según su documento de identidad.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = Femenino 1= Masculino
EDAD	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.	Edad del paciente al momento del diagnóstico de COVID-19.	Independiente cuantitativa Razón – discreta	Años cumplidos
LUGAR DE TRABAJO	Lugar o área del centro de trabajo.	Si trabaja en uno de los establecimientos de salud.	Nominal dicotómica	0= Delicias de Villa 1= Virgen del Carmen
OCUPACIÓN	Personal que trabaja en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.	Tipo de profesión que desempeña el personal asistencial y administrativo. Como personal asistencial: Médico, enfermero, obstetra, odontólogo, farmacia, laboratorio, técnico de enfermería, Psicólogo y el personal Administrativo.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = Personal Administrativo 1= Personal asistencial
PRUEBA DIAGNÓSTICA	Determina el diagnóstico de COVID-19	Examen que se realizó para el diagnóstico de COVID-19	Nominal	0= Anticuerpos IgG – IgM. 1= Prueba molecular 2
LUGAR DE CONTAGIO	Exposición a un virus o bacteria que genera una	Lugar donde contrajo la infección por COVID-19 .	Nominal	0= En casa 1= En el trabajo

	infección en el organismo.			
RECUPERACIÓN	Lugar donde ha llevado su recuperación.	Si cuando lo diagnosticaron de COVID-19 ha necesitado internamiento o la recuperación lo ha llevado en casa.	Nominal	1= Recuperación en casa 2= Hospitalización
ANTECEDENTE MÉDICO	Información o registro sobre alguna patología del paciente.	Si el paciente presenta enfermedades no transmisibles diagnosticadas antes del diagnóstico de COVID-19	Nominal	1= Hipertensión arterial 2= Diabetes Mellitus 3= Obesidad 4= Asma
DISNEA DE GRAN ESFUERZO	La disnea de esfuerzo es aquella provocada por el esfuerzo físico que se alivia y desaparece con el reposo. se presenta al realizar grandes esfuerzos como: subir escaleras, correr o caminar a pasos rápidos más de dos cuadras.	Presencia de síntomas persistentes y la presencia de disnea de gran esfuerzo a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
DISNEA DE LIGERO ESFUERZO	La disnea de esfuerzo es aquella provocada por el esfuerzo físico que se alivia y desaparece con el reposo. se presenta al realizar un ligero esfuerzo como: pararse, vestirse, realizar el aseo personal o calzarse.	Presencia de síntomas persistentes y la presencia de disnea de ligero esfuerzo a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
DOLOR DE PECHO	Es un padecimiento generalmente benigno, es el dolor de la parte anterior del tronco que puede producirse por factores mecánicos o por la presencia de procesos inflamatorios.	Presencia de dolor de pecho a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
TOS	La tos es un acto reflejo o voluntario de las vías respiratorias	Presencia de tos a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta

ANOSMIA	Es la pérdida o disminución del sentido del olfato, ocurre cuando existe una inflamación intranasal o infección previa de las vías respiratorias superiores.	Presencia de anosmia a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
SIN LIMITACIONES FUNCIONALES	El paciente no presenta limitaciones en la vida diaria, ni síntomas, dolor, depresión o ansiedad.	Se medirá a través de la escala del estado funcional (post COVID-19 (PCFS). Presencia de limitaciones funcionales a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal	0 = Sin limitaciones funcionales 1= con limitaciones
LIMITACIONES FUNCIONALES MÍNIMAS	Presencia de limitaciones menores en la vida diaria, ya que es posible realizar todas las tareas y actividades habituales, aunque aún el paciente tenga síntomas como: dolor, depresión o ansiedad.	Se medirá a través de la escala del estado funcional (post COVID-19 (PCFS). Presencia de limitaciones funcionales mínimas a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
LIMITACIONES FUNCIONALES LIGERAS	Presencia de limitaciones en la vida diaria dado que ocasionalmente el paciente necesita reducir las tareas y actividades habituales, debido a que presenta síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, es capaz de realizar todas las actividades sin la ayuda de alguien.	Se medirá a través de la escala del estado funcional (post COVID-19 (PCFS). Presencia de limitaciones funcionales ligeras a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
LIMITACIONES FUNCIONALES MODERADAS	Presenta limitaciones en la vida diaria, ya que el paciente no es capaz de realizar todas las tareas y actividades debido a que presenta síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, es capaz	Se medirá a través de la escala del estado funcional (post COVID-19 (PCFS). presenta limitaciones funcionales moderadas a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta

	de cuidarse a sí mismo sin la ayuda de alguien.			
LIMITACIONES FUNCIONALES SEVERAS	Presenta limitaciones severas en la vida diaria, ya que el paciente no es capaz de cuidarse a sí mismo y por lo tanto depende de los cuidados de enfermería y/o ayuda de otra persona debido a que presenta síntomas de dolor, depresión o ansiedad.	Se medirá a través de la escala del estado funcional (post COVID-19 (PCFS). Presenta limitaciones funcionales severas a un mes del alta por COVID-19.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0 = No presenta 1= Si presenta
MOVILIDAD	Movimiento o cambio de posición de un cuerpo durante un tiempo y dentro de un área. (caminar en la habitación, sala o parque, caminar a pasos rápidos, correr)	Se medirá a través de la Escala Euroqol-5D-5L.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0= Sin problemas 1= Con problemas
CUIDADO PERSONAL	Es el cuidado y autoatención para mantener un saludable estado físico y mental que permita satisfacer la atención de uno mismo. (Vestirte, ducharte, aseo personal)	Se medirá a través de la Escala Euroqol-5D-5L.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0= Sin problemas 1= Con problemas
ACTIVIDADES HABITUALES	Actividades que se realizan con frecuencia y regularidad, parte de nuestras actividades de la vida diaria que permite mantener un óptimo bienestar. (Comer, conducir, bailar, realizar deporte, realizar tareas domésticas)	Se medirá a través de la Escala Euroqol-5D-5L.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0= Sin problemas 1= Con problemas
DOLOR / MALESTAR	Percepción localizada y subjetiva de característica desagradable que afecta cualquier parte del cuerpo y ocasiona un malestar.	Se medirá a través de la Escala Euroqol-5D-5L.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0= Sin dolor 1= Con dolor

ANSIEDAD/	Sentimiento o sensación de preocupación, peligro, miedo intenso y continuo frente a situaciones amenazadoras.	Se medirá a través de la Escala Euroqol-5D-5L.	Independiente cualitativa Nominal dicotómica	0= Sin ansiedad/depresión 1= Con ansiedad/depresión
DEPRESIÓN	Se caracteriza por presentar tristeza persistente y pérdida de interés para realizar las actividades en un periodo de dos semanas o más.			

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos sociodemográficos Marca con una (X)

- a) Sexo de nacimiento: Masculino Femenino
- b) Edad:
- c) Lugar de trabajo:
 Establecimiento Materno - Infantil Virgen del Carmen
 Centro de Salud Las Delicias de Villa
- d) Ocupación:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | <input type="checkbox"/> Obstetra | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> técnico en enfermería | <input type="checkbox"/> Técnico de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Personal administrativo | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Datos de estudio

Examen de laboratorio que le realizaron para el diagnóstico de COVID-19

- Prueba molecular
- Detección por anticuerpos IgG – IgM

Le diagnosticaron con COVID- 19 estando:

En el trabajo En casa

¿Cuándo le diagnosticaron COVID-19 ha necesitado?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Ingreso a UCI por COVID-19 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Hospitalización por COVID-19 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • No necesitó hospitalizarse y su recuperación lo llevó en casa. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Antecedentes

- ¿Presenta enfermedades no transmisibles ?:
Diagnosticadas antes de la infección COVID-19
1. Hipertensión arterial
 2. Diabetes mellitus
 3. ASMA
 4. Obesidad
- SI NO

¿Ha presentado alguno de estos síntomas posterior al alta por COVID-19?:

SI **NO**

1. **Sensación de falta de aire cuando realizo un gran esfuerzo**
(Presencia de cansancio al subir escaleras, correr o caminar a paso rápido más de 2 cuadras).
2. **Sensación de falta de aire cuando realizo un ligero esfuerzo**
(Presencia de cansancio al caminar a paso normal a una distancia de 2 cuadras o cuando tiene que cambiarse la ropa, calzarse, bañarse)
3. **Dolor de pecho**
4. **Tos**
5. **Anosmia**
(Pérdida del sentido del olfato)

¿Por cuánto tiempo ha presentado alguno de estos síntomas?:

1. **De 1 a 3 semanas**
2. **Cuatro semanas o 1 mes**

INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD

EUROQOL – 5D-5L (EQ-5D-5L)

Marque con una (X) si al menos ha presentado una característica en alguna de las 5 condiciones. La respuesta de cada apartado que mejor describe su estado de salud **después del alta por Covid – 19.**

CONDICIÓN	CRITERIO Si ha presentado una o todas las condiciones	PUNTUACIÓN MARCAR (X)
MOVILIDAD: Se refiere a: <ul style="list-style-type: none"> • Caminar dentro o alrededor de la habitación, sala o parque. • Caminar a pasos largos, caminar a pasos rápidos, correr. 	1. No tengo problemas para caminar. 2. Tengo problemas leves para caminar. 3. Tengo problemas moderados para caminar. 4. Tengo problemas graves (tengo que estar en la cama) 5. No puedo caminar (incapacidad para caminar)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
CUIDADO PERSONAL <ul style="list-style-type: none"> • Levantarme • Peinarme • Vestirme • Cepillarse los dientes • Lavarme o ducharme • Ir al baño 	1. No tengo problemas con mi cuidado personal. 2. Tengo problemas leves con mi cuidado personal. 3. Tengo problemas moderados con mi cuidado personal. 4. Tengo problemas graves (mucho dificultad) 5. No puedo realizar mi cuidado personal (incapacidad)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES HABITUALES <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Trabajar • Realizar tareas domésticas • Comprar alimentos • Conducir. • Realizar deporte. 	1. No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas. 2. Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas. 3. Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas. 4. Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas. 5. No puedo realizar mis actividades cotidianas.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
DOLOR / MALESTAR	1. No tengo dolor ni malestar. 2. Tengo leve dolor y malestar. 3. Tengo moderado dolor y malestar. 4. Tengo fuerte dolor y malestar 5. Tengo extremadamente fuerte dolor y malestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

(A) ANSIEDAD / (B) DEPRESIÓN		
(A) No ha podido dejar de preocuparse.	1. No estoy ansioso ni deprimido.	1 <input type="checkbox"/>
(A) Se ha irritado o enfadado con facilidad.	2. Estoy levemente ansioso y deprimido.	2 <input type="checkbox"/>
(A) Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	3. Estoy moderadamente ansioso y deprimido.	3 <input type="checkbox"/>
	4. Estoy muy ansioso y deprimido.	4 <input type="checkbox"/>
(B) Poco interés o placer en hacer las cosas. (B) Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido o ha dormido demasiado. (B) Se ha sentido decaído (a), deprimido(a) o sin esperanzas.	5. Estoy extremadamente ansioso y deprimido	5 <input type="checkbox"/>

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

TERMÓMETRO DE EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Dibuje una línea o X en el punto del termómetro que en su opinión indique su estado de salud imaginable.

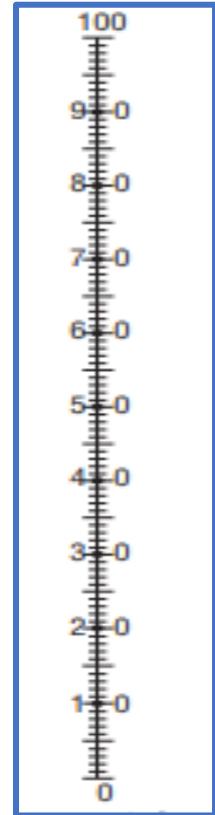
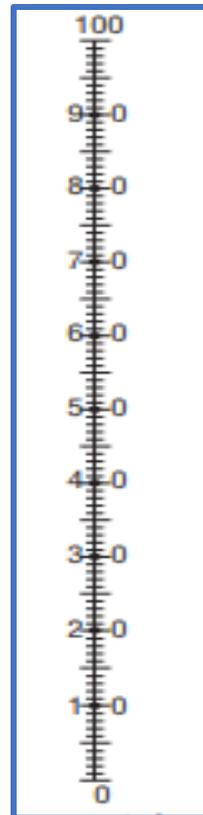
El número 100 significa el mejor estado de salud que pueda imaginarse.

El número 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

EL MEJOR ESTADO DE SALUD IMAGINABLE

SU ESTADO DE SALUD ANTES DEL COVID-19

SU ESTADO DE SALUD POST COVID-19



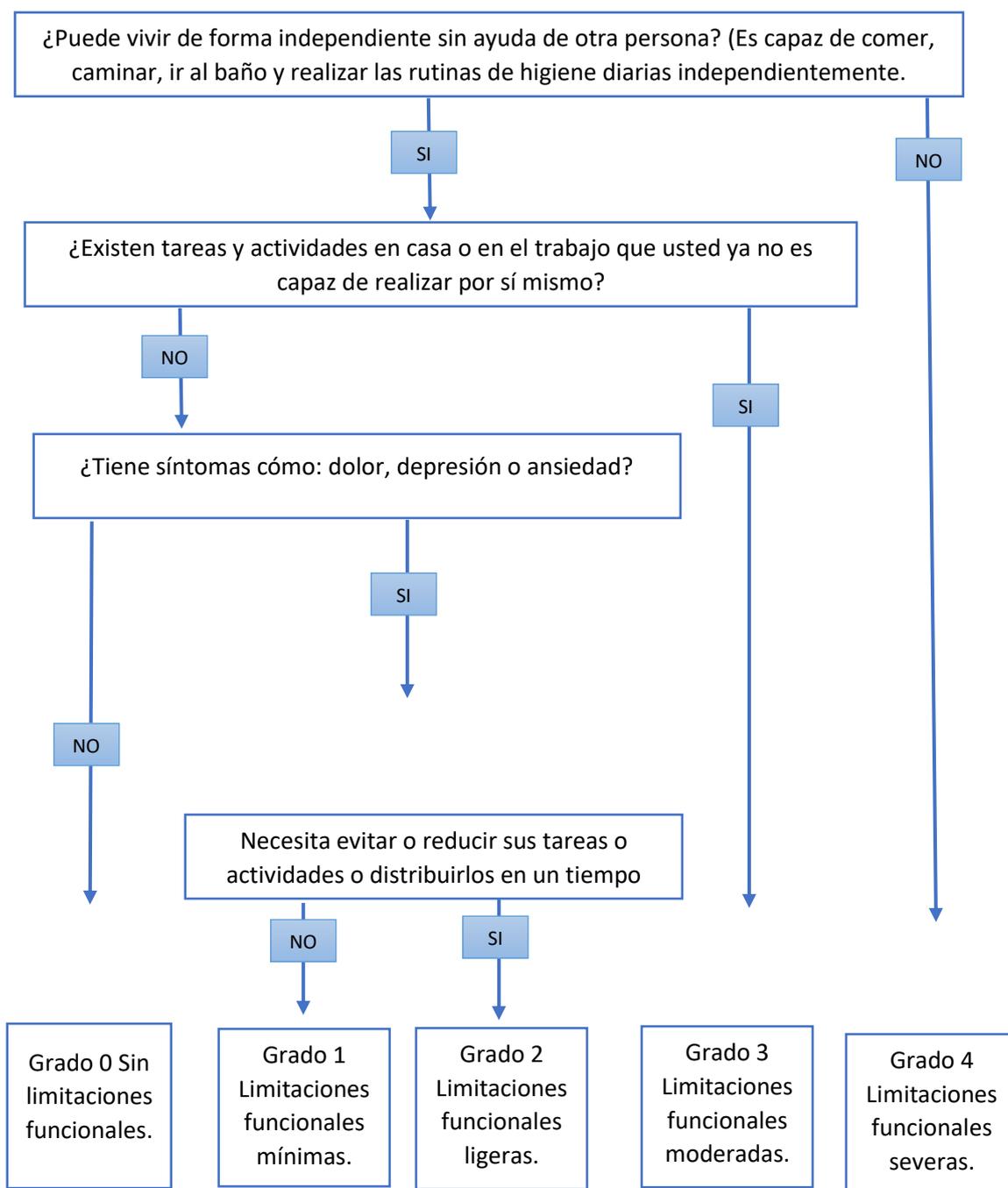
EL PEOR ESTADO DE SALUD IMAGINABLE

INSTRUMENTO DE LA ESCALA FUNCIONAL POST COVID-19 (PCFS)

Marque con una (X) si al menos ha presentado una característica

¿Qué tanto ha afectado el COVID-19 su vida diaria? tras el mes de alta. Por favor diga cuáles de las siguientes afirmaciones son las que más aplican a su caso.	Escala de estado funcional post COVID-19
No tengo limitaciones en mi vida diaria, ni síntomas, dolor, depresión o ansiedad.	0 <input type="checkbox"/>
Tengo limitaciones menores en mi vida diaria, ya que puedo realizar todas las tareas y actividades habituales, aunque aún tengo síntomas cómo: dolor, depresión o ansiedad.	1 <input type="checkbox"/>
Tengo limitaciones en mi vida diaria dado que ocasionalmente necesito evitar o reducir las tareas y actividades habituales o distribuirlas en el tiempo debido a síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de realizar todas las actividades sin la ayuda de alguien.	2 <input type="checkbox"/>
Tengo limitaciones en mi vida diaria, ya que no soy capaz de realizar todas las tareas y actividades debido a síntomas como: dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de cuidarme a mí mismo sin la ayuda de alguien.	3 <input type="checkbox"/>
Tengo limitaciones severas en mi vida diaria, ya que no soy capaz de cuidarme a mí mismo y por lo tanto dependo de los cuidados de enfermería y/o ayuda de otra persona debido a los síntomas de dolor, depresión o ansiedad.	4 <input type="checkbox"/>

FLUJOGRAMA DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA FUNCIONAL POST COVID-19 (PCFS)



ANEXO 10: ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1qbJtBwLZVWEeoGzsxWnVNuWh9Yi40864/edit?usp=sharing&oid=101809400940216095802&rtpof=true&sd=true>