

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

-UNIBE-



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
HOSPITAL GENERAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS SOBREVIVIENTES DE COVID-19 DEL HOSPITAL GENERAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA, MAYO-JUNIO 2022”

SUSTENTANTE

Leticia Graciano De Mena -191083

Elba María Núñez Suriel -191078

ASESOR METODOLOGICO

Dra. Matilde Peguero

Santo Domingo, Distrito Nacional

Septiembre, 2022

Los conceptos expuestos en la presente Investigación son de la exclusiva responsabilidad de las sustentantes.

Resumen

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes que padecieron COVID-19, puede verse afectada incluso luego de no tener la infección por SARSCov-2.

Metodología: Este es un estudio es de tipo observacional descriptivo y transversal prospectivo. El objetivo consistió en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, abril-mayo 2022. Se utilizó un cuestionario, que a través de la técnica de la entrevista a los pacientes fue completado. **Resultados:** Para una muestra final de 151 pacientes, se encontró que los pacientes con edad más avanzadas (45-54 y 55-65 años), son los de mayor afectación casi en todas las dimensiones del EQ-5D-5L, las pacientes del sexo femenino tienen globalmente un resultado menor (.811), en el índice. En cuanto a la religión los pacientes que se identificaban como ateos tuvieron mayor alteración (.752) de la CVRS. Los pacientes que notificaron estar desempleados, tuvieron una media de valor menor (.737) en el EQ-5D-5L. **Conclusión:** la CVRS se ve afectada en las personas luego de sufrir la enfermedad COVID-19, a su vez el grado impacto en la CVRS depende de características tales como el sexo, la edad, el estado de empleo, ingresos y la presencia de comorbilidades.

Palabras claves: CVRS, COVID-19.

Abstract

Introduction: The health-related quality of life (HRQoL) of patients who suffered from COVID-19 can be affected even after not having the SARSCov-2 infection. **Methodology:** This is a prospective cross-sectional descriptive observational study. The aim was to evaluate the quality of life related to the health of COVID-19 survivors of the Marcelino Vélez Santana Hospital, May-June 2022. A questionnaire was obtained, which was completed through the patient interview technique. **Results:** For a final sample of 151 patients, it was found that patients with more advanced age (45-54 and 55-65 years), are the most affected almost in all the dimensions of the EQ-5D-5L, the patients of the female sex have a lower result globally (.811), in the index. Regarding religion, the patients who identified themselves as atheists had a higher evolution (.752) of the HRQoL. Patients who reported being unemployed had a lower mean value (.737) on the EQ-5D-5L. **Conclusion:** HRQoL is affected in people after suffering from COVID-19 disease, in turn, the degree of impact on HRQoL depends on characteristics such as gender, age, employment status, income, and the presence of comorbidities.

Keywords: HRQoL, COVID-19.

Contenido

Paginas preliminares.

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	v

Cuerpo o Texto.

Introducción.....	1
Capitulo1. El problema	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Preguntas de Investigación	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4. Justificación	5
Capítulo 2: Marco Teórico	6
2.1. Antecedentes	6
Capítulo 3. Diseño Metodológico	22
3.1. Tipo de Estudio	23
3.2. Variables.....	23
3.2.1. Variable Dependiente	23
3.2.2. Variables independientes	23
3.2.3 Operacionalización de las Variables.....	24
3.3. Métodos y Técnicas de Investigación.....	26
3.4. Instrumento de Recolección de Datos.....	26
3.5. Universo, Población y muestra.....	26
Universo.....	26
Población	26
Muestra	27
3.6. Criterios de Inclusión.....	27
3.7. Criterios de Exclusión	27
3.8. Procedimiento para el procesamiento y análisis de los datos.....	27
3.9. Consideraciones Ética	28

Capítulo 4: Resultados 29

Capítulo 5: Discusión y conclusión 38

5.1 Discusión..... 39

5.2 Conclusión..... 42

Capítulo 6: Recomendaciones..... 43

Paginas finales

Bibliografía 45

Apéndices vi

 Anexos 1: Instrumento de Recolección de datos vi

 Anexos 2: Cronograma de Actividades. ix

 Anexos 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación..... x

 Anexo 4: Consentimiento informado xi

 Anexo 5: tablas adicionales.xiii

 Anexo 6: Documento de aprobación. xvii

DEDICATORIA

A Dios: Creador del universo por ser mi guía y ayudarme en todo el trayecto de mi preparación como profesional.

A mi padre: Enrique Graciano que aun que ya no esté presente, sé que está orgulloso desde el cielo por el logro alcanzado.

A mi madre: Juana Peralta por estar a mi lado, ayudarme en mis momentos difíciles y por sus sabios consejos.

A mis hermanas: Angeolina Graciano y Keila Graciano por darme su apoyo incondicional, para poder hacer este gran sueño una realidad las Amo.

A mi esposo: Mikhaill José Mena: por acompañarme y apoyarme en el transcurso de mis estudios de posgrado, por estar en los malos y buenos momentos, por su apoyo incondicional, paciencia, dedicación. gracias por siempre estar a mi disposición.

A mis hijos: Josué A. Mena, Eunice Mena por ser mi motivo para seguir hacia delante. Los Amo.

A mi suegra: Francisca Gracia por su apoyo incondicional, por sus sabios consejos, gracias suegra querida.

A mis compañeros: Francis Venecia Ramírez, Elba María Núñez, Bianca Cabral, Estherbania Diaz, Frankely Reinoso, por haberme acompañado en todas mis travesías de estudio y demostrarme el verdadero significado del compañerismo.

LETICIA GRACIANO DE MENA

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada **a Dios**, ya que gracias a él he logrado concluir mi especialidad

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, AGUSTINA SURIEL SIERRA, IGNACIO NUÑEZ.

A mis Hermanos ELENA NUÑEZ SURIEL, CESARINA NUÑEZ SURIEL, JULIANY ZARZUELA SURIEL que más que hermanos son mis verdaderos amigos. A toda mi familia que es lo mejor y más valioso que Dios me ha dado.

A mi maestro Dr. RAMON EDUARDO TAVARES ROSARIO, Dra. ANA MINERVA GARCIA GOMEZ por sus palabras y su confianza, por su amor y apoyo.

A mis compañeros: Francis Venecia Ramírez, Leticia graciano de mena, Odalis Serratis, Bianca Cabral, Estherbania Díaz, Frankely Reinoso. Por haberme acompañado en todas mis travesías de estudio y demostrarme el verdadero significado del compañerismo.

A mis amigos Yoveli Moscoso, napoleón marena y todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

ELBA MARIA NUÑEZ SURIEL

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis agradecemos **a Dios** por bendecirnos por llegar hasta donde hemos llegados, por hacer de este gran sueño anhelado una realidad.

A mis profesores durante toda mi carrera profesional ya que han aportado con sus conocimientos.

Son varias las personas que han sido parte de mi vida profesional a las que les agradezco por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

A mi asesora metodológica Dra. Matilde Peguero Payano por su dedicación, su experiencia, sus conocimientos y su motivación.

Al Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana por abrirnos las puertas hacia el conocimiento y acogernos y sentirnos como nuestra segunda casa en unión y armonía.

A UNIBE: Por ser nuestro aval académico, por abrirnos sus puertas y por la organización del programa de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Las Disertantes.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es la percepción personal de la salud física y mental que tiene cada persona a lo largo del tiempo, según el ambiente en el que vive, teniendo en cuenta sus objetivos, expectativas, valores e intereses personales. Por tanto, este concepto constituye un objeto de estudio de carácter multidimensional que incluye numerosos aspectos demográficos, sociales, culturales, psicológicos y ambientales relacionados con la salud. (1)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha despertado mucho interés en el progreso social y la transformación de los sistemas de atención y servicios médicos, lo que se refiere al impacto de la enfermedad y el tratamiento en la función de los pacientes y la satisfacción general con la vida. (2)

Está bien establecido que Covid-19 causa una amplia variedad de síntomas. Puede causar una enfermedad prolongada y síntomas persistentes en ancianos y personas con afecciones subyacentes, en adultos jóvenes y personas con pocas o ninguna afección médica subyacente crónica (3). Siendo así, el Covid-19 puede conducir a una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes infectados tanto a corto como a largo plazo. (3)

En relación con la CVRS y su alteración debido a la enfermedad COVID-19, se ha señalado reducción sustancial en las condiciones de salud física y mental de los pacientes (4). Incluso luego meses después del alta. (5) Se ha indicado que los factores socioeconómicos (es decir, sexo, edad, nivel educativo, situación laboral) y el estado de comorbilidad (es decir, tener diabetes o enfermedad cardiovascular) fueron predictores significativos de la puntuación de la CVRS. (6)

El cuestionario EuroQol 5-dimensional-5 level (EQ-5D-5L) es un instrumento popular para evaluar la CVRS (7). Sin embargo, ningún estudio (8) hasta la fecha ha explorado el rendimiento y la aplicabilidad del EQ-5D-5L para evaluar la CVRS en pacientes con COVID-19 en la República Dominicana.

La evaluación del impacto de Covid-19 en la CVRS es esencial para informar los diseños de protocolos de tratamiento nacional y regional (9), como también informar a los proveedores de la salud para reconocer los aspectos del manejo de la COVID-19 que deben mejorarse para mejorar la calidad de vida de los pacientes, es por eso que la presente investigación tiene como propósito evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Capítulo 1. El problema

1.1 Planteamiento del problema

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), un indicador sanitario esencial para cualquier tipo de enfermedad, mide el bienestar general de los pacientes en los aspectos físico, mental y emocional en un momento determinado. Se puede utilizar para evaluar la gravedad de una enfermedad, los resultados del tratamiento, la satisfacción del paciente con la atención, la calidad de los servicios, el bienestar general del paciente y la rentabilidad de las intervenciones dirigidas a la enfermedad (10).

Ha sido notorio durante la consulta de pacientes que previamente han padecido COVID-19, las quejas de estos sobre distintas dimensiones de su salud, dentro de las cuales destacan las secuelas de tipo económicas, por gastos ya sea en internamientos o medicamentos, deterioro y recuperación incompleta de la vitalidad física, como también la labilidad emocional y psicológica. Los proveedores encargados con lidiar con este grupo de pacientes también han notado el cambio deletéreo en la calidad de vida de estos. Las razones del escenario recién descrito y que ocurre en el Hospital Marcelino Vélez Santana son señaladas por la literatura (6), siendo el COVID-19 una enfermedad grave que puede afectar significativamente la vida diaria de los pacientes recuperados y así suele dejar un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (6).

La evaluación de la CVRS ayuda a los proveedores de atención médica a identificar los factores que afectan la calidad de vida y a reconocer los aspectos del manejo de la COVID-19 que deben mejorarse para mejorar la calidad de vida de los pacientes. (11)

Es por lo ya expuestos que nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022?

1.2 Preguntas de Investigación

1. ¿Existen variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud medida con el EQ-5D-5L de acuerdo al tipo de variable sociodemográfica en los sobrevivientes de COVID-19?
2. ¿Puede haber variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud medida con el EQ-5D-5L de acuerdo al tipo de variable socioeconómicas en los sobrevivientes de COVID-19?
3. ¿Qué factores están asociados con la calidad de vida relacionada con la salud medida según el índice EQ-5D-5L en los sobrevivientes de COVID-19?
4. ¿Puede haber variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud medida con el EQ-5D-5L de acuerdo a la presencia de comorbilidades en los sobrevivientes de COVID-19?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la relación entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida relacionada con la salud medida con el índice EQ-5D-5L en los sobrevivientes de COVID-19.
2. Observar relación entre variables socioeconómicas y la calidad de vida relacionada con la salud medida con el índice EQ-5D-5L en los sobrevivientes de COVID-19.
3. Identificar factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud medida con el índice EQ-5D-5L en los sobrevivientes de COVID-19.
4. Describir la relación entre comorbilidades y la calidad de vida relacionada con la salud medida con el índice EQ-5D-5L en los sobrevivientes de COVID-19.

1.4. Justificación

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes que padecieron COVID-19, puede verse afectada incluso luego de no tener la infección por SARS-Cov-2, esto ha sido señalado ya por otros (11), sin embargo, el impacto en la CVRS, es influenciado por distintos factores y determinantes sociales (11), de ahí que un estudio como el presente es necesario para evaluar la CVRS en pacientes dominicanos.

Estudios con otros contextos pueden aportar mucha información sobre el tema aquí investigado, aunque no necesariamente pueden extrapolarse del todo a otro contexto distinto, como es el dominicano. Por tales razones el propósito del estudio es dar a conocer la calidad de vida relacionado con la salud de los sobrevivientes de covid-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana". El mismo ayudaría a conocer los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes de Covid-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, de esta manera se podrá proporcionar datos valiosos sobre aspectos importantes del tema, de manera que se puedan orientar con más precisión las posibles soluciones y políticas sanitarias encaminadas a mejorar los efectos en la calidad de vida relacionada con la salud de los dominicanos afectados.

Esta investigación también servirá de base a futuras investigaciones que profundicen al estudio de este fenómeno y ayuden a caracterizar el problema y emprender acciones para enfrentarlo, por los que los resultados de este estudio podrán ayudar a buscar mejoras que sean provechosas y que garanticen la calidad de vida relacionado con la salud de los pacientes sobrevivientes de COVID-19.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1. Antecedentes

Ping W, et al. en el 2020, realizan estudio en la china. Los resultados de estos fueron: Los problemas informados con mayor frecuencia fueron dolor/malestar y ansiedad/depresión. El riesgo de dolor/malestar y ansiedad/depresión entre personas mayores, con enfermedades crónicas, ingresos más bajos, efectos epidémicos, preocupación por contraer COVID-19, aumentó significativamente. (12)

Qu G, et al. En el 2020 realiza estudio en China. Los resultados obtenidos: Los puntajes de CVRS de los pacientes con COVID-19 al tercer mes después del alta, a excepción de la dimensión de salud general, fueron significativamente más bajos que la norma de la población china. Ser mujeres, ser mayor de sesenta y el síntoma físico tras el alta fueron factores de riesgo para mal deterioro de la salud. (13)

En el año 2020, Arab-Zozani M, et al. Realizan estudio en Irán. Los resultados fueron: El sexo, la edad, la educación, la situación laboral, tener diabetes, insuficiencia cardíaca y el ingreso en la unidad de cuidados intensivos fueron predictores independientes significativos de los valores disminuidos del índice EQ-5D-5L. (14)

Kaso AW, et al. en el 2021, realizan estudio en Etiopia central. Estos encontraron que: Covid-19 afectó sustancialmente la CVRS de los pacientes en Etiopía, especialmente entre los pacientes de edad avanzada y aquellos con comorbilidad. (15)

Poudel AN, et al, en el 2021 realizan revisión sistemática en Inglaterra. Se encontró que: se descubrió que el impacto de Covid-19 en la CVRS es considerable tanto en pacientes con COVID-19 agudo como con COVID-19 prolongado. Se informó un mayor impacto en la CVRS en pacientes mujeres, edades más avanzadas, pacientes con enfermedad más grave y pacientes de países de bajos ingresos. (16)

Barani S, et al. en el 2022, realizan estudio en la India. Los resultados de estos fueron: Se encontraron diferencias para el EQ-5D-5L, entre el sexo, la edad y comorbilidades, en pacientes que padecieron de COVID-19. (17)

2.2 Calidad de vida relacionada con la Salud

2.2.1 Definición.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de varias variables comúnmente estudiadas en el campo de la investigación de resultados médicos. Abarca una amplia gama de experiencias humanas, incluido el funcionamiento y las respuestas subjetivas a la enfermedad (18). Las interpretaciones contemporáneas de la CVRS se basan en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (19).

En términos generales, la CVRS puede concebirse como la relación entre el estado real de un individuo y el estado esperado. (20)

A diferencia de la morbilidad, que se aplica a las complicaciones o consecuencias específicas de una enfermedad, los estudios de CVRS proyectan una red más amplia para incluir la molestia asociada con disfunciones particulares, cualquier impacto en las funciones normales o roles sociales y una combinación de otros dominios psicosociales. La CVRS es multidimensional e incorpora el impacto de las disfunciones en el individuo. Esto requiere equipos de investigación multidisciplinarios para medir y analizar el efecto completo de las alteraciones de la CVRS. (20)

2.2.2 Historia del concepto.

El uso de los términos Calidad de vida (QOL) y estado de salud precedió al uso de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La calidad de vida ya se discutía en la literatura médica en la década de 1960 (21). La calidad de vida se volvió más importante en el cuidado de la salud a medida que el tratamiento médico podía prolongar la duración de la vida, a veces a expensas de la calidad de vida, o mejorar la calidad de vida sin prolongar la duración de la vida. Las medidas simples de las tasas de mortalidad ya no eran suficientes para medir los cambios en la salud de la población (22). La medición de la calidad de vida también fue importante debido al deseo de medir los resultados más allá de la morbilidad y el funcionamiento biológico (23).

La historia reciente de la medición del estado de salud se remonta a principios de la década de 1970. Estas medidas del estado de salud fueron motivadas por el deseo de medir la producción de los sistemas de atención de la salud (24). Uno de los primeros intentos de medir y valorar la salud fue el Índice de Estado de Salud (IES) (24). El IES mejoró las medidas de resultados anteriores de dos maneras: (i) era una medida genérica de salud en lugar de una de enfermedad o una medida

específica de la población, y (ii) los estados definidos por el IES se valoraban en una escala cardinal basada en juicios de valor, ignorando una suposición convencional común de que la salud se valoraba en términos de su beneficio económico. Los estados en el IES iban desde "Bienestar" hasta "Discapacidad" y "Muerte" (24).

Fue la literatura sobre medidas del estado de salud la que introdujo el término CVRS. Por ejemplo, Kaplan y Bush utilizan el término CVRS en su análisis del término Años de vida ajustados por calidad (AVAC) como la medida del valor de un año con plena salud (25). Según Kaplan y Bush, el término 'Bueno-Año' ("Well-Year", original en inglés) es más apropiado que el término QALY porque implica "un vínculo más directo con las condiciones de salud; es decir, para denotar la calidad de vida relacionada con la salud" (25). El término CVRS fue adoptado en otros documentos influyentes y se extendió desde allí. (25)

2.2.3. Factores generales asociados a la calidad de vida relacionada con la salud.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida relacionada con la salud se puede entender como un indicador de lo que presume el individuo de cómo debería ser su estado de salud (20), como también el hecho de que este mismo indicador se utiliza contextualizado (16), esto explica porque los factores que influyen la calidad de vida relacionada con la salud se señalan en la literatura principalmente tomando en cuenta las condiciones específicas o grupos a los que pertenecen los individuos de estudios. (14-16)

Por otra parte, aquellos factores relacionados con la salud en términos generales serían los mismos determinantes de la salud, si se toma en cuenta una de las diferentes definiciones que en la literatura se tienen sobre la CVRS, la de la OMS, ya que prácticamente no hace diferencias entre la CVRS y el término salud en general, en este mismo sentido los factores que influyen la calidad de vida relacionada con la salud serían los mismos determinantes de la salud. (19)

Los determinantes de la salud incluyen el entorno social y económico, el entorno físico y las características y comportamientos individuales de la persona. Estos determinantes, a su vez, incluyen (27):

- a) Ingresos y estatus social: mayores ingresos y estatus social están relacionados con una mejor salud. Cuanto mayor es la brecha entre las personas más ricas y las más pobres, mayores son las diferencias en salud, esto se debe a que la carencia de recursos retroalimenta negativamente la influencia de otros factores y eventualmente se puede afectar la salud.

- b) Educación: los bajos niveles de educación están relacionados con mala salud, más estrés y menor confianza en sí mismo.
- c) Entorno físico: agua potable, aire limpio, lugares de trabajo saludables, casas seguras, comunidades y caminos, todos contribuyen a la buena salud.
- d) Empleo y condiciones de trabajo: las personas con empleo son más saludables, en particular aquellas que tienen más control sobre sus condiciones de trabajo tienden a gozar de mejor salud.
- e) Redes de apoyo social: un mayor apoyo de familiares, amigos y comunidades está relacionado con una mejor salud. Cultura: las costumbres y tradiciones, y las creencias de la familia y la comunidad pueden afectar la salud.
- f) Genética: la herencia juega un papel en la determinación de la vida útil, la salubridad y la probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades.
- g) Comportamiento personal y las habilidades de afrontamiento (hábitos y estilo de vida): una alimentación equilibrada, mantenerse activo, fumar, beber y cómo lidiamos con el estrés y los desafíos de la vida afectan la salud.
- h) Servicios de salud: el acceso y uso de servicios que previenen y tratan enfermedades influye en la salud.
- i) Género - Hombres y mujeres sufren diferentes tipos de enfermedades a diferentes edades.

2.2.4. Objetivos de la investigación sobre la calidad de vida

El objetivo final de la investigación sobre la calidad de vida debe ser mejorar la atención médica e informar la toma de decisiones médicas. Los pacientes individuales que incorporan consideraciones de calidad de vida en sus decisiones generalmente se sienten mejor con sus opciones de tratamiento, están más satisfechos en general con su atención y es menos probable que se arrepientan (20). Con una medición precisa de los resultados de la CVRS, los pacientes, los médicos y los investigadores pueden evaluar mejor si se han cumplido los objetivos de la terapia. (20)

Esto permite a las personas y al público equilibrar las prioridades de atención médica en competencia de optimizar los resultados médicos y la utilización de recursos. Además, la evaluación de la calidad de vida, tal como la percibe el paciente, permite evaluar la morbilidad subjetiva que, aunque no siempre amenaza la vida, puede causar una angustia considerable. Tal morbilidad menor a menudo se pasa por alto durante las atareadas rutinas de la atención clínica. Finalmente, los

estudios internacionales de CVRS permiten comparaciones transculturales de los efectos de la enfermedad y sus tratamientos. Esto permite a las personas y al público equilibrar las prioridades de atención médica en competencia de optimizar los resultados médicos y la utilización de recursos. Además, la evaluación de la calidad de vida, tal como la percibe el paciente, permite evaluar la morbilidad subjetiva que, aunque no siempre amenaza la vida, puede causar una angustia considerable. Tal morbilidad menor a menudo se pasa por alto durante las atareadas rutinas de la atención clínica. Finalmente, los estudios internacionales de CVRS permiten comparaciones transculturales de los efectos de la enfermedad y sus tratamientos. (20)

2.2.5. Medición de la calidad de vida relacionada a la salud.

Durante las últimas dos décadas, el interés generalizado por estudiar los resultados centrados en el paciente ha llevado al desarrollo de un conjunto riguroso de métodos para la medición de la CVRS. La lección inequívoca de este trabajo es que los investigadores y los médicos deben preguntar acerca de las deficiencias generales y específicas de manera estándar. Los resultados de la CVRS suelen ser variables cualitativas complejas que no se simplifican fácilmente. (20)

Teoría de las pruebas psicométricas

Aunque la cantidad de vida es relativamente fácil de evaluar como supervivencia general o por causa específica, la medición de la calidad de vida presenta más desafíos, principalmente porque es menos familiar para la mayoría de los médicos. Para cuantificar estos fenómenos subjetivos, se aplican los principios de la teoría de las pruebas psicométricas. Esta disciplina proporciona la base teórica para el campo de la investigación por encuestas (28). Los datos se recogen con encuestas de CVRS, llamados instrumentos. Los instrumentos suelen contener preguntas o elementos que se organizan en escalas. Cada escala mide un aspecto o dominio diferente de la CVRS. Algunas escalas comprenden muchos elementos, mientras que otras pueden incluir solo uno o dos elementos. Cada elemento contiene un enunciado (que puede ser una pregunta o una afirmación) y un conjunto de respuestas. La mayoría de los conjuntos de respuestas son de uno de los siguientes tipos: (1) escala de Likert, en la que el encuestado selecciona de una lista de grados de acuerdo o desacuerdo con la raíz; (2) escala tipo Likert, en la que el encuestado elige de una lista de respuestas de texto; (3) escala analógica visual, en la que el encuestado marca un punto en una línea anclada en ambos extremos por descriptores; o (4) escala de calificación numérica, en la que el encuestado elige un número, generalmente entre 0 y 10. Se han desarrollado otros conjuntos de

respuestas y enfoques para niños, personas con bajo nivel de alfabetización y varias otras poblaciones (20).

Es axiomático que las evaluaciones de CVRS capturen las propias percepciones de los pacientes sobre su salud y capacidad para funcionar en la vida. Los instrumentos son mejores cuando son autoadministrados por el paciente, pero si se requiere la ayuda de un entrevistador, debe ser de un tercero neutral de manera estandarizada. (20)

Grupos de comparación

La recopilación de datos prospectiva y longitudinal siempre es mejor, porque este enfoque puede revelar la evolución dependiente del tiempo de los dominios de la CVRS (20). Los pacientes pueden entonces servir como sus propios controles. La evaluación de la CVRS al inicio antes del tratamiento permite la inclusión de cambios relacionados con la edad al inicio que no deben atribuirse a los tratamientos. Este enfoque facilita la estratificación de los discriminantes de los determinantes de la CVRS. (20)

Sin embargo, los investigadores suelen utilizar metodologías en las que la CVRS se evalúa transversalmente, en lugar de longitudinalmente. En las encuestas transversales, los pacientes no pueden servir como sus propios controles temporales, porque está bien establecido que el recuerdo de los pacientes de la CVRS previa al tratamiento es inexacto. Por lo tanto, los estudios deben basarse en grupos de comparación apropiados. Seleccionar el mejor grupo de comparación normal es un paso fundamental para realizar un análisis significativo de los resultados de la CVRS. Si lo normal se define como la ausencia de cualquier disfunción, entonces los grupos de tratamiento pueden tener un estándar demasiado alto. Si la normalidad se determina mediante la evaluación de sujetos de la misma edad sin la enfermedad de interés, los resultados de la CVRS después del tratamiento pueden interpretarse en un contexto más válido. Otros factores, como el nivel socioeconómico, también pueden influir en las decisiones de búsqueda de atención de los pacientes y esto, a su vez, puede afectar la forma en que perciben su CVRS. En las comparaciones de la eficacia del tratamiento en la CVRS, los estudios longitudinales con controles concurrentes proporcionan los resultados más válidos. (20)

Confiabilidad, validez y capacidad de respuesta

El desarrollo y validación de nuevos instrumentos y escalas es un proceso largo y arduo. No debe tomarse a la ligera. El simple hecho de elaborar una lista de preguntas que parezca apropiada está

plagado de posibles trampas y escollos. Por ello, siempre es preferible seleccionar instrumentos que hayan sido validados y publicados. Los instrumentos de CVRS deben demostrar que tienen las propiedades fundamentales de confiabilidad, validez y capacidad de respuesta. (20)

La confiabilidad se refiere a qué tan reproducible es la escala. La fiabilidad test-retest es una medida de la estabilidad de la respuesta a lo largo del tiempo. Se evalúa mediante la administración de escalas a los sujetos en dos puntos de tiempo, con un intervalo de tiempo lo suficientemente corto como para descartar la posibilidad de que los dominios evaluados se hayan visto afectados por la enfermedad o su tratamiento durante el período intermedio. Los coeficientes de correlación entre las dos puntuaciones reflejan la estabilidad de las respuestas. La confiabilidad de la consistencia interna mide la similitud de las respuestas de un individuo en varios ítems, lo que indica la homogeneidad de una escala. El estadístico utilizado para cuantificar la consistencia interna, o unidimensionalidad, de una escala se denomina coeficiente alfa de Cronbach. Los estándares generalmente aceptados dictan que, para las comparaciones de grupos, las estadísticas de confiabilidad medidas por estos dos métodos deben exceder 0.70. Cuando se usa a nivel de pacientes individuales (p. ej., seguimiento de la CVRS a lo largo del tiempo), se prefiere un coeficiente de fiabilidad de al menos 0,90. (19)

La validez se refiere a qué tan bien la escala o instrumento mide el atributo que pretende medir. La validez de contenido, a veces denominada validez aparente, implica una evaluación cualitativa del alcance, la integridad y la relevancia de una escala propuesta (20). La validez de criterio es un enfoque más cuantitativo para evaluar el desempeño de escalas e instrumentos. Requiere la correlación de la puntuación de una escala con otros resultados de salud medibles (validez predictiva) y con resultados de pruebas establecidas (validez concurrente). Los estándares generalmente aceptados dictan que, para las comparaciones de grupos, las estadísticas de confiabilidad medidas por estos dos métodos deben exceder 0.70 (20). Cuando se utiliza a nivel de pacientes individuales (p. ej., control de la CVRS a lo largo del tiempo), se prefiere un coeficiente de fiabilidad de al menos 0,90. Aunque algunas escalas pueden funcionar bien como medidas de un solo ítem, en general, un concepto de salud se mide mejor con un conjunto de preguntas que con una sola pregunta. Por lo tanto, las medidas de elementos múltiples son más confiables. (20)

La capacidad de respuesta de un instrumento de CVRS se refiere a cuán sensibles son las escalas a cambiar con el tiempo. Es decir, una encuesta puede ser confiable y válida cuando se usa en un solo momento, pero en algunas circunstancias también debe poder detectar mejoras o

disminuciones significativas en la calidad de vida durante estudios longitudinales. El instrumento debe “reaccionar” en un marco de tiempo que sea relevante para los pacientes a lo largo del tiempo. Debido a que la CVRS puede cambiar con el tiempo, es importante la medición longitudinal de estos resultados. Diferentes dominios pueden volverse más o menos prominentes con el tiempo a medida que evoluciona el curso de la enfermedad y la recuperación. Aunque su percepción de la cura aumenta y disminuye con el tiempo desde el tratamiento o el último nivel de antígeno prostático específico, los pacientes pueden sentirse más o menos afectados por los deterioros de su CVRS. Además, los pacientes pueden experimentar lo que se conoce como un cambio de respuesta a medida que aprenden a adaptarse a la cronicidad de las alteraciones de la CVRS. (20)

Evaluación de CVRS general frente a enfermedad específica.

Los dominios generales de la CVRS abordan los componentes del bienestar general, mientras que los dominios específicos de la enfermedad se centran en el impacto de disfunciones orgánicas particulares que afectan la CVRS. Los instrumentos generales de CVRS generalmente abordan las percepciones generales de salud, la sensación de bienestar general y la función en los dominios físico, emocional y social. Los instrumentos de CVRS específicos de la enfermedad se centran en dominios más directamente relevantes, como la ansiedad por la recurrencia del cáncer; deterioro urinario, sexual e intestinal; y cualquier molestia causada por estas disfunciones. Los dominios generales y específicos de la CVRS a menudo se impactan entre sí, lo que lleva a interacciones importantes que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los datos de la CVRS. (20)

Longitud del instrumento y traducciones

Aunque los instrumentos más largos pueden proporcionar conjuntos de datos más ricos, debe reconocerse que la fatiga puede limitar la capacidad de los pacientes para proporcionar información útil. Este fenómeno, carga de respuesta conocida, debe tenerse en cuenta al evaluar la CVRS en entornos clínicos o de investigación.

Las cuestiones culturales deben ser tenidas en cuenta a la hora de administrar los instrumentos de CVRS. Aunque un instrumento puede haber sido traducido lingüísticamente a un nuevo idioma, es posible que no tenga el mismo significado en esa cultura. Esto es particularmente relevante cuando se estudia la calidad de vida, las actitudes sociales y los comportamientos de salud en diferentes países o culturas. Diferentes naciones y culturas pueden tener conceptos muy diferentes de salud,

bienestar, enfermedad y dolencia. Por lo tanto, un concepto bien desarrollado en un grupo de personas puede no existir en otro. (20)

2.2.5. Instrumentos de CVRS validados.

Cuando se estudia la calidad de vida con fines clínicos o de investigación, es preferible utilizar instrumentos publicados que hayan sido previamente validados en la población relevante. (20)

2.2.5.1. Instrumentos generales de CVRS

Los instrumentos generales de calidad de vida han sido ampliamente estudiados y validados en muchos tipos de pacientes, enfermos y sanos. Los ejemplos incluyen la Encuesta de Salud de 36 Elementos del Estudio de Resultados Médicos RAND, también conocida como SF-36 (29); la escala Quality of WellBeing (QWB) (30); el perfil de impacto de la enfermedad (31); el perfil de salud de Nottingham (32) y el cuestionario EuroQol 5-dimensional-5 niveles (EQ-5D-5L) (16). Cada uno evalúa varios componentes de la CVRS, incluido el funcionamiento físico y emocional, el funcionamiento social y los síntomas. Cada uno ha sido validado y probado minuciosamente.

2.2.5.2. Instrumentos específicos de CVRS.

Existen varios instrumentos que evalúan la CVRS de enfermedades específicas, tales como el cáncer; hepatitis y otras (33). Hasta la fecha ningún estudio sobre COVID-19 han utilizado instrumentos específicos para esta enfermedad la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con la enfermedad. (19)

2.2.5.3. Instrumentos utilizados para medir la CVRS en enfermos por COVID-19.

Hasta la fecha se han utilizado diferentes instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con COVID-19 (16)

Los instrumentos utilizados son:

- EQ-5D-5L
- SF-36
- SGRQ
- CCQ

Cuestionario EuroQol 5-dimensional-5 niveles (EQ-5D-5L)

En 1987, un grupo interdisciplinario de investigadores de diferentes países europeos, autodenominado EuroQol, se produjo un índice de salud que combinara la cantidad y la calidad de vida y que sirviera como medida de eficacia en la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. La estrategia consistió en crear un instrumento genérico integrado por las cinco dimensiones consideradas más relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). (34)

El cuestionario EuroQol 5-dimensional-5 niveles (EQ-5D-5L) es uno de los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en la investigación clínica y de resultados, y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica recomienda su uso (35).

El EQ-5D-5L incluye 5 dimensiones (34):

- Movilidad.
- Autocuidado,
- Actividades habituales.
- Dolor/Malestar.
- Ansiedad/Depresión.

Cada una de las dimensiones tiene 5 niveles de opciones de respuesta (sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y sin poder/problemas extremos) para definir todos los estados de salud posibles. Además, el cuestionario EQ-5D-5L tiene una escala analógica visual medida en una línea vertical para determinar el estado de salud general de los encuestados [0 (la peor salud imaginable) a 100 (la mejor salud imaginable)]. (34)

Las diferentes respuestas que se pueden colocar en las dimensiones se le asignan numeración de acuerdo a la opción elegida (5 posibilidades para cada dimensión), generando así lo que se conoce como estado o perfil CVRS, de esta manera el perfil se conforma por la agrupación de la respuesta colocada en cada dimensión (ej.11121). Hay más de 3,000 estados diferentes, que abarcan de peor a mejor, indicando así el perfil “11111” la “salud completa” (al no indicar alguna alteración en las 5 dimensiones), mientras de manera opuesta el estado o perfil “55555”, indicaría el peor estado de calidad de vida relacionada con la salud por alteración máxima posible de todas las dimensiones del instrumento. (36)

Conjunto de valores de índice EQ-5D-5L.

El grupo EuroQol reconociendo las limitaciones que para fines comparativos y analíticos representaban los más de 3,000 estados diferentes generados por el instrumento, crearon el índice de conversión EQ-5D-5L. A través de este índice se pueden convertir los perfiles a un valor único específico dentro de un conjuntos de valores, que se han derivado de grandes estudios de validación específicos (por ejemplo, ponderación de preferencia, valor basado en preferencia, utilidad, ponderación QALY). (36)

Diferentes perfiles convertidos a valores del índice pueden arrojar el mismo valor del índice, hecho que hace el índice idóneo para análisis y comparaciones de la variable CVRS. Un valor de 1 representa ninguna alteración de la CVRS, así los valores mientras más alejados del ideal señalan mayor alteración de la CVRS. (36)

Encuesta de salud de formato corto de 36 ítems (SF-36)

Ware y colegas desarrollaron el SF-36 en 1992 a partir del estudio de resultados médicos, un estudio de la salud, el bienestar y el funcionamiento de pacientes seleccionados al azar vistos por médicos seleccionados al azar y otros proveedores médicos en tres grandes áreas metropolitanas. (35)

El SF-36 es un instrumento internacional para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Incluye 36 preguntas que analizan ocho dominios de salud, incluido el funcionamiento físico, el rol físico y el dolor corporal que evalúa la esfera física, la salud mental, el rol emocional y los elementos de funcionamiento social que analizan el componente mental. Los puntajes para cada dominio pueden variar de 0 (peor) a 100 (mejor), los puntajes más altos indican una mejor CVRS. (36)

St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Es un instrumento específico de la enfermedad diseñado para medir el impacto en la salud general, la vida diaria y el bienestar percibido en pacientes con enfermedad obstructiva de las vías respiratorias. fue diseñado por PW Jones, et al. en 1991. (36)

El SGRQ tiene 50 artículos y 2 partes (3 componentes). Parte I (Síntomas): varias escalas; Parte II (Actividad e impactos): dicotómica (verdadero/falso) excepto la última pregunta (escala de Likert de 4 puntos). Las puntuaciones van de 0 a 100, y las puntuaciones más altas indican más limitaciones. (37)

El Cuestionario Clínico de la EPOC.

Van der Molen y colaboradores en el 2003, desarrollan el Cuestionario Clínico de la EPOC. El Cuestionario Clínico de la EPOC (CCQ, siglas en inglés) es una herramienta de evaluación de la calidad de vida respiratoria específica de 10 ítems, que se divide en tres dominios: síntomas, estado mental y estado funcional. Los resultados principales son la puntuación total del CCQ (puntuaciones totales de todos los dominios divididas por 10) y las puntuaciones medias de los tres dominios separados. Los puntajes varían de 0 a 6 puntos, donde un valor más alto indica una calidad de vida más baja. (38)

Los métodos utilizados para desarrollar el CCQ se adaptaron de los utilizados para desarrollar tanto los cuestionarios de calidad de vida como los cuestionarios de estado clínico. (38)

2.2.4. COVID-19

La nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19), es causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). El SARS-CoV-2 es un beta-coronavirus de ARN de 29,9 kb monocatenario, de sentido positivo y envuelto. (39)

2.2.4.1 Clínica del COVID-19

Los primeros síntomas se reconocen comúnmente como fiebre, tos seca, taquipnea y dificultad para respirar. A, los síntomas intestinales rara vez se observan en pacientes con COVID-19. confusión, dolor de pecho, vómitos y náuseas también se informaron como síntomas de COVID-19. Otros síntomas incluyen dolor de garganta, estornudos, congestión nasal, producción de esputo, anosmia y dispepsia, sarpullido en la piel o decoloración de los dedos de manos y pies y conjuntivitis viral. La enfermedad COVID-19 puede afectar gravemente a pacientes de edad avanzada, con comorbilidades metabólicas (diabetes, hipertensos o pulmonares crónicas (Asma, EPOC) y conducirlos a estado graves de la enfermedad, como también al estado crítico llamado Síndrome de distrés respiratorio agudo grave. (40)

2.2.4. COVID-19 y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

La literatura señala que el padecimiento de la enfermedad COVID-19 puede afectar la calidad de vida de los pacientes, semanas e incluso hasta meses luego de la remisión. (13-16)

2.2.4.1 Factores que afectan la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

La intensidad, diferencias y razones de como se ve afectado el paciente va a depender de factores tales como, la gravedad con que el paciente haya cursado la enfermedad, el sexo, la edad, presencia de comorbilidades, e incluso de otros factores de índole socioeconómicos como, el empleo y la educación. (13-14)

Sexo

El sexo femenino es un factor de riesgo para la disminución o alteración de la CVRS, debido en parte a que hombres y mujeres tienen roles y presiones sociales únicos, con diferentes impactos en el curso de su enfermedad. Las mujeres cuidan más de la familia que los hombres y necesitan más energía para enfrentar el estrés, lo que resulta en un daño emocional sustancial (13). La literatura también explica que las mujeres tienen una peor recuperación que los hombres porque las mujeres perciben mayor estrés psicológico, Se ha demostrado que, en población general, las mujeres son más susceptibles que los hombres a una serie de problemas psicológicos (como ansiedad y depresión) durante el brote de COVID-19 (14). De esta manera cuando se ha aplicado diferentes instrumentos para evaluar CVRS, las mujeres tienden a tener puntajes más bajos. (13-14)

Edad.

La edad se ha visto asociada con bajos niveles en pruebas e CVRS. Algunos hasta han encontrado la edad como el factor no directamente relacionado con la enfermedad de mayor impacto en la CVRS. Lo anterior posiblemente se debe a la relación directa entre el envejecimiento y el aumento de la incidencia de problemas en los pacientes. (15)

Nivel de Educación

La diferencia entre las puntuaciones medias de CVRS en pacientes con diferentes niveles de educación ha sido documentada como significativa. Se observaron puntuaciones más bajas de CVRS en pacientes con mayor nivel educativo. También se ha señalado que las personas con educación universitaria tenían una mayor prevalencia de depresión durante la pandemia, lo que creó una carga de estrés que afectó aún más su CVRS. (15)

Estado de empleo.

El presente estudio también mostró que los pacientes empleados tenían puntajes más altos de CVRS. Esto podría deberse a que los pacientes empleados no habían perdido sus ingresos; por lo tanto, tenían más oportunidades de tener una mejor atención médica. (41)

Religión.

La filiación religiosa ha sido vinculada con mejor calidad de afrontamiento, reducción de ansiedad y estrés por la literatura (42), sin embargo, la relación con CVRS y COVID-19, no queda del todo clara ya que la mayor parte de la variación en el riesgo de mortalidad por COVID-19 y CVRS se explicó al controlar los determinantes sociodemográficos y geográficos; sin embargo, los de afiliación judía permanecieron en un mayor riesgo de muerte en comparación con todos los demás grupos. (42)

Comorbilidades.

Las puntuaciones medias de CVRS se han encontrado más bajas en los pacientes con diabetes que en los que no la padecían. Esto se debe a que la enfermedad es más grave en los pacientes con diabetes y exacerbaba los síntomas de la diabetes. Otras enfermedades en pacientes con COVID-19 que han sido encontradas con baja puntuación CVRS han sido comorbilidades médicas, como hipertensión, y otras enfermedades cardiovasculares. (16)

2.3 Contextualización

2.3.1 Sistema Nacional de Salud

Con el propósito de asegurar la efectividad administrativa, financiera y técnica de los Servicios Regionales de Salud (SRS), en el año 2015, el 16 de julio de ese mismo año para ser más preciso, se creó el SNS, por medio de la Ley 123-15. A través esta entidad, adscrita al Ministerio de Salud Pública, el Estado cumple con su responsabilidad de garantizar a los dominicanos el acceso a la salud, que constituye un derecho inherente de todo ser humano, y así la creación del SNS se convierte en un paso importante en el interés de mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de la población en general. (43)

EL SNS se rige por el Consejo Directivo y por la Dirección Ejecutiva. El ministro de Salud pública preside el Consejo, y otros como son: representante de los Servicios Regionales de Salud, un representante del Ministerio de Hacienda, un representante de la Dirección General de Presupuesto, y también representantes de Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social y de la Dirección de Información. (42)

El SNS está comprometido con proporcionar y garantizar un servicio de calidad que se brinde a los diferentes usuarios de los centros que componen la Red de Salud pública, para que los servicios brindados se hagan con accesibilidad y equidad. La mejora de manera continua debe caracterizar la gestión por parte del SNS, como también la excelencia y fortalecimiento de los SRS, de manera que estos se apeguen a las leyes y normas que imperan en el sector. (42)

Entre las principales funciones del SNS se encuentran: la coordinación y la promoción del fortalecimiento de los diferentes Servicios Regionales de Salud. (42)

2.3.2 Reseña Socio-demográfica:

El municipio de Santo Domingo Oeste, está delimitado de la siguiente manera, en la parte oeste con la provincia de San Cristóbal, la parte este con la capital de la República Dominicana, en la parte sur le queda el Mar Caribe y en la parte norte Santo Domingo Norte. Las poblaciones principales empezaron ya desde el año 1600. La ley 163-01 en el año 2021, da origen al municipio. (44)

Existen en el municipio de Santo Domingo Oeste 3 centros públicos, estos son el Hospital de Engombe, el Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana y el Centro Regional de Salud las Caobas, por lo regular estos no dan abasto para la cantidad de personas que habitan en el territorio, de manera que estos se ven en la obligación de asistir también a centros de naturaleza privada, como también a trasladarse a otros municipios en busca de otros hospitales públicos. Cerca de 800 mil pacientes por año conforman la cantidad de paciente que son atendidos en los 3 centros de salud del municipio de Santo Domingo Oeste. (43)

2.3.3 Reseña Institucional

2.3.3.1 Reseña Hospital General regional Marcelino Vélez Santana

Ubicado en la comunidad Herrera del municipio Santo Domingo Oeste, el Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana ofrece calidad, eficiencia, tecnología, humanización, que cuenta con un personal altamente calificado. Se le designa el nombre de Marcelino Vélez Santana a través de un decreto del entonces presidente Leonel Fernández Reyna y fue inaugurado el 7 de enero del año 2003, iniciando sus operaciones el día 12 de ese mismo mes y año. (45)

Misión

El fin principal de esta institución es prestar servicios de salud ambulatorios de primer nivel de atención en nuestras unidades de atención primaria (UNAP) y en la sede principal, servicios de alta

complejidad (3er. Nivel de atención) y hospitalizaciones, con altos estándares de calidad seguridad, sustentado en un trato humanizado para nuestros usuarios y personal. (45)

Visión

El Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana busca ser la institución del país y Latinoamérica de mayor prestigio en la gestión hospitalaria enfocada en resultados, al garantizar la asistencia de la salud como un bien social, brindando el mayor beneficio a los usuarios, manteniendo la calidad, humanización y eficiencia de los servicios ofrecidos, utilizando tecnología adecuada, docencia e investigación, contribuyendo así con la mejoría de la calidad de vida de los (as) miembros de la comunidad. (45)

Valores

Humanización: Garantizar el trato humano, digno y de respeto a los usuarios internos y externos. (45)

Calidad: Garantizar el máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología adecuada, tomando en cuenta los requisitos de los usuarios, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, de acuerdo con los valores sociales imperantes. (45)

Eficiencia: Lograr los mejores resultados con los recursos existentes. (45)

Tecnología: Garantizar tecnología adecuada y de seguridad. (45)

Equidad: Garantizar la entrega de servicios mediante una adecuada distribución de las contribuciones financieras en igualdad de condiciones, sin distinción de clases sociales, sexual o género, discapacidad, filiación política o religiosa, raza o nacionalidad. (45)

Responsabilidad Social: Enfocar nuestras acciones a lograr los mayores beneficios sociales para los miembros de la comunidad y colaboradores en el ámbito de actuación de la institución. (45)

Participación: Garantizar la participación como una dinámica de desarrollo y colaboración institucional y de empoderamiento de los colaboradores y miembros de la comunidad en su institución. (45)

Ética: Sustentar y garantizar la actuación de la institución y la de sus colaboradores en el cumplimiento de las normativas legales y morales de la sociedad. (45)

Capítulo 3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Estudio

El estudio presente es de tipo observacional descriptivo y transversal prospectivo. Se lleva a cabo para determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

3.2. Variables

3.2.1. Variable Dependiente

Calidad de vida relacionada con la salud.

3.2.2. Variables independientes

1. Edad.
2. Sexo.
3. Religión.
4. Educación.
5. Estado de empleo.
6. Ingresos económicos.
7. Comorbilidad.

3.2.3 Operacionalización de las Variables

Variable	Tipos y subtipos	Definición de variables	Indicadores Dimensiones
Calidad de vida relacionada con la salud.	Cualitativa Nominal	Indicador de salud que toma como referencia la perspectiva del paciente sobre su salud en relación a la percepción que tiene el mismo sobre sus expectativas de vida	Medida con EQ-5D-5L, y sus respuestas en 5 niveles.
	Cuantitativa Continua.	Calificación obtenida mediante la conversión de los perfiles de salud generados con el instrumento EQ-5D-5L, se constituye en la aproximación numérica de la calidad de vida relacionada con la salud.	Valores provenientes del índice EQ-5D-5L.
Edad	Cuantitativa Discreta	Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento hasta el inicio de la entrevista.	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa Nominal	Calidad biológica binaria humana determinada por la combinación del cromosoma 23.	-Femenino -Masculino
Religión	Cualitativa Nominal	Cosmovisión metafísica, que tiene expresión litúrgica y confesional.	-Ninguna -Agnosticismo -Ateísmo

			-Cristianismo -Otro
Educación.	Cualitativa Ordinal	Nivel de formación alcanzada hasta el momento de ser incluido en el estudio.	-Ninguna -Nivel Primario -Nivel Secundario -Nivel Superior -Nivel Técnico
Estado de empleo	Cualitativa Nominal	Situación en relación a si se presta fuerza laboral por paga periódica.	-Empleado -Desempleado
Ingresos económicos	Cualitativa Ordinal	Cantidad de dinero obtenido mensualmente por el participante.	-Menos de 5 mil pesos. -Entre 5– 10 mil pesos. -Entre 10-20 mil pesos. -Mas de 20 mil pesos.
Comorbilidad	Cualitativa Nominal	Condición(es) de salud patológica agregada(s) a la situación de enfermedad principal del participante	Diabetes HTA Asma Dislipidemia Obesidad Cáncer Otro. Ninguna

3.3. Métodos y Técnicas de Investigación

Se trata de estudio con método cuantitativo, que, mediante la técnica de la entrevista, se pretende abordar al paciente participante, y de esta manera inquirir sobre las variables que son perseguidas por la investigación. La información resultante será de tipo primario, ya que provendrá directamente del paciente.

3.4. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado consistió en un cuestionario estructurado con preguntas cerradas. El mismo está compuesto por 4 partes :1) Sociodemográfica, 2) socioeconómica, 3) Clínica y 4) Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) con el EQ-5D-5L.

Las primeras 3 partes son de auto diseño, siendo la primera la sociodemográfica, en esta se consideran la edad, sexo, religión y nivel de educación del participante. Mientras que la sección sobre datos socioeconómicos, preguntamos por el estatus laboral y el nivel de ingreso. Ya en la tercera parte del cuestionario se buscó saber las comorbilidades que este tiene. La última parte que se utilizó para medir la calidad de vida relacionada a la salud es la versión en español del índice EQ-5D-5L creado por el EuroQol Group. Este índice tiene amplio uso en la literatura, y ha sido utilizado múltiples veces para medir la calidad de vida relacionada con la salud, e incluso validado en pacientes con COVID-19. El EQ-5D-5L tiene 2 partes, una que se basa en 5 preguntas (dimensiones) con 5 niveles de respuestas, donde se puede derivar un índice resumen con una puntuación máxima de 1 a partir de estas cinco dimensiones por conversión con una tabla de puntuaciones. La puntuación máxima de 1 indica el mejor estado de salud, en contraste con las puntuaciones de las preguntas individuales, donde las puntuaciones más altas indican problemas más severos o frecuentes. Además, existe una escala analógica visual (VAS), segunda parte del instrumento, para indicar el estado de salud general con 100 siendo el mejor estado de salud.

3.5. Universo, Población y muestra

Universo

Cantidad de pacientes que asisten en búsqueda de servicios de salud al Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

Población

Los 1,000 pacientes que muy probablemente asistirán a la consulta de medicina familiar del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de mayo-junio 2022.

Muestra

Calculando la muestra se determinó que un total de 278 pacientes, esto corresponde a un estimado inicial, esto es a un 95% de intervalo de confianza con un 5% de margen de error. El cálculo fue realizado con la herramienta Stalcalc de Epi-info 7. Finalmente se incluyeron 151 pacientes, los cuales fueron seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión en el tiempo en que se realizó el estudio.

3.6. Criterios de Inclusión

- Confirmación por control de cita egreso por COVID-19 Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana
- Legalmente adulto.

3.7. Criterios de Exclusión

- Hepatitis B, C, SIDA y otras infecciones virales confirmadas.
- Mujeres que estaban embarazadas (prueba de embarazo positiva para mujeres en edad fértil).

3.8. Procedimiento para el procesamiento y análisis de los datos.

1) Luego de obtener los datos y teniéndolos registrados en el instrumento de datos, 2) se procedió a la digitalización de la data obtenida mediante el software Epi-info 7, mediante este se procesaron los datos y se generó una base de datos que contuvo las variables del estudio. 3) A los datos archivados en la base de datos se le aplicaron estadísticos descriptivos e inferenciales. 3A) A partir de las respuestas del instrumento por conversión se generaron valores del índice EQ-5D-5L (variable cuantitativa). Las variables continuas se describieron como media y desviación estándar (DE). Previo al uso de pruebas inferenciales se utilizaron métodos para cálculo del tipo de distribución (método por gráficos). 3B) Las puntuaciones de CVRS se compararán entre dos grupos mediante pruebas t de Student o las Prueba de suma de rangos de Wilcoxon y prueba de Kruskal-Wallis para datos que no se distribuyen normalmente. 3C) Se utilizarán las pruebas de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para comparar las proporciones en las variables categóricas. 3D) También se realizó regresión lineal multivariada para explorar los factores asociados con una mala CVRS.

Los softwares de utilidad que se utilizaron para el procesamiento y análisis, fueron Epi-info 7, R y Microsoft Excel.

3.9. Consideraciones Ética

El presente trabajo fue sometido al comité de ética de UNIBE (ética procedural). La confianza y privacidad se les garantizo a todos los integrantes del estudio. Lo anterior se logró gracias a que no se registraron los nombres de pila del participante, más bien se les asignó numeración a los cuestionarios precisamente para resguardar la identidad de los participantes y mantenerlo en el anonimato, como también se va hicieron los arreglos de lugar de forma que la entrevista fueron solo entre los disertantes y el participante. También se respetaron la autonomía de los participantes, de manera que cuando estos se negaron a ser incluidos se les respetó su decisión. No se sometió a ningún perjurio al paciente por la partición en la encuesta.

Capítulo 4: Resultados.

Resultados.

El estudio presente evaluó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, el mismo fue realizado durante mayo-junio del 2022, contando con un total de 151 pacientes, los cuales constituyeron la muestra. Como puede observarse en la tabla no.1, el grupo de edad entre 35 a 44 años, resultó ser el más frecuente (31.8%), la mayoría (71.5%) de los participantes dicen pertenecer a la religión cristiana; la educación superior (39.1%) resultó ser el nivel de formación académica predominante, la mayor parte de los participantes fueron empleados (77.5%); la cantidad de ingresos más frecuente (45.05) fue mayor a 20 mil pesos. Las comorbilidades de mayor prevalencia fueron la Hipertensión arterial (31.8%), la Obesidad (15.2%) y la Diabetes mellitus (13.2%). Ver tabla no.1.

La tabla no.2 muestra la relación de la CVRS, medida con el índice EQ-5D-5L y las variables explicativas. La calidad de vida resultó verse más afectada en los pacientes femeninos (.811). Los pacientes que pertenecían al grupo de edad mayor (55-65 años) tenían una CVRS con mayor deterioro (.739) en comparación aquellos con menor edad. Aquellos pacientes que se identificaban como ateos, tuvieron niveles inferiores de CVRS (.752) en comparación con otras categorías dentro de la variable religión. Los pacientes con un nivel Técnico tuvieron el mejor resultado en la CVRS (.878), mientras que aquellos pacientes con ningún nivel de formación académica alcanzada, fueron los que vieron mayor afectada su CVRS (.444). Los participantes que tenían empleo tenían puntuación mayor (.834) sobre aquellos que no tenían. Los pacientes con mayor cantidad de ingresos obtuvieron un resultado mayor con el índice EQ-5D-5L (.851).

La tabla no.3 muestra que los pacientes con comorbilidades tuvieron mayor alteración de la CVRS, esta misma, medida con el EQ-5D-5L. Siendo el cáncer el que evidenció mayor disminución (649) de los valores del índice EQ-5D-5L, seguido de dislipidemia (705) y la obesidad (735).

En términos generales los pacientes del sexo femenino tuvieron mayor frecuencia de alteraciones en la dimensión "Dolor/malestar", en la cual el 53. % de los participantes del sexo femenino notificaron tener malestar leve, mientras que 32.7% dentro del sexo masculino refieren lo mismo. Ver tabla no.4.

Se evidenció que los pacientes que se identificaban como ateos ser tuvieron mayor alteración dentro de esta dimensión, seguido de aquellos pertenecientes a la religión cristiana. Ver tabla no.5

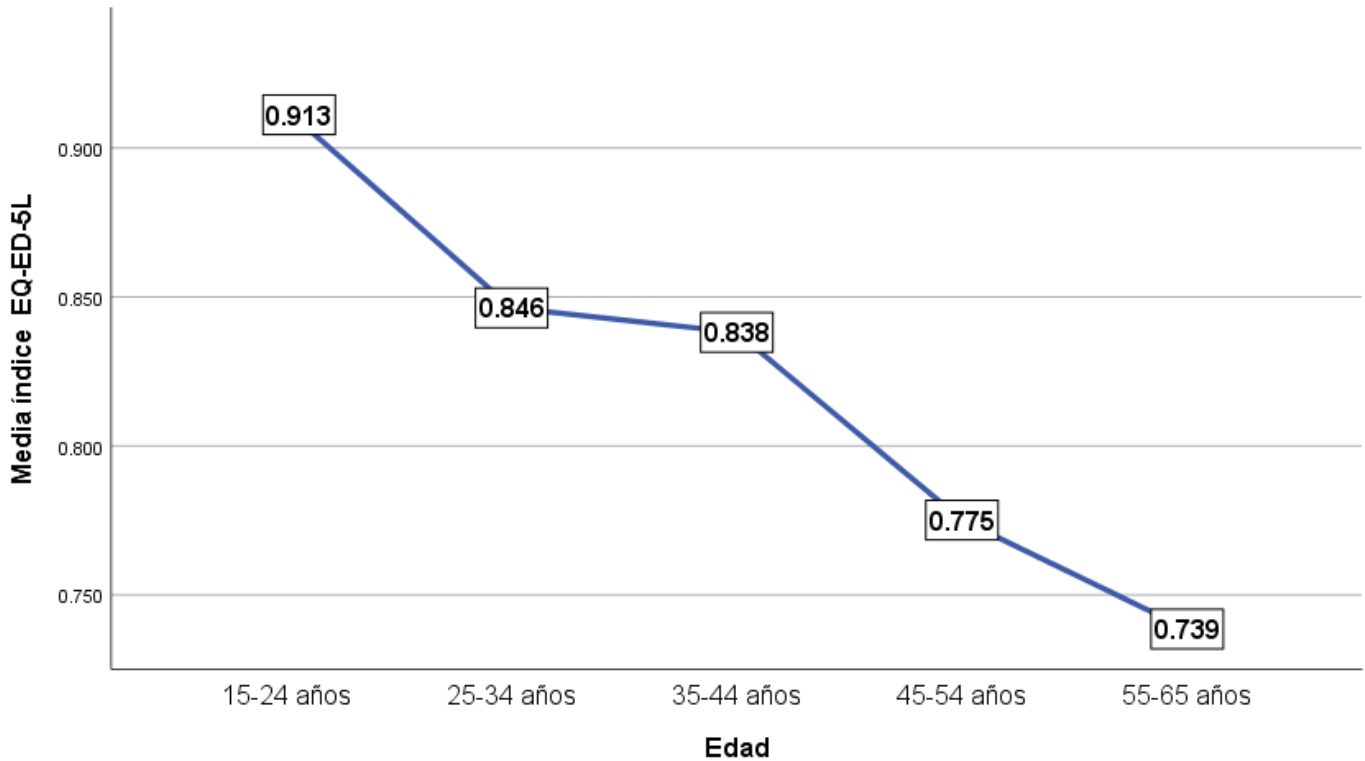
Tabla. 1- Variables explicativas del estudio calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)
Sexo		
Femenino	99	65.6
Masculino	52	34.4
Edad		
15-24 años	6	4.0
25-34 años	37	24.5
35-44 años	48	31.8
45-54 años	35	23.2
55-65 años	25	16.6
Religión		
Ninguna	26	17.2
Ateísmo	5	3.3
Cristianismo	108	71.5
Otra	12	7.9
Educación		
Ninguna	1	.7
Primario	26	17.2
Secundario	58	38.4
Superior	59	39.1
Técnico	7	4.6
Estado de empleo		
Desempleado	34	22.5
Empleado	117	77.5
Ingresos económicos		
<5 mil pesos	22	14.6
5– 10 mil pesos	20	13.2
10-20 mil pesos	41	27.2
> 20 mil pesos	68	45.0
Comorbilidad		
Diabetes	20	13.2
Dislipidemia	8	5.3
Obesidad	23	15.2
HTA	48	31.8
Asma	15	9.9
Cáncer	2	1.3
Otra	6	4.0
Ninguna	71	47.0

Fuente: Directa.

Gráfico.1-. Media del Índice EQ-5D-5L, según la edad de los participantes.

Los pacientes entre 15 a 24 años tuvieron la media del índice EQ-5D-5L más alta (0.913). Los valores del índice disminuyeron a medida que avanzaba la edad, siendo menor (0.739) en los pacientes con edad entre 55 a 65 años. Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la media de la edad más avanzadas y los otros grupos de edad ($p= 0.01$).

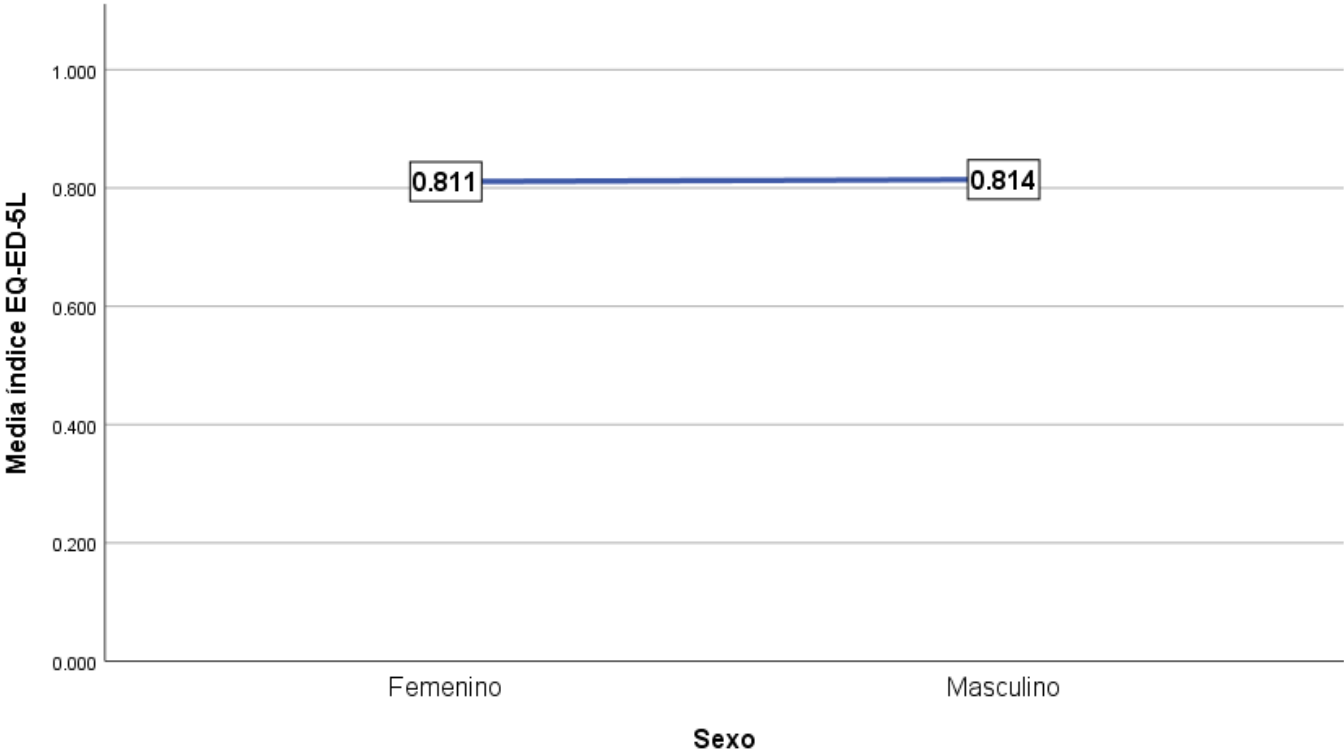


Fuente: entrevista directa.

Valor de $p= 0.01$

Gráfico.2-. Media del Índice EQ-5D-5L, según el sexo de los participantes.

La media del índice EQ-5D-5L resultó más alta en los pacientes del sexo masculino (0.814) si se compara con la encontrada en el sexo femenino (0.811). No se encontró significancia estadística en estos resultados.

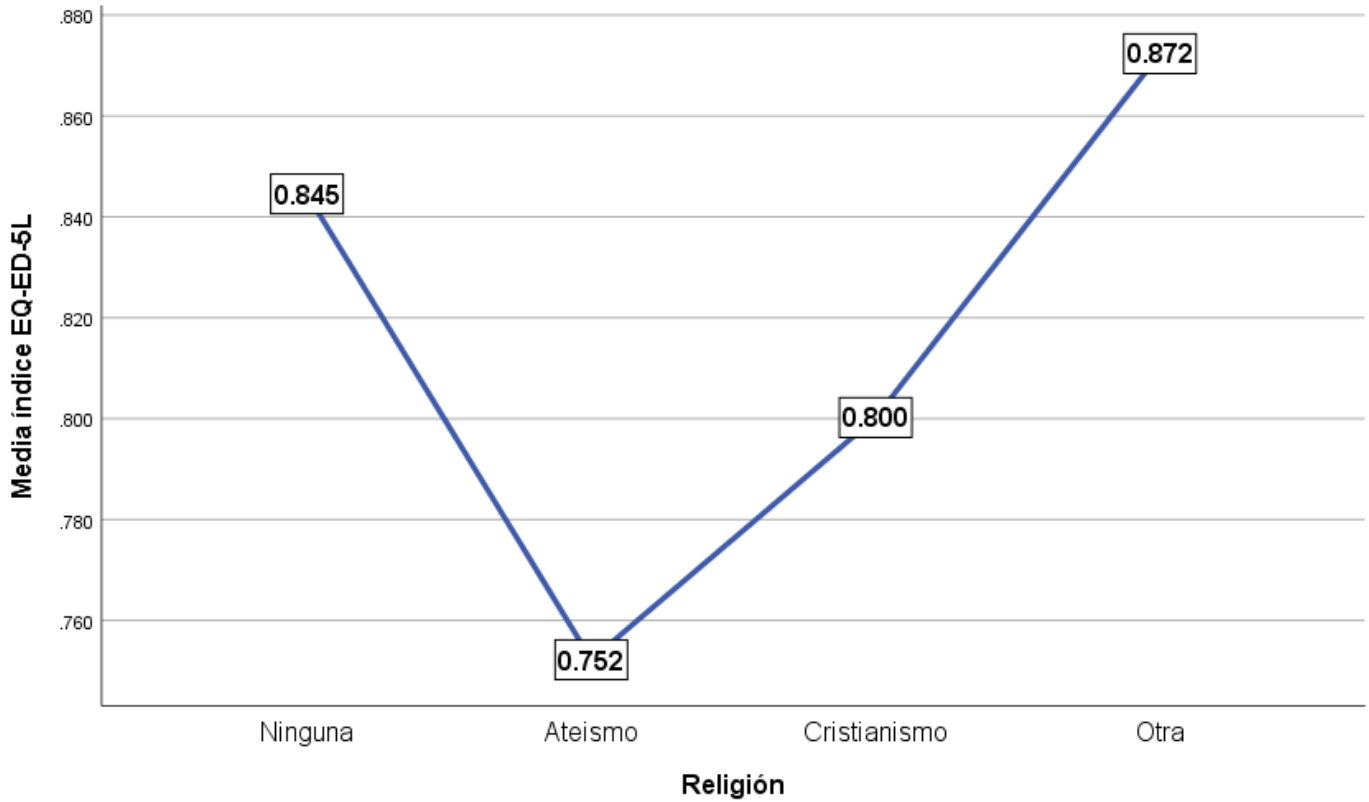


Fuente: entrevista directa.

Valor de p= .869

Gráfico.3-. Media del Índice EQ-5D-5L, según la religión de los participantes.

Los pacientes que se identificaban como religiosos dentro de la categoría de “otra religión” tuvieron el valor medio más alto (0.872), mientras que los pacientes que se identificaban como ateos tuvieron el valor medio más bajo (0.752) del índice EQ-5D-5L. No se encontró significancia estadística en estos resultados ($p = .074$).

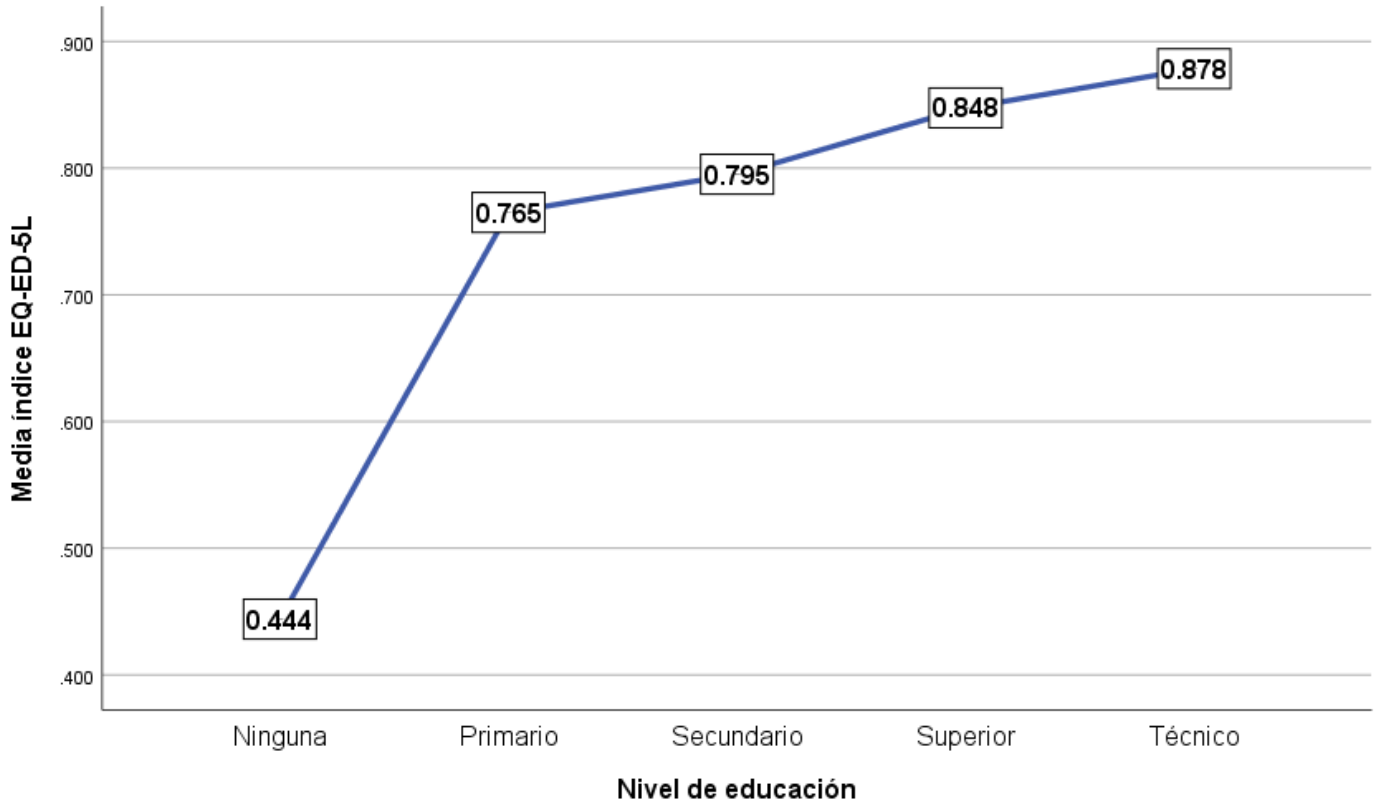


Fuente: entrevista directa.

Valor de $p = .074$

Gráfico.4-. Media del Índice EQ-5D-5L, según el nivel de educación de los participantes.

Los pacientes que no habían recibido ningún tipo de educación académica obtuvieron el valor medio más bajo (0.444) del índice EQ-5D-5L, por otro lado, los pacientes con nivel de educación superior y técnica, tuvieron los valores medios más altos 0.848 y 0.878 respectivamente. Se encontró diferencias significativas entre el nivel superior y los niveles de educación inferiores ($p = .001$).

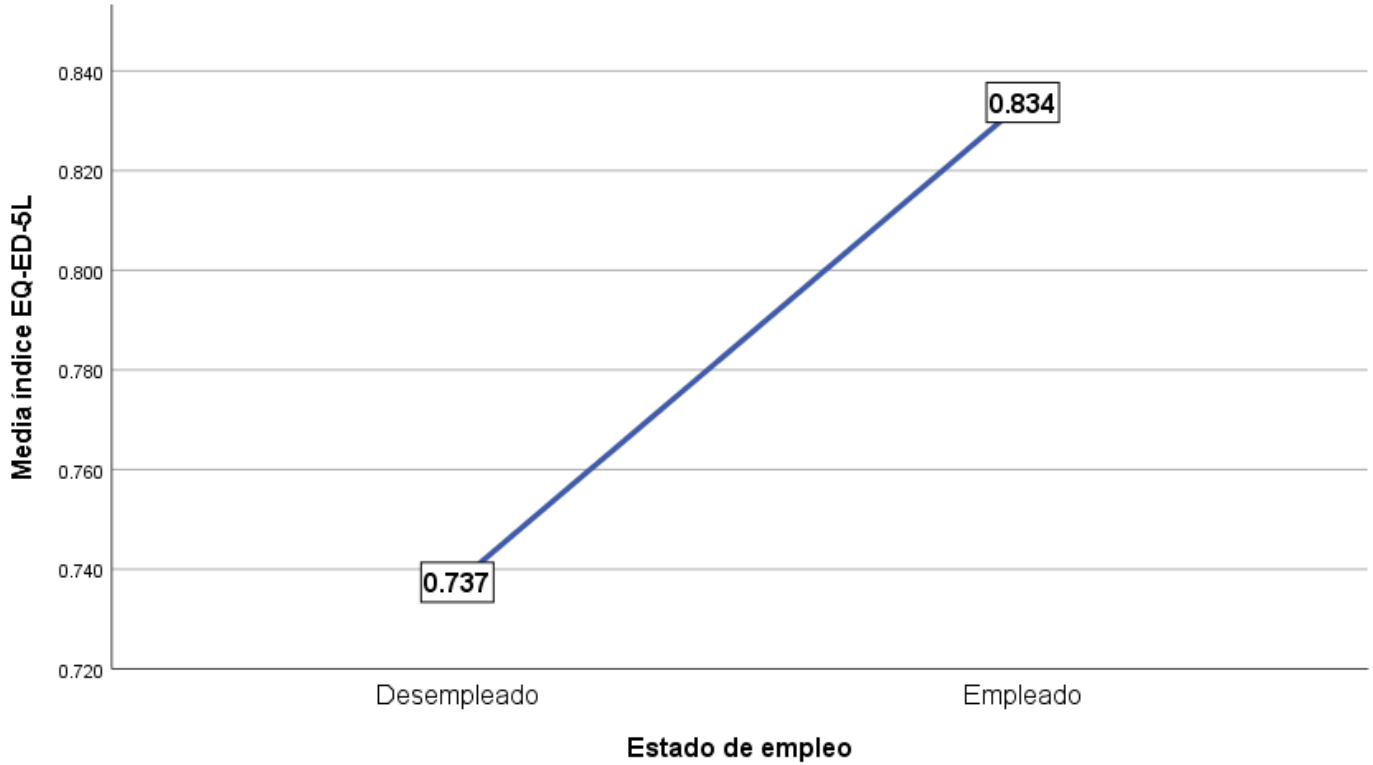


Fuente: entrevista directa.

Valor de $p = .001$

Gráfico.5-. Media del Índice EQ-5D-5L, según estado de empleo de los participantes.

Los pacientes que no tenían empleo tuvieron un valor medio de 0.737 según el índice EQ-5D-5L, mientras que aquellos pacientes con empleo obtuvieron un valor medio de 0.834. Se encontró diferencias significativas ($p = .001$)

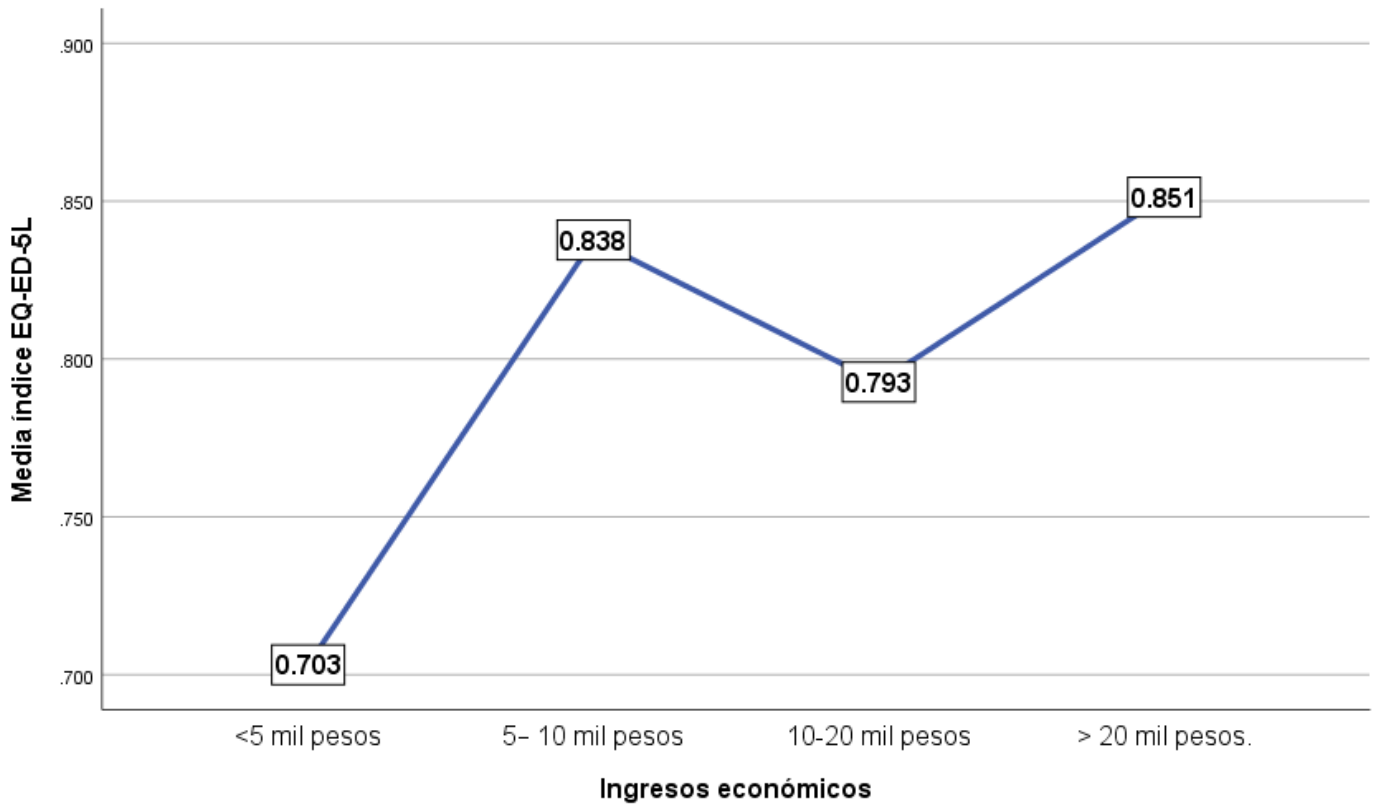


Fuente: entrevista directa.

Valor de $p = .001$

Gráfico.6-. Media del Índice EQ-5D-5L, según la cantidad de ingresos de participantes.

Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los pacientes con ingresos por encima de los 20 mil (0.851), y las otras medias (con excepción de los ingresos entre 5 a 10 mil pesos). $p= 001$.



Fuente: entrevista directa.

Valor de $p= 001$

Capítulo 5: Discusión y conclusión

5.1 Discusión

Los impactos de una enfermedad generalmente van más allá de su resultado clínico, y abarcan medidas subjetivas, en términos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Dado que el Covid-19 es una enfermedad nueva, se sabe poco sobre su impacto en la CVRS, de ahí que este estudio se propuso evaluar dicho tópico.

Luego de analizar los resultados obtenidos se observó que:

Al observar el panorama general en los valores resultantes del índice EQ-5D-5L, se encontró que en lo relativo a la edad, los valores del índice disminuyen a medida que avanza la edad, lo que señala una asociación negativa entre el índice y la edad (ver gráfico no.1). En Kaso, et al (2021)¹⁵ se puede ver el mismo hallazgo, en estos por igual los pacientes mayores de 55 años también obtuvieron la peor CVRS medida con el EQ-5D-5L (0.567).

Explorando la misma relación, pero dentro de las dimensiones que componen el EQ-5D-5L, se encontró significación estadística en las distintas dimensiones, salvo en la dimensión “Ansiedad /Depresión”. Los pacientes con edad más avanzadas (45-54 y 55-65 años), son los de mayor afectación casi en todas las dimensiones. Los pacientes con edades entre 55-65 años, fueron el único grupo de edad donde la mayoría de los integrantes tenían alteración de algún tipo, en las diferentes categorías. Todos estos hallazgos apuntan a que la alteración de CVRS, es mayor, en los de edad avanzada. Esto puede explicarse por el aumento del estrés mental, la comorbilidad y el debilitamiento en la condición física de las personas mayores (Kaso, et al (2021)¹⁵.

El gráfico no.2, muestra la relación entre la CVRS (expresada en valores del índice EQ-5D-5L) y la variable del sexo. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, como puede ver en la tabla no.4 (anexos), existen diferencias significativas entre ambos sexos en algunas dimensiones del EQ-5D-5L. Se evidenció que ambos sexos tuvieron alteraciones estadísticamente significativas en las dimensiones “dolor/malestar” y “ansiedad/depresión”. En términos generales los pacientes del sexo masculino tuvieron mayor frecuencia de alteraciones en la dimensión “Dolor/malestar”, mientras que en relación a la dimensión “Ansiedad /Depresión”, en términos generales, el sexo femenino evidenció ser el más afectado. Estos hallazgos son congruentes con la literatura que señala un menor umbral del dolor en el sexo femenino, mientras que por otro lado también la asociación entre episodios de depresión y ansiedad ha sido documentada como mayor en relación al sexo femenino.

En la asociación entre las dimensiones del índice EQ-5D-5L y la religión se encontró que La única dimensión con resultados estadísticamente significativos, fue “Ansiedad/Depresión”. Se evidenció que los pacientes que se identificaban como ateos tuvieron mayor alteración (.752) dentro de esta dimensión, seguido de aquellos pertenecientes a la religión cristiana (.800). Los pacientes que no se identificaban con ninguna religión, fueron el único grupo con alteraciones extremas en la dimensión “Ansiedad/Depresión” del EQ-5D-5L (ver tabla no.6, anexos). La práctica religiosa ha sido vinculada con menor índice de depresión, debido a la capacidad de afrontamiento que brindan ciertas creencias, como también debido al apoyo social y psicológico que pueden brindar los pares religiosos (Gaughan, et al 2021)⁴², estos hechos pueden explicar los hallazgos.

Se encontró diferencias significativas entre el nivel superior y los niveles de educación inferiores, en la relación de CVRS y la educación, teniendo los pacientes con educación superior mejores resultados (.848) con el índice EQ-5D-5L (ver gráfico no.4). Este hallazgo es opuesto al encontrado en Ping, et al (2020)¹², en este trabajo los valores en el índice decrecen a medida que aumenta el nivel de educación.

Es comprensible que la CVRS se vea menos afectada a medida que aumenta el nivel de educación de los participantes, debido a que de acuerdo a la literatura niveles altos de educación se ven relacionados con mejor actitud y practicas relacionadas a la búsqueda de ayuda y servicios de salud, a esto se le suma la mejor economía que suele ir acompañada con los niveles de educación superior y técnico, esta que a su vez permite también la mayor utilización y acceso a los servicios de salud (McCaffrey , et al 2016)⁴¹.

En el grafico no.5, se puede observar que los pacientes que notificaron estar desempleados, tuvieron una media de valor menor (.737) en el EQ-5D-5L, lo que indica la relación del empleo con la alteración de la CVRS en pacientes que tuvieron la enfermedad de COVID-19. Se puede observar lo mismo en Arab-Zozani, et al. (2020)¹⁴, estos también encontraron que la CVRS, se ve más afectada en aquellos pacientes que notificaron estar desempleados (.592). Además, si se observa las alteraciones de las distintas dimensiones (ver tabla no.9, anexos), se puede llegar a la misma conclusión, los pacientes sin empleo tienen mayor alteración de la CVRS.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los pacientes con ingresos por encima de los 20 mil (.851), y las otras medias (con excepción de los ingresos entre 5 a 10 mil pesos, ver gráfico no.6). Este hallazgo confirma lo que ya otros señalan desde la literatura

(McCaffrey, et al 2016)⁴¹, y es que el impacto en la CVRS ante un gran número de enfermedades, es menor cuando es mayor el ingreso económico.

La tabla no.3 muestra que los pacientes con comorbilidades tuvieron mayor alteración de la CVRS, esta medida con el EQ-5D-5L. Siendo el cáncer el que evidenció mayor disminución (649) de los valores del índice EQ-5D-5L, seguido de dislipidemia (705) y la obesidad (735). Barani S, et al. (2022)¹⁷, Kaso, et al (2021) ¹⁵ y Arab-Zozani, et al. (2020) ¹⁴ también encuentran relación entre la CVRS afectada por el COVID-19 y las comorbilidades, pero a diferencia de lo encontrado en el presente estudio, Kaso, et al (2021) ¹⁵ no encuentra diferencias en el grado de impacto sobre la CVRS entre las diferentes comorbilidades, mientras que para Arab-Zozani, et al. (2020) ¹⁴, la comorbilidad que tiene el mayor impacto en la CVRS, resultó ser la diabetes mellitus (.586).

5.2 Conclusión

Luego de analizar los diferentes hallazgos se concluye que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puede verse afectada en los pacientes sobrevivientes de COVID-19. La dimensión, como el grado de alteración de la CVRS, dependerá de factores tales como el sexo, la edad, nivel de educación, religión, estado de empleo, ingreso y la presencia de comorbilidades.

Capítulo 6: Recomendaciones

Recomendaciones

Al ministerio de salud pública:

- Se recomienda un aumento en los esfuerzos en la protección en salud de grupos que históricamente han sido vulnerables, dado las inequidades y desigualdades que existen en la sociedad dominicana, grupos como los adultos mayores y mujeres.
- Se aconseja también la implementación de medidas de tipos transversales, no solo verticales en relación al control de la infección por COVID-19, dado el hecho de la confluencia de factores pertenecientes a determinantes sociales que impactan la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), luego de sufrir la enfermedad COVID-19.

A los profesionales de la salud:

- Se aconseja ampliar la comprensión de cómo cambia el espectro salud/enfermedad en aquellas personas contagiadas por COVID-19, considerando no solo las conductas terapéuticas que respondan al curso de la infección, sino también aquellas que se encuentran en el futuro cercano y a largo plazo. Considerando que el COVID-19, es una enfermedad que puede dejar secuelas que afectan la CVRS.

Bibliografía

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enfermo* [Internet]. diciembre de 2003 [citado el 31 de marzo de 2022]; 9(2): 09-21.
2. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 Aug Jun [Revisado en marzo 2022];272(8):619-26.
3. Santus P, Tursi F, et al. Changes in quality of life and dyspnoea after hospitalization in COVID-19 patients discharged at home. *Multidiscip Respir Med*. 2020 Oct 13;15(1):713.
4. Temperoni C, et al. Clinical characteristics, management and health related quality of life in young to middle age adults with COVID-19. *BMC Infect Dis*. 2021 Feb Jun [Revisado en marzo 2022];21(1):134.
5. Qu G, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. *J Clin Nurs*. 2021 Jun [Revisado en marzo 2022];30(12):1742-1750.
6. Arab-Zozani M, et al. Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. *Osong Public Health Res Perspect*. 2020 Jun [Revisado en marzo 2022]; 11:296–302.
7. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Guide to the methods of technology appraisal 2013. 2013 [citado el 29 marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-themethods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781>
8. Poudel AN, et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLoS One*. 2021 Oct [Revisado en marzo 2022];16(10):e0259164.
9. Kaso AW, et al. Evaluation of health-related quality of life of Covid-19 patients: a hospital-based study in South Central Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Dec Jun [Revisado en marzo 2022];19(1):268.
10. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016 Ju Jun [Revisado en marzo 2022];34(7):645-9.
11. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996 Jun [Revisado en marzo 2022];334(13):835-40.
12. Ping W, et al. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2020 Jun 18 Jun [Revisado en marzo 2022];15(6):e023.
13. Qu G, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. *J Clin Nurs*. 2021 Jun Jun [Revisado en marzo 2022];30(11-12):1742-1750.
14. Arab-Zozani M, et al. Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong Public Health Res Perspect*. 2020 Oct Jun [Revisado en marzo 2022];11(5):296-302.

15. Kaso AW, et al. Evaluation of health-related quality of life of Covid-19 patients: a hospital-based study in South Central Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Dec Jun [Revisado en marzo 2022];19(1):268.
16. Poudel AN, et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLoS One*. 2021 Oct Jun [Revisado en marzo 2022];16(10):e0259164.
17. Barani S, et al. Health-related quality of life among COVID-19 individuals: A cross-sectional study in Tamil Nadu, India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022 Jan-Feb; 13:100943.
18. Patrick DL, Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In: Walker SR, Rosser RM, eds. *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1993 Jun [Revisado en marzo 2022]:11–64.
19. WHO. Constitution of the World Health Organization, basic documents. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1948 [Revisado en marzo 2022].
20. Litwin MS. Health-Related Quality of Life. *Clinical Research Methods for Surgeons*. Humana Press. 2006 [Revisado en marzo 2022].
21. Elkinton JR. Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 1966 [Revisado en marzo 2022]; 64:711–4.
22. Bergner M. Measurement of health status. *Medical care*. 1985 [Revisado en marzo 2022]; 23:696–704.
23. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016 Jul [Revisado en marzo 2022] ;34(7):645-9.
24. Fanshel S, Bush JW. A Health-Status Index and its Application to Health-Services Outcomes. *Operations Research*. 1970 [Revisado en marzo 2022] ;18:1021–66
25. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*. 1982 [Revisado en marzo 2022];1:61–80.
26. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*. 1987 [Revisado en marzo 2022]: 593–600.
27. WHO. Determinants of health. World Health Organization [Internet]. February 2017 [Citado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
28. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. *Statistics and strategies for evaluation*. *Control Clin Trial*. 1991 [Revisado en marzo 2022];12(1):142–158.
30. Ware JE, et al. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 [Revisado en marzo 2022];30(6):473–483.

31. Kaplan RM, et al. The Quality of Well-Being Scale: critical similarities and differences with SF-36. *Int J Qual Health Care* 1998 [Revisado en marzo 2022];10(6):509–520.
32. Bergner M, et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981 [Revisado en marzo 2022];19(8):787–805.
33. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985 [Revisado en marzo 2022];35(273):185–188
34. Cella DF, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993 [Revisado en marzo 2022];11(3):570–579
35. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Dic Jun [Revisado en marzo 2022]; 29(6): 401-403..
36. EUROQOL. EQ-5D INSTRUMENT. EUROQOL Group [Internet].2014 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>
37. Hooker SA. SF-36. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, New York. Springer 2013 Edition Jun [Revisado en marzo 2022]: 116-136.
38. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. Cuestionario respiratorio de St. George. *Resp Med* 1991 Jun [Revisado en marzo 2022];85 (B):2531.
39. Van der Molen T, et al. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Apr Jun [Revisado en marzo 2022];1:13.
40. Ganesh B, et al. Epidemiology and pathobiology of SARS-CoV-2 (COVID-19) in comparison with SARS, MERS: An updated overview of current knowledge and future perspectives. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2021 Apr-Jun [Revisado en marzo 2022];10:100694.
41. McCaffrey N, et al. Health-related quality of life measured using the EQ-5D-5L: South Australian population norms. *Health Qual Life Outcomes*. 2016 Sep 20 [Revisado en marzo 2022];14(1):133.
42. Gaughan CH, et al. Religious affiliation and COVID-19-related mortality: a retrospective cohort study of prelockdown and postlockdown risks in England and Wales. *J Epidemiol Community Health*. 2021 Jan [Revisado en marzo 2022];75(6):509–14.
43. SNS. ¿Qué es el Servicio Nacional de Salud?. En *Salud rev SNS* Marzo 2021 [Revisado en marzo 2022]: 1. Disponible en: <https://sns.gob.do/wp-content/uploads/2021/03/EN-SALUD-Marzo-2021-Revista-SNS.pdf>
44. ASDO. Historia Santo Domingo Oeste. Ayuntamiento Municipal Santo Domingo Oeste [Internet]. 2020 [Revisado en 2022]. Disponible en: <https://ayuntamientosdo.gob.do/historia/>
45. HMVS. ¿quiénes somos? Hospital Dr.-Marcelino Vélez Santana [Internet].2022 [Revisado en 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos>

Apéndices

Anexos 1: Instrumento de Recolección de datos



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS SOBREVIVIENTES DE COVID-19 DEL HOSPITAL MARCELINO VÉLEZ SANTANA, ABRIL-MAYO 2022.

I-Aspectos demográficos:

1-Edad: _____ 2- Sexo: _____

II-Aspectos Socioeconómicos y culturales:

3- Religión a la que pertenece:

A) Ninguna B) Agnosticismo C) Ateísmo D) Cristianismo E) Otra.

4- Nivel de educación formal alcanzado:

A) Ninguna B) Primario C) Secundario D) Superior E) Técnico.

5- Estado de empleo:

A) Empleado B) Desempleado

6- Cantidad de ingresos económicos:

A) <5 mil pesos B) 5– 10 mil pesos C) 10-20 mil pesos D) > 20 mil pesos.

III-Antecedentes patológicos (comorbilidades).

Marque la enfermedad que tiene:

Diabetes: ___ Dislipidemia: ___ Obesidad: ___ HTA: ___

Asma: ___ Cáncer: ___ Otro: ___ Ninguna: ___

IV- Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D-5L)

Marque lo que mejor describe su salud.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar: ____
- Tengo problemas leves para caminar: ____
- Tengo problemas moderados para caminar: ____
- Tengo problemas graves para caminar: ____
- No puedo caminar: ____

Autocuidado

- No tengo problemas para lavarme o vestirme: ____
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme: ____
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme: ____
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme: ____
- No puedo lavarme o vestirme: ____

Actividades cotidianas (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas: ____
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas: ____
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas: ____
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas: ____
- No puedo realizar mis actividades cotidianas: ____

Dolor / Malestar

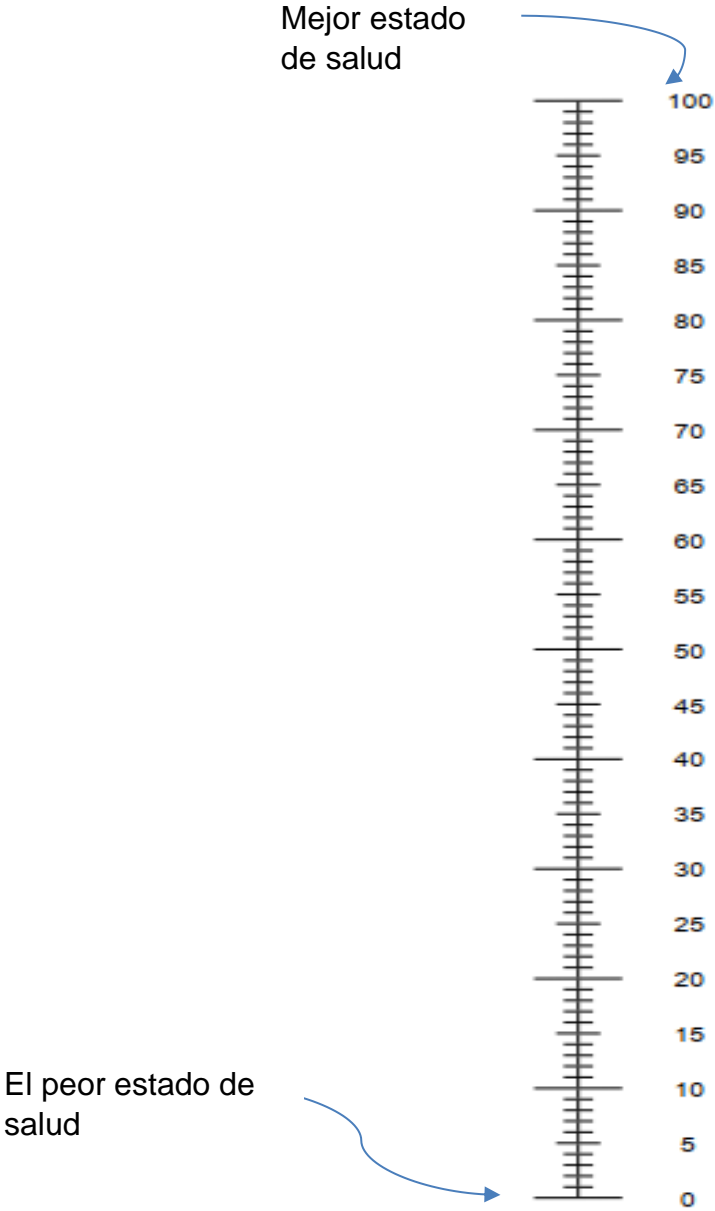
- No tengo dolor ni malestar: ____
- Tengo dolor o malestar leve: ____
- Tengo dolor o malestar moderado: ____
- Tengo dolor o malestar fuerte: ____
- Tengo dolor o malestar extremo: ____

Ansiedad / Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido: ____
- Estoy levemente ansioso o deprimido: ____
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido: ____
- Estoy muy ansioso o deprimido: ____
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido: ____

Escala analógica visual:

- Marque en la escala indicando su estado de salud al día de hoy.
- Coloque aquí el número que marco: _____



Anexos 2: Cronograma de Actividades.

No.	Actividades	4 meses			
		Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Capítulo I. Aspectos Generales y Metodológicos				
2	Capítulo II. Estudio de la Innovación en la Organizacionales.				
3	Capítulo III. Análisis de la teoría sobre procesos y subprocesos administrativos.				
4	Capítulo IV. Análisis Estratégico y Organizacional de envíos PedidosYa.				
5	Capítulo V: Análisis, interpretación y presentación de datos de campo.				
6	Capítulo VI. Diagnósticos de las Estrategias de Innovación Aplicada a la empresa de pedidos a domicilio PedidosYa				
7	Conclusión y recomendación				
8	Plagio y encuadernación				

Anexos 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación.

Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Materiales De Papelerías			
Papel Bond	2 Resmas	RD\$ 150.00	RD\$ 300.00
Lápices	50 unidades	RD\$ 5.00	RD\$ 250.00
Bolígrafos	20 unidades	RD\$ 10.00	RD\$ 200.00
Sacapuntas	10 unidades	RD\$ 5.00	RD\$ 50.00
CD	5 unidades	RD\$ 30.00	RD\$150.00
Carpetas para organizar copias	3 unidades	RD\$120.00	RD\$360.00
Fotocopias e Impresiones			
Copias en papelerías: Reproducción consentimiento informado Reproducción formularios Otras copias	800	RD\$ 0.75	RD\$ 600.00
Encuadernación	12 unidades	RD\$ 150.00	RD\$ 1,800.00
Tinta de impresora	2 cartuchos	RD\$ 800.00	RD\$ 1,600.00
Empastado final	7 unidades	RD\$ 1000.00	RD\$ 7000.00
Otros			
Protocolo			RD\$ 450.00
Tarjetas de llamadas	10 unidades	RD\$ 100.00	RD\$ 1000.00
Gasolina	12 galones	RD\$ 269.00	RD\$ 3,218.00
Transporte público	100 unidades	RD\$ 25.00	RD\$ 2,500.00
TOTAL		RD\$ 10,165.00	RD\$19,316.00

Anexo 4: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA - UNIBE



Título de investigación: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS SOBREVIVIENTES DE COVID-19 DEL HOSPITAL MARCELINO VÉLEZ SANTANA, MAYO-JUNIO 2022.

SUSTENTANTES:

Dra. Leticia Graciano De Mena

Dra. Elba María Núñez Suriel

Consentimiento Informado

A través del documento que tiene en sus manos se le informa los detalles básicos de la investigación. La misma se trata de proyecto de tesis, y tiene como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de COVID-19. El proyecto de tesis es un requisito necesario para optar por el título de especialista en medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana.

En la presente investigación se le inquirirá sobre datos demográficos y socioeconómicos tales como la edad, sexo, religión, nivel de educación, estado laboral y nivel de ingresos. En las misma también aparecerán preguntas sobre antecedentes de enfermedades padecidas y también sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Se le garantiza al participante la protección de su identidad, ya que no se registrará su nombre, solo las respuestas dadas, y así se mantiene al participante en el anonimato. Por otra parte, las informaciones archivadas en el cuestionario solo son de manejo de los disertantes. También se respetará la autonomía de los participantes, de manera que si se niega a ser incluido se les respetará su decisión.

No se le promete ningún beneficio material o privilegio en el centro por el hecho de participar en el estudio, ya que este trabajo de investigación no persigue ningún tipo de lucro y es de naturaleza científico/académico. Los resultados de la investigación podrían ayudar a formular políticas sanitarias encaminadas a mejorar los efectos en la calidad de vida relacionada con la salud de los

dominicanos afectados por el COVID-19, de esta manera al participar en esta investigación el participante es potencial e indirecto agente de cambio social.

Después de haber entendido de que trata este documento, como también la investigación relacionada, decido formar parte de la misma al firmar el presente consentimiento.

Firma del Participante _____

Anexo 5: tablas adicionales.

Tabla. 2- Valores del Índice EQ-5D-5L según las principales características de los participantes del estudio calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Característica (variables)	Índice EQ-5D-5L	
	Media	Valor p
Sexo		
Femenino	.811	.869
Masculino	.814	
Edad (años)		
15-24	.913	<u>.001</u>
25-34	.846	
35-44	.838	
45-54	.775	
55-65	.739	
Religión		
Ninguna	.845	.074
Ateísmo	.752	
Cristianismo	.800	
Otra	.872	
Nivel educación		
Ninguno	.444	<u>.001</u>
Primario	.765	
Secundario	.795	
Superior	.848	
Técnico	.878	
Empleo		
Desempleado	.737	<u>.001</u>
Empleado	.834	
Ingresos (pesos)		
<5 mil	.703	<u>.001</u>
5– 10 mil	.838	
10-20 mil	.793	
> 20 mil	.851	

Fuente: Directa.

Tabla. 3- Distribución de valores de Índice EQ-5D-5L, según comorbilidades de los pacientes del estudio calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

	Diabetes				Dislipidemia				Obesidad				HTA			
	No	Si	r	p	No	Si	r	p	No	Si	r	p	No	Si	r	p
EQ-5D-5L-ÍNDICE	.820	.758	.062	<u>.035</u>	.818	.705	.113	<u>.011</u>	.826	.735	.090	<u>.001</u>	.840	.751	.089	<u>.001</u>
	Asma				Cáncer				Otra				Ninguna			
	No	Si	r	p	No	Si	r	p	No	Si	r	p	No	Si	r	p
	.816	.776	.039	.237	.814	.649	.165	<u>.050</u>	.815	.735	.080	.117	.767	.862	.094	<u>.001</u>

Fuente: Directa.

Tabla. 4- Dimensiones del Índice EQ-5D-5L, según el sexo de los pacientes del estudio calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Dimensión	Femenino	Masculino	Total	Valor p
Movilidad				
No tengo problemas	59.6%	65.4%	61.6%	0.797
problemas leves	30.3%	25.0%	28.5%	
problemas moderados	8.1%	9.6%	8.6%	
problemas graves	1.0%		0.7%	
No puedo caminar	1.0%		0.7%	
Autocuidado				
No tengo problemas para lavarme o vestirme	71.7%	73.1%	72.2%	0.902
Problemas leves	24.2%	19.2%	22.5%	
Problemas moderados	3.0%	7.7%	4.6%	
No puedo lavarme o vestirme	1.0%		0.7%	
Actividades cotidianas				
No tengo problemas	63.6%	69.2%	65.6%	0.194
Problemas leves	32.3%	21.2%	28.5%	
Problemas moderados	4.0%	7.7%	5.3%	
Problemas graves		1.9%	0.7%	
Dolor/ Malestar				
No tengo	33.3%	51.9%	39.7%	<u>0.031</u>
Tengo leve	53.5%	32.7%	46.4%	
Tengo moderado	13.1%	13.5%	13.2%	
Tengo fuerte		1.9%	0.7%	
Ansiedad /Depresión				
No estoy ansioso ni deprimido	39.4%	23.1%	33.8%	<u>0.049</u>
Levemente ansioso o deprimido	50.5%	59.6%	53.6%	
Moderadamente ansioso o deprimido	9.1%	17.3%	11.9%	
Muy ansioso o deprimido	1.0%		0.7%	

Fuente: Directa.

Tabla. 5- Dimensiones del Índice EQ-5D-5L, según la edad (en años) de los pacientes del estudio calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Dimensión	15-24	25-34	35-44	45-54	55-65	Total	Valor p
Movilidad							
No tengo problemas	83.3%	73.0%	72.9%	54.3%	28.0%	61.6%	.001
problemas leves	16.7%	24.3%	25.0%	34.3%	36.0%	28.5%	
problemas moderados			2.1%	11.4%	32.0%	8.6%	
problemas graves		2.7%				0.7%	
No puedo caminar					4.0%	0.7%	
Autocuidado							
No tengo problemas para lavarme o vestirme	83.3%	75.7%	81.3%	62.9%	60.0%	72.2%	.045
Problemas leves	16.7%	24.3%	18.8%	28.6%	20.0%	22.5%	
Problemas moderados				8.6%	16.0%	4.6%	
No puedo lavarme o vestirme					4.0%	0.7%	
Actividades cotidianas							
No tengo problemas	100.0%	73.0%	79.2%	57.1%	32.0%	65.6%	.001
Problemas leves		27.0%	20.8%	34.3%	44.0%	28.5%	
Problemas moderados				5.7%	24.0%	5.3%	
Problemas graves				2.9%		0.7%	
Dolor/ Malestar							
No tengo	83.3%	48.6%	47.9%	28.6%	16.0%	39.7%	.002
Tengo leve	16.7%	43.2%	50.0%	48.6%	48.0%	46.4%	
Tengo moderado		8.1%	2.1%	20.0%	36.0%	13.2%	
Tengo fuerte				2.9%		0.7%	
Ansiedad /Depresión							
No estoy ansioso ni deprimido	50.0%	45.9%	29.2%	22.9%	36.0%	33.8%	.450
Levemente ansioso o deprimido	50.0%	43.2%	62.5%	60.0%	44.0%	53.6%	
Moderadamente ansioso o deprimido		10.8%	8.3%	14.3%	20.0%	11.9%	
Muy ansioso o deprimido				2.9%		0.7%	

Fuente: Directa.

Tabla. 6- Dimensiones del Índice EQ-5D-5L, según la religión de los pacientes del estudio calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de COVID-19 del Hospital Marcelino Vélez Santana, mayo-junio 2022.

Dimensión	Ninguna	Ateísmo	Cristianismo	Otra	Total	Valor p
Movilidad						
No tengo problemas	69.2%	40.0%	61.1%	58.3%	61.6%	.115
problemas leves	30.8%	60.0%	26.9%	25.0%	28.5%	
problemas moderados			11.1%	8.3%	8.6%	
problemas graves				8.3%	0.7%	
No puedo caminar			0.9%		0.7%	
Autocuidado						
No tengo problemas para lavarme o vestirme	76.9%	60.0%	68.5%	100.0%	72.2%	.372
Problemas leves	23.1%	40.0%	24.1%		22.5%	
Problemas moderados			6.5%		4.6%	
No puedo lavarme o vestirme			0.9%		0.7%	
Actividades cotidianas						
No tengo problemas	73.1%	40.0%	62.0%	91.7%	65.6%	.369
Problemas leves	26.9%	60.0%	29.6%	8.3%	28.5%	
Problemas moderados			7.4%		5.3%	
Problemas graves			0.9%		0.7%	
Dolor/ Malestar						
No tengo	53.8%	20.0%	37.0%	41.7%	39.7%	.795
Tengo leve	34.6%	60.0%	48.1%	50.0%	46.4%	
Tengo moderado	11.5%	20.0%	13.9%	8.3%	13.2%	
Tengo fuerte			0.9%		0.7%	
Ansiedad /Depresión						
No estoy ansioso ni deprimido	42.3%		28.7%	75.0%	33.8%	<u>.008</u>
Levemente ansioso o deprimido	46.2%	60.0%	58.3%	25.0%	53.6%	
Moderadamente ansioso o deprimido	7.7%	40.0%	13.0%		11.9%	
Muy ansioso o deprimido	3.8%				0.7%	

Fuente: Directa.

Anexo 6: Documento de aprobación.



§

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2022-27

Nombre del Estudiante #1 Leticia Graciano De Mena

Matrícula del Estudiante #1 191083

Nombre del Estudiante #2 Elba Maria Nuñez Suriel

Matrícula del Estudiante #2 191078

Nombre del Proyecto de Investigación

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS SOBREVIVIENTES DE COVID-19 DEL HOSPITAL MARCELINO VÉLEZ SANTANA, ABRIL-MAYO 2022

CAMBIOS APROBADOS DÍA Thursday, May 5, 2022

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO