

Tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida en pacientes que presentaron COVID-19 y fueron hospitalizados.

Time elapsed for the recovery of the quality of life in patients who presented COVID-19 and were hospitalized.

Autores: Cazares-Delgado, Nayeli Patricia^a; Villarreal Ríos, Enrique^b; Galicia Rodríguez, Liliana ^c; Laura Estefanía Rosas Marín^d; Emma Rosa Vargas Daza^e; Mariana del Rayo Guerrero Mancera^f; Mireya Franco Saldaña^g.

^a Residente de Medicina Familiar. Residencia de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

^b Médico Familiar. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^c Maestra en Administración en Salud. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^d Médica Familiar. Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^e Maestra en Gerontología Social y Aplicada. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^f Médica Familiar. Coordinación Residencia de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar número 49 Celaya. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^g Médica Familiar. Dirección Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya, Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Contacto: Liliana Galicia Rodríguez. 5 de febrero y Zaragoza s/n, Colonia Centro, C.P. 76000 Querétaro, México.

Mail: lillianagalicia@hotmail.com

Recibido: 23/02/2023

Aceptado: 08/07/2023

RESUMEN

Introducción. El COVID-19 grave con foco neumónico se maneja en hospital, en esta población las secuelas físicas y funcionales posterior al egreso hospitalario son más frecuentes, involucran la calidad de vida y tienen repercusión en las actividades cotidianas, la autopercepción y el autocuidado.

Objetivo. Identificar el tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida previa al evento COVID-19 en pacientes que requirieron hospitalización.

Metodología. Diseño de cohorte antes-después en pacientes que requirieron hospitalización por cuadro de COVID-19. Se consideró expuesto a los pacientes después del evento COVID-19 y no expuesto al mismo paciente antes del evento. La calidad de vida relacionada con la salud se midió con el instrumento SF-36. El plan de análisis incluyó ecuación de regresión lineal y proyección del número de días transcurridos después de la hospitalización para recuperar la calidad de vida relacionada con la salud previa al evento COVID-19 a partir del egreso hospitalario.

Resultados. La dimensión que tarda más días en recuperar la calidad de vida que poseía previa al evento COVID-19 es rol físico con 225 días, y la dimensión que menos días tarda en recuperar la calidad de vida que poseía previa el evento es vitalidad y función social, ambas con 44 días.

Conclusión. El tiempo para la recuperación de la calidad de vida previo a la hospitalización es diferente en cada una de las dimensiones de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, COVID-19, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction. Severe COVID-19 with a pneumonic focus is managed in a hospital. In this population, the physical and functional sequelae after hospital discharge are more frequent, involve quality of life, and have an impact on daily activities, self-perception, and self-care.

Aim. Identify the time elapsed for the recovery of the quality of life prior to the COVID-19 event in patients who required hospitalization.

Methodology. Before-after cohort design in patients who required hospitalization due to COVID-19. Patients were considered exposed after the COVID-19 event and not exposed to the same patient before the event. Health-related quality of life was measured with the SF-36 instrument. The analysis plan included a linear regression equation and projection of the number of days elapsed after hospitalization to recover the health-related quality of life prior to the COVID-19 event from hospital discharge.

Results. The dimension that takes the longest days to recover the quality of life that it had prior to the COVID-19 event is physical role with 225 days, and the dimension that takes the fewest days to recover the quality of life that it had prior to the event is vitality and social function, both with 44 days.

Conclusion. The time for recovery of quality of life prior to hospitalization is different in each of the dimensions of quality of life.

KEYWORDS: Quality of life, COVID-19, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el virus SARS-CoV2 con presentación asintomática, infección leve con síntomas de resfriado común en el 81% de los casos, infección moderada en el 14% de los casos o cuadro grave con neumonía complicada en el 5% de los eventos y letalidad en este estadio de 49%. En la región de las Américas al mes de junio de 2022 se habían reportado 160,932,224 casos confirmados.^{1,2,3}

En la presentación grave de COVID-19 acompañada de foco neumónico el manejo recomendado es hospitalario, en este grupo se incrementa la posibilidad de secuelas físicas y funcionales posteriores al egreso hospitalario con duración entre 4 y 12 semanas o más.^{1,4,5}

En pacientes con secuelas post-COVID-19 se ha observado modificación en la calidad de vida con repercusión directa en las actividades cotidianas, la autopercepción y el autocuidado. Para evaluar la calidad de vida se han desarrollado instrumentos, entre ellos el Índice de Calidad de Vida versión en Español (QLI-Sp),⁶ el World Health Organization Quality of Life versión breve (WHOQOL-BREF),⁷ el International Quality of Life Assessment Project, (IQOLA)⁸ y el Cuestionario de Salud SF-36,⁹ este último, desarrollado en los años noventa es un cuestionario que puede ser autoadministrado, o incluso contestado vía telefónica, incluye 36 preguntas agrupadas en 8 dimensiones, en todos los casos evalúa la calidad de vida relacionando el estado funcional con el bienestar emocional.^{10,11,12}

Existen publicaciones en las que se ha identificado la calidad de vida en pacientes COVID-19, específicamente se ha descrito cansancio, fatiga, ansiedad, depresión, limitación de movilidad y alteraciones de las actividades de la vida diaria.^{13,14}

La realidad es que en el paciente con COVID-19 se presentan secuelas que deben

ser estudiadas para conocer la historia natural de la enfermedad y proponer acciones de salud. En este contexto el objetivo del artículo es identificar el tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida previa al evento COVID-19 en pacientes que requirieron hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realizó un diseño de cohorte antes-después en pacientes que presentaron evento COVID-19 y requirieron hospitalización, la investigación se realizó de julio de 2021 a marzo de 2022 en una institución de seguridad social en Guanajuato, México.

Se consideró como grupo expuesto a los pacientes con COVID-19 después de 30 días del egreso hospitalario, el grupo control fue la misma población antes de presentar el evento COVID-19.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que aceptaron contestar el cuestionario, fueron excluidos aquellos con problemas de comunicación y trastornos del estado de alerta y se eliminaron los cuestionarios de aquellos pacientes que contestaron menos de 50%.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de promedios para dos grupos con nivel de confianza del 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($z\alpha=1.64$), poder de la prueba de 80% ($z\beta=0.84$), asumiendo que la calificación de la calidad de vida antes del evento COVID-19 fue 47 puntos ($\mu_0=47$), y 30 días después del egreso hospitalario la calificación de la calidad de vida fue 45 puntos ($\mu_1=45$), desviación estándar antes del evento de 4.7 ($\sigma_0=4.7$) y desviación estándar después del evento de 4.5 ($\sigma_1=4.5$). El tamaño de muestra calculado fue 65, no obstante, se trabajó con 137 pacientes ($n=137$).

La técnica muestral fue no aleatoria por casos consecutivos empleando como marco muestral el listado de pacientes egresados de hospitalización por COVID-19 en la fecha señalada como tiempo de estudio, iniciando con el registro por fecha más antigua.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, vida en pareja y escolaridad secundaria o menos) y comorbilidades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La calidad de vida relacionada con la salud se midió con el instrumento SF-36 el cual consta de 35 preguntas o ítems repartidos en 8 dimensiones y 1 pregunta de transición de salud. Las dimensiones incluyen función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems). La escala de medición es tipo Likert y la respuesta original es transformada en la escala de 0 a 100, a mayor puntaje mejor calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó antes del evento COVID-19, al egreso inmediato hospitalario y a los 30 días posteriores al egreso.

El análisis estadístico incluyó porcentajes, intervalos de confianza para porcentajes, promedios, intervalos de confianza para promedios, modelo de regresión lineal simple (por dimensión) utilizando como variable independiente la calidad de vida relacionada con la salud previa a COVID-19 y como

variable dependiente la calidad de vida relacionada con la salud a los 30 días del egreso hospitalario, a partir de esta información y asumiendo que la recuperación de la calidad de vida tenía comportamiento lineal, se identificó el coeficiente por día y se calculó el número de días necesarios para recuperar la calidad de vida que tenía el paciente previo al evento COVID-19.

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité de Ética e Investigación de la institución, se obtuvieron los registros de egreso hospitalario de pacientes COVID-19 en el tiempo establecido, se contactó con cada uno vía telefónica para acordar una cita presencial para aplicar el instrumento en la unidad médica o a través de la misma llamada cuando lo autorizaron.

RESULTADOS

El promedio de edad en la población estudiada es 53.70 años (IC 95%; 51.25-56.15), predomina el sexo femenino con 52.2% (IC 95%; 45.4 – 59.0); la diabetes mellitus y la hipertensión arterial están presentes en 43.9% (IC 95%; 37.1-50.7). En el Tablas 1 se presentan las características sociodemográficas y las comorbilidades.

Tablas 1. Características sociodemográficas y de salud de pacientes COVID-19 que requirieron hospitalización.

Característica	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Características sociodemográficas			
Sexo femenino	52.2	45.4	59.0
Vida en pareja	84.5	38.0	70.2
Escolaridad secundaria o menos	69.7	63.4	76.0
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	43.9	37.1	50.7
Hipertensión	43.9	37.1	50.7
Diabetes/Hipertensión	21.7	16.0	27.4
Enfermedad renal crónica	9.1	5.2	13.1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8.2	4.4	11.9

La ecuación de regresión lineal simple para explicar la calidad de vida a los 30 días a partir de la calidad de vida previa a presentar COVID-19 fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en todas las dimensiones. En el Tabla 2 se presenta la información.

Tabla 2. Ecuación de regresión lineal por tipo de dimensión para explicar la calidad de vida a los 30 días a partir de la calidad de vida previo a COVID-19.

Dimensión	Constante	Coefficiente	t	p
Función física	-8.924	0.542	5.04	0.000
Rol físico	4.263E-014	0.134	2.10	0.037
Dolor corporal	9.090	0.517	6.33	0.000
Salud general	7.133	0.471	6.11	0.000
Vitalidad	-12.862	0.817	11.06	0.000
Función social	-15.714	0.813	8.95	0.000
Rol emocional	3.732	0.259	4.05	0.000
Salud mental	26.858	0.384	4.83	0.000

Previo al evento COVID-19 la dimensión vitalidad reporta la calidad de vida más baja con 66.23 puntos y la más alta corresponde a la dimensión función física con 89.85 puntos. Tabla 3

Al egreso hospitalario la dimensión rol físico reportó la calificación más baja de calidad de vida con 7.60 puntos y la dimensión salud general con la calificación más alta, 43.81 puntos. Tabla 3

Treinta días después del egreso hospitalario la calificación más alta de calidad de vida correspondió a la dimensión dolor corporal con 54.74 puntos y la dimensión rol físico reportó la calidad de vida más baja con 11.83 puntos. Tabla 3

La dimensión que tarda más días en recuperar la calidad de vida que poseía previa al

evento COVID-19 es rol físico con 225 días, y la dimensión que menos días tarda en recuperar la calidad de vida que poseía previa el evento es vitalidad y función social, ambas con 44 días a partir del egreso hospitalario. En el tabla 3 se presenta el número de días que tarda cada dimensión en recuperar la calidad de vida que tenía antes del evento COVID-19.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto el estudio del COVID-19 en la fase aguda ha sido preocupación de los sistemas de salud, también es una necesidad estudiar la etapa de recuperación, al respecto existen reportes que describen características de la población, entre estos se ha abordado la calidad de vida relacionada con la salud,^{15,16} ámbito en el que se ubica el artículo que aquí se presenta.

Cuadro 3. Tiempo transcurrido después de COVID-19 (a partir del egreso hospitalario) para recuperar la calidad de vida previa y tiempo transcurrido para recuperar el 100% de la calidad de vida relacionada con la salud.

Dimensión	Calidad de vida relacionada con la salud			Días para recuperar la calidad de vida previa a COVID-19 (a partir del egreso hospitalario)
	Previa a COVID-19*	Al egreso hospitalario por COVID-19*	Un mes después del egreso hospitalario por COVID-19*	
Función física	89.85	29.27	39.75	61
Rol físico	88.40	7.60	11.83	225
Dolor corporal	88.38	40.19	54.74	52
Salud general	68.41	43.81	39.33	65
Vitalidad	66.23	31.47	41.28	44
Función social	85.56	43.23	53.86	44
Rol emocional	73.26	13.36	22.70	110
Salud mental	68.11	41.35	53.04	48

*La calidad de vida relacionada con la salud tiene una calificación mínima posible de 0 y calificación máxima posible de 100.

Se puede considerar como fortaleza de la investigación el uso de un instrumento probado para evaluar calidad de vida, el SF-36, instrumento que al realizar la evaluación por dimensiones lo hace más específico.^{10,12} De igual forma, la evaluación de la calidad de vida antes y después del evento COVID-19 es una fortaleza. No obstante, se podría sugerir como debilidad de la investigación la medición de la calidad de vida antes del evento COVID-19 de forma retrospectiva, al respecto se debe reconocer que el sesgo de memoria es una posibilidad, de igual forma solicitar la información de un estado previo en un momento de convalecencia también se puede constituir como una limitante.

Cuando se identifica la calidad de vida previa al evento COVID-19 se aprecian dos grupos de dimensiones, las que tiene calificación alta sin llegar a lo ideal y las que tienen calificación baja, al respecto es necesario cuestionar si lo ideal hubiera sido tener calificaciones semejantes en todas las dimensiones previo al

evento COVID-19, no se puede saber si esta división impacta en la calificación posterior al COVID-19, no obstante lo señalado, se puede argumentar que la evaluación se realizó de manera independiente para cada una de las dimensiones, condición que confiere cierto grado de autonomía.

La población estudiada corresponde al adulto joven, sin embargo parece existir una contradicción cuando se identifican con la calificación más baja las dimensiones vitalidad y salud general, y con la calificación más alta la dimensión función física y rol físico, al respecto no existe una explicación posible, sin embargo se debe tener en cuenta que al momento de aplicación de la encuesta habían transcurrido dos años de pandemia y de confinamiento, esta puede ser la explicación probable.

Al momento del egreso hospitalario es evidente la pérdida de calidad de vida en todas las dimensiones, especialmente en el rol físico y el rol emocional, condición que refleja la

gravedad del COVID-19, no obstante debería compararse con la pérdida de calidad de vida en otras patologías, probablemente la modificación en ellas será variable, pero en el caso del COVID-19 la magnitud está dada por la cantidad de población afectada.

La dimensión función social fue la que menos tiempo tardó en recuperar el estado previo de calidad de vida, la posible explicación se puede dar desde la perspectiva psicológica y social que implica el confinamiento durante un tiempo prolongado, el sentimiento de superar un evento catastrófico que pudo haber culminado con la muerte y la necesidad de recuperar las relaciones interpersonales perdidas durante la hospitalización. Al respecto no se puede negar que el ser humano es un ser social acostumbrado a la interacción permanente con sus semejantes. Sería necesario investigar si la estimulación del rol social puede impactar en el tiempo de recuperación del rol físico para lo cual habría que implementar una política de salud dirigida a favorecer la interacción social en época de COVID-19, evidentemente cuidando todas las medidas de prevención propuestas por las autoridades de salud.^{17,18}

La dimensión rol físico se identificó como la que mayor tiempo emplea para tener la condición previa a COVID-19, en la literatura se ha documentado fibrosis pulmonar, atelectasia pulmonar, depósitos fibrinógenos en músculo, endocarditis y neuritis, condiciones todas ellas que limitan la correcta oxigenación o actividad muscular que demandan para la recuperación un proceso de rehabilitación dirigido. En este trabajo la población no fue sometida a un programa específico de recuperación, por lo tanto, se podría suponer que una actividad encaminada a la pronta recuperación podría acortar el número de días para recuperar la calidad de vida perdida.^{4,18}

La utilidad clínica de lo aquí manifestado se puede reflejar en la implementación de programas de seguimiento de pacientes postCOVID-19 que requirieron hospitalización, propuesta enmarcada en la planeación de la utilización de los recursos disponibles para la salud.

El tiempo de recuperación de la calidad de vida varió por dimensión, esto podría implicar

que durante este lapso las actividades normales del individuo se verían afectadas a nivel personal, familiar, social y laboral, así como la probable vulnerabilidad de descompensación de patologías previas cuando éstas existan o procesos agudos agregados, la implicación de lo señalado revela que la atención del paciente con COVID-19 no termina con el egreso hospitalario, ésta se extiende a la atención otorgada por el médico tratante hasta la completa recuperación del evento. La realidad es que la historia natural del COVID-19 se encuentra en revisión y estudio y habría que tener más argumentos en torno al tema.

CONCLUSIÓN

El tiempo de recuperación de la calidad de vida previo al evento COVID-19 por dimensión se puede identificar en tres grupos, las dimensiones con tiempo de recuperación relativamente corto, entre 44 y 52 días que incluye las dimensiones vitalidad, función social, salud mental, y dolor corporal; las dimensiones con tiempo de recuperación moderado, entre 61 y 65 días, incluyen las dimensiones función física y salud general; y las dimensiones con tiempo de recuperación largo, entre 110 y 225 días, incluye las dimensiones rol emocional y rol físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Soto Cáceres VA. Epidemiología del COVID-19 nivel mundial, nacional y en la región Lambayeque a setiembre 2021. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque, 2021;7(4):109-117. <https://doi.org/10.37065/rem.v7i4.580>
- 2.- Organización Panamericana de la salud. Situación de la Región de las Américas por el brote de COVID-19. Al 21 de junio de 2022. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- 3.- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Lancet Infect Dis, 2020;20(5):533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
- 4.- Gil R, Bitar P, Deza C, Dreyse J, Florenzano M, Ibarra C, Jorquera J, et al. Cuadro clínico del COVID-19. Revista Médica Clínica Las

- Condes, 2021;32(1):20–29.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.11.004>.
- 5.- Richardson S, Hirsch J, Narasimhan M. Presenting Characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA*, 2020;323(20):2052–2059.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
- 6.- Meda-Lara RM, Juárez-Rodríguez P, De Santos-Ávila F, Solís-Cámara Reséndiz P, Palomera-Chávez A, Hernández-Rivas MI, et al. Validación del “índice de calidad de vida, versión en español” (QLI-Sp) en una muestra mexicana *Psicología Conductual*, 2021; 29(1):167-189.
<https://doi.org/10.51668/bp.8321109s>
- 7.- Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. WHOQOL User Manual. World Health Organization, 2012. [consultado 20 junio 2022] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 8.- Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Billinger M, et al. Quality of Life Research International quality of life assessment (IQOLA) project., 1992;1:349-351.
<https://doi.org/10.1007/BF00434949>.
- 9.- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J M. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 2005; 19(2):135-150.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
- 10.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36.- item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.
- 11.- Cáceres-Manrique FM, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública*, 2018; 20(2):147-154. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000200147&lng=en. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.43391>.
- 12.- Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública Méx*, 2004; 46(4):306-315. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400005&lng=es.
- 13.- Abril Mera T, Guzmán Menéndez G, Moran Luna, De la Torre Ortega L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. *Vive Rev. Salud*, 2020;3(9):166-176. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432020000300007&lng=es.
- 14.- Ayuso García B, Pérez López A, Besteiro Balado Y, Romay Lema E, García País MJ, Marchán-López Á. et al. Health-related quality of life in patients recovered from COVID-19. *J Healthc Qual Res* ; 2022. Available online 17 January 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.01.001>
- 15.- Ahmed H, Patel K, Greenwood D, Halpin S, Lewthwaite P, Salawu A, et al. Long-term clinical outcomes in survivors of coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and metaanalysis of follow-up studies. *BMJ* 2020;11(1). <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067975>
- 16.- Halpin SJ, McIlvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*, 2021; 93: 1013-1022. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
- 17.- Boix V, Merino E. Síndrome post COVID. El desafío continuo. *Medicina Clínica*, 2022; 158:178–180. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.002>
- 18.- Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MA, López-Ruz MA. Secuelas médicas de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 2021;157(8):388–394. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023>