



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON COVID-19 DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRON-PUNO 2021

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. FIORELA SHUAY ROJAS APAZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2022



DEDICATORIA

*A Dios porque siempre me enseñó que
existe la fe, porque en los peores
momentos me guio y me sigue guiando
hasta el día de hoy.*

*A mi hijo Sebastian Jesús, porque es mi
motor diario para superarme día a día
como profesional, porque llegó a mi
vida en el momento correcto, y me
enseñó que es el verdadero amor. A
toda mi familia porque estuvieron
conmigo en los momentos más difícil de
mi vida, con su apoyo y consejos me
enseñaron a salir adelante.*

*A mis padres Roberto y Soledad, por
su sacrificio diario para darme la
mejor educación, por ser mi apoyo
incondicional, mi motor para seguir
adelante, porque son ellos los que
nunca me dejaron sola y son los que
me enseñan que cada sacrificio tiene su
recompensa.*

Fiorela Shuay.



AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad Nacional del Altiplano de la ciudad de Puno, a mis docentes en especial a la Dra. Rosenda Aza Taca por haber compartido sus conocimientos y por de alguna manera haberme formado de un carácter fuerte para mi futuro profesional.

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña principal colaboradora de este proceso, cuya orientación, conocimiento, y cooperación permitieron el progreso de este estudio. De igual forma agradezco a los miembros del jurado al Dr. Juan Moises Sucapuca Arujo, Dra. Angela Rosario Esteves Villanueva y M. Sc. Julia Belizario Gutierrez por haberme brindado su apoyo y colaboración en el desarrollo de mi tesis.

Fiorela Shuay.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 10

ABSTRACT..... 11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 12

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 16

1.2.1. Objetivo general 16

1.2.2. Objetivos específicos 16

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO..... 17

2.1.1. Calidad de vida 17

2.1.2. Limitaciones auto percibidas 18

2.1.3. Salud 22

2.1.4. Covid-19 23

2.2. MARCO CONCEPTUAL..... 25

2.2.1. Calidad..... 25



2.2.2. Covid-19	25
2.2.3. Percepción	25
2.2.4. Salud	25
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
2.3.1. A nivel internacional	26
2.3.2. A nivel nacional.....	31
2.3.3. A nivel local.....	32
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1.1. Tipo de investigación.....	33
3.1.2. Diseño de investigación.....	33
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	36
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.5.1. Técnica.....	37
3.5.2. Instrumento	37
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	41
4.2. DISCUSIÓN	47
V. CONCLUSIONES.....	53



VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	64

AREA: Salud del adulto.

TEMA: Percepción de la calidad de vida.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 28 de setiembre de 2022



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	41
Tabla 2:	Limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	42
Tabla 3:	Limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	43
Tabla 4:	Limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	44
Tabla 5:	Limitaciones auto percibidas en el indicador dolor o malestar después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	45
Tabla 6:	Limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	46
Tabla 7:	Estado de salud percibido después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.	46



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	73
Gráfico 2:	Limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	69
Gráfico 3:	Limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	70
Gráfico 4:	Limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	70
Gráfico 5:	Limitaciones auto percibidas en el indicador dolor o malestar después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	71
Gráfico 6:	Limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	72
Gráfico 7:	Estado de salud percibido después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.....	73



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

(CoV)	: Covid-19
(OMS)	: Organización Mundial de la Salud
(MINSA)	: Ministerio de Salud
(UCI)	: Unidad de cuidados intensivos
(AVD)	: Actividades de la vida diaria
(USA)	: Estados Unidos
(OIT)	: Organización Internacional del Trabajo



RESUMEN

El estudio tuvo como propósito determinar la percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19. La investigación fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental y transeccional. La población estuvo constituida por 88 pacientes adultos, y una muestra de 60 pacientes. La técnica utilizada fue la revisión documentaria y una entrevista por vía telefónica y videollamada; como instrumento se aplicó el cuestionario EQ-5D-5L, que tiene una fiabilidad test-retest que oscila entre 0.86-0.90 con una validez y sensibilidad al cambio; además fue sometido a prueba piloto en 20 pacientes, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,80 considerándose un instrumento fiable. Los resultados que se obtuvieron fueron: el 48.32% de los pacientes posterior al alta hospitalaria percibían su salud con problemas leves; en cuanto a las limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad el 36.70% de los pacientes tienen problemas moderados; respecto al indicador de cuidado personal el 65.00% tienen problemas leves; según el indicador de actividades cotidianas el 53.30% tienen problemas leves; en el indicador dolor o malestar el 50.00% de los pacientes tienen problemas leves; en cuanto al indicador ansiedad o depresión el 38.30% tienen problemas leves; finalmente el 63.30% de los pacientes percibieron un deterioro en su estado de salud. En conclusión, un porcentaje significativo de los pacientes percibieron su salud con problemas leves; por otro lado, las dificultades más frecuentes fueron en el indicador de cuidado personal, actividades cotidianas y dolor o malestar; así también, la mayoría de los pacientes percibieron un deterioro en su estado de salud.

Palabras clave: Calidad de vida, Covid-19, pacientes hospitalizados, limitaciones autopercebidas.



ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the perception of quality of life after hospital discharge in patients diagnosed with Covid-19. The study was descriptive, non-experimental design and cross-sectional. The population consisted of 88 adult patients, and a sample of 60 patients. The technique used was documentary review and an interview by telephone and video call; The EQ-5D-5L EVA questionnaire was applied as an instrument, which has a test-retest reliability that ranges between 0.86-0.90 with validity and sensitivity to change; it was also subjected to a pilot test in 20 patients, obtaining a Cronbach's Alpha of 0.80, being considered a reliable instrument. The results obtained were: 48.32% of the patients after hospital discharge perceived their health as having minor problems; Regarding the self-perceived limitations in the mobility indicator, 36.70% of the patients have moderate problems; Regarding the personal care indicator, 65.00% have minor problems; According to the indicator of daily activities, 53.30% have minor problems; in the pain or discomfort indicator, 50.00% of patients have mild problems; Regarding the anxiety or depression indicator, 38.30% have mild problems; finally, 63.30% of the patients perceive a worse state of health. In conclusion, the patients perceived their health as having slight problems; on the other hand, the most frequent difficulties were in the indicator of personal care, daily activities and pain or discomfort; likewise, most of the patients perceived a deterioration in their state of health.

Keywords: Quality of life, Covid-19, hospitalized patients, self-perceived limitations.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida en relación con la salud como la valoración de la percepción personal que los individuos reflejan de sus situaciones vitales, referidas a su contexto haciendo consideraciones sobre sus intereses, valores y expectativas, buscando alcanzar estados generalizados de satisfacción (1)(2). Actualmente la calidad de vida se ha convertido en un indicador que refleja el estado de salud y que muestra perfiles con mayor énfasis en la valoración de las personas sobre las limitaciones que exteriorizan en el ámbito psicológico, biológico y social ante las enfermedades y su respectiva evolución, el desequilibrio de la salud podría conllevar al deterioro de la calidad de vida digna, ya que inciden directamente en los diversos escenarios de la vida social y laboral, teniendo en cuenta que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino involucra al bienestar holístico (3).

El nuevo escenario de vida, resultado de una circunstancia imprevista provocada por el virus SARS-Cov-2, ha influido negativamente en numerosas facetas de la existencia humana, sobre todo en el plano físico y psicológico. Como resultado, esta pandemia ha alterado significativamente la forma de vida de las personas, trayendo consigo incertidumbre, afectando aún más a la población que fue hospitalizada debido a que experimentaron situaciones que alteraron principalmente al aspecto físico como psicológico dentro de ellos el estrés, ansiedad y soledad durante y posterior a la hospitalización (4).



El 20 de enero del 2020, la OMS reportó casos de Covid-19 en 4 primeros países, donde China ocupó el primer lugar con 198 casos, seguido de Japón 1 caso, Tailandia 2 casos importados, y República de Corea 1 caso (5)(6)(7). A mediados de junio del 2020, se reportó cifras superiores a 10 millones de casos a nivel mundial, siendo declarada una amenaza significativa para la salud pública (8). La OMS (9), informó a fecha 13 de diciembre del 2021, un total de 270,8 millones de casos de coronavirus, donde EE. UU ocupó el primer lugar con 52,244,696 casos, seguido de India con 34,793,333, posterior Brasil con 22,243,266 casos; para entonces Perú ocupó el 21avo puesto a nivel mundial con un total de 2,278,807 casos y 202,488 muertes.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) (10), el 6 de marzo del 2020 confirmó el primer caso de Covid-19, desde entonces el brote se propagó rápidamente en todo el país. El 16 de marzo del 2020, el estado peruano declaró el aislamiento social obligatorio a nivel nacional el cual inició el 1 de julio del mismo año, posterior a ello el gobierno dispuso medidas como cuarentenas focalizadas y/o toques de queda. El 12 de enero del 2021 el estado peruano, informó sobre el incremento de casos, el cual fue considerado como la segunda ola.

En Huaral en el año 2020, realizaron una investigación en pacientes dados de alta hospitalaria por Covid-19, donde encontraron que el 43% de los pacientes tenían dolor y malestar, el 88% de los pacientes de alta recuperados entre la tercera y la veintidosava semana evaluados presenta un deterioro o empeoramiento de la calidad de vida. Asimismo, se encontró que solo el 65% de las personas habían regresado a su nivel de salud anterior 14 a 21 días después de la prueba (11). En Apurímac en el año 2020, se realizó una investigación en pacientes dados de alta de área Covid-19,



encontrando que el 59% de los usuarios percibían un deterioro en su estado de salud, y el 57% manifestó una mala calidad de vida dentro de los componentes físicos (12).

Puno fue una de las 7 últimas regiones en reportar casos de coronavirus, sin embargo, fue una de las primeras en reportar altos contagios por Covid-19, el 07 de marzo del 2021, se registraron 42,187 casos en el departamento de Puno, donde la provincia de San Román contó con 19,489 (46.2%) casos confirmados positivos y la provincia de Puno 9,702 (23.0%), además se han registrado 1,325 fallecidos tanto en la provincia de San Román y Puno (13). La Dirección Regional de Salud de Puno (DIRESA) (14), informó que, hasta octubre del 2020 se hospitalizaron 1640 usuarios, de los cuales 211 fallecieron (10); según el último reporte hasta octubre del 2021, se hospitalizaron 84 personas por coronavirus en la región. El director del Hospital regional de Puno, informó que, durante el mes de octubre del 2021, de los 9 pacientes con edades de 20 a 45 años, internados en UCI ninguno contaba con las vacunas contra la Covid-19.

Distintos reportes refieren, que una gran cantidad de pacientes con Covid-19 leve o grave tras su alta hospitalaria, presentaron una gran variedad de sintomatología crónica por semanas o meses posteriores (15). No existen evidencias anteriores que reflejen que una pandemia ocasionada por un virus, había afectado distintos órganos del cuerpo, generando un desorden, y así alterando el propio sistema inmunológico y atacando al mismo organismo (16). Advierten la existencia de más de 50 secuelas producto del Covid-19, dentro de las principales se mencionan una disminución de la función pulmonar, capacidad ejercitaría, dolor, ansiedad, depresión, y estrés postraumático (17). Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Mental y MINSA (18), informaron que las personas que contrajeron Covid-19, presentan un deterioro en la



salud mental generando un efecto en la calidad de vida ante las secuelas producto de la infección. Entonces puede afirmarse que los supervivientes de la Covid-19 tienen el riesgo de sufrir un deterioro de la calidad de vida en función a la salud y una discapacidad fisiológica y psicológica persistente después del alta de la UCI y/o hospitalización. La carga social subsiguiente es una gran preocupación (19).

Durante las prácticas preprofesionales en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron, tras rotar por el servicio de emergencia se observó que diariamente acudían pacientes por problemas respiratorios “Quienes manifestaban que habían estado hospitalizados en el área Covid-19 y que desde su alta hospitalaria no podían hacer sus actividades con normalidad, les costaba respirar, manifestaban dolor en la espalda, piernas, no podían caminar largas distancias y hasta en ocasiones verbalizaban que no podían realizar su aseo personal como antes, tras preguntarles cómo se sentían; expresaban que actualmente su salud se encontraba peor que hace un año.”

Ante esta realidad, como futuro profesional en enfermería, no pude ser ajena a esta problemática, es por ello, que se consideró investigar sobre la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida posterior al alta hospitalaria y tras realizar una revisión bibliográfica se encontró que múltiples investigaciones se enfocan a estudiar la forma de infección, signos, síntomas, tasa de mortalidad y morbilidad de la Covid-19, sin embargo, existe muy poca evidencia científica sobre todo en nuestro país enfocada en estudiar esta problemática, estos datos obtenidos sirven de evidencia para que las autoridades del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, puedan analizar e intervenir oportunamente ante esta realidad, por lo que se buscó responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción de la calidad de



vida después del alta hospitalaria en pacientes con Covid-19 del Hospital Manuel
Núñez Butron-Puno, 2021?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo general

Determinar la percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en
pacientes con diagnóstico de Covid-19.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad.
- Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal.
- Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas.
- Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador dolor/malestar.
- Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión.
- Identificar el estado de salud percibido.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Calidad de vida

En 1964, mientras se discutían las políticas sanitarias, el ex presidente Lyndon Johnson introdujo la noción de calidad de vida. En los años 50, tras la crisis económica estadounidense provocada por la Segunda Guerra Mundial, alcanzó gran popularidad (20). La OMS (21), conceptualiza la calidad de vida, como aquella satisfacción del individuo, en el aspecto físico y ambiental, así también como el equilibrio de la interacción entre la vida cotidiana y el contexto en el que se vive social y culturalmente.

Otro autor describe la calidad de vida como una mezcla de variables objetivas y subjetivas, en la que depende de la persona (El uso y la aplicación de sus capacidades intelectuales, emocionales y creativas) y de las condiciones externas (Estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política). El cumplimiento de los propios objetivos del individuo y su valoración de las circunstancias generales de la vida determinan su nivel de satisfacción (20). La idea de calidad de vida engloba diversos fenómenos, por lo que existen numerosas definiciones basadas en investigaciones (22).

Concepto de calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida, según Schwartzmann L. (23), es un proceso dinámico y cambiante que incorpora la interacción entre el yo y los demás seres humanos. La calidad de vida de un enfermo es el resultado de la interacción de varios



factores, entre los que se encuentran la enfermedad y su evolución, la personalidad del individuo, el apoyo social recibido y percibido, así como la etapa de la vida en la que se produce la enfermedad. Se mide en términos de la percepción del grado de bienestar físico, psicológico y social, al tiempo que se tienen en cuenta los cambios que estas situaciones pueden provocar en el sistema de valores, creencias y expectativas.

2.1.2. Limitaciones auto percibidas

El termino limitación deriva de latín *limitatio*, que hace referencia al acto de restringir o limitarse, así como el resultado de hacerlo. El verbo limitar se refiere al acto de poner restricciones a algo. Los individuos tienen problemas a la hora de realizar tareas desde un punto de vista personal. Pensemos en la situación de las personas con discapacidades físicas. Dependiendo de su deficiencia, se enfrentan a una serie de retos (físicos, sensoriales o intelectuales) (24).

La Covid-19 ha generado múltiples consecuencias, Gonzales J. (25) en Galindo J. reportó que un enfermo que permaneció 15 días hospitalizado, 9 de ellos en UCI, tras el alta hospitalaria, presentaba problemas de equilibrio, y debían someterse a rehabilitación por 30 días.

a) Movilidad

Las enfermedades respiratorias graves hacen que las personas afectadas pasen mucho tiempo hospitalizado lo que provoca casos de atrofia y debilitamiento muscular como consecuencia de la imposibilidad de moverse libremente (26). Además, se han descrito los efectos perjudiciales del reposo prolongado en cama sobre los distintos sistemas implicados en el movimiento del



cuerpo humano. Dichos efectos aumentan en gran medida los factores de riesgo cardiovascular, los problemas respiratorios y neuropsicológicos, lo que conlleva un aumento de la dependencia, de los días de hospitalización y de los eventos adversos, lo que tiene una repercusión importante porque motiva la realización de actividad física de forma clara y consistente en esta población (26).

Según informa Lauren Ferrante en Timoteo D. (26), médico neumólogo de la Facultad de Medicina de Yale, el problema más acuciante a corto plazo es la escasez de personal, que ha provocado una reducción del número de fisioterapeutas disponibles. Como resultado, muchos supervivientes deben esperar varias semanas después de dar negativo en las pruebas de Covid-19 antes de poder comenzar la rehabilitación.

b) Cuidado personal

La OMS (27), define el cuidado personal como "La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, mantener la salud y hacer frente a la enfermedad y la discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención sanitaria." El autocuidado puede practicarse con o sin la ayuda de un profesional sanitario.

La higiene personal y la apariencia se incluyen en las habilidades de autocuidado, como el aseo, la alimentación, la ropa, y la higiene. Todas las actividades que le ayudan a mantener su bienestar físico, mental y espiritual entran en la categoría de autocuidado (27). Otra de las principales consecuencias que ha generado la Covid-19 fue calambres y hormigueo en la cara de manera persistente, asimismo presentan pérdida de la masa muscular, produciendo parálisis del sistema locomotor, falta de coordinación en los movimientos (3).



c) Actividades cotidianas

Se denominan AVD (actividades de la vida diaria) porque son un conjunto de acciones que las personas ejecutan a diario y que les permiten vivir de forma independiente e integrarse en su entorno, así como cumplir con sus obligaciones dentro de la sociedad. Estas actividades abarcan desde los comportamientos que mantienen, como comer, dormir y realizar tareas más complicadas de autocuidado e independencia, como hacer la compra o cocinar. Asimismo, todas las tareas relacionadas con el ocio, el tiempo libre y la diversión, así como las relacionadas con el trabajo (24). Otras a las consecuencias fue la reincorporación para poder realizar las actividades cotidianas de una persona, tanto en el ámbito personal, familiar o social, esto puede estar sometido por falta de coordinación, movilidad, dolor, molestias o ansiedad (28).

d) Dolor o malestar

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) describe el dolor como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño tisular existente o futuro". La nocicepción puede verse afectada por otras cosas, pero consta de un sistema neural sensible (nociceptores) y de vías nerviosas aferentes que reaccionan a las entradas nociceptivas de los tejidos. La percepción del dolor es el resultado del trabajo conjunto de estos dos componentes. Antes de contraer la infección por Covid-19, muchos pacientes tienen molestias en las articulaciones. La gravedad de estas dificultades puede agravarse durante la enfermedad, no sólo como consecuencia de la inmovilidad, sino también como resultado del daño tisular inducido por el fármaco utilizado para combatir el virus. Los síntomas que los pacientes declaran con más frecuencia son molestias en los



hombros y la espalda, pero pueden afectar a todas las articulaciones del cuerpo, según la Asociación Americana de Quiropráctica. Algunos pacientes pueden tener problemas más graves, como dificultades para estar de pie, subir escaleras, sujetar objetos con las manos o extender los brazos por encima de la cabeza, mientras que otros pueden experimentar solo problemas menores (29).

e) Ansiedad o depresión

La ansiedad es una emoción natural que todo el mundo experimenta de vez en cuando. Por otro lado, las personas que padecen trastornos de ansiedad suelen tener una ansiedad y un temor fuertes, abrumadores y continuos ante sucesos comunes. Es habitual que las personas que padecen trastornos de ansiedad tengan ataques recurrentes de emociones bruscas de ansiedad grave, pavor o terror que alcanzan su punto álgido en cuestión de minutos (ataques de pánico). Estas sensaciones de preocupación y pánico pueden persistir durante mucho tiempo, son difíciles de manejar, son desproporcionadas con respecto al riesgo real y pueden obstaculizar las tareas cotidianas. Además de las consecuencias médicas de la enfermedad, están las consecuencias psicológicas que el estrés causado por la afección puede tener en los individuos que se han recuperado. Una vez pasada la crisis, los profesionales de la salud mental prevén un aumento importante del número de personas que padecen enfermedades mentales. Se han documentado casos de ansiedad, desesperación e incluso de trastorno de estrés postraumático. Tras la recuperación del SRAS, según una investigación anterior, un tercio de los ingresados en el hospital había adquirido síntomas moderados o graves de depresión (30).



La demencia o el síndrome confusional agudo (SCA) es otra complicación de la hospitalización que puede provocar un deterioro cognitivo a largo plazo, como problemas de memoria. Médicos como Wesley E. (30), creen que el coronavirus puede ser directamente responsable de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Como resultado de la inflamación generalizada provocada por la Covid-19 en todo el cuerpo, se reduce el suministro de sangre al cerebro, y las "células cerebrales" mueren.

2.1.3. Salud

Deriva del latín "Salus, -ūtis" es el aspecto muy relevante para cualquier ser humano, la salud es definida como la aptitud física, o la capacidad del cuerpo humano para cumplir las exigencias de la vida cotidiana, se caracteriza como "salud" en la comunidad médica (31).

La OMS (32), conceptualiza como el bienes mental, físico, social y no solo la carencia de enfermedades o afecciones.

Se considera que una persona está sana cuando, además de sentirse bien física, psicológica y socialmente, sus estructuras corporales, sus procesos fisiológicos y su comportamiento se mantienen dentro de lo que se considera típico para personas con las mismas cualidades y que viven en el mismo entorno. Por lo tanto, no basta con deducir que una persona está sana sólo sobre la base de una sensación general de bienestar. Una persona puede tener un defecto anatómico embrionario o un cambio fisiológico particular; sin embargo, no es necesario que una persona sea considerada sana en tales circunstancias (33).



2.1.4. Covid-19

2.1.4.1. Descripción epidemiológica

Wuhan-China, el 31 de diciembre del 2019, reportó 27 casos de neumonía las cuales no tenían etiología conocida, donde se informó 7 casos graves, de los cuales, refirieron que los síntomas iniciaron el 8 de diciembre del mismo año. El 20 de enero del 2020 el SARS-CoV-2, fue identificado por el gobierno chino como el agente causante del brote de la familia Coronaviridae. La OMS, el 11 de marzo declaró la pandemia mundial, desde entonces se reportaron cifras superiores a 90 millones de casos a nivel mundial. Anteriormente en el 2003, se reportó 8.000 casos el SARS-CoV-1 en 27 países, con una letalidad del 10%. Desde el 2012 se notificó 2.500 casos de MERS-CoV en 27 países, mayormente en Arabia Saudi, alcanzando una letalidad del 34% (34).

2.1.4.2. Agente etiológico

La Covid-19, es causada por el virus del síndrome respiratorio de tipo-2 (SARS-CoV-2), el cual pertenece a la familia Coronaviridae. Se clasifica en 2 grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV), se caracteriza por que circula libremente en el ambiente, este produce de 10% a 30% de los resfriados comunes y coronavirus zoonóticos, este tiene una circulación transitoria pero pueden generar graves enfermedades respiratorias (34).

El origen del coronavirus pertenece al mundo zoonótico, principalmente a los betacoronavirus zoonóticos, asociados a los murciélagos, pudiendo haber sido la fuente de contagio para el ser humano o el huésped intermediario (34).



2.1.4.3. Transmisión

El coronavirus, se replica en las células epiteliales del tracto respiratorio, la propagación de este ocurre luego que se presente un signo de la enfermedad, lo pacientes detectados en estado severo o fatal, tienen una alta probabilidad de transmitir el virus (2).

El coronavirus se multiplica en las células epiteliales respiratorias, se propaga después de la aparición de los síntomas, los pacientes críticos o fatales tienen una alta probabilidad de transmitir el virus, los infectados deben aislarse, lo que ayudará a reducir algunos de los contagios (2).

2.1.4.4. Clínica

El periodo de incubación dura de 4 a 7 días, sin embargo, en un estudio realizado en Europa se reportó que el 95% de los casos fue de 12 días, en cambio en otro estudio se evidenció que fue de 2 a 14 días (2).

La sintomatología más frecuente que se presenta es: fiebre alta o prolongada, tos productiva o seca, hemoptisis, fatiga, mialgia, disnea, dolor de garganta, congestión nasal, rinorrea, náuseas, vómitos, malestar abdominal, diarrea, anosmia, etc. (34).

2.1.4.5. Medidas de prevención

La OMS ofrece recomendaciones como: lavado de manos continuamente, cubrirse la boca y nariz al estornudar, evitar contacto con personas que presenten sintomatología de enfermedades respiratorias, evitar visitas a ciudades o regiones con mayor riesgo, y evitar contacto directo con animales salvajes o de granja ya sea vivos o muertos (35).



2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Calidad

La calidad es un atributo inherente que permite valorarlo en comparación con otras cosas del mismo tipo (36).

2.2.2. Covid-19

Se conoce como enfermedad por coronavirus (o Covid-19). Una persona infectada puede transmitir el virus por la boca o la nariz, al toser, estornudar, hablar, cantar o inhalar pequeñas partículas líquidas que se liberan al toser, estornudar, hablar, y cantar o respirar (37).

2.2.3. Percepción

Es el proceso por el que el cerebro interpreta y se forma una impresión inconsciente o consciente de su entorno a partir de las sensaciones que recibe a través de los sentidos. La percepción se define como el proceso por el cual el cerebro interpreta y se forma una impresión inconsciente o consciente de su entorno (38).

2.2.4. Salud

El bienestar o el equilibrio pueden definirse como un estado de bienestar o equilibrio que puede evaluarse a nivel subjetivo u objetivo. En comparación con la enfermedad, la palabra "salud" recibe un gran énfasis por parte de los profesionales de la medicina y de quienes trabajan en los campos relacionados con la salud (33).



2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. A nivel internacional

En Canadá se efectuó una investigación en el año 2021, con la finalidad de analizar la calidad de vida a corto plazo asociado con la salud, función física y consecuencias. El estudio fue de cohorte observacional, prospectivo, donde aplicaron como instrumento (6MWT) y EQ-5D-5L, a una población de 47 usuarios. Resultados: la calidad de vida fue 80 [70-90] de 100 en el seguimiento temprano con una ligera mejoría a 85 [77,5-90] a los 6 meses, la movilidad, el autocuidado y las actividades habituales mejoraron entre los dos puntos de tiempo, mientras que el dolor / malestar y la depresión / ansiedad no mejoraron o empeoraron. Llegando a la conclusión que la calidad de vida tuvo una ligera mejoría (39).

En Estados Unidos en un estudio en el año 2021, con el objetivo de evaluar los efectos de los síntomas persistentes sobre la mala calidad de vida. La investigación fue observacional, descriptivo; donde se incluyeron un total de 12 estudios con 4828 pacientes. Resultados: según los factores individuales del cuestionario EQ-5D-5L, la prevalencia de movilidad fue (36, 10-67), cuidado personal (8, 1-21), calidad habitual (28, 2-65), dolor / malestar (42, 28-55) y ansiedad / depresión (38, 19-58). La prevalencia de síntomas persistentes fue fatiga (64, 54-73), disnea (39,5, 20-60), anosmia (20, 15-24), artralgia (24,3, 14-36), cefalea (21, 3-47), alteraciones del sueño (47, 7-89) y salud mental (14,5, 4-29). Conclusión: el análisis de meta regresión evidenció que la mala calidad de vida fue significativamente mayor entre los usuarios post-Covid-19 con ingreso en la UCI (40).



En Noruega en una investigación en el año 2021, con el objetivo de analizar la calidad de vida asociada con la salud, deterioro funcional y mortalidad a largo plazo. La investigación fue de cohorte transversal, descriptivo, observacional; con una población de 216 pacientes, que ingresaron en el hospital debido a Covid-19 durante el período de estudio, 171 aún estaban vivos 180 días después del ingreso hospitalario y 106 pacientes asistieron al seguimiento de seis meses. Resultados: se evidenció un cambio negativo en cualquiera de las dimensiones del EQ. 5D-5L, con deterioro de la capacidad para ejecutar actividades de la vida diaria (35%), movilidad reducida (33%) y tener más dolor o malestar (33%) siendo los cambios más comúnmente reportados, (43%) informaron un cambio negativo en la función cognitiva en comparación con antes de la hospitalización por Covid-19. Conclusión: las actividades más afectadas fueron, reducción de la memoria, malestar y dolor (41).

En Alemania se efectuó un estudio en el año 2021, con la finalidad de conocer la calidad de vida respiratoria específica además de la calidad de vida genérica en usuarios anteriores con Covid-19 confirmado. El estudio fue de cohorte transversal, descriptivo; con una población de 250 usuarios, donde se utilizó como instrumento el cuestionario EQ-5D de cinco niveles (EQ-5D-5L) y el cuestionario clínico de EPOC (CCQ); con una población de 210 pacientes dados de alta. Los resultados fueron: la escala analógica visual (EQ-VAS) fue de $0,62 \pm 0,19$ y $50,71 \pm 18,87$, respectivamente, y el 40% de los pacientes mostró un índice EQ-5D que estaba por debajo del quinto percentil de los valores normativos, lo que indica una mala calidad de vida genérica. En conclusión, la calidad de vida tanto genérica como respiratoria se ve afectada en pacientes no hospitalizados con COVID-19, aproximadamente tres meses posteriores del inicio de los síntomas.



Conclusión: el uso combinado del EQ-5D y el CCQ podría identificar el amplio impacto de COVID-19 sobre la calidad de vida (42).

En una investigación en Chile en el año 2021, con la finalidad de evaluar el impacto de Covid-19 en la calidad de vida asociado con la salud (CVRS) 3 meses después del alta hospitalaria. Además, se evaluó la ansiedad y la depresión y evaluó resultados clínicos importantes. El estudio fue de cohorte transversal, observacional, descriptivo; con una población de 251 participantes. Resultados: los pacientes informaron un empeoramiento general del índice de resumen único EQ-5D-3L a los 3 meses en comparación previa al inicio de los síntomas de Covid-19 (0,8012 (0,7368 - 1,0) frente a 1,0 (0,7368 - 1,0), $p < 0,001$). Conclusión: esto afectó a los 5 dominios, pero especialmente al dolor / malestar y ansiedad / depresión. Solo el sexo femenino y la necesidad de cuidados intensivos se asociaron de forma independiente con el empeoramiento de la CVRS (43).

En Estados Unidos se realizó una investigación en el año 2021, con la finalidad principal de realizar una revisión de estudios en relación a la frecuencia y variedad de síntomas persistentes posterior a la infección por Covid-19. La investigación fue descriptiva, de cohorte longitudinal, con una muestra de 9751. Resultados: la clínica individual que evidenció una mayor relevancia incluyó en la dificultad para respirar o disnea (26 estudios; frecuencia media, 36,0%; IQR, 27,6% -50,0%), fatiga o agotamiento (25 estudios; frecuencia media, 40,0%; IQR, 31,0% -57,0%) y trastornos del sueño (8 estudios; mediana 29,4%, IQR, 24,4% - 33,0%). Conclusiones: la clínica de la Covid-19 es típico que las infecciones persistan más allá de la fase aguda de la enfermedad, con consecuencias para el funcionamiento relacionado con la salud y la calidad de vida (44).



En una investigación en el Reino Unido en el año 2020, con el objetivo de identificar la sintomatología posterior a la hospitalización y las necesidades de rehabilitación en sobrevivientes de la infección. El estudio fue correlacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 100 usuarios dados de alta. Resultados: los participantes estuvieron entre 29 y 71 días (media de 48 días) después del alta hospitalaria. La fatiga asociada con la nueva enfermedad fue el síntoma más común informado por el 72% de los participantes en el grupo de UCI y el 60,3% en el grupo de sala. Los siguientes síntomas más comunes fueron disnea (65,6% en el grupo de UCI y 42,6% en el grupo de sala) y angustia psicológica (46,9% en el grupo de UCI y 23,5% en el grupo de sala). Conclusión: hubo una disminución clínicamente relevante en EQ5D en el 68,8% en el grupo de UCI y en el 45,6% en el grupo de sala (45).

En Barcelona se efectuó una investigación en el año 2020, con la finalidad de conocer las secuelas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El estudio consistió en una revisión sistemática y de metaanálisis. Los resultados: muestran que, de los 1154 informes devueltos por la búsqueda inicial, se encontraron nueve artículos, en los cuales 1; se incluyeron 816 pacientes en la síntesis de datos. En el análisis agrupado, encontramos una prevalencia de 0,52 (IC 0,38-0,66, $p < 0,01$, $I^2 = 97\%$), 0,37 (IC 0,28-0,48, $p < 0,01$, $I^2 = 93\%$), 0,16 (IC 0,10-0,23, $p < 0,01$, $I^2 = 90\%$) y 0,14 (IC 0,06-0,24, $p < 0,01$, $I^2 = 96\%$) para fatiga, disnea, dolor de pecho y tos, respectivamente. Conclusión: la fatiga, la disnea, el dolor torácico y la tos fueron los síntomas respiratorios mayormente prevalentes encontrados en el 52%, 37%, 16% y 14% de los pacientes entre 3 semanas y 3 meses, luego del alta en los sobrevivientes de ingreso hospitalario por COVID-19 respectivamente (46).



En Suiza se ejecutó un estudio en el año 2021, con la finalidad de evaluar la evidencia disponible de todas las secuelas de Covid-19 a mediano y largo plazo que afectan a adultos anteriormente sanos. El estudio fue de cohortes prospectivos y retrospectivos, transversales e informes de casos; con una muestra de 150 pacientes. Resultados: la persistencia de las secuelas desde la infección duró de 14 días a tres meses. Las secuelas incluyeron fatiga persistente (39-73% de las personas evaluadas), disnea (39-74%), disminución de la calidad de vida (44-69%), función pulmonar alterada, hallazgos anormales en la TC que incluyen fibrosis pulmonar (39-83%). Conclusión: las secuelas más prevalentes fueron fatiga, disnea y alteración en la función pulmonar (47).

En Nueva York se efectuó un estudio en el año 2021, con el objetivo de describir los síntomas persistentes asociados con el síndrome Covid-19 postaguda (PACS) y el impacto de estos síntomas en la función física, la función cognitiva, la calidad de vida asociada con la salud y la participación. El estudio era observacional transversal; con una población total de 156 pacientes. Resultados: los síntomas persistentes más comunes informados fueron fatiga (n = 128, 82%), confusión mental (n = 105, 67%) y dolor de cabeza (n = 94, 60%). Los desencadenantes más comunes de la exacerbación de los síntomas fueron el esfuerzo físico (n = 134, 86%), el estrés (n = 107, 69%) y la deshidratación (n = 77, 49%). Se informó un aumento de los niveles de fatiga (Fatigue Severity Scale) y disnea (Medical Research Council), junto con reducciones en los niveles de actividad física completada regularmente. Conclusión: las dimensiones más alteradas fueron el cuidado personal, la ansiedad / depresión y las actividades habituales (48).



2.3.2. A nivel nacional

En una investigación realizada en Huaral en el año 2020, con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de vida posterior al alta en pacientes con diagnóstico de Covid-19 leve en la provincia de Huaral. Metódicamente fue no experimental, correlacional, y de cohorte transversal; la recolección de la información fue por videollamada, el instrumento fue el EUROQOL-5D-5L, con una muestra de 345 pacientes. Los resultados: evidenciaron que los usuarios presentaron problemas leves con el 38.3%; en la dimensión movilidad el 95% no tenían problemas para caminar, el 98% no tenían problemas en cuanto al cuidado personal, el 78% realizaban sus actividades cotidianas sin problemas, el 41% presentaban dolor y malestar moderado y el 90% no tenían ansiedad ni depresión. Conclusión: una gran cantidad de pacientes presentaron con mayor relevancia dolor y malestar post alta hospitalaria (11).

En Apurímac se efectuó un estudio en el año 2020, con el objetivo de determinación de la calidad de vida de los pacientes post Covid que han abandonado el área Covid del hospital. La investigación fue de tipo básica, descriptivo observacional; con una muestra de 169 usuarios; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los datos hallados indican que: el 79% tenían una regular función social, 60% una regular función física, 63% regular percepción sobre su salud y el 73% una regular vitalidad y salud mental. Por otro lado, solo el 12% alcanzo una buena calidad en relación a la función social, 5% en relación a la función física y 15% en relación a la función emocional. Conclusión: la mayoría de la población encuestada manifestó que su estado actual de salud es peor que hace un año atrás (12).



2.3.3. A nivel local

No existe evidencia de estudio previos, relacionados a las variables, en la región de Puno.



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación que se realizó fue de tipo descriptivo, ya que su propósito era recolectar los datos sobre características, situaciones, hechos tal y cual se presentaron (49).

3.1.2. Diseño de investigación

El estudio fue de diseño no experimental y de corte transversal, ya que la variable no fue manipulada, solo observada durante la investigación. Informado por Hernández R. y Baptista L. (49), señalan que este diseño de estudio, es cuando se clasifica según su dimensión temporal o según la cantidad de momentos en donde se recolectan datos estas pueden ser mediante una o varias observaciones.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se desarrolló en el departamento de Puno, provincia de Puno, distrito Puno, en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2021, ubicado en el centro de la ciudad en el Jr. Ricardo Palma N°120 del barrio magisterial.

El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón es una institución de salud especializada de categoría II-2, con internamiento, desarrolla una atención integral en cuanto a la rehabilitación del paciente. Cuenta con profesionales capacitados en diversas especialidades, las cuales se encuentran a disposición de la población:



cirugía general, ginecobstetricia, traumatología, cardiología, endocrinología, dermatología, gastroenterología, medicina física y rehabilitación, medicina general, medicina interna, nefrología, neumología, neonatología, neurocirugía, oncología, neurología, odontología, otorrinolaringología, pediatría, psicología, psiquiatría, reumatología, y urología.

De igual forma cuenta con un área incorporado producto de la pandemia mundial de la Covid-19, área que cuenta con 1 médico intensivista, 2 anestesiólogos, 1 cardiólogo, 2 internistas, 3 médicos familiares, 4 médicos generales y 10 enfermeras; de igual forma cuenta con 60 camas para observación y 10 camas UCI.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo constituida por los pacientes dados de alta del área de hospitalización de Covid-19 del Hospital Manuel Núñez Butron, durante los meses de diciembre del 2021 y enero a febrero del 2022 (10), siendo un total de 88 paciente, de los cuales 6 no desearon participar en el estudio, 2 no contestaron las llamadas telefónicas, 11 no cumplieron con los criterios de inclusión (edad, fecha), y 9 eran historias clínicas incompletas.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes.

Muestreo

Fue no probabilística, por conveniencia en base a los siguientes criterios de inclusión.



Criterios de inclusión

- Paciente dado de alta de hospitalización de área Covid-19, del Hospital Manuel Núñez Butron-Puno, dentro de los meses de diciembre del 2021 a febrero del 2022.
- Paciente con rango de edad de >25 años a <65 años.
- Paciente que haya sido internado en área de hospitalización del servicio Covid-19, del Hospital Manuel Núñez Butron-Puno.
- Paciente que haya tenido como mínimo 14 días de hospitalización en área Covid-19.
- Paciente que deseen participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente que haya sido internado en área UCI del servicio Covid-19.
- Paciente que haya tenido menor a 8 días de hospitalización.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
Percepción de calidad de vida	Independiente	Es la perspectiva de un individuo sobre sus propios objetivos, aspiraciones, valores y preocupaciones en relación con la cultura y el sistema de valores en el que vive está influenciada por su cultura y sistema de valores.	Evaluación de las limitaciones auto percibidas de salud.	Movilidad	1. No hay problema 2. Problema leve 3. Problema moderado 4. Problema grave 5. Imposibilidad total
				Cuidado personal	
Actividades cotidianas					
Dolor o malestar					
Ansiedad o depresión					
			Autovaloración del estado de salud.	Estado de salud percibido	0. Peor estado de salud 100. Mejor estado de salud.



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica

La técnica fue la revisión documentaria, teniendo como fuente las historias clínicas de los pacientes dados de alta del área Covid-19 del Hospital Manuel Núñez Butrón.

Asimismo, para la recolección de datos la técnica empleada fue la entrevista, que consistió en llamadas telefónicas y videollamadas (2 casos).

3.5.2. Instrumento

El instrumento empleado fue el cuestionario, titulado: “Cuestionario EQ-5D-5L”. Que permitió obtener la información necesaria, acerca de la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida luego del alta hospitalaria.

El cuestionario EQ-5D-5L, mide la calidad de vida con dos dimensiones:

1) Evaluación de las limitaciones auto percibidas de salud: involucra 5 indicadores: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, y ansiedad o depresión. Cada una de las cuales presenta 5 niveles de repuesta:

- 1: no hay problema.
- 2: problema leve.
- 3: problema moderado.
- 4: problema grave.
- 5: imposibilidad total.



2) Autovaloración del estado de salud: es la escala visual análoga sobre el estado de salud percibido por el que se atraviesa actualmente, caracterizado como escala milimétrica en forma de termómetro, la cual fluctúa de:

0: peor estado de salud.

100: mejor estado de salud (50).

Confiabilidad y Validez

El instrumento “Cuestionario EQ-5D-5L” tiene propiedades psicométricas de fiabilidad test-retest realizadas por Van y Herdman (2011) (50), las cuales oscilan entre 0.86 y 0.90, y una validez y sensibilidad al cambio que ha sido evidenciado en distintas investigaciones, resultados que indican la validez y confiabilidad del instrumento, por tanto, fue tomada para la presente investigación. El instrumento fue sometido a prueba piloto para determinar su viabilidad, en una muestra de 20 pacientes dados de alta del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, los cuales fueron una población distinta a la del estudio además de que los datos fueron recabados de las historias clínicas del mes de noviembre del 2021. Dicho procedimiento se realizó con la finalidad de confirmar los valores obtenidos por Van y Herdman. Posterior a ellos se procedió a determinar la consistencia interna del cuestionario, mediante el Alpha de Cronbach, obtenido un resultado de 0,80.

Como criterio general, George y Mallery sugieren las recomendaciones siguientes:

- Coeficiente alfa >0.9 es excelente.



- Coeficiente alfa >0.8 es bueno.
- Coeficiente alfa >0.7 es aceptable.
- Coeficiente alfa >0.6 es cuestionable.
- Coeficiente alfa >0.5 es pobre.

Resultado: El estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach, señala un valor de 0.80 para el total de los ítems, contrastando con la escala de valoración se tiene que el coeficiente es BUENO, por lo cual se considera que el instrumento presenta buena fiabilidad y puede ser utilizado.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se presentó la solicitud dirigida a la decana de la Facultad de Enfermería, solicitando la emisión de la carta de presentación dirigido al director del Hospital Regional.
- Posterior a ello se presentó un documento solicitando permiso, dirigido al director del Hospital Manuel Núñez Butron-Puno, en el cual se adjuntó la resolución de aprobación del proyecto de investigación y la carta de presentación emitida por la facultad de enfermería.
- Tras el permiso obtenido, se procedió a coordinar con el servicio de estadística, para poder acceder a las historias clínicas y recabar la información de pacientes dados de alta.
- Tras la obtención de los números telefónicos de los pacientes dados de alta de área Covid-19 del Hospital Manuel Núñez Butron, se procedió a llamar a cada usuario, cada cuestionario duro de 10 a 15 minutos aproximadamente, de los cuales se obtuvieron un total de 60, debido a que, 6 de ellos no quisieron participar en el



estudio, 2 no contestaron las llamadas telefónicas, 11 no cumplieron con los criterios de inclusión (edad y fecha), y 9 eran historias clínicas incompletas.

- La información fue recabada desde la segunda semana del mes de abril, hasta finales del mismo mes.
- Posteriormente, se procedió a vaciar los datos a la aplicación de hoja de cálculo Microsoft Excel.
- Posterior a ello, toda la información fue procesada, en el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 22, para el procesamiento estadístico de la información.
- Finalmente, se desarrollaron los procesos estadísticos correspondientes para la investigación.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de análisis y tabulación de los datos obtenidos en este estudio se utilizó la herramienta estadística SPSS V22. Los resultados de estos análisis se presentaron en forma de tablas de frecuencia y porcentaje.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1: Percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Percepción de la calidad de vida	f	%
No hay problema	8	12.66
Problema leve	29	48.32
Problema moderado	16	28.00
Problema grave	6	9.32
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se evidencia que, en cuanto a la percepción de la calidad de vida el 48.32% de los pacientes dados de alta refieren problemas leves, el 28.00% refieren problemas de moderados, el 12.66% manifestaron no presentar problemas, el 9.32% manifestaron problemas graves, y el 1.70% manifestaron una imposibilidad total.



Tabla 2: Limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Movilidad	f	%
No hay problema	6	10.00
Problema leve	21	35.00
Problema moderado	22	36.70
Problema grave	10	16.70
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se evidencia que, en el indicador movilidad el 36.70% de los pacientes tienen problemas moderados, el 35.00% tienen problemas leves, el 16.70% tienen problemas graves, el 10.00% manifestaron no tener problemas, y el 1.70% verbalizaban una imposibilidad total.

Tabla 3: Limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Cuidado personal	f	%
No hay problema	13	21.70
Problema leve	39	65.00
Problema moderado	7	11.70
Problema grave	0	0.00
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se muestra que, en el indicador cuidado personal el 65.00% de los pacientes tienen problemas leves, el 21.70% manifestaron no tener problemas, el 11.70% de los pacientes tienen problemas moderados, el 1.70% manifestaron una imposibilidad total, y finalmente ningún paciente manifestó tener problemas graves.



Tabla 4: Limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Actividades cotidianas	f	%
No hay problema	11	18.30
Problema leve	32	53.30
Problema moderado	14	23.30
Problema grave	2	3.30
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se visualiza que, en el indicador actividades cotidianas el 53.30% de los pacientes tienen problemas leves, el 23.30% tienen problema moderados, el 18.30% de los pacientes verbalizaron no tener problemas, el 3.30% tienen problemas graves, y el 1.70% manifestaron tener una imposibilidad total.



Tabla 5: Limitaciones auto percibidas en el indicador dolor o malestar después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Dolor o malestar	f	%
No hay problema	6	10.00
Problema leve	30	50.00
Problema moderado	21	35.00
Problema grave	2	3.30
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se visualiza que, en el indicador dolor o malestar el 50.00% de los pacientes tienen problemas leves, el 35.00% tienen problemas moderados, el 10.00% de los pacientes verbalizaron no tener problemas, el 3.30% tienen problemas graves, y el 1.70% manifestaron tener una imposibilidad total.

Tabla 6: Limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Ansiedad o depresión	f	%
No hay problema	2	3.30
Problema leve	23	38.30
Problema moderado	20	33.30
Problema grave	14	23.30
Imposibilidad total	1	1.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

En la tabla se visualiza que, en el indicador ansiedad o depresión el 38.30% de los pacientes tienen problemas leves, el 33.30% tienen problemas moderados, el 23.30% tienen problemas graves, el 3.30% manifestaron no tener problemas, y el 1.70% verbalizaron tener una imposibilidad total.

Tabla 7: Estado de salud percibido después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Estado de salud percibido	f	%
Peor estado de salud	38	63.30
Mejor estado de salud	22	36.70
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.



En la tabla se observa que, respecto a la autopercepción del estado de salud, los pacientes afectados por Covid-19, tras el alta hospitalaria revelan lo siguiente: el 63.30% de los pacientes perciben un peor estado de salud, y solo el 36.70% perciben un mejor estado de salud.

4.2. DISCUSIÓN

La percepción de la calidad de vida de los pacientes dados de alta hospitalaria del servicio de Covid-19, en su gran mayoría manifestaron problemas leves. Los resultados del presente estudio guardan similitud con la investigación realizada por Falcon M. (11), quien encontró que el 38.3% de los pacientes posterior al alta hospitalaria, percibían su salud con problemas leves. No existen evidencias anteriores que reflejen que una pandemia ocasionada por un virus, había afectado distintos órganos del cuerpo, generando un desorden, alterando así el sistema inmunológico y atacando al mismo organismo (16); esto se ve reflejado en la gran cantidad de secuelas que ha dejado la Covid-19, dentro de las principales están, disminución de la función pulmonar, capacidad ejercitaría, dolor, ansiedad, depresión, y estrés postraumático. Estas manifestaciones son las que determinan, que los pacientes perciban como problemas que alteran el equilibrio y la satisfacción de su vida cotidiana.

Asimismo, en el indicador movilidad, los resultados evidencian que gran parte de los pacientes manifestaron tener problemas moderados; lo cual puede explicarse que una estancia hospitalaria mayor a dos semanas, en algunos casos puede provocar atrofia y debilitamiento muscular generando a futuro la dificultad para moverse, además se han descrito los efectos perjudiciales del reposo prolongado en cama sobre los distintos sistemas implicados en el movimiento del cuerpo humano (26). Estos resultados guardan similitud con el estudio realizado por Malik P. et al. (40), quienes



hallaron que el indicador movilidad tuvo mayor prevalencia posterior al alta hospitalaria. Y, con el estudio realizado por Walle M. et al. (41), donde encontraron que su población de estudio presentó una movilidad reducida posterior al alta hospitalaria. Sin embargo discrepan con la investigación de Careño L. et al. (39), debido a que encontraron que los pacientes en el indicador movilidad tuvieron una ligera mejoría posterior al alta; la discrepancia puede deberse a que los datos de la investigación de Careño L. et al. fueron recabados posterior a 6 meses del alta hospitalaria, en comparación con el presente estudio. En consecuencia, estos resultados involucran al cuidado otorgado por el profesional de enfermería respecto a la movilidad y masajes de miembros superiores e inferiores de los pacientes, que por producto de la demanda de pacientes hospitalizados y la poca cantidad de personal, genera que el profesional tenga una mayor carga laboral en relación a los cuidados que brinda, y prioriza cuidados que ponga en riesgo la salud de los pacientes.

En cuanto al indicador de cuidado personal, gran parte de los pacientes manifestaron tener problemas leves; considerando que el cuidado personal involucra la higiene personal y la apariencia, además de las habilidades de autocuidado como aseo, alimentación y ropa; asimismo, los cuales contribuyen a que el ser humano tenga un bienestar mental, espiritual y sobre todo físico (27). Estos resultados son similares a los hallados por Malik P. et al. (40), quienes encontraron que el indicador cuidado personal tuvo mayor prevalencia posterior al alta hospitalaria. Y, al estudio realizado por Tabaco L. et al. (48), debido a que también hallaron que el cuidado personal fue una de las dimensiones más alteradas; discrepando con los datos hallados por Careño L. et al. (39), donde encontraron que el indicador cuidado personal tuvo una ligera mejoría; discrepancia que puede deberse a que el estudio realizado por Careño L. et al. fue realizado en un país con un sistema de salud distinto al Perú, Canadá se



caracteriza porque toda su población está cubierta por un seguro médico universal que comprende atención médica y hospitalaria, lo cual incluye además de una atención oportuna y de calidad. Los resultados encontrados pueden deberse a que, si los pacientes presentaron problemas moderados en el indicador movilidad, posiblemente a consecuencia de una alteración en el sistema locomotor o falta de coordinación en los movimientos, producto de los días de hospitalización, lo cual sustenta que los pacientes también hayan presentado problemas en el indicador de cuidado personal, debido a que al realizar las actividades cotidianas es necesario el involucramiento de todo el sistema locomotor.

En cuanto al indicador de actividades cotidianas, los pacientes manifestaron tener problemas leves; reconociendo que las actividades cotidianas son un conjunto de acciones que las personas ejecutan a diario y que les permiten vivir de forma independiente e integrada a su entorno, así como cumplir con sus obligaciones dentro de la sociedad; estas actividades pueden estar sometidas por la falta de coordinación, movilidad, dolor, molestias o ansiedad (24). Estos resultados guardan similitud con el estudio realizado por Malik P. et al. (40), debido a que hallaron que el indicador actividades cotidianas tuvo mayor prevalencia posterior al alta hospitalaria. Asimismo, con la investigación realizada por Walle M. et al. (41), quienes encontraron que la dimensiones actividades diarias tuvo un impacto negativo. Sin embargo, discrepan con el estudio de Carezo L. et al. (39), donde encontraron que el indicador actividades cotidianas tuvo una ligera mejoría. Nuestros resultados pueden deberse a que si los pacientes estuvieron sometidos a una estancia hospitalaria prolongada tuvieron probabilidad de una disminución muscular, o alteración del sistema locomotor según la cantidad de días que hayan estado hospitalizados, lo cual altera el sistema locomotor



del ser humano, provocando así que no puedan realizar sus actividades cotidianas luego del alta hospitalaria.

En cuanto al indicador de dolor o malestar, los pacientes en su mayoría manifestaron tener problemas leves. El dolor es aquella experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño tisular existente o futuro, antes de contraer la infección por Covid-19, esto puede agravarse durante la patología, no sólo como consecuencia de la inmovilidad, sino también como resultado del daño tisular inducido por el fármaco utilizado para combatir el virus (29). Estos resultados guardan similitud con los datos hallados por Carengo L. et al. (39), Malik P. et al. (40), Walle M. et al. (41) y Todt B. et al. (43), quienes encontraron que el indicador dolor/ malestar no mejoró y fue el más afectado. Los resultados encontrados en el presente estudio pueden deberse a que, si los pacientes estuvieron sometidos a una estancia hospitalaria prolongada, estuvieron en riesgo de desencadenar una inflamación de los músculos y nervios intercostales en el pecho, lo que provoca dolor de espalda por un tiempo prolongado siendo aún frecuente cuando ya no haya afección pulmonar.

En cuanto al indicador de ansiedad o depresión, los pacientes manifestaron tener problemas leves; la ansiedad como sentimiento de miedo, temor e inquietud puede provocar diaforesis, inquietud, tensión, y palpitaciones, es habitual que las personas que padecen trastornos de ansiedad tengan ataques recurrentes de emociones bruscas de ansiedad grave, pavor o terror que alcanzan su punto álgido en cuestión de minutos (ataques de pánico), estas sensaciones de preocupación y pánico pueden persistir durante mucho tiempo, son difíciles de manejar, son desproporcionadas con respecto al riesgo real y pueden obstaculizar las tareas cotidianas. Tras la recuperación del SRAS, según una investigación anterior, un tercio de los ingresados en el Hospital habían adquirido síntomas moderados o graves de depresión (30). Resultados que



coinciden con los datos hallados por Carengo L. et al. (39), Malik P. et al. (40), Todt B. et al. (43), Tabacof L. et al. (48) quienes encontraron que el indicador ansiedad/depresión no mejoró, además que fue el más afectado. Los resultados encontrados en el presente estudio pueden deberse a diversos factores, como las condiciones en que el paciente haya estado hospitalizado, el tiempo de hospitalización, entre otros factores que hayan conducido a los niveles de ansiedad o depresión pudieron estar asociados a la soledad, al sufrimiento, el no recibir a sus seres queridos, el miedo a la muerte, la falta de comunicación y la incertidumbre de la situación económica.

Por último, en relación al estado de salud percibido, la mayoría de los pacientes manifestaron un deterioro en su estado de salud. La OMS (32), lo conceptualiza como el bienestar mental, físico, social y no solo la carencia de enfermedades o afecciones. Se considera que una persona está sana cuando, además de sentirse bien física, psicológica y socialmente, sus estructuras corporales, sus procesos fisiológicos y su comportamiento se mantienen dentro de lo que se considera típico para personas con las mismas cualidades y que viven en el mismo entorno (33). Los resultados guardan similitud con la investigación realizada por Cahuana R. (12), quien halló que los pacientes tenían un estado de salud peor que hace un año atrás. Sin embargo, discrepan con la investigación elaborada por Falcon M. (11), quien encontró que los pacientes dados de alta tuvieron una percepción de su estado de salud óptima o sentían haberse recuperado. Los resultados de la presente investigación pueden deberse a que la percepción que tenga un paciente de su estado de salud se encuentra muy entrelazado de como haya sido las condiciones de su estancia hospitalaria, ya que la recuperación es un proceso único que va más allá de los efectos negativos en cuestión de los problemas de salud, se trata de un proceso continuo, que consiste en adquirir o



recuperar muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas. En consecuencia, la mayoría de los pacientes percibieron alguna limitación relacionada a su estado de salud y la mayoría perciben un deterioro del estado de salud.



V. CONCLUSIONES

- Primera:** Un porcentaje significativo de los pacientes perciben su estado de salud, con problemas leves tras haber sido hospitalizados por Covid-19.
- Segunda:** Más de la tercera parte de pacientes manifiestan tener problemas de leve a moderado en cuanto a la limitación auto percibida en el indicador movilidad de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19.
- Tercera:** Un porcentaje muy significativo de los pacientes manifiestan tener problemas leves en cuanto a la limitación auto percibida en el indicador de cuidado personal de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19.
- Cuarta:** Más del cincuenta por ciento de los pacientes reconocen tener problemas leves en cuanto a la limitación auto percibida en el indicador de actividades cotidianas de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19.
- Quinta:** La mayoría de los pacientes indican tener problemas de leve a moderado en cuanto a la limitación auto percibida en el indicador de dolor o malestar de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19.
- Sexta:** Más de la tercera parte de los pacientes sostienen tener problemas leves en cuanto a la limitación auto percibida en el indicador de ansiedad o depresión de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19.
- Séptima:** Un porcentaje bastante significativo de los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de Covid-19 perciben un deterioro en su salud.



VI. RECOMENDACIONES

- Primera:** A la Dirección del Hospital Manuel Núñez Butrón: Incorporen programas de rehabilitación destinados a los pacientes dados de alta hospitalaria del servicio de Covid-19 como también para los pacientes con patologías similares, para contribuir así en su recuperación tanto a nivel físico como psicoemocional.
- Segunda:** A la jefatura de enfermería: Realizar talleres de sensibilización-acción para las enfermeras que trabajan en las áreas críticas, donde se aborden temas con énfasis en el cuidador integral y las repercusiones en la salud mental del paciente.
- Tercera:** A los profesionales de enfermería: Participar en seminarios para identificar los factores de riesgo que pueden afectar la calidad de vida del paciente, con el fin de minimizarlos o controlarlos mediante diversas estrategias.
- Cuarto:** A los estudiantes y bachilleres de la facultad de enfermería continuar con esta línea de investigación, que aborden temas relacionados a la calidad de vida en el trabajo a fin de disponer fundamentos teóricos y evidencia científica.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mera T, Guzmán G, Morán L, De la Torre L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. Rev Vive [Internet]. 2021;3(9):166–76. Available from: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.57>
2. Sara J, Sara M. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Med UPB [Internet]. 2021;40(2):41–9. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/15e42da9-0db3-3564-bf91-5c032e963ada/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B4fb9fe1a-6891-4c67-8c19-34fb119fec42%7D
3. Vargas A, Schreiber V, Ochoa E, Lopez A. SARS-CoV-2: A bibliographic review of the most relevant topics and evolution of medical knowledge about the disease. Neumol y Cir Torax(Mexico) [Internet]. 2020;79(3):185–96. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n63/en_1695-6141-eg-20-63-581.pdf
4. Quiñones M, Rodriguez J, Leticia M, Quiñones C, Esparza M. Impacto del confinamiento por Covid-19 en la calidad de vida y salud mental [Internet]. Vol. 15, Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2022. p. 42–5. Available from: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica enfermedad por coronavirus. Ops [Internet]. 2021;26. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54283/EpiUpdate18May2021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Callejas R, Rios F. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. Med Clin (Barc) [Internet]. 2020;155(6):272. Available from:



- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-un-mundo-una-salud-epidemia-S002577532030141X>
7. Ministerio de Salud del Perú. Resolución de gerencia general N° 0252-2019-IN-SALUDPOL-GG [Internet]. 2019. p. 28. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1008145/252-2019-IN-SALUDPOL-GG20200713-20664-i092ce.pdf>
 8. Jacobs G, Paleoudis E, Bari D, Nyirenda T, Friedman T, Gupta A, et al. Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. PLoS One [Internet]. 2020;15(12 December):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243882>
 9. Organización Mundial de la Salud. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. Reseña Científica [Internet]. 2020;(11):1–11. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf?%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12
 10. Dirección Regional de Epidemiología. Situación actual “COVID-19” Puno. renace [Internet]. 2021;1. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE432020/04.pdf>
 11. Falcon M. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. Rev Cienc y Arte Enfermería [Internet]. 2020;5(2):11–8. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5458-6965>



12. Cahuana R, Machaca J, Machaca R, Campos G. Calidad de vida de pacientes post covid de las instituciones prestadoras de salud, Apurímac, 2020. Rev Multidiscip Cienc Lat [Internet]. 2020;2215:0–2. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1657/2329>
13. CENEPRED. Escenario de riesgo por covid-19 ciudades de Puno y Juliaca Departamento de Puno. Cenepred [Internet]. 2021;1–39. Available from: https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//10823_escenario-de-riesgo-por-covid-19-para-las-ciudades-de-puno-y-juliaca-provincias-de-puno-y-san-roman-departamento-de-puno.pdf
14. Redaccion de Gestion. Puno: pacientes COVID en UCI del hospital regional tienen entre 20 y 45 años y no se vacunaron. 2021;1:05. Available from: <https://gestion.pe/peru/puno-pacientes-en-uci-del-hospital-regional-tienen-entre-20-y-45-anos-y-no-se-vacunaron-contr-a-el-covid-19-nndc-noticia/?ref=gesr>
15. Mendoza R, Maribel B. Rehabilitación pulmonar accesible para grupos vulnerables con síndrome post-COVID. Univ Iberoam puebla [Internet]. 2021; Available from: https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5150/R-F-Equipo5-ASE-3-_articulo_de_divulgacion.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Molina M. Maria. Secuelas y consecuencias de la Covid-19. Med Respir [Internet]. 2020;13(2):71–7. Available from: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>
17. Llamosas L. Secuelas a largo plazo De Covid-19. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020;2020(10):4. Available from: file:///C:/Users/nu/Downloads/36589.pdf



18. Estrategia S, Normas S. COVID-19 COVID-19. Bibl virtual en salud [Internet]. 2020; Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5027.pdf>
19. Stone M, Di Germanio C, Wright DJ, Sulaeman H, Dave H, Fink R V, et al. Use of US blood donors for national serosurveillance of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 antibodies: basis for an expanded national donor serosurveillance program. Clin Infect Dis [Internet]. 2021;70(23):858–64. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.121.034215>
20. Rivas A, Romero A, Vasquez M, Ramos E, Gonzales T, Acosta D. Quality life of older adult enrolled national feeding program ICBF , 2010-II. Univ Magdal [Internet]. 2013;10:26–32. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156305005>
21. Botero B, Pico M. Quality of life related to health (QLRH) in seniors over 60 years of age: a theoretical approach. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2007;12(1):11–24. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. Beatriz B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (Cvrs) en adultos mayores de 60 años : una aproximación teórica. Hacia la promoción la salud [Internet]. 2007;12:11–24. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
23. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la aalud: Aspectos conceptuales health-related quality of life: Conceptual aspects. Cienc i Enferm IX [Internet].



- 2003;IX(2):9–21. Available from:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
24. Ayuso M. Actividades de la vida diaria. *An Psicol / Ann Psychol* [Internet]. 2007;23(2):264–71. Available from:
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16723213.pdf>
25. Galindo J, Medellín R. Los murciélagos y la COVID-19, una injusta historia. *Ciencia ergo sum* [Internet]. 2021;28(2):1–8. Available from:
<https://doi.org/10.30878/ces.v28n2a10%0AEsta>
26. Timoteo D. La actividad física en tiempos de programa de ejercicios Chosica 2020. *Univ Nac Educ “Enrique Guzman y Valle”* [Internet]. 2020;17. Available from:
[http://www.une.edu.pe/bienestar/deportes/lineamientos de la actividad fisica en tiempos de pandemia.pdf](http://www.une.edu.pe/bienestar/deportes/lineamientos_de_la_actividad_fisica_en_tiempos_de_pandemia.pdf)
27. Builes S. La higiene personal como estilo de vida saludable ayudando en los procesos de socialización en el aula de clase de los niños y niñas de la UPA popular N°1 [Internet]. Vol. 41, *Science of Surveying and Mapping*. 2016 [cited 2021 Dec 30]. p. 1–51. Available from:
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/4825/1/TLPI_BuilesAngelSandraMilena_2016.pdf
28. Bradley Hospital. COVID-19 y cómo afecta nuestra vida cotidiana. *Bradley Hosp* [Internet]. 2020;(5465):5465. Available from:
<https://www.lifespan.org/sites/default/files/lifespan-files/documents/centers/infectious-diseases/BH-COVID19-Changes-sp.pdf>



29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Los efectos a largo plazo de la Covid-19. Who Heal Organ [Internet]. 2020;1–21. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update36_covid19-longterm-effects_es.pdf?sfvrsn=67a0ecae_4#:~:text=La mayoría de las personas, leves o una enfermedad moderada.&text=Aproximadamente el 10-15 %25 de,5 %25 se vuelve crí
30. Ramírez J, Castro D, Lerma C, Yela F, Escobar F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociada al aislamiento social. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2020;48(4):1–8. Available from: <https://n9.cl/w2yli>
31. Espinosa L, Flamant V, Lázaro V. Control de salud del personal de enfermería del hospital Perrupato. Univ Nac Cuyo [Internet]. 2011;01. Available from: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10442/espinosa-lorena.pdf
32. Feito L. La definición de la salud. Diálogo filosófico [Internet]. 1996;12(34):61–84. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
33. Leon L, Berenson R. Medicina teórica. Definición de la salud. Rev Med Herd [Internet]. 1996;7(3):1–4. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1>
34. Diaz F, Toro A. SARS-CoV-2/covid-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med y Lab [Internet]. 2020;24(3):183–205. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
35. Palacios M, Santos E, Velázquez M, León M. COVID-19, a worldwide public health emergency. Rev Clin Esp [Internet]. 2021;221(1):55–61. Available from:



<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>

36. Sanabria P, Romero V, Flores C. El concepto de calidad en las organizaciones: una aproximación desde la complejidad. *Univ Empres* [Internet]. 2014;16(27):165–213. Available from: [file:///C:/Users/E5-411-P3GV/Desktop/capitulo2 \(1\).pdf](file:///C:/Users/E5-411-P3GV/Desktop/capitulo2%20(1).pdf)
37. American Thoracic Society. Que es el Covid 19. *Am Thorac Soc* [Internet]. 2020;1–4. Available from: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
38. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* [Internet]. 1994;(48):47–53. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
39. Carezzo L, Protti A, Dalla Corte F, Aceto R, Iapichino G, Milani A, et al. Short-term health-related quality of life, physical function and psychological consequences of severe COVID-19. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2021;11(1):4–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00881-x>
40. Malik P, Patel K, Pinto C, Jaiswal R, Tirupathi R, Pillai S, et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* [Internet]. 2022;94(1):253–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463956/>
41. Walle M, Ranhoff A, Mellingsæter M, Wang M, Myrstad M. Health-related quality of life, functional decline, and long-term mortality in older patients following hospitalisation due to COVID-19. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021;21(1):1–10. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-021-02140-x.pdf>



42. Meys R, Delbressine J, Goërtz Y, Vaes A, Machado F, Van M, et al. Generic and respiratory-specific quality of life in non-hospitalized patients with COVID-19 [Internet]. Vol. 9, Journal of Clinical Medicine. 2020. p. 1–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764406/>
43. Todt B, Szlejf C, Duim E, Linhares A, Kogiso D, Varela G, et al. Clinical outcomes and quality of life of COVID-19 survivors: A follow-up of 3 months post hospital discharge. *Respir Med* [Internet]. 2021;184(January):106453. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106453>
44. Nasserie T, Hittle M, Goodman S. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms among Patients with COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021;4(5):1–19. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2780376>
45. Halpin S, McIvor 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* [Internet]. 2021;93(2):1013–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32729939/>
46. Cares K, Montenegro Y, Torres R, Vera R, Torralba Y, Alsina X, et al. Prevalence of potential respiratory symptoms in survivors of hospital admission after coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *Chron Respir Dis* [Internet]. 2021;18. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>
47. Willi S, Lüthold R, Hunt A, Hänggi N, Sejdiu D, Scaff C, et al. COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: A systematic review. *Travel Med Infect*



- Dis [Internet]. 2021;40(October 2020). Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7898978/pdf/main.pdf>
48. Tabacof L, Tost J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, et al. Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts physical function, cognitive function, health-related quality of life, and participation. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2022;101(1):48–52. Available from:
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686631/#:~:text=Conclusions%3A Persistent symptoms associated with,life%2C and participation in society.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686631/#:~:text=Conclusions%3A%20Persistent%20symptoms%20associated%20with,life%2C%20and%20participation%20in%20society.)
49. Hernández S, Baptista L. Metodología del Enfoque cuantitativo. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2003;53(9):1689–99. Available from:
http://metabase.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf
50. Baños V. Aplicación del cuestionario de salud Eq-5D-5L en alumnado mayor universitario. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2016;1(2):307. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3498/349851778034/html/>



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los pacientes con covid-19, luego del alta hospitalaria?	<p>OG: Determinar la percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de COVID-19.</p> <p>OE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad. Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal. Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas. Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador dolor/malestar. Identificar las limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión. Identificar el estado de salud percibido. 	<p>VARIABLE: Percepción de calidad de vida</p>	<p>Evaluación de las limitaciones auto percibidas de salud.</p> <p>Autovaloración del estado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Movilidad Cuidado personal Actividades cotidianas Dolor o malestar Ansiedad o depresión Estado de salud percibido 	<p>Tipo Descriptivo</p> <p>Diseño No experimental de corte trasversal</p> <p>Población La población de esta investigación estuvo conformada por 88 pacientes dados de alta hospitalaria del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.</p> <p>Muestra Para la selección de la muestra fue por el muestreo de tipo no probabilístico, en base a los criterios de inclusión, con un total de 60.</p>



ANEXO 2. INSTRUMENTO

“CUESTIONARIO EUROQOL-5D-5L”

DATOS GENERALES

EDAD:

SEXO: M () F ()

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA:

Marque con una cruz como está la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud.

1. MOVILIDAD

- Tengo problemas para caminar.
- Tengo ligeros problemas para caminar.
- Tengo problemas moderados para caminar.
- Tengo serios problemas para caminar.
- No puedo caminar.

2. CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas para lavarme o vestirme.
- Tengo serios problemas para lavarme o vestirme.
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme.
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme.
- No puedo lavarme ni vestirme.

3. ACTIVIDADES COTIDIANAS

- No tengo problemas para realizar mis actividades habituales.
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades habituales.
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades habituales.
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades habituales.
- No puedo realizar mis actividades habituales.

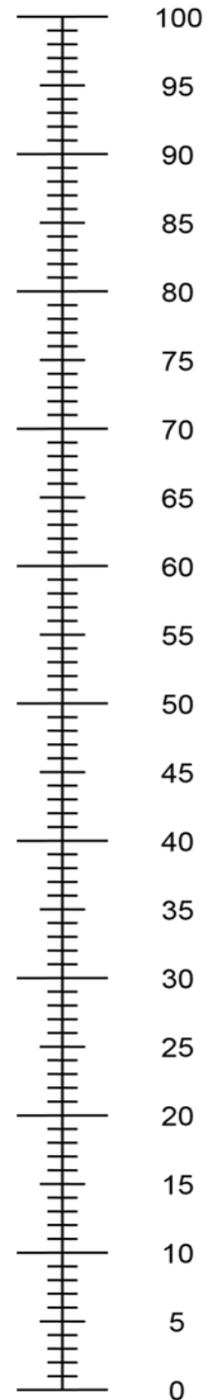
4. DOLOR/MALESTAR

- No tengo dolor ni molestias.
- Tengo un ligero dolor o molestia.
- Tengo dolor o malestar moderado.
- Tengo dolor o malestar intenso.
- Tengo dolor o incomodidad extrema.

5. ANSIEDAD/ DEPRESION

- No estoy ansioso ni deprimido.
- Estoy un poco ansioso o deprimido.
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido.
- Estoy severamente ansioso o deprimido.
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido.

El mejor estado de salud, imaginable.



El peor estado de salud, imaginable.



ANEXO 3. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	20	90,9
Excluido ^a	2	9,1
Total	22	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,80	6

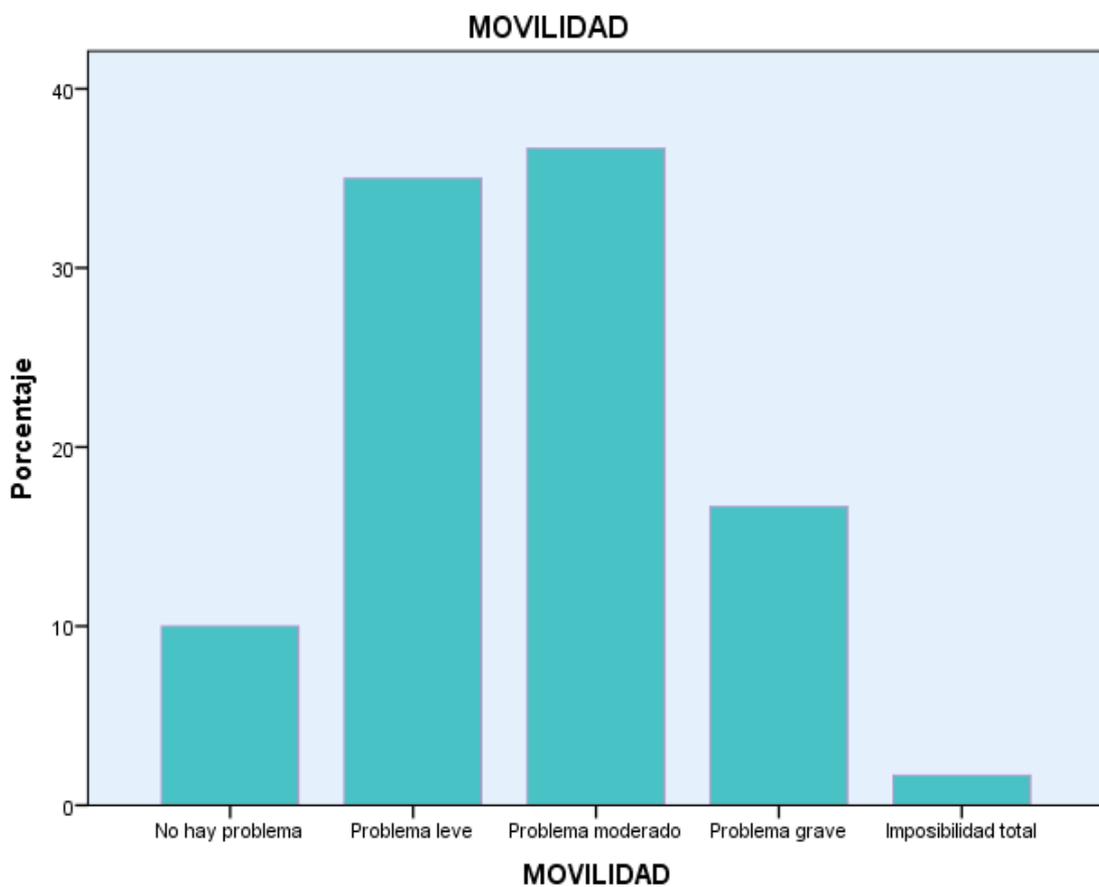
Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
58,9500	163,313	12,77940	6

ANEXO 4. GRÁFICOS

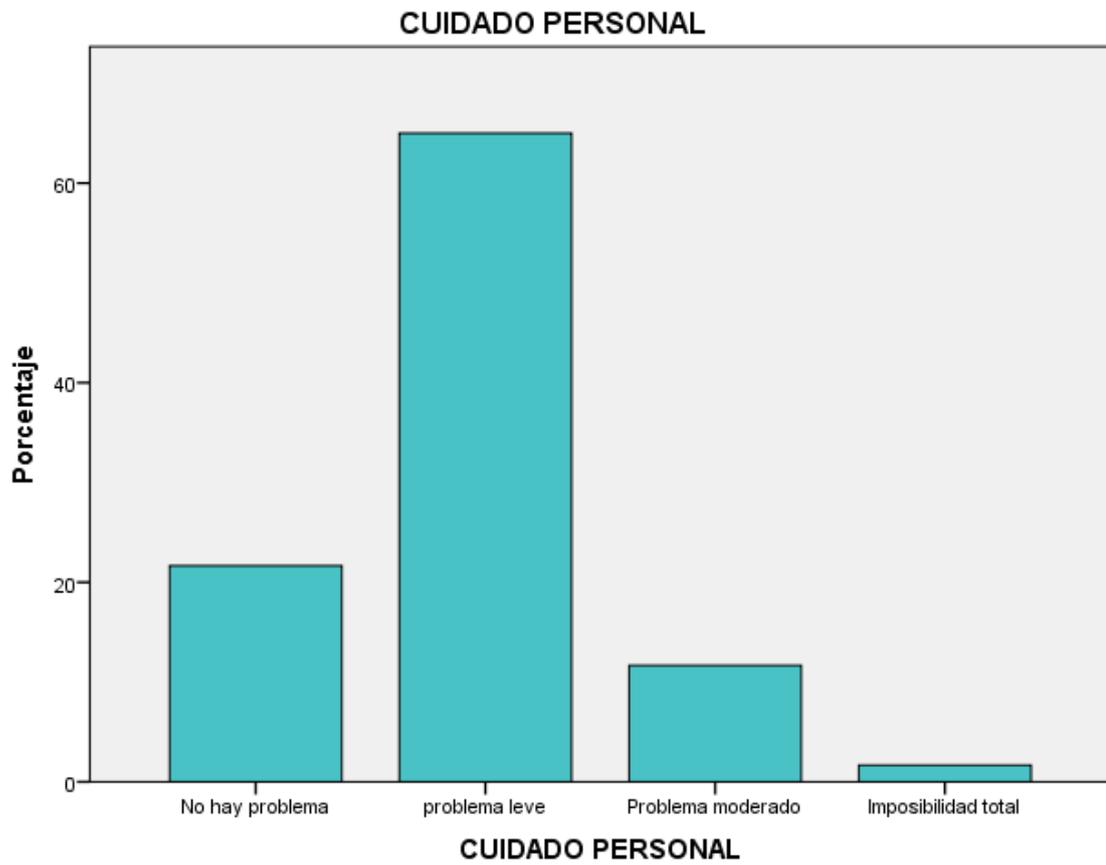
GRÁFICOS REFERENTES A LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON COVID-19 DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRON-PUNO

Gráfico 1: Limitaciones auto percibidas en el indicador movilidad después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



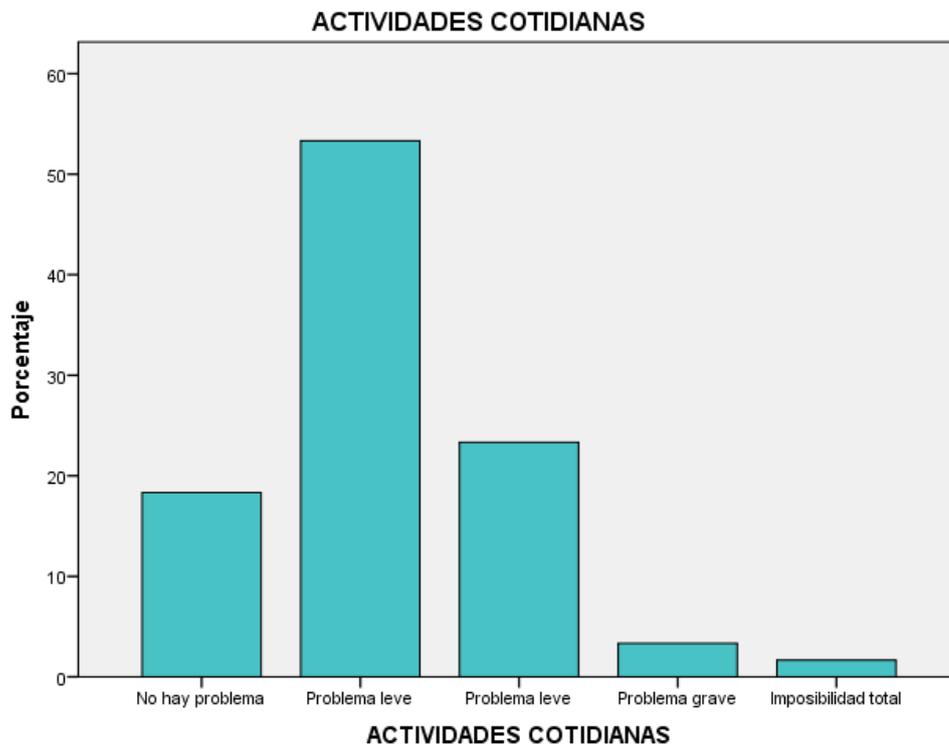
Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

Gráfico 2: Limitaciones auto percibidas en el indicador cuidado personal después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



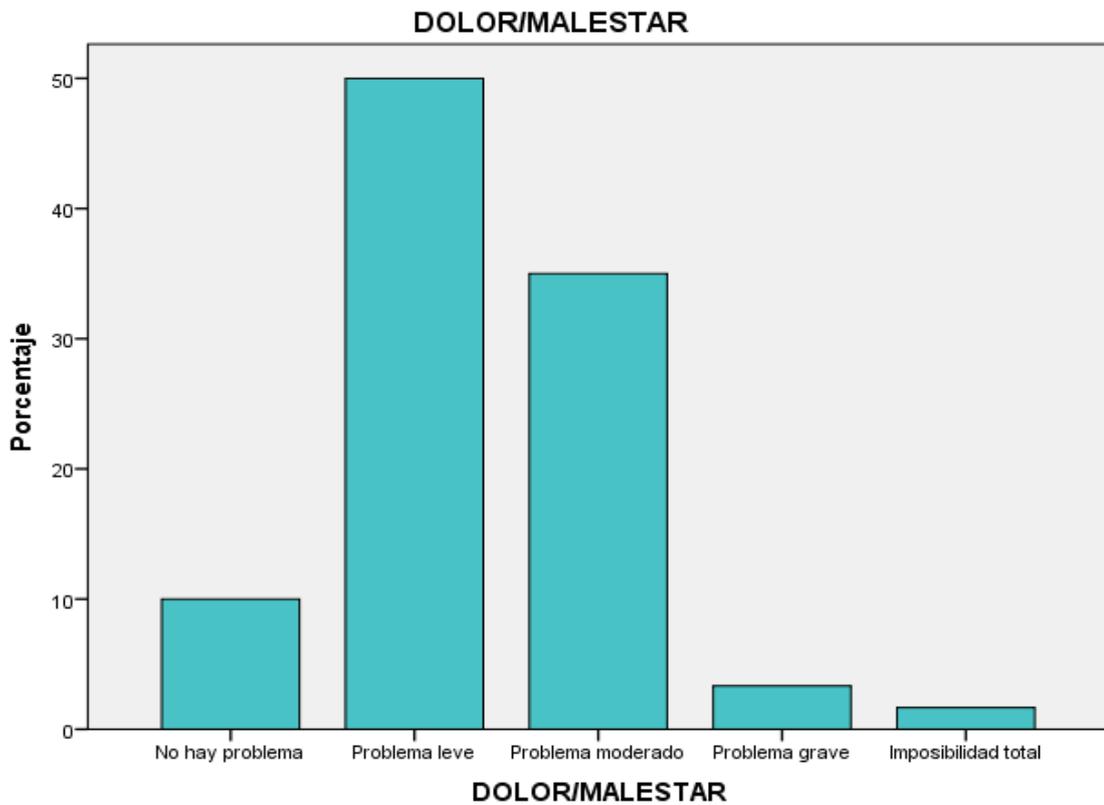
Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

Gráfico 3: Limitaciones auto percibidas en el indicador actividades cotidianas después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



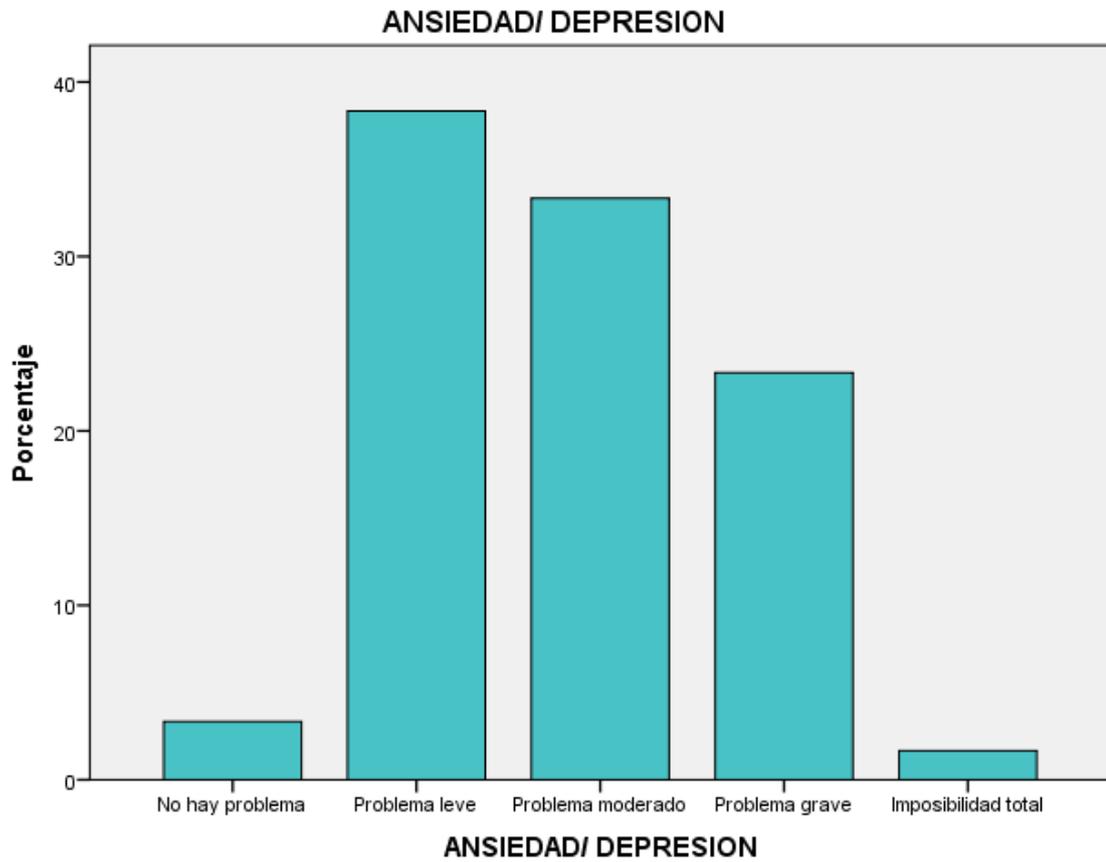
Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

Gráfico 4: Limitaciones auto percibidas en el indicador dolor o malestar después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



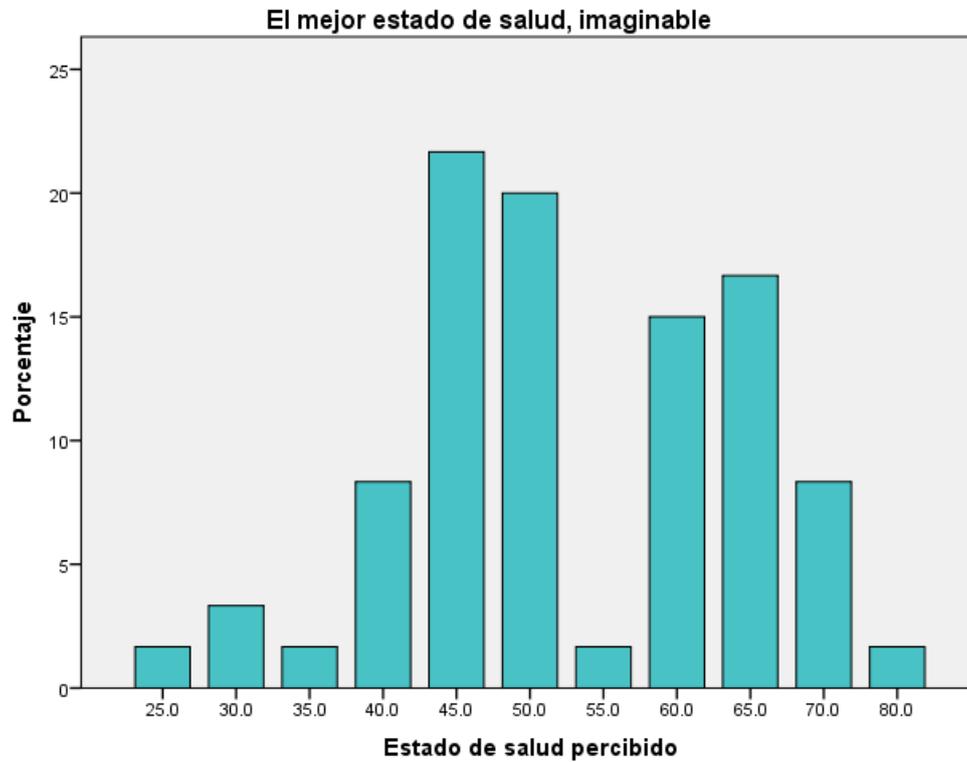
Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

Gráfico 5: Limitaciones auto percibidas en el indicador ansiedad o depresión después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.

Gráfico 6: Estado de salud percibido después del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de Covid-19.



Fuente: Cuestionario EuroQol-5d-5l.



ANEXO 5. CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad Nacional del Altiplano de Puno
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Ciudad Universitaria Telefax (051)363862 – Casilla 291
Correo Institucional: fe@unap.edu.pe



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Puno C.U., 01 de abril de 2022

OFICIO N° 169-2022-D-FE-UNA-PUNO
Señor
Dr. JUAN MARTIN VELAZCO CÁRDENAS
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
Ciudad.-

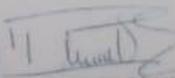
ASUNTO: PRESENTA Y SOLICITA BRINDAR FACILIDADES A EGRESADA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Es muy grato dirigirme a usted, para expresarle un afectuoso saludo, al mismo tiempo presento a la Srta. FIORELA SHUAY ROJAS APAZA, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, con el fin de solicitar a su representada se sirva autorizar y brindar las facilidades del caso a la egresada citada, para la ejecución del Proyecto de Investigación de Tesis que se indica, bajo la dirección de la Docente: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña

RESPONSABLE	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS
FIORELA SHUAY ROJAS APAZA fiorelarojasapaza131020@gmail.com	"Percepción de la calidad de vida después del alta hospitalaria en pacientes con COVID-19, del Hospital Manuel Núñez Butron-Puno".

Agradeciendo su amable atención, renuevo a usted mi mayor consideración personal.

Atentamente,



Dra. ROSA PILCÓ VARGAS
Decana de la Facultad de Enfermería
UNA – Puno

C.c. Archivo.
RPV/crlc.



04 ABR 2022
237

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

SOLICITO: ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES ADULTOS QUE HAYAN SIDO HOSPITALIZADOS EN ÁREA COVID-19 DE DICIEMBRE DEL 2021 A MARZO DEL 2022.

**SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO
DR. JUAN MARTIN VELAZCO CÁRDENAS**

Yo, Fiorela Shuay Rojas Apaza, identificada con DNI N° 70114120, con domicilio en Jr. Santa teresa #161 de la Ciudad de Puno, Departamento de Puno y provincia de Puno, con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

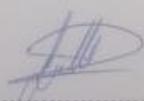
Que, siendo requisito fundamental para mi estudios universitarios la elaboración de un trabajo de investigación y teniendo importancia fundamental la historia clínica respecto a mi trabajo de investigación solicito a su despacho me autorice el acceso a historias clínicas de los pacientes adultos que hayan sido hospitalizados en el área Covid-19 del mismo nosocomio durante el mes de diciembre del 2021 a marzo del 2022, para el desarrollo de mi proyecto de tesis, titulado "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON COVID-19 DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRON-PUNO", en mención de que la información que se encuentre en dichas historias clínicas ayudaran a formar parte de mi base de datos, en merito a lo señalado, solicito por intermedio del presente que me proporcione a dichas historias.

Por lo cual adjunto:

- Copia de Acta de aprobación de proyecto de tesis.
- Copia de Proyecto de Tesis.

POR LO EXPUESTO:
Pido a usted acceder a mi solicitud.

Puno, 04 de abril 2022.

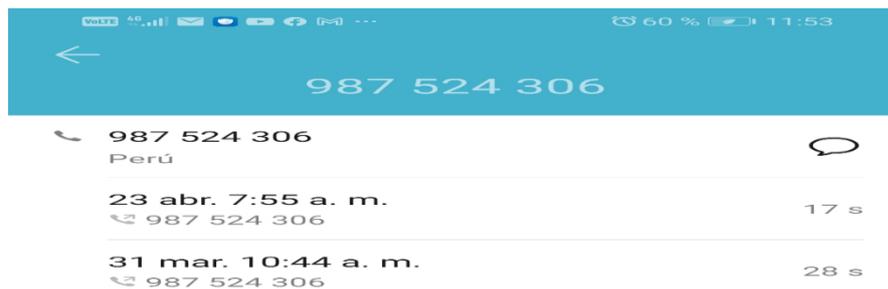
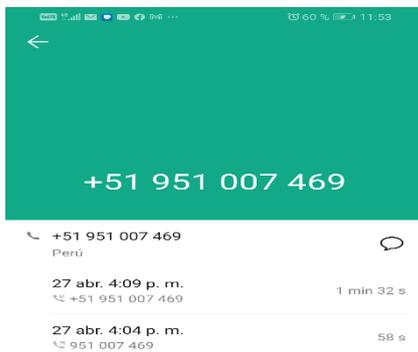

.....
Fiorela Shuay Rojas Apaza
DNI: 70114120

REPOSITORIO INSTITUCIONAL "SOL" DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
RECEPCION
05 ABR 2022
Firma: [Signature] Fecha: [Signature]

col. 97598318

ANEXO 6. EVIDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

FOTOGRAFÍAS



Descripción: La investigadora mostrando la evidencia de las llamadas realizadas a los usuarios dados de alta del hospital Manuel Núñez Butron

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 7. BASE DE DATOS

"	Edad	Sexo	Fecha de Alta Hospitalar	MOVILIDAD	CUIDADO PERSONAL	ACTIVIDADES COTIDIANAS	ANSIEDAD	DEPRESION	DEPRESION	mejor estado de salud, imaginable
1	30	M	28/02/2022	2	2	1	2	4	4	55
2	35	M	28/02/2022	3	2	3	3	3	3	50
3	40	F	28/02/2022	2	2	2	2	2	2	45
4	50	M	24-Feb	3	2	3	1	3	3	50
5	32	M	21/02/2022	2	2	2	2	4	2	60
6	31	M	15/02/2022	4	2	4	1	3	3	65
7	52	F	13/02/2022	2	2	1	2	2	2	60
8	48	F	12/02/2022	3	3	2	2	4	4	70
9	47	M	8/02/2022	2	2	3	2	3	3	50
10	29	M	6/02/2022	4	2	2	2	3	2	65
11	30	M	4-Feb	2	2	1	2	4	4	80
12	49	F	1/02/2022	3	2	2	2	3	3	60
13	50	F	30/01/2022	4	2	3	1	2	2	50
14	30	F	27/01/2022	4	2	2	2	2	2	50
15	33	M	29/01/2022	4	2	3	3	1	1	45
16	36	M	23/01/2022	2	2	2	2	2	2	40
17	45	M	23/01/2022	3	3	2	4	2	2	40
18	28	M	19/01/2022	2	2	2	2	2	2	50
19	32	M	17/01/2022	2	2	2	4	3	3	60
20	37	F	10/01/2022	3	2	2	2	2	2	65
21	51	F	10/01/2022	3	2	3	3	3	3	60
22	47	M	10/01/2022	2	2	2	2	2	2	65
23	33	F	9/01/2022	2	2	1	1	1	1	65
24	36	M	8/01/2022	2	2	2	2	2	2	65
25	41	M	5/01/2022	3	3	3	3	3	3	60
26	38	M	5/01/2022	3	2	2	2	2	2	70
27	40	F	2/01/2022	3	2	1	1	3	3	45
28	39	F	1/01/2022	3	2	2	2	2	2	30
29	45	F	1/01/2022	3	2	3	3	3	3	50
30	40	M	31/12/2021	4	2	3	2	4	4	45
31	39	M	31/12/2021	2	2	2	1	2	2	50
32	38	M	29/12/2021	3	2	2	2	4	4	45
33	46	F	30/12/2021	1	2	2	2	3	3	45



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
26	38	M	50/12/2022	3	2	2	2	2	2	70
27	40	F	20/12/2022	1	2	1	1	3	3	45
28	39	F	10/12/2022	3	2	2	2	2	2	30
29	45	F	10/12/2022	3	2	2	3	3	3	50
30	40	M	31/12/2021	4	2	2	2	4	4	45
31	39	M	31/12/2021	2	2	2	2	1	2	50
32	38	M	29/12/2021	3	2	2	2	4	4	45
33	46	F	30/12/2021	1	2	2	3	3	3	45
34	51	F	31/12/2021	3	2	2	2	4	4	45
35	39	M	29/12/2021	1	2	2	3	4	4	50
36	42	F	25/12/2021	2	2	2	2	2	2	30
37	47	M	25/12/2021	3	2	2	2	3	3	65
38	46	F	24/12/2021	1	2	2	4	2	2	70
39	36	M	24/12/2021	3	2	3	2	3	3	70
40	35	M	23/12/2021	4	2	2	1	3	3	65
41	40	M	23/12/2021	2	3	3	1	2	3	45
42	38	F	22/12/2021	2	3	3	1	2	4	50
43	39	F	22/12/2021	1	2	2	2	3	3	60
44	50	F	21/12/2021	3	1	2	2	2	2	45
45	54	F	21/12/2021	4	2	2	2	3	4	40
46	39	M	20/12/2021	1	1	1	2	2	2	40
47	47	M	20/12/2021	2	1	1	1	3	3	45
48	50	F	19/12/2021	3	1	2	2	2	2	60
49	39	M	19/12/2021	4	3	3	3	4	4	45
50	38	F	17/12/2021	3	1	2	2	2	2	45
51	42	M	15/12/2021	2	1	1	2	3	3	50
52	43	M	14/12/2021	1	1	2	2	2	2	60
53	39	M	11/12/2021	2	1	2	2	3	4	35
54	38	M	10/12/2021	3	1	2	2	2	2	45
55	50	M	8/12/2021	2	1	3	3	3	3	40
56	39	F	7/12/2021	4	2	2	2	4	4	50
57	29	F	5/12/2021	3	1	2	2	2	2	65
58	27	F	4/12/2021	2	1	3	2	2	3	70
59	46	M	1/12/2021	5	5	5	5	5	5	25
60	39	M	1/12/2021	3	1	2	2	2	4	65