



IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CRÍTICO AFECTADO POR COVID-19

TESIS DOCTORAL

Autora

Arantxa Cabañas Martínez

Directora

Dra. M^a Desamparados Bernat Adell

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

[21 de diciembre 2023]

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería
Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I**




**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE CRÍTICO AFECTADO POR COVID-19**

Memoria Presentada por

Dña. Arantxa Cabañas Martínez

para optar al grado de doctora

por la Universitat Jaume I

| | |
|--|--|
| Doctoranda Dña. Arantxa Cabañas Martínez | Directora Dra. M ^a Desamparados Bernat Adell |
| Firma  | Firma |

Castellón de la Plana, 21 de diciembre 2023

LICENCIA Y FINANCIACIÓN

Licencia

Licencia CC Reconocimiento - Compartir igual (BY-SA).



Financiación recibida

Entidad Financiadora: Generalitat Valenciana. Conselleria d'Innovacio, Universitats, Ciència i Societat Digital

Proyecto Financiado: Denominación del proyecto de investigación: *Impacto en la calidad de vida del paciente crítico afectado por Covid-19 (CalViCritCov)*.

Código asignado al proyecto: GV/2021/020

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Deseo agradecer, de antemano, la colaboración de la Unidad de Reanimación y a los Departamentos del Hospital General Universitario de Valencia implicados en este proyecto y que amablemente permitieron que este trabajo haya sido llevado a cabo. Especialmente a las enfermeras, compañeras y amigas de la Unidad de Reanimación que participaron de forma activa en la recogida de datos y mostraron su apoyo durante el proceso.

A mi directora M^a Desemparados Bernat por su entrega, dedicación y predisposición durante estos años, así como por su labor docente e investigadora. También a la Universitat Jaume I de Castellón por facilitarme las herramientas necesarias y formativas para realizar la presente tesis.

Por último y de una forma especial a mi familia por su paciencia, amor y apoyo incondicional en todas las decisiones de mi vida.

Arantxa Cabañas Martínez

ABREVIATURAS

ARN: Ácido ribonucleico

ADN: Ácido desoxirribonucleico

AST: aspartato aminotransferasa

DC SIGN: Dendritic cell Specific intercellular adhesion molecule-3-grabbing non-integrin

CCAA: Comunidades Autónomas

CEIM: Comité de Ética de la Investigación con medicamentos

CHGUV: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

DPP4: Dipeptidil peptidasa-4

ECA2: Enzima convertidora de angiotensina 2

ECMO: ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

EE. UU: Estados Unidos

EPI: Equipo de protección individual

FDA: Food and Drug Administration

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

IL-6: Interleucina 6

LDH: lactato deshidrogenasa

Linfocitos T CD4: Cúmulo de diferenciación 4

Linfocitos T CD8: (Cúmulo de diferenciación 8

Long Covid ACTS: Autonom.Communities Together Spain

NB: Neumonía bacteriana

NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PaFi: Cociente entre presión parcial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PPCS: Persistent post-*COVID* syndrome

REA: Reanimación

CT: Threshold CYCLE (umbral de ciclos)

RT-PCR: Prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa

SAPSII: Simplified Acute Physiology Score

SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo

SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

SiViES: Sistema para la vigilancia en España

TC: Tomografía computarizada

RT: Radiología de tórax

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

VMI: Ventilación mecánica invasiva

VMNI: Ventilación mecánica no invasiva.

EMA: Agencia Europea del medicamento

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Tras la fase aguda de la enfermedad por COVID-19 se han objetivado síntomas prolongados que afectan negativamente la calidad de vida.

OBJETIVO

Identificar los factores que afectan a la calidad de vida del paciente crítico diagnosticado de COVID-19 al año de alta de una Unidad de Cuidados Intensivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y ambispectivo realizado en la Unidad de Reanimación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia a partir de una muestra (n = 122) pacientes ingresados desde marzo de 2020 a marzo de 2021. Se excluyeron los pacientes fallecidos y los que presentaban disfunción cognitiva. Los datos se recogieron mediante un cuestionario online autoadministrado. Se aplicaron las pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Ji-cuadrado y análisis de regresión logística binaria. Se aceptó un nivel de significación estadística $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

La dimensión "Salud general" inadecuada se explicó con un valor ($R^2 = 0,682$; IC = 95%) por la combinación de mayores estancias en la Unidad de Cuidados Intensivos (OR = 1,06; $p = 0,022$), estigma social (OR = 0,011 $p = 0,028$), ansiedad y mialgias [(OR = 0,620; $p < 0,001$) (OR = 0,182; $p = 0,047$)] junto con alteraciones psiquiátricas y respiratorias [(OR = 0,227; $p = 0,014$) (OR = 0,293; $p = 0,046$)]. El "Rol físico" se vio alterado por la presencia conjunta mialgias alteraciones psiquiátricas, estigma social y depresión [$R^2 = 0,609$; (OR = 0,101; $p = 0,041$) (OR = 0,258; $p = 0,029$) (OR = 0,902; $p = 0,002$) (OR = 0,733; $p = 0,008$)]; el "Bienestar emocional" se afectó por la presencia de mayor gravedad, depresión, mialgias y alteraciones psiquiátricas [$R^2 = 0,550$; (OR = 1,054; $p = 0,033$) (OR = 0,670; $p < 0,001$) (OR = 0,229; $p = 0,044$) (OR = 0,131; $p < 0,001$)].

CONCLUSIONES:

La combinación de secuelas físicas, psicológicas; así como mayor discriminación social y menor apoyo familiar determinaron cambios negativos en la calidad de vida, persistiendo al año del alta.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Complicaciones, Infecciones por coronavirus, Secuelas, Cuidados intensivos

ABSTRACT

BACKGROUND

After the acute phase of the COVID-19 disease, prolonged symptoms that negatively affect the quality of life have been observed.

AIMS

To identify the factors that affect the quality of life of the critically ill patient diagnosed with COVID-19 one year after the discharge from an Intensive Care Unit.

METHODS

Observational, cross-sectional and ambispective study carried out in the Resuscitation Unit of the General University Hospital of Valencia Consortium with a sample (n = 122) patients admitted from March 2020 to March 2021. Deceased patients and those diagnosed with cognitive dysfunction were excluded. Data were collected using a self-administered online questionnaire. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Chi-square tests and binary logistic regression analysis were applied. A level of statistical significance $p \leq 0.05$ was accepted.

RESULTS

The inadequate "General Health" dimension was explained with a value ($R^2 = 0.682$; CI = 95%) by the combination of length Intensive Care Unit stay (OR = 1.06; $p = 0.022$), social esteem (OR = 0.011; $p = 0.028$), anxiety and myalgia [(OR = 0.620; $p < 0.001$) (OR = 0.182; $p = 0.047$)] together with psychiatric and respiratory disorders [(OR = 0.227; $p = 0.014$) (OR = 0.293 ; $p = 0.046$)]. The "Physical Role" got worse by the joint presence of myalgia, psychiatric disorders, social stigma and depression [$R^2 = 0.609$; (OR = 0.101; $p = 0.041$) (OR = 0.258; $p = 0.029$) (OR = 0.902; $p = 0.002$) (OR = 0.733; $p = 0.008$)]; "Emotional well-being" was affected by the presence of greater severity, depression, myalgia, and psychiatric disorders [$R^2 = 0.550$; (OR =

1.054; $p = 0.033$) (OR = 0.670; $p < 0.001$) (OR = 0.229; $p = 0.044$) (OR = 0.131; $p < 0.001$).

CONCLUSIONS

The combination of physical, psychological sequelae; as well as greater social discrimination and less family support determined negative changes in the quality of life, persisting one year after discharge.

KEY WORDS: Complications, Coronavirus infections, Intensive Care Unit, Quality of life, Sequelae.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO | 9 |
| HIPÓTESIS | 33 |
| OBJETIVOS | 33 |
| 3.1 Objetivo general: | 33 |
| 3.2 Objetivos específicos: | 33 |
| METODOLOGÍA | 37 |
| 4.1 Diseño del estudio: | 37 |
| 4.2 Área de Estudio: | 37 |
| 4.3 Población y muestra: | 37 |
| 4.4 Variables: | 38 |
| 4.5 Periodo de estudio y procedimiento. | 39 |
| 4.6 Herramientas de evaluación | 41 |
| 4.7 Análisis estadístico | 42 |
| RESULTADOS | 37 |
| 5.1 Análisis Univariados: | 47 |
| 5.2 Análisis Bivariados: | 73 |
| 5.3 Análisis Multivariados: | 81 |
| DISCUSIÓN | 85 |
| CONCLUSIONES | 95 |
| IMPACTO Y APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA | 99 |

| | |
|--------------------------|------------|
| BIBLOGRAFÍA | 103 |
|--------------------------|------------|

| | |
|---------------------|------------|
| ANEXOS | 123 |
|---------------------|------------|

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. Variantes importantes del SARS-CoV-2 | 10 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Cuadro 2. Signos y síntomas menos frecuentes..... | 12 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Cuadro 3. Signos y síntomas de cuadro clínico grave..... | 13 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Cuadro 4. Principales pruebas diagnósticas SARS-CoV-2 | 20 |
|---|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| Cuadro 5. Vacunas España | 24 |
|--------------------------------|----|

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Descripción de comorbilidades | 50 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Figura 2. Dimensiones de SF36 en función de la situación laboral | 75 |
|--|----|

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra a estudio y diferencias entre primera y segunda ola. | 48 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 2. Variables clínicas a estudio y diferencias entre primera y segunda ola pandémica | 49 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 3. Calidad de vida (SF36 – Dimensión Física). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 51 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 3 bis. Calidad de vida (SF36 – Dimensión Física), Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 52 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 4. Calidad de vida (SF36 – Rol Físico). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 53 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tabla 5. Calidad de vida (SF36 – Rol Emocional). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 54 |
| Tabla 6. Calidad de vida (SF36 – Vitalidad). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas..... | 55 |
| Tabla 7. Calidad de vida (SF36 – Bienestar Emocional). Resultados descriptivos..... | 56 |
| Tabla 8. Calidad de vida (SF36 – Función Social y Dolor). Resultados descriptivos y diferencias | 57 |
| Tabla 9. Calidad de vida (SF36 – Salud General). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas. | 58 |
| Tabla 10. Golberg Ansiedad. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 59 |
| Tabla 11. Golberg Depresión. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas..... | 60 |
| Tabla 12. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas..... | 61 |
| Tabla 12bis. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas | 62 |
| Tabla 12bis2. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas..... | 63 |
| Tabla 13. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas | 64 |
| Tabla 13bis. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas ... | 65 |
| Tabla 13bis2. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas . | 66 |
| Tabla 13bis3. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas . | 67 |

| | |
|---|----|
| Tabla 14. Estigma. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas..... | 69 |
| Tabla 14bis. ESTIGMA. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas | 70 |
| Tabla 14bis2. Estigma. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas | 71 |
| Tabla 15. APGAR. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas | 72 |
| Tabla 16. Dimensiones SF-36. Resultados en función de las variables sociodemográficas | 74 |
| Tabla 17. Dimensión-SF 36. Resultados en función de las variables clínicas | 76 |
| Tabla 18. Dimensión-SF 36. Resultados en función de las secuelas..... | 77 |
| Tabla 19. Dimensión-SF 36. Resultados en función de los trastornos emocionales.. | 78 |
| Tabla 20. Dimensión SF-36. Resultados en función del nivel de dependencia, del apoyo social, de la percepción del estigma y de la percepción sobre el funcionamiento familiar. | 80 |
| Tabla 21. Análisis multivariantes – Regresión logística binaria..... | 82 |

CAPÍTULO 1 - INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa cuyo agente causal proviene de la familia de los coronavirus, puede manifestarse con diversos cuadros clínicos desde un resfriado común sin mayor gravedad hasta otros cuadros más graves como es el caso de las neumonías asociadas al virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

El virus SARS-CoV-2 es el causante de la enfermedad COVID-19, se trata de una cepa particular que no había sido identificada con anterioridad en humanos, por lo que no existía, en un principio, información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología o clínica asociada. Se notificó a finales de diciembre de 2019 desde China (Wuhan) extendiéndose por el resto del continente causando un grave problema de Salud Pública¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a finales de enero del 2020 que el brote estaba causado por un nuevo coronavirus, 2019-nCov, constituyendo una “emergencia de salud pública de importancia internacional”; finalmente, el 12 de marzo la COVID-19, se reconoce y se declara una pandemia².

En cuanto a la situación en España, el 31 de enero del 2020, es diagnosticado el primer caso de COVID 19, concretamente en la isla de La Gomera. No obstante, no es hasta el mes de febrero cuando la expansión del virus provoca la notificación de casos simultáneos en varias comunidades autónomas, llevando al Gobierno Central ha establecer medidas urgentes para controlar la propagación decretándose el estado de alarma y el confinamiento el 14 de marzo; medida necesaria pero que a su vez se acompañó de un escenario de incertidumbre social, laboral y económica³.

El aislamiento, el confinamiento y la cuarentena son tres formas de prevenir la propagación del virus SARS CoV-2, estas medidas de prevención fueron las recomendadas por la OMS. Las recomendaciones de la OMS fueron modificándose y evolucionando según el transcurso de la pandemia. En primera instancia fueron las siguientes⁴:

- Cuarentena. Se relaciona con la exposición o contacto. Se utiliza para referirse a cualquier persona que haya estado en contacto con alguien infectado con SARS-CoV-2, ya sea que la persona infectada tenga o no síntomas.
- Aislamiento. Se relaciona con la enfermedad y representa mantener a una persona alejada de los demás porque ha estado expuesta al virus y está infectada. El aislamiento puede realizarse en una instalación designada, institucionalizando a la persona, o en el hogar. Por norma general, en el caso de COVID-19, deberá permanecer en el centro designado o en su domicilio durante mínimo 10 días. El aislamiento se usa para referirse a las personas que tienen síntomas de COVID-19 o han dado positivo por el virus. Si una persona desarrolla síntomas, debe aislarse durante al menos 10 días, luego otros 3 días si no hay síntomas. Si la persona infectada no muestra ningún síntoma, debe aislarse durante 10 días desde el momento en que da positivo. Existe variación según el ámbito en el que se desarrolle:
 - Ámbito comunitario: los casos manejados desde los centros de atención primaria, el aislamiento durará mínimo 10 días desde el inicio de los síntomas y se mantendrá hasta transcurridos 3 días sin síntomas. En caso de pacientes asintomáticos el aislamiento se mantiene desde la fecha del diagnóstico hasta 10 días después. No será necesaria una prueba diagnóstica negativa para la reincorporación laboral.
 - Ámbito hospitalario: los pacientes que requieran ingreso hospitalario serán aislados durante su estancia. Si debido a su situación clínica reciben el alta hospitalaria, aunque su PCR (Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa) siga siendo positiva deberán mantener un aislamiento domiciliario de 14 días desde el inicio de los síntomas. En el caso de enfermedad grave o pacientes inmunodeprimidos este periodo se alarga 21 días y se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

- Confinamiento. Es una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas anteriores no son suficientes para evitar la propagación de la enfermedad. Incluye una situación en la que se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como el distanciamiento social, uso obligatorio de mascarillas, restricciones en los horarios de viaje, suspensiones de transporte, cierre de fronteras, etc. En definitiva, todos estos conceptos⁵ hacen referencia a medidas de contención para evitar la propagación de una enfermedad infecciosa.

La pandemia de la COVID-19, ha supuesto un gran impacto económico, sanitario y social con importantes repercusiones a nivel mundial. En la gran mayoría de países se decretaron las medidas descritas con anterioridad para garantizar la contención de virus, como confinamientos, cuarentenas en caso de infecciones o contactos estrechos, limitaciones de reuniones públicas y privadas, uso de materiales de protección individual y restricciones de movilidad, lo que provocó el cierre de muchas empresas, la instauración del teletrabajo, la afectación del turismo, las desigualdades entre países y grupos más vulnerables⁶⁻⁷.

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020, y realizó un llamamiento a diferentes científicos e investigadores para desarrollar un diagnóstico y tratamiento adecuado⁸, pero no fue hasta el 22 de octubre del 2020 cuando la Food and Drug Administration (FDA)⁹ aprobó el primer medicamento antiviral Veklury (remdesivir) contra la COVID. Actualmente, científicos de todo el mundo continúan trabajando para encontrar y desarrollar tratamientos contra esta enfermedad.

Por lo tanto, en la etapa inicial de la pandemia, la atención de apoyo óptima incluía proporcionar oxígeno a los pacientes que lo requerían y apoyo respiratorio avanzado, como la ventilación mecánica no invasiva, terapia de oxígeno de alto flujo o ventilación mecánica invasiva a aquellos pacientes con signos y síntomas de insuficiencia respiratoria¹⁰.

En relación con los primeros fármacos utilizados, los resultados del ensayo clínico internacional “Solidaridad” indicaban que los regímenes que contienen remdesivir, hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir e interferón parecían tener poco o ningún efecto sobre la mortalidad o la estancia hospitalaria¹¹.

Todo ello dificultó la implantación de protocolos estandarizados e intervenciones sanitarias por parte de los sistemas de salud. Además, a todo este problema se sumó la diversidad de aspectos sociales, económicos y demográficos, lo cual afectó a la capacidad de los sistemas sanitarios para hacer frente a la situación ya que la evolución de esta pandemia, en términos de incidencia, mortalidad y velocidad de expansión, fue y es heterogénea, con diferencias entre países e incluso entre regiones del mismo país. Esto ha requerido comprender los elementos que caracterizan su comportamiento para ofrecer una adecuada atención médica a las personas afectadas¹².

A nivel sanitario y socio sanitario en casi la totalidad de los centros sobre todo en la fase más crítica de la pandemia, se reorganizaron los servicios para atender casi en exclusiva a pacientes con COVID-19. Este cambio en la forma de organización de los centros representó una exposición intensa y prolongada a distintos factores de riesgo, tanto clínicos como psicosociales, entre los que destacó un gran aumento en las cargas y ritmo de trabajo a nivel clínico. Además de enfrentarse al manejo de una enfermedad desconocida, hubo que afrontar exigencias cognitivas y emocionales de forma continuada¹³.

En la misma línea desde que se declaró la pandemia, se han publicado diferentes estudios que señalan la sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burnout* en la población de profesionales sanitarios de diferentes países, con presencia de síntomas más frecuentes e intensos entre el personal de primera línea, así como entre las mujeres y la categoría de enfermería¹⁴⁻¹⁵.

Otro aspecto importante que ha supuesto la COVID-19 en diferentes partes del mundo es que la vulnerabilidad y la desigualdad social se hicieron aún más

patentes en esta crisis mundial; siendo, una vez más, los grupos desfavorecidos los más afectados. El coronavirus ha expuesto crudamente las brechas que existen entre países desarrollados y subdesarrollados. Cerca de 100 millones de personas han sufrido una pobreza extrema por no poder pagar una atención médica adecuada. Actualmente más de la mitad de la población mundial carece de servicios sanitarios esenciales y tiene poca o ninguna protección social. Según los datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en los países más vulnerables, hay siete camas; 2,5 médicos y seis enfermeros por cada 10.000 habitantes, en cambio los países desarrollados tienen 55 camas hospitalarias, más de 30 médicos y 81 enfermeros por los mismos habitantes¹⁶.

Es importante señalar otro aspecto que divide aún más las diferencias entre países como por ejemplo la brecha digital. El acceso a la tecnología digital resultó y resulta una herramienta clave en los confinamientos y aislamientos, pero muchos países carecen de una conexión fiable a Internet de banda ancha lo que limita la capacidad para teletrabajar, continuar con su educación o sociabilizar con sus seres queridos¹⁷.

En relación con la situación epidemiológica en España, a fecha de 30 de junio de 2023, se elaboró un informe realizado con los datos individualizados notificados por las Comunidades Autónomas (CCAA) a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (al sistema SiViEs). El informe incluye los casos confirmados con una prueba diagnóstica positiva de infección activa, tal y como se establece en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. En España hasta el momento se han notificado un total de 13.914.811 casos confirmados de COVID-19 y 121.760 fallecidos¹⁸.

Desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, se han confirmado más de 700 millones de casos en todo el mundo, y hasta la fecha se han descrito seis fases u 'olas' en nuestro país. El conocimiento existente sobre COVID-19 ha crecido y evolucionado a un ritmo rápido desde su inicio, por lo que toda la información que se analiza está en continuo desarrollo¹⁹.

Para finalizar esta introducción que, de forma muy concreta, resume los ya más de tres años pandemia procede seguir adelante y estudiar cómo se encuentran los pacientes que afrontaron la enfermedad en su contexto más grave y tuvieron que ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) lo que conlleva como hemos podido observar, grandes repercusiones biológicas, psicológicas y sociales.

CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se centra más detenidamente en la descripción de virus, detección, tratamiento, sintomatología derivada de la COVID-19, sus consecuencias a corto, medio y largo plazo y su relación con la calidad de vida de las personas que han sufrido la enfermedad.

Virología:

Los coronavirus son agentes víricos con una alta diversidad genética y la capacidad de recombinarse, lo que permite la aparición de nuevos agentes. Se dividen en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Después de ser examinado se comprobó que el SARS-CoV-2 pertenece al coronavirus del género betacoronavirus. Teniendo en cuenta la estructura del coronavirus, estos son esféricos con envoltura y contienen RNA monocatenario de polaridad positiva. El genoma del virus SARS-CoV-2 codifica cinco proteínas estructurales:

- Proteína S (spike protein)
- Proteína E (envelope)
- Proteína M (membrane)
- Proteína N (nucleocapsid)
- Hemaglutinina-esterasa (HE)

La unión de proteínas S da lugar a estructuras que sobresalen de la envuelta del virus. Cuando el virus es observado a nivel del microscopio se pueden ver estas estructuras parecidas a la forma de una corona y por esta similitud recibe el nombre de coronavirus²⁰.

En los últimos meses, han surgido muchas variantes diferentes del SARS-CoV-2. Las principales variantes se resumen en el cuadro 1 cuya información ha sido extraída del artículo²¹ publicado por Merchen et al.

Cuadro 1. Variantes importantes del SARS-CoV-2

| Nombre (OMS) | Linaje | Lugar de detección | Características |
|----------------|---------------------|--------------------|--|
| Alpha | B.1.1.7 | Reino Unido | Transmisión aumentada un 50%-70% Potencial aumento de la gravedad RNA detectable durante más tiempo |
| Beta | B.1.135 | Sudáfrica | Transmisión aumentada un 50% |
| Gamma | P.1 | Japón/Brasil | Potencial aumento de la transmisión |
| Delta | B.1.617.2 | India | Transmisión aumentada comparado con Alpha Potencial aumento de la gravedad Potencial reducción de la efectividad de las vacunas a la enfermedad sintomática (sin impacto sobre la efectividad a la enfermedad grave) |
| Épsilon | B.1.427, B.1.429 | California | Transmisión aumentada un 20% |
| Ómicrom | B.1.1.529 | Botswana/Sudáfrica | Aparentemente mayor replicación que delta Aparente menor riesgo de enfermedad severa Reducción de la actividad de algunos anticuerpos monoclonales |

Nota: Menchén DA, Vázquez JB, Allende JMB, García GH. Neumonía vírica. Neumonía en la COVID-19 [Viral pneumonia. COVID-19 pneumonia]. *Medicine (Madr)*. 2022 May;13(55):3224-3234. Spanish. doi: 10.1016/j.med.2022.05.003. Epub 2022 May 12. PMID: 35582693; PMCID: PMC9097969.

Mecanismo de transmisión:

La transmisión de SARS-CoV-2 se produce por vía aérea mediante 3 mecanismos²²:

1. Por gotas de Flügge que se trata de secreciones mayores de $\geq 5 \mu\text{m}$ que se transmiten de persona a persona al estornudar, toser o hablar si la distancia es menos de 2 metros. Es el mecanismo que mayor transmisión genera.
2. Por aerosoles de Well que son las gotas expulsadas menores de $\leq 5 \mu\text{m}$ que permanecen en suspensión en el ambiente.
3. Por contacto tras quedar las secreciones en fómites, donde el virus puede sobrevivir varios días dependiendo de las condiciones físicas y ambientales.

Historia natural de la enfermedad:

El periodo de incubación es el tiempo que existe entre la exposición al virus y el inicio de los primeros signos o síntomas; durante este periodo los pacientes pueden ser infectocontagiosos. La literatura indica²³ que el periodo de incubación más aceptado oscila entre los 4 y los 5 días.

Las características clínicas varían en función de la persona y de los factores de riesgo asociados, así como de otros aspectos multicausales. Estas características clínicas²⁴ se dividen entre varios grupos:

1. Asintomática: RT-PCR positivo, sin sintomatología descrita por el paciente ni signos clínicos mediante pruebas de imagen.
2. Leve: sin cambios imagenológicos y RT-PCR positivo, pero con sintomatología leve que incluye la triada de tos, fiebre y malestar general.
3. Moderada: pacientes que presentan signos y síntomas de neumonía, cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.

4. Severa: signos y síntomas respiratorios graves como disnea en reposo, frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min y saturación de oxígeno $\leq 93\%$ o PaFi ≤ 300 mmHg. Imágenes de tórax que progresan $> 50\%$ en un periodo de tiempo entre 24 – 48 horas y RT-PCR positivo.

5. Crítica: paciente que dada la rápida progresión de la enfermedad requiere ingreso en UCI por Insuficiencia respiratoria, necesidad de ventilación mecánica, shock o fallo multiorgánico y RT-PCR positivo.

Sintomatología:

Los principales signos y síntomas que provocan la enfermedad reportados por la OMS²⁵ son: Fiebre, tos seca y malestar general. Otros signos y síntomas considerados menos frecuentes y que pueden afectar a algunos pacientes se presentan en el cuadro 2

Cuadro 2. Signos y síntomas menos frecuentes

- Anosmia (pérdida del olfato) y ageusia (pérdida del gusto)
- Rinorrea (Congestión nasal)
- Conjuntivitis (inflamación ocular)
- Faringitis (Dolor de garganta)
- Cefalea (Dolor de cabeza)
- Dolores musculares o articulares
- Diferentes tipos de erupciones cutáneas
- Náuseas o emesis (vómitos)
- Diarrea (aumento en la frecuencia de las deposiciones más de tres al día acompañada de una disminución de la consistencia de éstas)
- Escalofríos o vértigo

Nota: Elaboración propia

Entre los signos y síntomas de un cuadro clínico grave de la COVID-19, los que precisarían necesariamente atención médica se incluyen los descritos en el cuadro 3.

Cuadro 3. Signos y síntomas cuadro clínico grave

- Anorexia (Pérdida de apetito)
- Confusión
- Dolor u opresión torácica
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Fiebre mantenida (por encima de los 38° C)

Otros síntomas menos comunes:

- Irritabilidad
- Disminución de conciencia (a veces asociada a convulsiones)
- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, estado delirante y lesiones neurales.

Nota: Elaboración propia

De los pacientes que muestran síntomas, la mayoría (alrededor del 80%) se recupera sin atención hospitalaria. Alrededor del 15% enferma gravemente y requiere oxígeno, y el 5% está gravemente enfermo y requiere cuidados intensivos. Las complicaciones que pueden conducir a la muerte incluyen insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis, shock séptico, tromboembolismo y/o insuficiencia orgánica múltiple, incluido el daño al corazón, el hígado y los riñones. En raras ocasiones, los niños desarrollan un síndrome inflamatorio agudo unas semanas después de la infección.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) tras realizar un estudio multicéntrico observacional concluye que la neumonía causada por el virus SARS-CoV-2 provoca más mortalidad hospitalaria, en concreto un 10,8%, que la neumonía bacteriémica neumocócica adquirida en la comunidad (NB-NAC), cifrada en un 6,8%; tras analizar las diferencias en la presentación clínica y evolución de más de 2.000 pacientes hospitalizados por un tipo u otro de neumonía²⁶.

Cabe destacar que, las personas mayores de 60 años que tienen afecciones médicas subyacentes, como presión arterial alta, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Sin embargo, se han descrito casos de personas de cualquier edad que han enfermado con el virus COVID-19 y que incluso han fallecido. Por ello se están realizando investigaciones sobre diferentes variantes genéticas²⁷ y otros factores multicausales.

Patogenicidad

Se define patogenicidad según la OMS, como la capacidad de un agente infeccioso de causar la enfermedad en un susceptible huésped. Respecto a este concepto y relacionándolo con el coronavirus, este accede por las vías aéreas superiores con o sin sintomatología y se deposita en los pulmones a través del árbol

bronquial donde puede infectar el epitelio y los neumocitos como también diseminarse a otros órganos del cuerpo humano dependiendo del huésped.

Su principal receptor es la Enzima Convertidora de Angiotensina II (ECA2) pero el virus también se une con otros receptores como son las lectinas de tipo C DC-SIGN y LSIGN y el receptor DPP4. Se encuentra en varios tipos de células como las bronquiales no ciliadas, las epiteliales de vías respiratorias altas, en los alveolos y en los vasos sanguíneos. Estos tipos de receptores también se hallan en el miocardio, riñones, hígado y sistema nervioso central; así como, el receptor DPP4 que se encuentra en el intestino delgado, hígado, páncreas, células epiteliales del riñón y próstata.

La liberación de citoquinas y quimio-citoquinas se produce durante la fase aguda de la enfermedad y da lugar al efecto patogénico. Todos estos productos químicos que se liberan en esta fase dan lugar a la “tormenta de citoquinas” lo que provoca una hiperreacción del sistema inmunitario con respuestas inflamatorias indeseables que pueden producir trastornos de la coagulación y fallos multiorgánicos en los casos más graves²⁸.

Diagnóstico:

Existen diferentes métodos y técnicas para establecer un diagnóstico más certero sobre esta afectación. Una vez identificados los signos y síntomas, si están presentes, se pueden utilizar diferentes pruebas para identificar el SARS-CoV-2 y la Covid-19 que a continuación se describen²⁹⁻³⁰.

Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real

La presente prueba identifica la existencia de ARN del SARS-CoV-2 en las muestras biológicas y es la prueba más fiable para la detección del virus. Las muestras extraídas del aparato respiratorio inferior son más invasivas y, el peligro de contagio del personal que realiza la obtención de la muestra es mayor. No obstante, proporcionan un mejor nivel de rendimiento diagnóstico que las muestras obtenidas del tracto superior.

Hisopos orofaríngeos/nasofaríngeos

Este tipo de muestras son las más utilizadas para la detección y diagnóstico del virus, deben realizarse por personal cualificado mediante la utilización de equipos de protección individual (EPI), dando las instrucciones adecuadas al paciente y un correcto traslado y etiquetado al laboratorio de referencia. Es necesario que este tipo de pruebas se realice por personal entrenado ya que una muestra insuficiente puede dar lugar a un falso negativo y aunque la especificidad de la prueba sea muy alta su sensibilidad varía en función del momento infeccioso en el que se realice la toma.

Espuito

Aunque la obtención de muestra mediante el esputo del paciente ha demostrado tener una mayor carga viral, son más difíciles de obtener y existe un mayor riesgo de contagio; por lo tanto, se recomienda que la toma de muestra se realice con hisopos.

Muestras salivales

Este medio de obtención presenta varias ventajas, como por ejemplo que es menos invasiva se puede realizar de forma autónoma, existe menos riesgo de contagio y es útil en pacientes con trastornos de la coagulación ya que no se producen hemorragias. No obstante, la sensibilidad es más baja que las muestras obtenidas de muestras nasofaríngeas.

Aspirado traqueobronquial

La muestra se obtiene en los pacientes que precisan ventilación mecánica en Unidades de Cuidados Críticos, se obtiene carga viral alta pero el riesgo de contagio es importante para el personal sanitario.

Hisopos rectales y muestras fecales

Son técnicas menos empleadas pero que suponen una alternativa diagnóstica, sobre todo en fases iniciales de infección, cuando la carga viral en muestras nasofaríngeas es menor

Detección rápida de antígenos

Las pruebas de antígenos han supuesto una revolución desde que empezaron a comercializarse para la detección del virus ya que los resultados de la RT-PCR son más tardíos, como norma general tardan unas 24-48h, además de que se deben ser tomados y procesados en un laboratorio mediante personal sanitario cualificado. La detección de antígenos ha resultado una técnica alternativa eficaz, es más rápida y presenta menores costes. Las pruebas de antígenos se desarrollan mediante inmunocromatografía de difusión (*lateral-flow*) y muestran resultados en 15-30min además de poder ser realizados en el domicilio.

Por otro lado, presentan una limitación importante en el caso de individuos asintomáticos ya que la sensibilidad es bastante más reducida, aproximadamente un 50%, por lo que son comunes los resultados de falsos negativos. No obstante, en individuos con síntomas la sensibilidad es mayor (98,2%). En ambos casos la especificidad es muy elevada (99,5%).

Inmunidad medida por anticuerpos

Mediante una extracción sanguínea es posible detectar la presencia de anticuerpos (IgM, IgG y IgA) pero estos no se producen de forma inmediata y el tipo de anticuerpos IgG e IgM que se generan por el SARS-CoV-2 no son detectables durante los 3 primeros días de infección.

Los anticuerpos IgM específicos del SARS-CoV-2 pueden ser detectados al cuarto día de la infección y mantenerse positivos hasta 20 días después aproximadamente. En cambio, los IgG persisten elevados varios meses dependiendo del paciente; aunque tardan más en aparecer y por tanto en ser

detectables. La sensibilidad es variable según el tiempo, entre los 8 y 14 días 72,2% y 100% entre los 15 y 39 días. Su especificidad es alta del 98,7%.

Por otro lado, es importante conocer que los anticuerpos humanos son más estables que el ARN viral, por lo que las muestras serológicas son más resistentes a la recolección, transporte, almacenaje y análisis que las muestras obtenidas mediante RT-PCR.

Inmunidad celular

En la actualidad no se utilizan de forma rutinaria estas pruebas diagnósticas basadas en la respuesta celular para detectar el SARS-CoV-2, pero se ha demostrado en algunos pacientes que pueden presentar una respuesta inmunitaria celular (linfocitos T CD4 y CD8) con o sin respuesta medida por anticuerpos. Pese a tratarse de una prueba que no se utilice de forma estandarizada su conocimiento puede servir de ayuda para la fabricación de vacunas potenciales.

Técnicas diagnósticas complementarias

Existen varias pruebas complementarias que ayudan a establecer un diagnóstico más certero de COVID-19. Las más empleadas son las pruebas de imagen y marcadores bioquímicos.

Pruebas de imagen

Las pruebas de imagen por sí mismas no pueden establecer un diagnóstico de COVID-19, pero al tratarse de una patología principalmente respiratoria son de gran ayuda para apoyar el diagnóstico, la gravedad, el tratamiento y la respuesta terapéutica.

Radiografía simple de tórax

Se utiliza principalmente para observar la presencia de neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19). La presencia de neumonía proyecta imágenes radiológicas que incluyen opacidades irregulares, parcheadas, nebulosas, reticulares y en vidrio

esmerilado bilaterales; no obstante, la radiografía de tórax (RT) puede ser normal en paciente con RT-PCR positiva.

Por norma general la RT suele mejorar a los 15 días de evolución y con mejoría de los síntomas, aunque en la gran mayoría de los pacientes continúa presentado alteraciones a los 28 días.

Tomografía computarizada del tórax

En pacientes con COVID-19, las imágenes de tomografía computarizada (TC) dependen de la etapa infecciosa y son variadas. Otro aspecto importante es que el transporte del paciente a las salas de TC supone mayor riesgo de contagio, además de inestabilidad en el caso de pacientes críticos, por lo tanto, la RT portátil es una buena alternativa.

Ecografía pulmonar

Esta técnica es muy útil en pacientes con enfermedad, sospecha y seguimiento de COVID-19 y debe realizarse siempre por personal entrenado. Se trata de una técnica segura que no irradia, de bajo coste y que ofrece una perspectiva del parénquima pulmonar.

La ecografía pulmonar depende de la fase evolutiva de la enfermedad, las comorbilidades y la gravedad. Generalmente en los pacientes con COVID-19, se observa afectación intersticial y consolidación alveolar sobre todo en pacientes con mayor gravedad. También es de utilidad en la presencia del síndrome de distrés respiratorio (SDRA), para comprobar la evolución de la enfermedad, el tratamiento, las maniobras de reclutamiento alveolar, la respuesta a la posición de decúbito prono y el destete en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Marcadores bioquímicos

Las alteraciones bioquímicas que se producen en los pacientes con COVID-19 pueden servir de valor pronóstico, por ejemplo:

- Aumento de AST, LDH, creatinina y glucemia son valores de mortalidad intrahospitalaria
- Aumento de dímero D informan de la posibilidad de eventos trombóticos
- Aumento de troponinas relacionado con infarto agudo de miocardio, miocarditis, insuficiencia cardiaca, arritmias y muerte súbita.
- Biomarcadores inflamatorios como IL-6, proteína C reactiva, recuento de linfocitos y niveles de fibrinógeno se relaciona con necesidad de ventilación mecánica en paciente con COVID-19

A continuación, se presenta un resumen (cuadro 4) de las diferentes pruebas para la detección del SARV-CoV-2³¹.

Cuadro 4. Principales pruebas diagnósticas SARS-CoV-2

| | RT-PCR (Exudado Nasofaríngeo /orofaríngeo) | RT- PCR (Saliva) | RT-PCR en exudado nasofaríngeo (Multiplex) | Test de antígenos de última generación (exudado nasofaríngeo) | Test de determinación de anticuerpos |
|--|---|--------------------------|---|--|--|
| Sensibilidad | 85-90% (Gold standard) | Muy variable (5-91%)" | Similar al gold standard | Sintomáticos: >95% Asintomáticos: (escasa evidencia) | Tiempo desde inicio de síntomas • 1-5 d: <50% • 6-10d: 50-75% • 10-20d: >75% • >20 d: >90% |
| Especificidad | 99,5% (Gold Standard) | Similar al gold standard | Similar al gold standard | 95-99% | 90- 99% |
| Toma de muestra por profesional | SI | NO | SI | SI | SI: Venopunción No: Sangre capilar |

| | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|-------|----------|
| Hisopo | SI | NO | SI | SI | NO |
| Tiempo de respuesta | 1-6h | 2-6h | 2-6h | 15min | 15min-3h |

Nota: García F, Melón S, Navarro D, Paño JR, Galán JC. Documento SEIMC COVID-19. Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización. SEIMC [Sede web] 2020 oct [citado 2022 may 3] Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-COVID19-OrganizacionDiagnostico.pdf>

Tratamiento:

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos EE. UU (FDA) ha aprobado dos opciones de tratamientos para hacer frente a la enfermedad por coronavirus, además autorizó otros para su uso de emergencias durante esta pandemia³².

Los dos tratamientos disponibles y, aprobados por la FDA son:

-Veklury (Remdesivir): Es un fármaco antiviral que se administra por vía intravenosa (IV) en pacientes adultos y pediátricos (más de 3kg) que se encuentren hospitalizados o no y presenten la enfermedad de forma leve o moderada, pudiendo prevenir la progresión de COVID grave incluida la hospitalización y la muerte.

- Olumiant (baricitinib) está aprobado en adultos ingresados a nivel hospitalario que requieran oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva o no invasiva; o bien oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Sin embargo, los autores de los estudios publicados hasta la fecha³³ sobre la efectividad de los tratamientos farmacológicos utilizados para tratar la enfermedad por Coronavirus concluyen que los resultados no son contundentes y que aún no es posible afirmar que se dispongan de tratamientos específicos para luchar contra la COVID-19.

Dependiendo del grado de severidad de la enfermedad se emplean diferentes alternativas terapéuticas disponibles³⁴ para tratar cuadros similares a los producidos por el SARS-CoV-2:

- Pacientes ambulatorios con sintomatología leve: abundante hidratación y en el caso de febrícula o fiebre uso preferente de paracetamol 500-1000mg sin superar los 4G diarios.
- Pacientes hospitalizados sin insuficiencia respiratoria: tratamiento sintomático, estimular la deambulacion precoz y heparina de bajo peso molecular (HBPM) de forma profiláctica.
- Pacientes con insuficiencia respiratoria leve o moderada: tratamiento sintomático, oxigenoterapia con gafas nasales de bajo flujo o ventimask, profilaxis antitrombótica, broncodilatadores si existe broncoespasmo, remdesivir y corticoides que tras el estudio RECOVERY³⁵ supuso la confirmación de la reducción de la mortalidad en este tipo de pacientes.
- Pacientes con insuficiencia respiratoria grave: los citados en la insuficiencia respiratoria leve excluyendo el remdesivir, oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica invasiva y decúbito prono³⁶ si se cumplen los criterios.

Vacunas

Las vacunas son compuestos biológicos que contienen virus, bacterias o partes de esta para evitar la gravedad de una determinada enfermedad. Se clasifican en vacunas atenuadas cuando el microorganismo que se inocula está vivo y es capaz de estimular la respuesta inmunitaria de la persona y replicarse, por lo tanto, se llaman atenuadas por que el microorganismo vivo ha sido atenuado para evitar que se produzca la enfermedad, por otro lado se denominan vacunas inactivas cuando los virus o las bacterias se someten a procesos para inactivarlos (calor, formaldehído o formalina), no obstante, el organismo si es capaz de estimular la respuesta inmunitaria, pero esta es más débil y generalmente se requiere más dosis de vacuna o la presencia de adyuvantes para mejorar la respuesta³⁷. Generalmente se

administran de forma inyectable (vía de administración intramuscular en músculo deltoides). Cuando se administra una vacuna se genera una inmunidad activa adquirida de forma artificial, es decir las vacunas, estimulan la producción de anticuerpos contra una enfermedad y por tanto crean una memoria inmunológica³⁸.

Para que una vacuna llegue de forma segura a comercializarse debe ser sometida a un proceso de seguridad que incluye un ensayo clínico en varias fases:

- Fase Preclínica: se realizan estudios invitro en un laboratorio con animales vivos, principalmente se espera obtener toxicología y la respuesta inmune que genera.
- Fase I: comienza el ensayo clínico con personas voluntarias, se comprueba la seguridad del fármaco.
- Fase II: se busca la dosis y el intervalo adecuado, además de comprobar si es fármaco es útil.
- Fase III: se verifica exhaustivamente la eficacia y seguridad.
- Fase IV: es la fase de seguimiento del fármaco y sus consecuencias a largo plazo una vez este ha sido comercializado.

El tiempo medio de desarrollo de una vacuna es un proceso largo de unos 4 – 7 años aproximadamente, en el caso de la enfermedad de COVID-19 este proceso se ha acelerado de forma abismal³⁹.

Científicos de todo el mundo aunaron sus esfuerzos para lograr frenar el transcurso de la pandemia y producir la mejor vacuna posible en esta situación sin precedentes. La primera vacuna contra la COVID-19 supuso una revolución y se consiguió tras la movilización de recursos para conseguir financiación como nunca se había logrado. También en base a la experiencia los científicos que desarrollan vacunas solaparon las fases de los ensayos clínicos sin olvidar la seguridad y evaluando los datos conforme se fueron generando para así obtener en el menos tiempo posible la vacuna⁴⁰ contra la COVID-19.

La primera vacuna en comercializarse⁴¹ fue la autorizada por la EMA (Agencia Europea del medicamento) con fecha del 21-12-2020 desarrollada por

BioNTech y Pfizer. En la Unión Europea la distribución comenzó el día 26-12-2020, concretamente en España, se inocularon la primera dosis dos días después, priorizando la vacunación por grupos de riesgo⁴².

Durante los meses posteriores se fueron autorizando diversas vacunas de diferentes laboratorios para vacunar de forma masiva a la población. Actualmente en España se dispone de las siguientes vacunas⁴³ contra la COVID-19, ver cuadro 5:

Cuadro 5. Vacunas España

COMPAÑÍA/TIPO DE VACUNA ESTADO DE DESARROLLO DOSIS POR PERSONA

| | | |
|---|---|---------|
| Pfizer/BioNTech <u>ARNm</u> | Autorizada por EMA | 2 dosis |
| Moderna <u>ARNm</u> | Autorizada por EMA | 2 dosis |
| AstraZeneca <u>Vector adenovirus</u> | <u>Autorizada por EMA</u> | 2 dosis |
| Janssen <u>Vector adenovirus</u> | Autorizada por EMA | 1 dosis |
| Novavax <u>Proteína S</u> | <u>Autorizada por EMA</u> | 2 dosis |

Nota: Gobierno de España. Estrategias de vacunación 5 de agosto del 2022. <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/que-vacunas-tendremos-disponibles-en-espana>

A nivel mundial se ha vacunado el 70,5% de la población con al menos una dosis contra el COVID-19. Las dosis administradas actualmente a nivel mundial han sido 13.510. Solo el 32,6% de las personas en países de bajos ingresos han recibido al menos una dosis. En el caso de España, se han administrado 105 millones de dosis, la pauta de vacunación completa se ha inculcado a 40,7 millones de españoles resultado un porcentaje del 86% de la población⁴⁴.

La pandemia de la COVID-19 continúa siendo un problema de salud a nivel mundial por lo que es necesario seguir trabajando en el desarrollo y producción de vacunas para su control, teniendo en cuenta la seguridad como aspecto clave. En cuanto a los efectos adversos de las vacunas identificados en los diferentes ensayos clínicos fueron leves o moderados, según las especificaciones de las entidades regulatorias por lo tanto se demuestra una adecuada seguridad en adultos mayores de 18 años. También en el rango de edad de 12 a 18 años la evidencia de estudios sugiere que las vacunas basadas en ARNm contra SARS-CoV-2 son seguras en esta franja de edad. En la población pediátrica existen pocos estudios acerca de la seguridad en niños por lo tanto es necesario una vigilancia más exhaustiva en este grupo de edad⁴⁵.

Calidad de vida y COVID-19

Existen muchas definiciones al respecto, y se ha intentado distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pero en la mayoría de los casos estos términos se utilizan indistintamente para referirse a la salud⁴⁶.

Se puede definir Calidad de Vida Relacionada con la Salud, a la que se refiere especialmente a la salud de la persona y que es utilizada en la evaluación clínica y en la toma de decisiones terapéuticas. Esta definición nació en Estados Unidos hace aproximadamente 30 años y cabe destacar que esta surgió gracias a la reivindicación de los derechos de los pacientes sobre los servicios sanitarios y también a los avances en psicometría de la función física y del bienestar psicológico.

Todo ello impulso el nacimiento de la moderna investigación clínica de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

La CVRS presenta dos líneas de investigación principales, por un lado, el estado funcional de la persona y por otro el bienestar psicológico de la salud mental. Es importante señalar que la literatura apoya que el concepto de CVRS debe de ser multidimensional⁴⁷ y debe de tener en cuenta las tres dimensiones; físicas, emocionales y sociales. Por lo tanto, la dimensión social de calidad de vida ha sido el último aspecto por incluir en esta definición a pesar de su notable importancia.

En esta línea si estudiamos la CVRS de un paciente tras sufrir una enfermedad en este caso la COVID-19 tenemos que diferenciar los términos de secuelas y comorbilidades previas ya que ambas pueden alterar la calidad de vida de los pacientes. El término “secuelas” responde a trastornos o lesiones que persisten tras la curación de una enfermedad y que son consecuencia de esta. Por otro lado, las “comorbilidades” también llamadas morbilidades asociadas, se definen como la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona⁴⁸.

Al inicio de la pandemia, la rápida progresión de la enfermedad y la carencia de estudios de investigación en relación con la aparición, comportamiento y tratamiento del SARS Cov-2 aumentaron la incertidumbre sobre el manejo y control de la enfermedad, así como de las secuelas a corto, medio y largo plazo. Al tratarse de una patología multiorgánica y con una fisiopatología compleja que alterna afectaciones directas del virus a nivel respiratorio, un síndrome inflamatorio multisistémico, alteraciones de la inmunidad, síntomas neuropsicológicos y complicaciones tromboticas puede, en algunos casos, afectar notablemente la calidad de vida de los pacientes que continúan describiendo secuelas pasado el tiempo⁴⁹⁻⁵⁰.

El Ministerio de Sanidad en su actualización, el pasado 15 de enero, del documento de información científica-técnica de la enfermedad de coronavirus, incluye por primera vez un apartado dedicado al COVID-19 persistente o 'Long Covid'⁵¹. Aunque como indica la literatura el síndrome post-COVID (PPCS) debe

definirse ya que comparte antecedentes y factores de riesgo con patologías de carácter crónico⁵².

En cuanto a la duración de la sintomatología y posibles secuelas derivadas de la enfermedad, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y los colectivos autonómicos de COVID-19 Persistente (Long Covid ACTS) elaboraron una encuesta online entre junio y octubre de 2020 con un total de 1.834 participantes. Estas primeras conclusiones afirman que la sintomatología tras sufrir la enfermedad puede persistir de media unos 6,2 meses⁵³.

En la misma línea, estas dos sociedades elaboraron en mayo de 2021 la primera versión de la “Guía clínica para la atención al paciente long covid/covid persistente” donde recalcan que se calcula que el 10-15% de los pacientes no se recuperan completamente tras pasar la fase aguda de la enfermedad, desarrollando síntomas persistentes⁵⁴. Esta situación no fue abordada durante los primeros meses de pandemia, no obstante, con el transcurso de la enfermedad se vio la necesidad de comenzar a actuar sobre esta problemática y desde la comunidad científica, se han creado unidades que tratan de forma multidisciplinar las secuelas derivadas de la Covid-19.

Dada la rápida propagación y la alta tasa de mortalidad de COVID-19, es absolutamente necesario evaluar los posibles factores de riesgo que afectan a la progresión de la enfermedad en pacientes con COVID-19. Estudios anteriores muestran que los pacientes con COVID-19 y comorbilidad asociada pueden presentar un mal pronóstico⁵⁵. Identificar los grupos de riesgo más importantes es fundamental a la hora de tomar decisiones sobre la terapia anti-2019-nCoV⁵⁶.

A pesar de que la mayor parte de la atención se ha centrado en las complicaciones pulmonares y cardiovasculares, los profesionales sanitarios deben estar al tanto de las complicaciones neurológicas, que pueden presentarse sutilmente y aumentar sustancialmente la morbilidad y la mortalidad⁵⁷.

Como se ha comentado, SARS-CoV-2 es un coronavirus emergente altamente transmisible que causa una alta mortalidad en la población envejecida.

Este tipo de población es heterogénea pero la mayoría presenta comorbilidades. Estas comorbilidades (p. Ej., Hipertensión, enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes) se correlacionan con las complicaciones graves del COVID-19⁵⁸. Diversos estudios publicados hasta la fecha establecen ciertos factores de riesgo y predictores de mortalidad del SARS-CoV-2, no obstante, todos concluyen en que son necesarios estudios a gran escala para poder extrapolar los resultados⁵⁹⁻⁶⁰.

Cabe destacar el esfuerzo económico que se está desarrollando tanto para gestionar los datos relacionados con la COVID-19 como para estudiar el comportamiento del este coronavirus. Por tanto, resulta también oportuno profundizar sobre el concepto de calidad de vida en pacientes diagnosticados de COVID-19, especialmente los que desarrollaron la forma más grave de la enfermedad y precisaron ser ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁶¹.

Dado que los datos de la presente tesis pertenecen a pacientes que fueron ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos resulta interesante estudiar cómo ha sido afectada su calidad de vida tras sufrir la enfermedad. Cabe resaltar que las UCIs son departamentos de un hospital o centro médico donde se atiende a pacientes complejos con problemas de salud potencialmente mortales; pero con posibilidad de recuperación. Estos pacientes necesitan una vigilancia, monitorización, tratamiento y cuidados constantes; así como, soporte mediante aparataje complejo y capaz de sustituir funciones vitales⁶². Los equipos más usados en UCI incluyen monitores cardíacos, ventilación mecánica, terapia de sustitución renal y hepática; citando en especial la terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) como técnica de rescate para aquellos pacientes que presentan insuficiencia respiratoria grave.

La ECMO es una terapia que sustituye la función pulmonar de intercambio gaseoso en el caso de ECMO venovenoso o función cardíaca en ECMO venoarterial. En los últimos 10 años y debido a los avances tecnológicos el uso de esta terapia ha aumentado de forma notoria en todos los países. En el trascurso de la pandemia, sobre todo los pacientes críticos con insuficiencia respiratoria aguda se han visto

beneficiados de la terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea venovenosa; no obstante, en los países con recursos más limitados, los resultados siguen siendo inciertos⁶³.

Relacionando el uso de la terapia de oxigenación por membrana extracorpórea y la enfermedad por Covid-19, su indicación pasa por varias etapas según el desarrollo de la pandemia. Inicialmente debido a la incertidumbre sobre el manejo inicial de la enfermedad, surgieron varias hipótesis sobre la naturaleza de esta en comparación al SDRA donde la utilización del ECMO ya estaba establecida en numerosos hospitales. Las recomendaciones de las principales sociedades científicas apoyaron que se siguiera el mismo algoritmo que el utilizado para el SDRA y esta terapia se está utilizando en los pacientes Covid-19 positivos que cumplen los criterios médicos establecidos y son atendidos en centros donde poseen los recursos necesarios⁶⁴.

Otra de las terapias más utilizadas en los pacientes críticos en general y afectados por Covid-19 es la terapia de sustitución renal cuando existe infección severa, ya que esta puede producir complicaciones sistémicas. Actualmente se desconoce con exactitud la etiología del fracaso renal agudo en la enfermedad por Covid-19 pero parece ser que es debido a un mecanismo de necrosis tubular aguda isquémica desarrollando una lesión renal mediada por una tormenta de citoquinas, hipercoagulación y microangiopatías. Por lo tanto, las terapias de sustitución renal suponen una alternativa para retirar del torrente sanguíneo las citoquinas que causan el daño tisular⁶⁵.

Este tipo de tratamiento se utiliza en los pacientes críticos con evidencia de afectación renal aumentando así sus posibilidades de supervivencia. Es necesario tener en consideración el esfuerzo técnico, así como las habilidades del personal multidisciplinar para garantizar la seguridad y eficacia de la terapia de sustitución extrarrenal. La selección de los pacientes para las terapias extracorpóreas ha de ser cuidadosa ya que las comorbilidades y la edad influyen según la literatura y la práctica clínica⁶⁶ en los resultados de los pacientes críticos con Covid-19.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) presentó el 4 de febrero de 2021 un estudio nacional⁶⁷ con 2.022 pacientes e investigadores de 76 hospitales de España estableciendo un perfil típico de paciente crítico diagnosticado de Covid-19. El perfil predominante es el de varón de 64 años con factores de riesgo como hipertensión arterial u obesidad, necesitado de ventilación mecánica y con una estancia de 14 días en UCI. Este perfil ha ido evolucionando a lo largo de la pandemia y ahora los pacientes críticos por COVID-19 de menos de 50 años han pasado de representar el 15,3% al 19,4%, es decir, casi uno de cada cinco nuevos ingresos. La mortalidad se mantiene estable en torno al 30%, aunque crece ligeramente en el tramo de edad entre los 41 y los 60 años, respecto a la primera ola y el número de pacientes con hipertensión, obesidad y diabetes crece respecto a la primera ola; especialmente la obesidad, que ahora presentan dos de cada cinco pacientes críticos.

Los profesionales de cuidados intensivos trabajan de forma multidisciplinar para lograr la recuperación de los pacientes afectados por Covid-19. En particular las enfermeras de cuidados intensivos son las encargadas del cuidado de forma continua de estos enfermos, realizando una valoración y evaluación constante durante su estancia en UCI, por su experiencia y formación pueden reconocer los cambios clínicos que afectan a este tipo de pacientes e informar al equipo médico para una actuación temprana. Gracias a este trabajo coordinado por facultativos, auxiliares, celadores, administrativos y servicios de limpieza, intentan mejorar la experiencia de los pacientes atendidos en UCI, así como de sus familiares y allegados⁶⁸.

Tras el alta de UCI y el alta hospitalaria conocer el perfil y como afectan los cambios a largo plazo en la calidad de vida del paciente tras contraer la enfermedad de la COVID-19, resulta de gran interés científico para que en la medida de lo posible tanto profesionales sanitarios como pacientes puedan anticiparse a las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

CAPÍTULO 3 – HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La enfermedad por COVID-19 disminuye la calidad de vida de los pacientes críticos un año después de ser diagnosticados.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Identificar los factores que afectan a la calidad de vida del paciente crítico diagnosticado de COVID-19 en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia un año después de su diagnóstico e ingreso en la Unidad de Reanimación.

3.2 Objetivos específicos:

- ✓ Determinar las principales secuelas clínicas derivadas de la enfermedad.
- ✓ Observar si hay diferencias entre la primera y segunda olas al año de su diagnóstico.
- ✓ Comparar comorbilidades, secuelas clínicas y cambios en la calidad de vida entre los pacientes de primera y segunda ola al año del alta de Reanimación.
- ✓ Evaluar si la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral y el estado civil influyen en las secuelas clínicas derivadas de la COVID-19.
- ✓ Observar si el tiempo de estancia en UCI, la aplicación de VMI - VMNI y el nivel de gravedad, influyen en las secuelas clínicas derivadas de la COVID-19.
- ✓ Describir el funcionamiento familiar y apoyo social.
- ✓ Determinar la existencia de patologías previas al diagnóstico de Covid-19.
- ✓ Observar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.
- ✓ Identificar si existe discriminación y estigma relacionado con la enfermedad.
- ✓ Medir la presencia de ansiedad y depresión.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio:

Estudio observacional, transversal y ambispectivo. El estudio se dividió en dos fases; en la primera (Fase 1) se revisaron las historias clínicas para la extracción de variables sociodemográficas y clínicas, en la segunda fase (Fase 2) se realizó la encuesta online con el paciente al año del diagnóstico para comprobar los principales cambios en su calidad de vida mediante escalas validadas.

4.2 Área de Estudio:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Reanimación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Se trata de un Hospital de tercer nivel ubicado en el centro de la ciudad de Valencia. Es el segundo hospital de la ciudad en cuanto a número de camas de hospitalización, aunque el primero en cuanto a población asignada.

Desde su ampliación en 2018, la Unidad de Reanimación cuenta con 31 camas y está situada en la planta cuarta del edificio quirúrgico, lo que permite que el paciente sea atendido con un proceso único, con cercanía a la zona quirúrgica, así como a urgencias, para ofrecerle la máxima seguridad y eficiencia.

4.3 Población y muestra:

La población a estudio fueron todos los pacientes críticos ingresados en la Unidad de Reanimación del CHGUV con diagnóstico de COVID-19 durante el periodo a estudio, se excluyeron los exitus. Los pacientes que forman parte de la población de estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Ser mayores de 18 años
- ✓ Haber estado ingresados en la Unidad de Reanimación del CHGUV, dentro del periodo estudiado con diagnóstico de SARS-CoV-2 confirmado mediante la

prueba RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa) en muestras faríngeas y/o broncoaspirado pulmonar.

- ✓ Aceptar participar en el estudio de forma voluntaria mediante firma del Consentimiento Informado (CI), facilitando al equipo investigador el acceso a la Historia Clínica y al manejo de los datos obtenidos en la encuesta realizada.
- ✓ Disponer de acceso a internet en su domicilio.

Se excluyeron del proyecto aquellos pacientes cuya capacidad de comunicación impidió responder al cuestionario de la fase 2 (Enfermedad psiquiátrica aguda, situación de dependencia, déficit cognitivo o enfermedad neurológica previa). También se excluyeron aquellos pacientes fallecidos durante el año tras alta hospitalaria.

Para obtener el tamaño muestral se realizó un muestreo no probabilístico, ya que la población a estudio resultó asumible por el equipo investigador se decidió estudiar a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que decidieron participar. El periodo de tiempo seleccionado fue de marzo de 2020 a marzo del 2021, durante ese año ingresaron en la Unidad de Reanimación 417 pacientes COVID positivos, de los cuales 106 fallecieron por lo que obtuvimos una población inicial de 311 pacientes. Se realizó un cálculo de proporciones, aceptando un nivel de confianza del 95% ($Z=1,96$), una precisión del 5% ($d=0,05$) y asumiendo una proporción del 50% ($p=0,5$). Como porcentaje de reposición se estableció un 10%. Se calculó que sería necesario un tamaño muestral de 59 pacientes para lograr representación. Finalmente, aceptaron colaborar en el estudio 122 pacientes; por tanto, el tamaño muestral final fue de 122 pacientes ($n=122$), por lo que se cumplió con la previsión establecida.

4.4 Variables:

Las variables a estudio se estructuraron como:

Variable dependiente o principal: se identifica como variable principal la calidad de vida evaluada mediante cuestionario SF-36⁶⁹.

- Variables independientes o secundarias se definen como:
 - ✓ Variables sociodemográficas:
 - Edad, evaluada en años.
 - Sexo biológico definido como hombre/mujer
 - Nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios.
 - Situación laboral: activo/a, inactivo/a por COVID-19, inactivo/a por otras causas, jubilado/a.
 - Estado civil: soltero/a, casado/a, viudo/a
 - ✓ Variables Clínicas:
 - Primera o segunda ola. Primera ola del 12 de marzo de 2020 al 30 de junio de 2020 y segunda ola del 1 de julio de 2020 al 31 de enero de 2021.
 - Secuelas definidas como: alteraciones físicas, psicológicas y/o cognitivas.
 - Índice de gravedad medido mediante SAPS II⁷⁰.
 - Comorbilidades e índice de comorbilidad con la escala Charlson⁷¹.
 - Actividades instrumentales de la vida diaria evaluadas a través de la escala de Lawton Brody⁷².
 - Discriminación y estigma, medidos con las escalas InDI-DI y ISMI⁷³.
 - Funcionamiento y afrontamiento familiar con la escala APGAR⁷⁴.
 - Ansiedad y depresión medidas mediante la escala Goldberg⁷⁵.
 - Apoyo social evaluado mediante la escala EMAS⁷⁶.

4.5 Periodo de estudio y procedimiento.

El estudio se planteó con una fase inicial en la que se estructuró el plan de trabajo a seguir, se programó un proceso de revisión de la literatura y se desarrolló el diseño del proyecto y las dos fases en las que se desarrollaría el estudio.

El periodo de estudio se dividió en dos fases. En la primera fase se recogieron datos de los pacientes ingresados desde el inicio de la pandemia hasta 31 de marzo de

2021, obteniendo datos de la denominada primera y segunda ola de la pandemia. La segunda fase comenzó en abril de 2021 en primer lugar se contactó de forma telefónica con los pacientes para que recibieran la información del estudio evitando así desplazamientos al centro hospitalario dada la situación de la pandemia en el momento de recogida de los datos. Posteriormente, si aceptaban participar en el estudio, se les explicaba el proceso de este. Para la recogida de datos se utilizó el sistema operativo de investigación online Qualtrics, se trata de una herramienta útil y versátil diseñada para elaborar cuestionarios online; que permite la aceptación del consentimiento informado por parte del paciente mediante “visto bueno” y la realización del cuestionario. La herramienta Qualtrics está financiada por la Universidad Jaume I y ofrece cobertura legal sobre protección de datos. La información al paciente además de darse de forma telefónica se incluyó en la primera hoja del cuestionario, esta dio paso a la aceptación del Consentimiento Informado, en caso de aceptación afirmativa se activaba la encuesta. La recogida de datos finalizó en marzo del año 2022, cuando ya había transcurrido un año del diagnóstico de la segunda ola; tras ello, se realizó la explotación de los datos para extracción de los resultados.

En la primera fase los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica (HC) del paciente y para ello se solicitó al Comité de Ética de la investigación con medicamentos (CEIm) acceso informático a las bases de datos pertinentes a los pacientes que colaboraron en el estudio; bases a las que únicamente ha tenido acceso la doctoranda. Los datos de la segunda fase se obtuvieron mediante la herramienta citada anteriormente Qualtrics.

En cuanto al procedimiento y previo inicio del proyecto se solicitó mediante carta el visto bueno de la jefatura de la Unidad de Reanimación y de la Dirección de Enfermería del HGUV, se presentan ambas aceptaciones en (Anexo I).

Posteriormente se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la investigación con medicamentos (CEIm) del CHGUV (Código 8/2021) y el visto bueno de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I (Código CD/31/2021). Este proyecto fue aceptado por ambas entidades (Anexo II).

4.6 Herramientas de evaluación

En este apartado se describen brevemente las herramientas de evaluación que se utilizaron en el estudio.

- Escala **SF-36** medición de calidad de vida. Se trata de una escala estructurada y autoaplicada que valora en 36 preguntas 8 dimensiones relacionadas con la calidad de vida del paciente: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y dos componentes sumatorios (Físico y mental). Los resultados oscilan entre los valores 0 y 100. Desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). El valor de obtendrá de la encuesta online.
- El sistema de evaluación de la gravedad **SAPS-II**, según la cual cuanta mayor sea la desviación de una serie de constantes fisiológicas de los valores normales, la gravedad del enfermo aumenta. El valor de se obtendrá de la HC.
- Escala **CLARLSON**, es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Además de la edad, consta de 19 ítems, que, si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. El valor de se obtendrá de la HC.
- Escala **Lawton & Brody**. La escala de actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) de Lawton & Brody, valora la capacidad del paciente para realizar actividades instrumentales necesarias en el día a día para vivir de manera independiente. Está compuesta por 8 ítems. Las respuestas a cada ítem pueden ser 0 (incapaz, parcialmente capaz) o 1 (capaz). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia). El valor de obtendrá de la encuesta online.
- Escala **InDI-D / ISMI**. Esta escala proporciona una medida de la discriminación interseccional que puede ser producida por distintas condiciones: género, etnia, diagnóstico de salud mental, y en este caso, también se incluyó la presencia del Covid-19. Se utilizó la escala principal formada por 9 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1 nunca - 4 muchas veces).

Por otro lado, el estigma internalizado se evaluó mediante dos ítems adaptados de la escala Internalised Stigma of Mental Illness (ISMI), relativos a la dimensión emocional y de aislamiento social. El valor de obtendrá de la encuesta online.

- Escala **APGAR**. Se trata de una escala que permite evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. El valor de obtendrá de la encuesta online.
- Escala **Goldberg**. Es una escala utilizada para detectar la ansiedad y depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la de depresión. El valor de obtendrá de la encuesta online.
- Escala **EMAS**. Está conformada por 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo social. Estos ítems se agrupan en 3 factores. El primero mide apoyo social de padres (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero mide la percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas. El formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = casi siempre; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre). A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social. El valor de obtendrá de la encuesta online.

Los ítems de cada una de las escalas se incluyeron en el cuestionario que se generó y se distribuyó entre los pacientes, se presenta en el (Anexo III).

4.7 Análisis estadístico

Las variables continuas se presentaron mediante medidas de tendencia central como media y desviación típica o mediana (rango intercuartílico) según distribución

normal o no. Las variables nominales se expresaron en frecuencias y porcentajes. Los análisis bivariados para establecer la relación entre variables se realizaron mediante estadísticos paramétricos siempre y cuando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (prueba K-S para muestras superiores a 30 registros) o Shapiro Wilk (muestras inferiores a 30 registros) lo permitió, de no ser así se aplicó estadística no paramétrica. Asimismo, se evaluó la consistencia interna de cada cuestionario mediante el estadístico alfa de Cronbach⁷⁷ aceptando que el cuestionario presentaba una fiabilidad aceptable cuando esta resultaba igual o superior a ($\alpha = 0,7$).

Como prueba paramétrica se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes y para dos medidas disponibles. La homogeneidad de las varianzas se determinó mediante la prueba de Levene. Como pruebas no paramétricas se aplicaron la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, la prueba de Kruskal-Wallis se aplicó cuando se trataba de analizar variables definidas con más de dos medidas. La correlación entre variables se determinó mediante correlación Spearman.

Para la comparación entre la primera y segunda olas pandémicas se calcularon tanto el tamaño del efecto como la potencia estadística mediante el estadístico d de Cohen⁷⁸ aceptando un valor de 0,8 para poder afirmar que las diferencias halladas eran estadísticamente representativas.

Para evaluar la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente “calidad de vida” se aplicó un proceso de regresión logística binaria mediante pasos hacia atrás. Los datos fueron procesados mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26 para PC (IBM Corporation). Se aceptó un nivel de significación estadística $p \leq 0,05$.

4.8 Financiación

El proyecto fue subvencionado por la Generalitat Valenciana “Código GV/2021/020” y concedido a la Universidad Jaume I.

4.9 Consideraciones Éticas

El estudio respetó en todo momento los principios de la bioética, el reglamento general de protección de datos (UE) 2016/679⁷⁹, y la legitimación que se basa en el consentimiento según lo disponen los artículos 6 y 9.2.j del RGPD; además, de la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁸⁰. Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki⁸¹.

Para preservar los datos de carácter sensible se realizó un proceso de pseudoanonimización, adjudicando a cada paciente un número aleatorio. Solo han tenido acceso al fichero de datos la doctoranda y la directora de la tesis a quienes también corresponde la custodia de estos. Los datos serán guardados durante tres años, tiempo previsto de duración de la tesis, y posteriormente serán borrados y/o destruidos. No se transferirán datos a terceros.

El interesado, en este caso el paciente, fue informado del estudio, de los objetivos que perseguía y de la necesidad de obtener datos de carácter personal, accediendo a su historia clínica (anexo hoja de información al paciente - HIP). Si está de acuerdo firmará el documento de consentimiento informado (CI) Anexo III, participando en el estudio mediante la realización de la encuesta.

Las encuestas se realizaron garantizando no solo la confidencialidad sino también la seguridad en función de las medidas sanitarias dictadas por el Ministerio de Sanidad, adaptándose en cada momento a sus posibles actualizaciones para prevención de la transmisión del SARS-CoV 2.

Ni la doctoranda ni la directora de tesis tienen conflicto de intereses.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

RESULTADOS

Resultados análisis univariados

Durante el periodo de estudio que abarcó desde marzo de 2020 hasta marzo del 2021 ingresaron en la Unidad de Reanimación 417 pacientes (N=417) de ellos un 25,41% (106) fueron exitus y un 74,56% (311) sobrevivieron, finalmente aceptaron participar en el estudio (n=122).

Los análisis univariados presentan tanto los resultados descriptivos de los pacientes estudiados que formaron parte de la primera ola (n=29) como de aquellos que formaron parte de la segunda ola (n=93); así como los resultados del global de la muestra (n=122). Estos análisis presentan también los resultados de las diferencias entre las dos olas pandémicas estudiadas.

En relación con el género el 65,6% (n=80) de los participantes eran hombres y el 34,4% (n=42) mujeres; el sexo no presentó diferencias significativas entre la primera y segunda ola. En cuanto a la edad, la media se situó en 58,92 años [25-81], esta variable fue la única que presentó criterios de normalidad en las tres mediciones y se mostraron diferencias significativas entre olas, pero con una potencia estadística extremadamente baja. No se observaron diferencias entre grupos de edad. Analizando el nivel de estudios la mayor parte de la muestra 38,50% (47) tenían estudios primarios y ambas olas presentaron resultados similares. En cuanto al estado civil el 72,10% (88) estaban casados y sí se observaron diferencias entre estado civil en ambas olas, aunque con una potencia estadística que no alcanzó el valor 0,8. Al año del diagnóstico estaban en situación laboral activa un 36,90% (45) de los participantes; aunque un 18,90% (23) permanecían inactivos por causa de COVID. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra en global y de las dos olas analizadas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra a estudio. Diferencias entre primera y segunda ola.

| Variables sociodemográficas | | Diferencia PO / SO | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------|------------------|
| | | M ± (DS) % (Frecuencias) | M ± (DS) % (Frecuencias) | M ± (DS) % (Frecuencias) | Valor (t) / Valor (χ ²) / Valor (U) | p- valor | d ((1-β)) |
| | Categorías | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | | |
| Edad ^a | | 58,92 ± 12 | 64,14 ± 9,720 | 57,37 ± 12,288 | 2,712 | 0,004 | 0,307 (0,073) |
| Género ^b | Hombre | 65,6 (80) | 55,2 (16) | 68,8 (64) | 1,823 | 0,177 | - |
| | Mujer | 34,4 (42) | 44,8 (13) | 31,2 (29) | | | |
| Edad por grupos ^c | Menores de 30 años | 1,60(2) | - | 2,20 (2) | 1034 | 0,034 | 0,282 (0,694) |
| | Entre 31 y 50 años | 18,90 (23) | 6,90 (2) | 22,60 (21) | | | |
| | Entre 51 y 70 años | 57,40 (70) | 62,10 (18) | 55,90 (52) | | | |
| | Mayores de 70 años | 22,10 (27) | 31 (9) | 19,30 (18) | | | |
| Nivel de estudios ^c | Sin estudios | 6,60 (8) | 10,30 (3) | 5,40 (5) | 1310 | 0,806 | - |
| | Primarios | 38,50 (47) | 37,90 (11) | 38,70 (36) | | | |
| | Secundaria | 35,20 (43) | 20,70 (6) | 39,80 (37) | | | |
| Estado civil ^b | Universitarios | 19,70 (24) | 31 (9) | 16,10 (15) | 7,483 | 0,024 | 0,242 (0,555) |
| | Soltero/a | 23 (28) | 13,80 (4) | 28,80 (24) | | | |
| | Casado/a | 72,10 (88) | 72,40 (22) | 72 (67) | | | |
| | Viudo/a | 4,09 (6) | 13,80 (4) | 2,2 (2) | | | |
| | Activo | 36,90 (45) | 31,1 (9) | 38,7 (36) | | | |
| Situación laboral ^b | Inactivo por COVID | 18,90 (23) | 20,70 (6) | 18,3 (17) | 0,962 | 0,810 | - |
| | Inactivo por otras causas | 12,30 (15) | 10,30 (3) | 12,9 (12) | | | |
| | Jubilado | 32 (39) | 37,90 (11) | 30,1 (28) | | | |

Nota: Valor de la media (M); valor de la desviación estándar (DS); T de Student^a (t); Chi-cuadrado^b (χ²); test U de Mann-Whitney^c (U), Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80), Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola), P-valor ≤ 0,05.

En la tabla 2 se presentan los resultados de las características clínicas de la muestra y la diferencia entre ambas olas. En este caso solo presentó criterios de normalidad la variable gravedad (SAPSII). La estancia media global en UCI fue de 11,46±11,095 [1-55] días y la estancia media en el hospital fue de 24,7±18,319 [3-109] se hallaron diferencias significativas entre ambas olas con muy baja potencia estadística. EL SAPS II indicó un nivel de gravedad global de 28,58±11,093 puntos. Precisarón VMI un 29,5% (36) y un 70,5% (86) fueron ventilados mediante modalidad no invasiva, se mostró diferencia entre olas (p = 0,001) con una potencia estadística

con valor (1). Si describimos la muestra de forma global, el índice de comorbilidad de Charlson mostró una comorbilidad alta en el 51,6% (63) de los participantes. Al año del alta de UCI presentan secuelas el 82% (100) pacientes, siendo las más frecuentes las mialgias en un 71,3% (87), seguidas de alteraciones psiquiátricas 48,4% (59) y alteraciones respiratorias 45.9% (56), ver tabla 2.

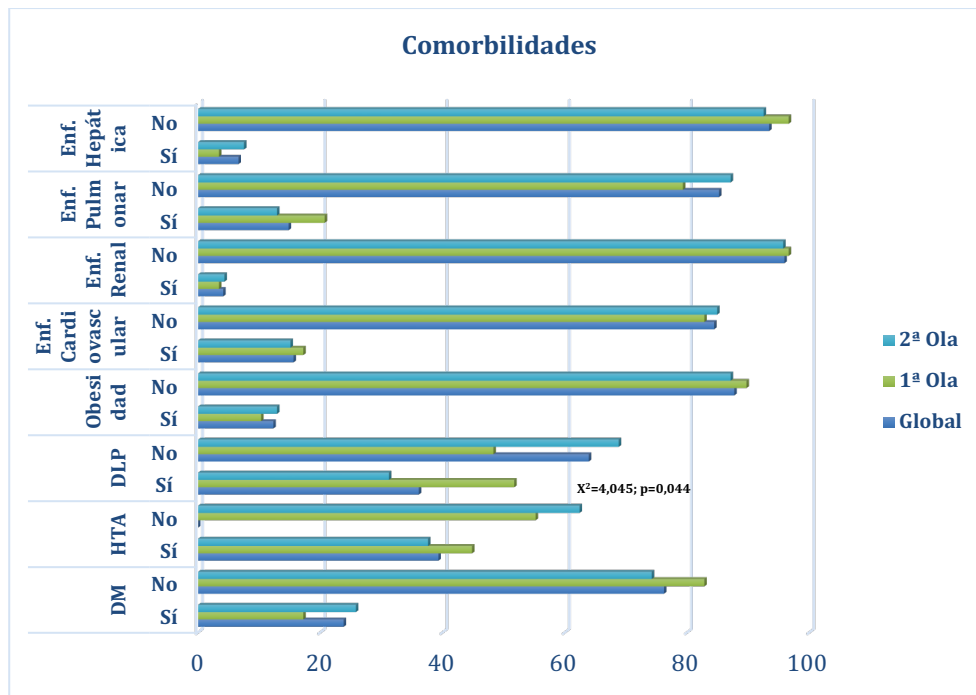
Tabla 2. Variables clínicas a estudio. Diferencias entre primera y segunda ola pandémica

| Variables Clínicas | | Diferencia PO / SO | | | | | |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|-------------|-------------------|
| | | M ± (DS) Me (RIC) % | M ± (DS) Me (RIC) % | M ± (DS) Me (RIC) % | Valor (t) Valor (χ^2) Valor (U) | p- valor | d ((1- β)) |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | | |
| Días estancia en UCI ^c | | 7,5 (12,25-5,75) | 15 (28,5-8,5) | 7 (10-4) | 591,599 | <0,001 | 0,423 (0,089) |
| Días estancia hospital ^c | | 18 (29,5-14) | 71 (56-23,5) | 16 (22,5-12,5) | 464,50 | <0,001 | 0,641 (0,365) |
| SAPS II ^a | | 28,58±11,093 | 32,90±14,546 | 27,24±9,474 | 1,969 | 0,057 | - |
| Índice de comorbilidad ^c | | 3 (4-1) | 3 (4-2) | 3 (4-1) | 1216,5 | 0,420 | - |
| Tipo ventilación ^b | VMI/IOT | 29,5 (36) | 89,7 (26) | 10,3 (10) | 66,164 | <0,001 | 1,095 (1) |
| | VMNI | 70,5 (86) | 10,3 (3) | 89,2 (83) | | | |
| | Ausencia comorbilidad | 26,3 (32) | 20,7 (6) | 28 (26) | | | |
| Charlson ^c | Comorbilidad media | 22,1 (27) | 20,7 (6) | 22,5 (21) | 1210 | 0,362 | - |
| | Comorbilidad alta | 51,6 (63) | 58,6 (17) | 49,5 (46) | | | |
| | Mortalidad del 12% | 9,8 (12) | - | 12,9 (12) | | | |
| Predicción de mortalidad ^c | Mortalidad del 26% | 37,7 (46) | 41,4 (12) | 36,6 (34) | 1211 | 0,386 | - |
| | Mortalidad del 52% | 32,8 (40) | 41,4 (12) | 30,1 (28) | | | |
| | Mortalidad del 85% | 19,7 (24) | 17,2 (5) | 20,4 (19) | | | |
| Secuelas ^b | Sí | 82 (100) | 75,9 (22) | 83,9 (78) | 0,959 | 0,327 | - |
| | No | 18 (22) | 24,1 (7) | 16,1 (15) | | | |
| Mialgias ^b | Sí | 71,3 (87) | 65,5 (19) | 73,1 (68) | 0,624 | 0,429 | - |
| | No | 28,7 (35) | 34,5 (10) | 26,9 (25) | | | |
| Cefalea crónica ^b | Sí | 13,1 (16) | 10,3 (3) | 14 (13) | 0,256 | 0,613 | - |
| | No | 86,9 (106) | 89,7 (26) | 86 (80) | | | |
| Alteraciones psiquiátricas ^b | Sí | 48,4 (59) | 51,7 (15) | 47,3 (44) | 0,172 | 0,678 | - |
| | No | 51,6 (63) | 48,3 (14) | 52,7 (49) | | | |
| Alteraciones respiratorias ^b | Sí | 45,9 (56) | 41,4 (12) | 47,3 (44) | 0,313 | 0,576 | - |
| | No | 54,1 (66) | 58,6 (17) | 52,7 (49) | | | |
| Alteraciones coagulación ^b | Sí | 10,7 (13) | 10,3 (3) | 10,8 (10) | 0,004 | 0,950 | - |
| | No | 89,3 (109) | 89,7 (26) | 89,2 (83) | | | |
| Alteraciones piel/mucosas ^b | Sí | 10,7 (13) | 6,9 (2) | 11,8 (11) | 0,565 | 0,452 | - |
| | No | 89,3 (109) | 93,1 (27) | 88,2 (82) | | | |

Nota: Valor de la media (M); valor desviación estándar (DS); valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). T de Student^a (t); Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0.2 – mediano 0.50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

La figura 1 presenta los resultados de las comorbilidades que presentó la muestra analizada, siendo las más prevalentes la dislipemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II. En este caso solo la dislipemia presentó diferencias significativas entre ambas olas pandémicas ($p = 0,044$)

Figura 1. Descripción de comorbilidades



Nota: Porcentajes, Chi cuadrado (X^2). P-valor $\leq 0,05$

La calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 se identificó como variable dependiente. Los resultados del análisis de fiabilidad para evaluar la consistencia interna de este instrumento a partir de la muestra global indican un valor alfa de Cronbach ($\alpha = 0,919$). Se presentan los resultados de los análisis de calidad de vida distribuidos en función de las dimensiones que define el cuestionario SF-36.

Comenzando con la dimensión “Función física”, en el análisis global de la muestra los ítems no cumplieron criterios de normalidad aplicándose pruebas no paramétricas. El 69,7 % (85) mostró una función física adecuada mientras que para el 30,3% (37) fue inadecuada. Los ítems “bañarse o vestirse solo” ($p = 0,031$) o “caminar una cuadra” ($p = 0,049$) mostraron diferencias significativas entre ambas olas con bajas potencias estadísticas. El tamaño del efecto fue de $d = 0,205$ (0,512) y $d = 0,272$ (0,711) respectivamente. En ambos ítems el tamaño del efecto fue bajo y la potencia

estadística no alcanzó el valor 0,80 en ninguno de los dos casos. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Calidad de vida (SF36 – Dimensión Física). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Ítems Función Física | | Diferencia PO / SO | | | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
|---|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | | |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Función Física ^a | | 70 (85-40) | 75 (87,50-45) | 70 (85-40) | 1175 | 0,295 |
| Función Física ^b | Adecuada | 69,7 (85) | 72,4 (21) | 68,8 (64) | 0,135 | 0,713 |
| | Inadecuada | 30,3 (37) | 27,6 (8) | 31,2 (29) | | |
| ¿Tu salud ahora te limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto? Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes ^c , | Sí, muy limitado | 37,7 (46) | 34,5 (10) | 38,7 (36) | 1282 | 0,666 |
| | Sí, limitado un poco | 43,3 (53) | 44,8 (13) | 43 (40) | | |
| | No limitado en absoluto | 18,9 (23) | 20,7 (6) | 18,3 (17) | | |
| Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar bolos o jugar al golf ^c | Sí, muy limitado | 25,4 (31) | 24,1 (7) | 25,8 (24) | 1353 | 0,974 |
| | Sí, limitado un poco | 35,3 (43) | 37,9 (11) | 34,4 (32) | | |
| | No limitado en absoluto | 39,3 (48) | 37,9 (11) | 39,8 (37) | | |
| Levantar o cargar comestibles ^c | Sí, muy limitado | 10,7 (13) | 10,3 (3) | 10,8 (10) | 1303 | 0,760 |
| | Sí, limitado un poco | 39,9 (45) | 34,5 (10) | 37,6 (35) | | |
| | No limitado en absoluto | 52,4 (64) | 55,2 (16) | 51,6 (48) | | |
| Subir varios tramos de escaleras ^c , | Sí, muy limitado | 21,3 (26) | 24,1 (8) | 20,5 (19) | 1318,500 | 0,843 |
| | Sí, limitado un poco | 52,5 (64) | 44,9 (13) | 54,8 (51) | | |
| | No limitado en absoluto | 26,2 (32) | 31 (9) | 24,7 (23) | | |

Tabla 3 bis. Calidad de vida (SF36 – Dimensión Física), Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Ítems Función Física | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Subir un tramo de escaleras ^c | Sí, muy limitado | 12,3 (15) | 6,9 (2) | 14 (13) | 1300,500 | 0,750 |
| | Sí, limitado un poco | 39,3 (48) | 44,8 (13) | 37,6 (35) | | |
| | No limitado en absoluto | 48,4 (59) | 48,3 (14) | 48,4 (45) | | |
| Doblarse, arrodillarse o agacharse ^c | Sí, muy limitado | 17,3 (21) | 27,6 (8) | 14 (13) | 1531 | 0,234 |
| | Sí, limitado un poco | 43,4 (53) | 37,9 (11) | 45,1 (42) | | |
| | No limitado en absoluto | 39,3 (48) | 34,5 (10) | 40,9 (38) | | |
| Caminar más de una milla ^c | Sí, muy limitado | 11,5 (14) | 3,4 (1) | 14 (13) | 1128,500 | 0,144 |
| | Sí, limitado un poco | 39,3 (48) | 37,9 (11) | 39,8 (37) | | |
| | No limitado en absoluto | 49,2 (60) | 58,7 (17) | 46,2 (43) | | |
| Caminando varias cuerdas ^c | Sí, muy limitado | 11,5 (14) | 3,4 (1) | 14 (13) | 1128,500 | 0,144 |
| | Sí, limitado un poco | 39,3 (48) | 37,9 (11) | 39,8 (37) | | |
| | No limitado en absoluto | 49,2 (60) | 58,7 (17) | 46,2 (43) | | |
| Caminando una cuadra ^c | Sí, muy limitado | 7,4 (9) | 3,4 (1) | 8,6 (8) | 1071,500 | 0,049 |
| | Sí, limitado un poco | 28,7 (35) | 17,2 (5) | 32,3 (30) | | |
| | No limitado en absoluto | 63,9 (78) | 79,4 (23) | 59,1 (55) | | |
| Bañarse o vestirse usted mismo ^c | Sí, muy limitado | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | 1064,500 | 0,031 |
| | Sí, limitado un poco | 27 (33) | 13,8 (4) | 31,2 (29) | | |
| | No limitado en absoluto | 70,5 (86) | 86,2 (25) | 65,6 (61) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Continuando con la dimensión “Rol físico”, mostraron un adecuado rol físico el 87,2% (82) e inadecuado el 32,8% (39) siendo los resultados muy similares entre ambas olas, por lo que no se observó diferencias significativas entre ellas. (Tabla 4)

Tabla 4. Calidad de vida (SF36 – Rol Físico). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Ítems Rol Físico | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Rol Físico ^c | | 75 (100-25) | 75 (100-25) | 75 (100-0) | 1175 | 0,295 |
| Rol Físico ^b | Adecuada | 87,2 (82) | 69 (20) | 66,7 (62) | 0,053 | 0,818 |
| | Inadecuada | 32,8 (40) | 31 (9) | 33,3 (31) | | |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de su salud física? Reduzca la cantidad de tiempo que dedica al trabajo u otras actividades ^b | Sí | 32 (39) | 31 (9) | 32,3 (30) | 0,015 | 0,902 |
| | No | 68 (83) | 69 (20) | 67,7 (63) | | |
| Logró menos de lo que le gustaría ^b | Sí | 39,3 (48) | 34,5 (10) | 40,9 (38) | 0,377 | 0,539 |
| | No | 60,7 (74) | 65,5 (19) | 59,1 (55) | | |
| Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades ^b | Sí | 38,5 (47) | 37,9 (11) | 38,7 (36) | 0,006 | 0,940 |
| | No | 61,5 (75) | 62,1 (18) | 61,3 (57) | | |
| Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, requirió un esfuerzo adicional) ^b | Sí | 38,5 (47) | 27,6 (8) | 41,9 (39) | 1,933 | 0,166 |
| | No | 61,5 (75) | 72,4 (21) | 58,1 (54) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

En cuanto al “Rol emocional”, en la muestra global se observó un adecuado rol emocional en el 60,7% (74) de los casos e inadecuado en el 39,3% (48), no mostraron diferencias entre los dos periodos estudiados. (Tabla 5)

Tabla 5. Calidad de vida (SF36 – Rol Emocional). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Ítems Rol Emocional | | | | | Diferencia PO / SO | |
|--|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Rol Emocional ^c | | 66,67(100-0) | 66,67 (100-0) | 66,67 (100-0) | 1364 | 0,922 |
| Rol Emocional ^b | Adecuado | 60,7 (74) | 58,6 (17) | 61,3 (57) | 0,066 | 0,797 |
| | Inadecuado | 39,3 (48) | 41,4 (12) | 38,7 (36) | | |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? ^b | Sí | 41,8 (51) | 44,8 (13) | 40,9 (38) | 0,143 | 0,705 |
| | No | 58,2 (71) | 55,2 (16) | 59,1 (55) | | |
| Logró menos de lo que le gustaría ^b | Sí | 45,1 (55) | 48,3 (14) | 44,1 (41) | 0,157 | 0,692 |
| | No | 54,9 (67) | 51,7 (15) | 55,9 (52) | | |
| No hizo el trabajo u otras actividades con el cuidado habitual ^b | Sí | 41,8 (51) | 44,8 (13) | 40,9 (38) | 0,143 | 0,705 |
| | No | 58,2 (71) | 55,2 (16) | 59,1 (55) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

La dimensión “Vitalidad”, mostró en el ítem “Te sentiste agotado” diferencias significativas entre olas. El tamaño del efecto fue de $d = 0,867$ y la potencia estadística de (1), lo que indica que hubo una importante diferencia entre ambas olas. Los pacientes pertenecientes a la segunda ola presentaron mayores niveles de agotamiento. Si describimos de forma global a la muestra; el 64,8 % (79) presentó una vitalidad adecuada mientras que el 35,2% (43) no, este resultado queda reflejado en la tabla 6.

Tabla 6. Calidad de vida (SF36 – Vitalidad). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas

| Ítems Vitalidad | Categorías | Diferencia PO / SO | | | Valor (χ^2) Valor (U) | p- valor |
|---|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | | |
| Vitalidad ^c | Global (n=122) | 55 (75-40) | 55 (85-42,5) | 55 (75-40) | 1223 | 0,449 |
| Vitalidad ^b | Adecuado | 64,8 (79) | 65,5 (19) | 64,5 (60) | 0,010 | 0,922 |
| | Inadecuado | 35,2 (43) | 34,5 (29) | 35,5 (33) | | |
| Estas preguntas son sobre cómo se siente y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas, ¿Te sentiste lleno de energía? ^c | Todo el tiempo | 18,9 (23) | 17,2 (5) | 19,4 (18) | 1152,500 | 0,227 |
| | La mayor parte del tiempo | 15,6 (19) | 10,3 (3) | 17,2 (16) | | |
| | Buena parte del tiempo | 27,9 (34) | 20,8 (6) | 30,1 (28) | | |
| | Algunas veces | 25,4 (31) | 37,9 (11) | 21,5 (20) | | |
| | Un poco de tiempo | 5,6 (7) | 10,3 (3) | 4,3 (4) | | |
| | Nunca | 6,6 (8) | 3,4 (1) | 7,5 (7) | | |
| | Todo el tiempo | 10,7 (13) | 17,2 (5) | 8,6 (8) | | |
| ¿Tenías mucha energía? ^c | La mayor parte del tiempo | 24,6 (30) | 27,6 (8) | 23,7 (22) | 1585 | 0,143 |
| | Buena parte del tiempo | 10,7 (13) | 3,4 (1) | 12,9 (12) | | |
| | Algunas veces | 32,8 (40) | 41,5 (12) | 30,1 (28) | | |
| | Un poco de tiempo | 7,3 (9) | 6,9 (2) | 7,5 (7) | | |
| | Nunca | 13,9 (17) | 3,4 (1) | 17,2 (16) | | |
| | Todo el tiempo | 5,7 (7) | - | 7,5 (7) | | |
| | La mayor parte del tiempo | 9 (11) | - | 11,8 (11) | | |
| ¿Te sentiste agotado? ^c | Buena parte del tiempo | 17,2 (21) | 20,7 (6) | 16,1 (15) | 988 | 0,022 |
| | Algunas veces | 45,1 (55) | 44,8 (13) | 45,2 (42) | | |
| | Un poco | 11,5 (14) | 13,8 (4) | 10,8 (10) | | |
| | Nunca | 11,5 (14) | 20,7 (6) | 8,6 (8) | | |
| | Todo el tiempo | 6,6 (8) | 3,4 (8) | 7,5 (7) | | |
| | La mayor parte del tiempo | 16,4 (20) | 3,4 (1) | 20,4 (19) | | |
| | Buena parte del tiempo | 13,9 (17) | 27,7 (8) | 9,7 (9) | | |
| ¿Te sentiste cansado? ^c | Algunas veces | 45,9 (56) | 37,9 (11) | 48,4 (45) | 1104 | 0,120 |
| | Un poco | 7,4 (9) | 10,3 (3) | 6,5 (6) | | |
| | Nunca | 9,8 (12) | 17,3 (5) | 7,5 (7) | | |
| | | | | | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC= $P_{75}-P_{25}$). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05

Respecto al “Bienestar emocional”, el 35,2% (43) refirió de forma inadecuada esta dimensión, mientras que el 64,8% (79) obtuvo un resultado

adecuado; los resultados fueron similares a la dimensión vitalidad evaluando el global de la muestra. No encontramos diferencias en ninguno de los ítems comparando los dos periodos estudiados, ver tabla 7.

Tabla 7. Calidad de vida (SF36 – Bienestar Emocional). Resultados descriptivos y diferencia entre ambas olas

| Ítems Bienestar Emocional | | Me (RIC) | | | Diferencia PO / SO | |
|--|---------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|---------|
| | | % (Frecuencias) | % (Frecuencias) | % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| | Categorías | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Bienestar Emocional ^c | | 56 (84-44) | 60 (88-48) | 56 (84-44) | 1262 | 0,602 |
| Bienestar emocional ^b | Adecuada | 64,8 (79) | 69 (20) | 63,4 (59) | 0,296 | 0,587 |
| | Inadecuada | 35,2 (43) | 31 (9) | 36,6 (34) | | |
| | Todo el tiempo | - | - | - | | |
| | La mayor parte del tiempo | 15,6 (19) | 10,3 (3) | 17,2 (16) | | |
| ¿Has sido una persona nerviosa? ^c | Buena parte del tiempo | 12,3 (15) | 13,8 (4) | 11,8 (11) | 1306 | 0,791 |
| | Algunas veces | 37,7 (46) | 44,9 (13) | 35,5 (33) | | |
| | Un poco de tiempo | 16,4 (20) | 10,3 (3) | 18,3 (17) | | |
| | Nunca | 18 (22) | 20,7 (6) | 17,2 (16) | | |
| | Todo el tiempo | - | - | - | | |
| | La mayor parte del tiempo | 15,6 (19) | 10,3 (3) | 17,2 (16) | | |
| ¿Te has sentido tan deprimido que nada podría animarte? ^c | Buena parte del tiempo | 9,8 (12) | 10,3 (3) | 9,7 (9) | 1348 | 0,998 |
| | Algunas veces | 27,8 (34) | 34,6 (10) | 25,8 (24) | | |
| | Un poco de tiempo | 10,7 (13) | 23,8 (4) | 9,7 (9) | | |
| | Nunca | 36,1 (44) | 31 (9) | 37,6 (35) | | |
| | Todo el tiempo | 13,2 (16) | 20,7 (6) | 10,7 (10) | | |
| | La mayor parte del tiempo | 30,3 (37) | 27,6 (8) | 31,2 (29) | | |
| ¿Te has sentido tranquilo y en paz? ^c | Buena parte del tiempo | 9,8 (12) | 13,8 (4) | 8,6 (8) | 1595 | 0,122 |
| | Algunas veces | 36,9 (45) | 37,9 (11) | 36,6 (34) | | |
| | Un poco | 5,7 (7) | - | 7,5 (7) | | |
| | Nunca | 4,1 (5) | - | 5,4 (5) | | |
| | Todo el tiempo | 6,6 (8) | - | 8,6 (8) | | |
| | La mayor parte del tiempo | 9,8 (12) | 17,2 (5) | 7,5 (7) | | |
| ¿Te has sentido desanimado y triste? ^c | Buena parte | 10,7 (13) | 6,9 (2) | 11,8 (11) | 1307 | 0,797 |
| | Algunas veces | 36,9 (45) | 34,6 (10) | 37,6 (35) | | |
| | Un poco | 5,7 (7) | 17,2 (5) | 2,2 (2) | | |
| | Nunca | 30,3 (37) | 24,1 (7) | 32,3 (30) | | |
| | Todo el tiempo | 9 (11) | 3,4 (1) | 10,8 (10) | | |
| | La mayor parte del tiempo | 34,4 (42) | 34,5 (10) | 34,4 (32) | | |
| ¿Has sido una persona feliz? ^c | Buena parte | 11,5 (14) | 13,8 (4) | 10,8 (10) | 1264 | 0,590 |
| | Algunas veces | 41 (50) | 48,3 (14) | 38,6 (36) | | |
| | Un poco | - | - | - | | |
| | Nunca | 4,1 (5) | - | 5,4 (5) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Globalmente, la función social fue adecuada en el 80,3% (98) y por el contrario inadecuada en el 19,7% (24). El dolor fue una de las dimensiones más afectadas del cuestionario SF-36 mostrando alteración en un 41% (59) de los casos. No se mostraron diferencias entre olas pandémicas, ver resultados en la tabla 8.

Tabla 8. Calidad de vida (SF36 – Función Social y Dolor). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas

| Ítems Función Social y Dolor | | | | | Diferencia PO / SO | |
|--|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Función Social^a | | 75 (100-50) | 62,5 (87,5-50) | 75 (100-50) | 1480,500 | 0,419 |
| Función Social^b | Adecuada | 80,3 (98) | 82,8 (24) | 79,6 (74) | 0,142 | 0,706 |
| | Inadecuada | 19,7 (24) | 17,2 (5) | 20,4 (19) | | |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos? ^c | En absoluto | 37,7 (46) | 31,1 (9) | 39,8 (37) | 1178,500 | 0,288 |
| | Ligeramente | 19,7 (24) | 17,2 (5) | 20,4 (19) | | |
| | Moderadamente | 20,5 (25) | 27,6 (8) | 18,3 (17) | | |
| | Bastante | 14,8 (18) | 10,3 (3) | 16,1 (15) | | |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha interferido su salud física o problemas emocionales con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? ^c | En absoluto | 38,5 (47) | 27,6 (8) | 41,9 (39) | 1129,500 | 0,170 |
| | Ligeramente | 21,3 (26) | 13,8 (4) | 23,7 (22) | | |
| | Moderadamente | 14,8 (18) | 34,5 (10) | 8,6 (8) | | |
| | Bastante | 20,5 (25) | 20,7 (6) | 20,4 (19) | | |
| Dolor ^c | | 57,5 (87,5-32,5) | 55 (87,5-50) | 57,5 (87,5-32,5) | 1364,500 | 0,923 |
| | Dolor ^b | | | | 0,232 | 0,630 |
| ¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas? ^c | Alterado | 41 (59) | 44,8 (13) | 39,8 (37) | 1422 | 0,651 |
| | No alterado | 59 (72) | 55,2 (16) | 60,2 (56) | | |
| | Ninguno | 23,8 (29) | 27,6 (8) | 22,6 (21) | | |
| | Muy leve | 9 (11) | 10,3 (3) | 8,6 (8) | | |
| | Leve | 23,8 (29) | 20,8 (6) | 24,7 (23) | | |
| | Moderado | 18,8 (23) | 17,2 (5) | 19,4 (18) | | |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto interfirió el dolor con su trabajo normal (incluido el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)? ^c | Severo | 20,5 (25) | 20,7 (6) | 20,4 (19) | 1275 | 0,648 |
| | Muy grave | 4,1 (5) | 3,4 (1) | 4,3 (4) | | |
| | Ninguno | 24,6 (39) | 24,1 (7) | 24,7 (23) | | |
| | Muy leve | 27,9 (34) | 24,1 (7) | 29,1 (27) | | |
| | Leve | 15,6 (19) | 13,8 (4) | 16,1 (15) | | |
| | Moderado | 27 (33) | 34,6 (19) | 24,7 (23) | | |
| | Severo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Muy grave | 4,1 (5) | 3,4 (1) | 4,3 (4) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Por último, en lo que respecta a la dimensión de “Salud general”, un 53,3 % (65) manifestó una adecuada salud general. Si se observan ambas olas por separado, el ítem “En general, diría que su salud es” presentó diferencias significativas $p = 0,028$ con un tamaño del efecto muy débil ($d = 0,212$). (Tabla 9)

Tabla 9. Calidad de vida (SF36 – Salud General). Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas.

| Ítems Salud General | | | | | Diferencia PO / SO | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Salud General ^c | | 50 (75-38,75) | 55 (77,50-40) | 45 (75-35) | 1142 | 0,213 |
| Salud General ^b | Adecuada | 53,3 (65) | 56,6 (17) | 51,6 (48) | 0,436 | 0,509 |
| | Inadecuada | 46,7 (57) | 41,4 (12) | 48,4 (45) | | |
| En general, diría que su salud es: ^c | Excelente | 2,5 (3) | 3,4 (1) | 2,2 (2) | 1694,500 | 0,028 |
| | Muy buena | 22,5 (27) | 37,9 (11) | 17,2 (16) | | |
| | Buena | 27 (33) | 24,2 (7) | 28 (26) | | |
| | Justa | 41,8 (51) | 31,1 (9) | 45,1 (42) | | |
| Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas ^c | Pobre | 6,6 (8) | 3,4 (1) | 7,5 (7) | 1303.500 | 0,779 |
| | Definitivamente cierto | 16,4 (20) | 17,2 (5) | 16,1 (15) | | |
| | Mayormente cierto | 9 (11) | - | 11,8 (11) | | |
| | No sé | 35,2 (43) | 41,4 (12) | 33,4 (31) | | |
| Estoy tan saludable como cualquiera que conozca ^c | Mayormente falso | 13,9 (17) | 20,7 (6) | 11,8 (11) | 1390 | 0,797 |
| | Falso | 25,5 (31) | 20,7 (6) | 26,9 (25) | | |
| | Definitivamente cierto | 10,7 (13) | 13,9 (4) | 9,7 (9) | | |
| | Mayormente cierto | 23 (28) | 27,6 (8) | 21,5 (20) | | |
| Espero que mi salud empeore ^c | No sé | 32,7 (40) | 24,1 (7) | 35,4 (33) | 1281 | 0,647 |
| | Mayormente falso | 17,2 (21) | 10,3 (3) | 19,4 (18) | | |
| | Falso | 16,4 (20) | 24,1 (7) | 14 (13) | | |
| | Definitivamente cierto | 5,7 (7) | 3,4 (1) | 6,5 (6) | | |
| Mi salud es excelente ^c | Mayormente cierto | 5,7 (7) | 6,9 (2) | 5,4 (5) | 1633 | 0,078 |
| | No sé | 59,1 (72) | 62,1 (18) | 58 (54) | | |
| | Mayormente falso | 16,4 (20) | - | 21,5 (20) | | |
| | Falso | 13,1 (16) | 27,6 (8) | 8,6 (8) | | |
| Pregunta de transición. En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría su salud en general ahora? ^c | Definitivamente cierto | 10,7 (13) | 13,8 (4) | 9,7 (9) | 1507 | 0,317 |
| | Mucho mejor ahora que hace un año | 8,2 (19) | 10,3 (3) | 7,5 (7) | | |
| | Algo mejor ahora | 15,5 (19) | 17,2 (5) | 15,1 (14) | | |
| | Casi lo mismo | 37,7 (46) | 41,5 (12) | 36,6 (34) | | |
| ¿cómo calificaría su salud en general ahora? ^c | Algo peor ahora | 32 (39) | 27,6 (8) | 33,3 (31) | | |
| | Mucho peor ahora | 6,6(8) | 3,4 (1) | 7,5 (7) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC= $P_{75}-P_{25}$). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística ($1 - \beta = 0,80$). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor $\leq 0,05$.

Los resultados del análisis de fiabilidad para evaluar la consistencia interna del instrumento Golberg en la muestra global indican un alfa de Cronbach ($\alpha = 0,843$). Las variables que exploran Golberg no cumplen tampoco criterios de normalidad. En lo que respecta al análisis descriptivo, un 63,1% (77) presentó ansiedad mientras que el 36,9 (45) indicó no sentirla. Por otro lado, la depresión fue medida con el mismo instrumento mostrando cifras menores que las de ansiedad, concretamente el 48,4 % (59) si padeció depresión y el 51,6 % (63) no. Ni la dimensión ansiedad ni la dimensión depresión mostraron diferencias significativas entre la primera y segunda ola pandémica. Los resultados se presentan en las tablas 10 y 11 respectivamente.

Tabla 10. Golberg Ansiedad. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Golberg - Ansiedad | | | | | Diferencia PO / SO | |
|---|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Ansiedad Valor ^c | | 5 (7-3) | 5 (7,5-2) | 5 (7-3) | 1442,500 | 0,569 |
| Golberg Ansiedad Global ^b | Sí | 63,1 (77) | 58,6 (17) | 64,5 (60) | 0,330 | 0,566 |
| | No | 36,9 (45) | 41,4 (12) | 35,5 (33) | | |
| ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ^b | Sí | 48,4 (59) | 51,7 (15) | 47,3 (44) | 0,172 | 0,678 |
| | No | 51,6 (63) | 48,3 (14) | 52,7 (49) | | |
| ¿Ha estado muy preocupado por algo? ^b | Sí | 68 (83) | 65,5 (19) | 68,8 (64) | 0,111 | 0,732 |
| | No | 32 (39) | 34,5 (10) | 31,2 (29) | | |
| ¿Se ha sentido muy irritable? ^b | Sí | 46,7 (57) | 48,3 (14) | 46,2 (43) | 0,037 | 0,848 |
| | No | 53,3 (65) | 51,7 (15) | 53,8 (50) | | |
| ¿Ha tenido dificultad para relajarse? ^b | Sí | 41 (50) | 31 (9) | 44,1 (41) | 1,557 | 0,212 |
| | No | 59 (72) | 69 (20) | 55,9 (52) | | |
| ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? ^b | Sí | 63,1 (77) | 58,6 (17) | 64,5 (60) | 0,330 | 0,566 |
| | No | 36,9 (45) | 41,4 (12) | 35,5 (33) | | |
| ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? ^b | Sí | 59 (72) | 55,2 (16) | 60,2 (56) | 0,232 | 0,630 |
| | No | 41 (50) | 44,8 (13) | 39,8 (37) | | |
| ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? ^b | Sí | 50,8 (62) | 51,7 (15) | 50,5 (47) | 0,012 | 0,911 |
| | No | 49,2 (60) | 48,3 (14) | 49,5 (46) | | |
| ¿Ha estado preocupado por su salud? ^b | Sí | 68 (83) | 62,1 (18) | 69,9 (65) | 0,622 | 0,430 |
| | No | 32 (39) | 37,9 (11) | 30,1 (28) | | |
| ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? ^b | Sí | 52,5 (64) | 48,3 (14) | 53,8 (50) | 0,267 | 0,605 |
| | No | 47,5 (58) | 51,7 (15) | 46,2 (43) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Tabla 11. Golberg Depresión. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| Golberg Depresion | | Diferencia PO / SO | | | | |
|--|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Depresión Valor ^c | | 1,5 (5-1) | 2 (4-1) | 1 (5-1) | 1333,500 | 0,926 |
| Golberg Depresión Global ^b | Sí | 48,4 (59) | 51,7 (15) | 47,3 (44) | 0,172 | 0,678 |
| | No | 51,6 (63) | 48,3 (14) | 52,7 (49) | | |
| ¿Se ha sentido con poca energía? ^b | Sí | 50 (61) | 51,7 (15) | 49,5 (46) | 0,045 | 0,832 |
| | No | 50 (61) | 48,3 (14) | 50,5 (47) | | |
| ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? ^b | Sí | 33,6 (41) | 34,5 (10) | 33,3 (31) | 0 | 0,909 |
| | No | 66,4 (81) | 65,5 (19) | 66,6 (62) | | |
| ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? ^b | Sí | 27,9 (34) | 17,2 (5) | 31,2 (29) | 2,137 | 0,144 |
| | No | 72,1 (88) | 82,8 (24) | 68,8 (64) | | |
| ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar ^b) | Sí | 24,6 (30) | 20,7 (6) | 25,8 (24) | 0,312 | 0,576 |
| | No | 75,4 (92) | 79,3 (23) | 74,2 (69) | | |
| ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? ^b | Sí | 41 (50) | 37,9 (11) | 41,9 (39) | 0,147 | 0,702 |
| | No | 59 (72) | 62,1 (18) | 58,1 (54) | | |
| ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) ^b | Sí | 21,3 (26) | 27,6 (8) | 19,4 (18) | 0,893 | 0,345 |
| | No | 78,7 (96) | 72,4 (21) | 80,6 (75) | | |
| ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? ^b | Sí | 36,1 (44) | 31 (9) | 37,6 (35) | 0,418 | 0,518 |
| | No | 63,9 (78) | 69 (20) | 62,4 (58) | | |
| ¿Se ha sentido usted enlentecido? ^b | Sí | 27 (33) | 27,6 (8) | 26,9 (25) | 0,006 | 0,941 |
| | No | 73 (89) | 72,4 (21) | 73,1 (68) | | |
| ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ^b | Sí | 20,5 (25) | 17,2 (5) | 21,5 (20) | 0,247 | 0,619 |
| | No | 79,5 (97) | 82,8 (24) | 78,5 (73) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

En cuanto al cuestionario Lawton Brody ninguno de sus ítems cumplió con criterios de normalidad. El valor del alfa de Cronbach ($\alpha = 0,820$) indicó una razonable fiabilidad del instrumento para evaluación de la muestra global (n = 122) pacientes. Descriptivamente, más de la mitad de los pacientes eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria, en cambio, mostraron una dependencia total el 1,6% (2), dependencia severa 2,5 % (3), dependencia moderada 9,8 % (12) y por último dependencia ligera el 33,6 % (41). No se observaron diferencias entre olas pandémicas. Los resultados se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| Lawton Brody | | | | | Diferencia PO / SO | |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Lawton Brody ^b | | 8 (8-6) | 8 (8-6) | 8 (8-6) | 1398,500 | 0,741 |
| | Dependencia total | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Dependencia severa | 2,5 (3) | 3,4 (1) | 2,2 (2) | | |
| Lawton Brody ^c | Dependencia moderada | 9,8 (12) | 17,2 (5) | 7,5 (7) | 1409 | 0,687 |
| | Dependencia ligera | 33,6 (41) | 27,6 (8) | 35,5 (33) | | |
| | Independencia | 52,5 (64) | 51,8 (15) | 52,6 (49) | | |
| | Utiliza el teléfono o iniciativa propia, busca y marca números | 83,6 (102) | 82,8 (24) | 83,8 (78) | | |
| Capacidad de usar el teléfono ^c | Marca unos cuantos números bien conocidos | 14,8 (18) | 17,2 (5) | 14 (13) | 1338,500 | 0,925 |
| | Contesta al teléfono, pero no marca | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Realiza todas las compras necesarias con independencia | 68,9 (84) | 72,4 (21) | 67,7 (63) | | |
| Ir de compras ^c | Compra con independencia pequeñas cosas | 23,8 (29) | 20,7 (6) | 24,7 (23) | 1410 | 0,646 |
| | Necesita compañía para realizar cualquier compra | 6,5 (8) | 6,9 (2) | 6,5 (6) | | |
| | Completamente incapaz para ir de compras | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Planea, prepara y sirve comidas con independencia | 68 (83) | 55,2 (16) | 72 (67) | | |
| Preparación de la comida ^c | Prepara las comidas si le dan los ingredientes | 18,9 (23) | 20,7 (6) | 18,3 (17) | | |
| | Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada | 10,6 (13) | 24,1 (7) | 6,5 (6) | 1099 | 0,068 |
| | Necesita que se le prepare y sirva la comida | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80), Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Tabla 12 bis. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| Lawton Brody | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Cuidar de la casa | Cuida la casa solo o con ayuda ocasional | 65,5 (80) | 62,1 (18) | 66,7 (62) | 1320 | 0,838 |
| | Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar o hacer la cama | 23,8 (29) | 31 (9) | 21,5 (20) | | |
| | Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 7,4 (9) | 6,9 (2) | 7,5 (7) | | |
| | Necesita ayuda en todas las tareas | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | No participa en ninguna tarea doméstica | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| Lavado de Ropa | Realiza completamente el lavado de ropa personal | 78,7 (96) | 65,5 (19) | 82,8 (77) | 1149,500 | 0,094 |
| | Lava ropa pequeña | 11,5 (14) | 27,6 (8) | 6,5 (6) | | |
| | Necesita que otro se ocupe del lavado | 9,8 (12) | 6,9 (2) | 10,7 (10) | | |
| Medio de transporte | Viaja con independencia en transporte público o conduce su coche | 83,6 (102) | 86,2 (25) | 82,7 (77) | 1410,500 | 0,563 |
| | Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 8,2 (10) | 13,8 (4) | 6,5 (6) | | |
| | Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | No viaja | 5,8 (7) | - | 7,5 (7) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80), Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

Tabla 12 bis2. Lawton Brody. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| Lawton Brody | | | | | Diferencia PO / SO | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Responsabilidad sobre la medicación | Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas | 90,2 (110) | 82,8 (24) | 92,5 (86) | | |
| | Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas | 9,8 (12) | 17,2 (5) | 7,5 (7) | 1217,500 | 0,127 |
| | No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | - | - | - | | |
| Capacidad de utilizar el dinero | Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos | 88,5 (108) | 79,4 (23) | 91,3 (85) | | |
| | Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos | 9 (11) | 17,2 (5) | 6,5 (6) | 1187,500 | 0,080 |
| | Incapaz de manejar el dinero | 2,5 (3) | 3,4 (1) | 2,2 (2) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80), Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

En cuanto a la escala multidimensional de apoyo social percibido, los resultados del análisis de fiabilidad del instrumento EMAS en la muestra global indicaron un valor ($\alpha = 0,769$). Las variables que exploraban EMAS no cumplieron criterios de normalidad en ninguno de los casos. Se apreciaron diferencias significativas entre las dos olas pandémicas en el ítem “Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías” con un valor de $p = 0,024$; un tamaño del efecto ($d = 0,323$) y una potencia estadística de 0,705. También encontramos diferencias en la afirmación “Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí” ($p = 0,030$) con un valor ($d = 0,336$) y una potencia estadística 0,743. Ver resultados en tablas 13.

Tabla 13. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre ambas olas pandémicas

| EMAS | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|--|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) Global (n=122) | Me (RIC) % (Frecuencias) Primera Ola (n=29) | Me (RIC) % (Frecuencias) Segunda Ola (n=93) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Apoyo Social Emas ^b | Categorías | 72,50 (81-65) | 72 (78,5-65) | 74 (81-65) | 1493,50 | 0,382 |
| Apoyo Social Emas ^c | Percepción alta | 82 (100) | 86,2 (25) | 80,6 (75) | 1429,50 | 0,456 |
| | Percepción media | 15,5 (19) | 13,8 (4) | 16,2 (15) | | |
| | Percepción baja | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil ^c | Totalmente en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | 1365 | 0,913 |
| | Bastante | - | - | - | | |
| | Más bien en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| | Ni de acuerdo ni en | 7,4 (9) | 6,9 (2) | 7,5 (7) | | |
| | Más bien de acuerdo | 9,8 (12) | 17,2 (5) | 7,5 (7) | | |
| | Bastante de acuerdo | 27 (33) | 24,1 (7) | 28 (26) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 52,5 (64) | 51,8 (15) | 52,7 (49) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 3,3 (4) | 10,3 (3) | 1,1 (1) | | |
| | Bastante | - | - | - | | |
| | Más bien en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías ^c | Ni de acuerdo ni en | 6,6 (8) | 6,9 (2) | 6,5 (6) | 1684 | 0,024 |
| | Más bien de acuerdo | 12,3 (15) | 13,8 (4) | 11,8 (11) | | |
| | Bastante de acuerdo | 18,9 (23) | 31,1 (9) | 15,1 (14) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 57,3 (70) | 37,9 (11) | 63,3 (59) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Bastante | - | - | - | | |
| | Más bien en desacuerdo | 3,3 (4) | - | 4,3 (4) | | |
| | Ni de acuerdo ni en | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | | |
| Mi familia realmente intenta ayudarme ^c | desacuerdo | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | 1341,50 | 0,961 |
| | Más bien de acuerdo | 9,8 (12) | 13,8 (4) | 8,6 (8) | | |
| | Bastante de acuerdo | 18,9 (23) | 20,7 (6) | 18,3 (17) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 63,1 (77) | 62,1 (18) | 63,4 (59) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); Test U de Mann-Whitney (U). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Tabla 13 bis. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| EMAS | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito | Totalmente en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | 1602,50 | 0,094 |
| | Bastante Más bien en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Más bien de acuerdo | 6,6 (8) | 3,4 (1) | 7,5 (7) | | |
| | Bastante de acuerdo | 10,7 (13) | 13,8 (4) | 9,7 (9) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 25,4 (31) | 51,8 (15) | 17,2 (16) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 53,2 (65) | 31 (9) | 60,2 (56) | | |
| Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí | Bastante Más bien en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | 1685,50 | 0,030 |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Más bien de acuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Bastante de acuerdo | 8,2 (10) | 13,8 (4) | 6,5 (6) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 20,5 (25) | 41,4 (12) | 14 (13) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 19,7 (24) | 10,3 (3) | 22,6 (21) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 48,4 (59) | 34,5 (10) | 52,7 (49) | | |
| Mis amigos realmente tratan de ayudarme | Bastante Más bien en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | 1395 | 0,772 |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Más bien de acuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Bastante de acuerdo | 19,7 (24) | 13,8 (4) | 21,5 (20) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 17,2 (21) | 31 (9) | 12,9 (12) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 33,6 (41) | 41,4 (12) | 31,2 (29) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 24,6 (30) | 13,8 (4) | 28 (26) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

Tabla 13 bis2. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| EMAS | | Diferencia PO / SO | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal | Totalmente en desacuerdo | 4,1 (5) | - | 5,4 (5) | | |
| | Bastante en desacuerdo | - | - | - | | |
| | Más bien en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 17,2 (21) | 10,3 (3) | 19,3 (18) | 1384 | 0,826 |
| | Más bien de acuerdo | 24,7 (30) | 44,9 (13) | 18,3 (17) | | |
| | Bastante de acuerdo | 26,2 (32) | 27,6 (8) | 25,8 (24) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 26,2 (32) | 17,2 (5) | 29 (27) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Bastante en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Más bien en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4,9 (6) | 6,9 (2) | 4,3 (4) | 1606,50 | 0,097 |
| | Más bien de acuerdo | 14,8 (18) | 34,5 (10) | 8,6 (8) | | |
| | Bastante de acuerdo | 27,9 (34) | 24,1 (7) | 29 (27) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 46,7 (57) | 34,5 (10) | 50,5 (47) | | |
| | Totalmente en desacuerdo | 4,1 (5) | - | 5,4 (5) | | |
| | Bastante en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| | Más bien en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 21,3 (26) | 24,1 (7) | 20,4 (19) | 1373 | 0,880 |
| | Más bien de acuerdo | 25,4 (31) | 38 (11) | 21,6 (20) | | |
| | Bastante de acuerdo | 21,2 (26) | 24,1 (7) | 20,4 (19) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 23 (28) | 13,8 (4) | 25,8 (24) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

Tabla 13 bis3. EMAS. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| EMAS | | Diferencia PO / SO | | | Valor (U) | p-valor |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | | |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos | Totalmente en desacuerdo | 3,3 (4) | - | 4,3 (4) | 1415,50 | 0,665 |
| | Bastante en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Más bien en desacuerdo | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 9 (11) | 6,9 (2) | 9,7 (9) | | |
| | Más bien de acuerdo | 11,5 (14) | 20,7 (6) | 8,6 (8) | | |
| | Bastante de acuerdo | 24,6 (30) | 31 (9) | 22,5 (21) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 49,2 (60) | 41,4 (12) | 51,6 (48) | | |
| Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones | Totalmente en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | 1416,50 | 0,657 |
| | Bastante en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Más bien en desacuerdo | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | | |
| | Más bien de acuerdo | 10,7 (13) | 6,9 (2) | 11,8 (11) | | |
| | Bastante de acuerdo | 31,1 (38) | 51,8 (15) | 24,7 (23) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 49,1 (60) | 37,9 (11) | 52,8 (49) | | |
| Puedo hablar de mis problemas con mis amigos | Totalmente en desacuerdo | 3,3 (4) | 6,9 (2) | 2,2 (2) | 1508 | 0,306 |
| | Bastante en desacuerdo | 0,8 (1) | - | 1,1 (1) | | |
| | Más bien en desacuerdo | 3,3 (4) | - | 4,3 (4) | | |
| | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 5,7 (7) | 3,4 (1) | 6,5 (6) | | |
| | Más bien de acuerdo | 9,8 (12) | 10,3 (3) | 9,6 (9) | | |
| | Bastante de acuerdo | 32,8 (40) | 48,4 (14) | 28 (26) | | |
| | Totalmente de acuerdo | 44,3 (54) | 31 (9) | 48,3 (45) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC= $P_{75}-P_{25}$). Test U de Mann-Whitney (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Siguiendo con los objetivos, se valoró si las personas atendidas se sintieron estigmatizadas, mediante la escala InDI-D/ISMI. Esta escala proporciona una medida de la discriminación interseccional que puede ser producida por distintas condiciones: género, etnia, diagnóstico de salud mental, y en este caso, también se incluyó la presencia del Covid-19. Por otro lado, el estigma internalizado se evaluó mediante dos ítems adaptados de la escala Internalised Stigma of Mental Illness (ISMI), relativos a la dimensión emocional y de aislamiento social.

En cuanto al valor global de la muestra, el 23% (28) se sintieron estigmatizados tras sufrir la enfermedad, mientras que un 77% (94) no lo refirieron. Las variables que exploraban el “Estigma” también fueron procesadas mediante pruebas no paramétricas al no cumplir criterios de normalidad. No se hallaron diferencias en ninguna de las cuestiones entre ambas olas pandémicas. Los resultados del análisis de fiabilidad del instrumento InDi indicaron un alfa de Cronbach de 0,925. Ver resultados en tablas 14.

Tabla 14. Estigma. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| ESTIGMA | | | | | Diferencia PO / SO | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| Estigma InDi ^b | | 13 (23-11) | 13 (23-11,50) | 13 (22-13) | 1210 | 0,396 |
| Estigma ^c | Sí | 23 (28) | 17,2 (5) | 24,7 (23) | 0,701 | 0,402 |
| | No | 77 (94) | 82,8 (24) | 75,3 (70) | | |
| ¿Has escuchado, visto o leído a otras personas bromeando o riéndose de ti (o de personas como tú)? ^c | Nunca | 68 (83) | 58,7 (17) | 71 (66) | 1209 | 0,309 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 12,3 (15) | 17,2 (5) | 10,8 (10) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 12,3 (15) | 20,7 (6) | 9,6 (9) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 7,4 (9) | 3,4 (1) | 8,6 (8) | | |
| ¿Te han tratado como si fueras alguien hostil, poco servicial o grosero? ^c | Nunca | 68 (83) | 65,6 (19) | 68,8 (64) | 1280,500 | 0,620 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 13,1 (16) | 10,3 (3) | 14 (13) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 13,8 (17) | 17,2 (5) | 12,9 (12) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 4,9 (6) | 6,9 (2) | 4,3 (4) | | |
| ¿Te han llamado de diferentes formas ofensivas o has escuchado / visto cómo utilizaban tu identidad como un insulto? ^c | Nunca | 74,5 (91) | 75,9 (22) | 74,2 (69) | 1382,500 | 0,789 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 6,6 (8) | 6,9 (2) | 6,5 (6) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 12,3 (15) | 13,8 (4) | 11,8 (11) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 6,6 (8) | 3,4 (1) | 7,5 (7) | | |
| ¿Te han tratado como si otros tuvieran miedo de ti? ^c | Nunca | 63,1 (77) | 55,2 (16) | 65,6 (61) | 1212 | 0,340 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 5,7 (7) | 3,4 (1) | 6,5 (6) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 19,7 (24) | 31,1 (9) | 16,1 (15) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 11,5 (14) | 10,3 (3) | 11,8 (11) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC= P_{75} - P_{25}). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Tabla 14 bis. ESTIGMA. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| ESTIGMA | Categoría | Me (RIC) | | | Diferencia PO / SO | |
|---|--------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | | % (Frecuencias) | % (Frecuencias) | % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| ¿Te han mirado fijamente o señalado en público? | Nunca | 63,9 (78) | 58,6 (17) | 65,6 (61) | 1244 | 0,462 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 15,6 (19) | 13,8 (4) | 16,1 (15) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 14,8 (18) | 24,2 (7) | 11,8 (11) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 5,7 (7) | 3,4 (1) | 6,5 (6) | | |
| ¿Te dijeron qué deberías pensar, cómo comportarte o que debías parecerle más a los demás? | Nunca | 72,1 (88) | 79,4 (23) | 69,9 (65) | 1450 | 0,421 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 8,2 (10) | 3,4 (1) | 9,7 (9) | | |
| | Sí, una o dos veces | 10,7 (13) | 6,9 (2) | 11,8 (11) | | |
| | Sí, muchas veces | 9 (11) | 10,3 (3) | 8,6 (8) | | |
| ¿Has escuchado que tú o personas como tú no encajan? | Nunca | 72,9 (89) | 69 (20) | 74,2 (69) | 1262 | 0,504 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 7,4 (9) | 3,4 (1) | 8,6 (8) | | |
| | Sí, una o dos veces | 15,6 (19) | 24,2 (7) | 12,9 (12) | | |
| | Sí, muchas veces | 4,1 (5) | 3,4 (1) | 4,3 (4) | | |
| ¿Te han hecho preguntas inapropiadas, ofensivas o demasiado personales? | Nunca | 65,6 (80) | 69 (20) | 64,5 (60) | 1405,500 | 0,685 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 16,4 (20) | 13,8 (4) | 17,2 (16) | | |
| | Sí, una o dos veces | 9,8 (12) | 10,2 (3) | 9,7 (9) | | |
| | Sí, muchas veces | 8,2 (10) | 6,9 (2) | 8,6 (8) | | |
| ¿Te han tratado como si fueras alguien menos listo o competente que otros? | Nunca | 63,1 (77) | 65,6 (19) | 62,4 (58) | 1324 | 0,864 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 15,6 (19) | 3,4 (1) | 19,3 (18) | | |
| | Sí, una o dos veces | 15,6 (19) | 24,1 (7) | 12,9 (12) | | |
| | Sí, muchas veces | 5,7 (7) | 6,9 (2) | 5,4 (5) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

Tabla 14 bis2. Estigma. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| ESTIGMA | | | | | Diferencia PO / SO | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|---------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| ¿Has evitado relacionarte con otras personas (mediante los canales permitidos) para evitar el rechazo? | Nunca | 72,1 (88) | 79,4 (23) | 69,9 (65) | 1435 | 0,510 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 9,8 (12) | 3,4 (1) | 11,8 (11) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 10,7 (13) | 3,4 (1) | 12,9 (12) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 7,4 (9) | 13,8 (4) | 5,4 (5) | | |
| ¿Has sentido que las personas que no están en tu situación no pueden entenderte? | Nunca | 54,1 (66) | 48,3 (14) | 55,9 (52) | 1148 | 0,186 |
| | Sí, pero no desde el Covid19 | 13,9 (17) | - | 18,3 (17) | | |
| | Sí, una o dos veces desde el Covid19 | 18,1 (22) | 34,5 (10) | 12,9 (12) | | |
| | Sí, muchas veces desde el Covid19 | 13,9 (17) | 17,2 (5) | 12,9 (12) | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor ≤ 0,05.

Para valorar la funcionalidad familiar, se utilizó la escala APGAR. El análisis de fiabilidad indicó, en la muestra global, un valor alfa de Cronbach de 0,938. Las variables que exploraban Apgar también se procesaron mediante pruebas no paramétricas. Teniendo en cuenta la muestra en global, se halló una adecuada funcionalidad familiar en el 68% (83) de los pacientes, disfunción leve en el 24,6 % (30), disfunción moderada en el 2,5 % (3) y, por último, disfunción severa en el 4,9% (6). Solo el ítem “Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa” presentó diferencias significativas entre la primera y segunda ola (p = 0,045) en este caso el valor de la d de Cohen fue de 0,262 con una baja potencia estadística 0,438. Estos resultados se pueden observar en la tabla 15.

Tabla 15. APGAR. Resultados descriptivos y diferencias entre olas pandémicas

| APGAR Familiar | | | | | Diferencia PO / SO | |
|--|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------|
| | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Me (RIC) % (Frecuencias) | Valor (χ^2) Valor (U) | p-valor |
| Categorías | | Global (n=122) | Primera Ola (n=29) | Segunda Ola (n=93) | | |
| APGAR ^b | | 18 (20-15,75) | 18 (19-17) | 18 (20-15) | 1356,50 | 0,961 |
| | Normal | 68 (83) | 79,4 (23) | 64,5 (60) | | |
| | Disfunción leve | 24,6 (30) | 17,2 (5) | 26,9 (25) | | |
| APGAR ^c | Disfunción moderada | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | 1554 | 0,131 |
| | Disfunción severa | 4,9 (6) | 3,4 (1) | 5,4 (5) | | |
| | Nunca | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa ^c | Casi nunca | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | | |
| | Algunas veces | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | 1084 | 0,045 |
| | Casi siempre | 21,3 (26) | 10,3 (3) | 24,7 (23) | | |
| | Siempre | 71,3 (87) | 86,3 (25) | 66,7 (62) | | |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas ^c | Nunca | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Casi nunca | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| | Algunas veces | 4,9 (6) | 6,9 (2) | 4,3 (4) | 1250,50 | 0,496 |
| | Casi siempre | 30,3 (37) | 27,6 (8) | 31,2 (29) | | |
| | Siempre | 60,7 (74) | 65,5 (19) | 59,1 (55) | | |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección ^c | Nunca | 2,5 (3) | - | 3,2 (3) | | |
| | Casi nunca | 4,1 (5) | 3,4 (1) | 4,3 (4) | | |
| | Algunas veces | 8,2 (10) | 13,8 (4) | 6,5 (6) | 1452 | 0,482 |
| | Casi siempre | 27 (33) | 31 (9) | 25,8 (24) | | |
| | Siempre | 58,2 (71) | 51,8 (15) | 60,2 (56) | | |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor ^c | Nunca | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Casi nunca | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | | |
| | Algunas veces | 8,2 (10) | 6,9 (2) | 8,6 (8) | 1268,50 | 0,595 |
| | Casi siempre | 35,2 (43) | 34,5 (10) | 35,5 (33) | | |
| | Siempre | 51,7 (63) | 55,2 (16) | 50,5 (47) | | |
| Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos ^c | Nunca | 1,6 (2) | - | 2,2 (2) | | |
| | Casi nunca | 3,3 (4) | 3,4 (1) | 3,2 (3) | | |
| | Algunas veces | 7,4 (9) | 6,9 (2) | 7,5 (7) | 1313,50 | 0,814 |
| | Casi siempre | 33,6 (41) | 34,5 (10) | 33,3 (31) | | |
| | Siempre | 54,1 (66) | 55,2 (16) | 53,8 | | |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Chi-cuadrado^b (χ^2); test U de Mann-Whitney^c (U). Tamaño del efecto valor (d) de Cohen: pequeño 0,2 – mediano 0,50 – grande 0,80; potencia estadística (1- β = 0,80). Acrónimos: (PO primera ola), (SO segunda ola). P-valor \leq 0,05.

Resultados análisis bivariados

Para evaluar la calidad de vida, se ha utilizado como instrumento principal el cuestionario SF-36 que presentó una fiabilidad ($\alpha = 0,919$). En la primera columna de la tabla 16 se presentan los resultados univariados de cada una de las dimensiones que mide el SF-36. En general, todas las dimensiones obtuvieron medianas aceptables y la categoría “Adecuado/a” fue la que presentó mayores porcentajes. En la misma tabla se incluyen los análisis bivariados que resultaron de evaluar las dimensiones del SF-36 en relación con las variables sociodemográficas. La edad como valor global y distribuida por grupos no presentó ninguna relación significativa. La dimensión función física fue inadecuada en 18 mujeres frente a 19 hombres, el rol físico inadecuado (19 mujeres frente a 21 hombres); lo mismo sucede con la vitalidad y el dolor estando ambas dimensiones más afectadas en mujeres. El nivel de estudios mostró correlación negativa y significativa, con diferencias entre grupos; quienes tenían menor nivel de estudios puntuaron más en función inadecuada, afectando a prácticamente todas las dimensiones de calidad de vida. La prueba Chi cuadrado mostró diferencias significativas en la distribución de la variable “Estado civil” [8,633; ($p = 0,013$)] y “Bienestar emocional” [8,043; ($p = 0,018$)] en ambas dimensiones el grupo “casados/as” presentaron un mejor comportamiento físico y emocional. Por último, en la situación laboral, se hallaron diferencias en casi todas las dimensiones exceptuando la dimensión “vitalidad”, siendo los jubilados y los inactivos a causa de la Covid-19 los que obtuvieron resultados inadecuados en las dimensiones estudiadas.

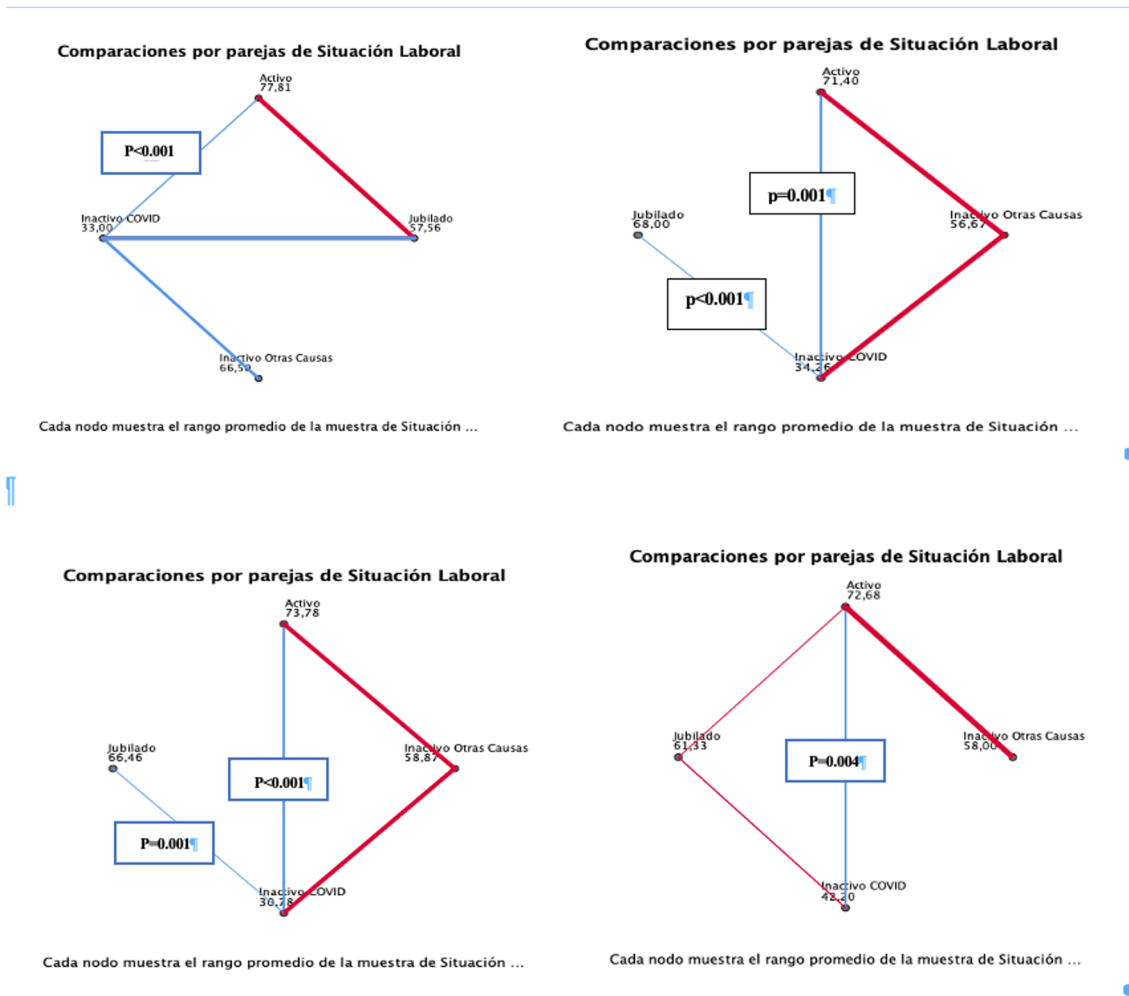
Tabla 16. Dimensiones SF-36. Resultados en función de las variables sociodemográficas

| Dimensione SF-36 | | Me (RIC) % (Frecuencias) | Género Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) | Nivel estudios Valor (r) Valor (U) (p-valor) | Estado civil Valor (H) Valor (χ^2) (p-valor) | Situación laboral Valor (H) Valor (χ^2) (p-valor) |
|--|-------------|--------------------------------|--|---|--|---|
| Función Física^{a,b,d} | | 70 (85-40) | 1137,500 (0,003) | -0,190 (0,036) | 4,222 (0,121) | 25,477 (<0,001) |
| Función Física^{c,b} | Adecuada | 69,7 (85) | 4,758 | 1202 | 8,633 | 21,182 |
| | Inadecuada | 30,3 (37) | (0,029) | (0,029) | (0,013) | (<0,001) |
| Rol Físico^{a,b,d} | | 75 (100-25) | 2095 (0,017) | -0,187 (0,039) | 4,662 (0,097) | 36,646 (<0,001) |
| Rol Físico^c | Adecuado | 87,2 (82) | 4,506 | 1271 | 6,338 | 34,540 |
| | Inadecuado | 32,8 (40) | (0,034) | (0,033) | (0,042) | (<0,001) |
| Rol emocional^{a,b,d} | | 66,67(100-0) | 1864,500 (0,299) | -0,149 (0,101) | 4,511 (0,105) | 20,447 (<0,001) |
| Rol Emocional^c | Adecuado | 60,7 (74) | 0,331 | 1445,500 | 6,955 | 18,923 |
| | Inadecuado | 39,3 (48) | (0,565) | (0,067) | (0,031) | (<0,001) |
| Vitalidad^{a,b,d} | | 55 (75-40) | 2196,500 (0,005) | -0,105 (0,225) | 2820 (0,224) | 2263 (0,74) |
| Vitalidad^c | Adecuado | 64,8 (79) | 0,768 | 1505,500 | 6,541 | 3,133 |
| | Inadecuado | 35,2 (43) | (0,381) | (0,273) | (0,088) | (0,372) |
| Bienestar Emocional^{a,b,d} | | 56 (84-44) | 1977 (0,108) | -0,204 (0,024) | 5,658 (0,059) | 11,957 (0,008) |
| Bienestar emocional^c | Adecuada | 64,8 (79) | 0,768 | 1274,500 | 8,043 | 11,297 |
| | Inadecuada | 35,2 (43) | (0,381) | (0,016) | (0,018) | (0,010) |
| Función Social^{a,b,d} | | 75 (100-50) | 1829 (0,413) | -0,271 (0,003) | 6,107 (0,047) | 18,963 (<0,001) |
| Función Social^c | Adecuada | 80,3 (98) | 3,210 | 728 | 2,900 | 5,429 |
| | Inadecuada | 19,7 (24) | (0,073) | (0,002) | (0,235) | (0,143) |
| Dolor^{a,b,d} | | 57,5 (87,5-32,5) | 1239,500 (0,013) | 0,116 (0,202) | 2,073 (0,355) | 23,901 (<0,001) |
| Dolor^c | Alterado | 41 (59) | 3,440 | 2054 | 1584 | 16,014 |
| | No alterado | 59 (72) | (0,064) | (0,160) | (0,453) | (0,001) |
| Salud General^{a,b,d} | | 50 (75-38,75) | 0,277 (0,559) | -0,263 (0,003) | 1,476 (0,478) | 11,612 (0,009) |
| Salud General^c | Adecuada | 53,3 (65) | 1385 | 1326,500 | 1,690 | 11,160 |
| | Inadecuada | 46,7 (57) | (0,093) | (0,004) | (0,429) | (0,011) |

Nota: Valor de la mediana (Me) y del rango intercuartil (RIC=P₇₅-P₂₅). Coeficiente de correlación de Sperman (r)^a; Test U de Mann-Whitney^b; Chi-cuadrado^c; Test de Kruskal-Wallis. P-value ≤ 0,05

La figura 2 muestra la relación entre las dimensiones del SF-36 y la situación laboral tras aplicar corrección de Bonferroni. En todas las dimensiones los pacientes, que al año de alta de UCI permanecían inactivos por causa de la COVID-19, mostraron mayor afectación física y emocional, peor salud general y mayor nivel de dolor.

Figura 2. Dimensiones de SF-36 en función de la situación laboral



Nota: Dimensiones del SF36 en función de la situación laboral. Test de Kruskal-Wallis con corrección de Bonferroni. P-valor $\leq 0,05$

El análisis de la calidad de vida en función de las variables clínicas mostró resultados significativos para el valor de Charlson y para la predicción de mortalidad. Aquellos pacientes que presentaban mayor comorbilidad y aquellos que formaban parte del grupo con mayor predicción de mortalidad presentaron peor función física y peor rol físico, aunque no mostraron mayor afectación en las dimensiones que evaluaban el bienestar emocional, la vitalidad o la salud general.

Por otro lado, la presencia de secuelas al año de alta de UCI afectó a un 82% de la muestra, en concreto el 82% de la muestra (100 pacientes) indicaron presencia de secuelas. Como se puede observar en la tabla 17 todas las dimensiones del SF-36 presentan resultados significativos, destacando que el 37% de los pacientes afectados indicaron una función física inadecuada [11,683; (p < 0,001)]. El 50%

indicaron presencia de dolor [14,743; (p < 0,001)] y el 57% mostró una salud general inadecuada [23,537; (p < 0,001)].

Tabla 17. Dimensión-SF 36. Resultados en función de las variables clínicas

| Dimensiones SF-36 | Categorías | Charlson | Predicción mortalidad | Secuelas |
|--|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | Valor (r) Valor (U) (p-valor) | Valor (r) Valor (U) (p-valor) | Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) |
| Función Física^{a,b} | | -0,220 (0,015) | -0,233 (0,010) | 1881,500 (<0,001) |
| Función Física^{b,c} | Adecuada | 1753 (0,271) | 1815,500 (0,154) | 11,683 (<0,001) |
| | Inadecuada | | | |
| Rol Físico-valor^{a,b} | | -0,185 (0,041) | -0,191 (0,031) | 1686,500 (<0,001) |
| Rol Físico^{b,c} | Adecuado | 1744,500 (0,532) | 1808 (0,335) | 13,093 (<0,001) |
| | Inadecuado | | | |
| Valor Rol emocional^{a,b} | | -0,017 (0,855) | -0,050 (0,588) | 1803 (<0,001) |
| Rol Emocional^{b,c} | Adecuado | 1758 (0,918) | 1854 (0,667) | 17,410 (<0,001) |
| | Inadecuado | | | |
| Vitalidad^{a,b} | | -0,077 (0,397) | -0,082 (0,369) | 1950 (<0,001) |
| Vitalidad^{b,c} | Adecuado | 1801,500 (0,545) | 1802,500 (0,557) | 14,609 (<0,001) |
| | Inadecuado | | | |
| Bienestar Emocional^{a,b} | | 0,009 (0,921) | -0,042 (0,643) | 1982 (<0,001) |
| Bienestar emocional^{b,c} | Adecuada | 1742,500 (0,796) | 1874,500 (0,321) | 14,609 (<0,001) |
| | Inadecuada | | | |
| Función Social^{a,b} | | -0,157 (0,084) | -0,161 (0,077) | 1678,500 (<0,001) |
| Función Social^{b,c} | Adecuada | 1406 (0,105) | 1403 (0,124) | 6,573 (0,010) |
| | Inadecuada | | | |
| Dolor^{a,b} | | 0,002 (0,978) | -0,029 (0,754) | 1817 (<0,001) |
| Dolor^{b,c} | Alterado | 1773 (0,878) | 1637 (0,372) | 14,743 (<0,001) |
| | No alterado | | | |
| Salud General^{a,b} | | 0,051 (0,580) | -0,024 (0,796) | 1890,500 (<0,001) |
| Salud General^{b,c} | Adecuada | 1939 (0,652) | 1827 (0,893) | 23,537 (<0,001) |
| | Inadecuada | | | |

Nota: Coeficiente de correlación de Spearman (r^a); Test U de Mann-Whitney^b; Chi-cuadrado^c. P-value $\leq 0,05$

Posteriormente se analizó que tipo de secuelas estaban influyendo en la calidad de vida; observándose que la cefalea y, las alteraciones de piel y mucosas no mostraban relación significativa con las dimensiones del SF-36; sin embargo, si resultaba significativa la presencia de mialgias, alteraciones respiratorias y emocionales, afectando en menor medida las alteraciones de la coagulación.

Resaltar que el 71,3% (87) de los pacientes continuaban presentando mialgias al año de alta de UCI y esto repercutía negativamente en todas las dimensiones de la calidad de vida fundamentalmente en la percepción de salud

general ya que el 62,1% (54) pacientes indicaron un nivel inadecuado en relación con dicha dimensión [28,696; (p < 0,001)]. Los trastornos emocionales siguieron el mismo patrón, viéndose afectado el 48,4% (59) de la muestra [31,411; (p < 0,001)]. En la misma línea, las alteraciones respiratorias persistían, pasado un año, afectaban a un 45,9% (56) de los participantes y de ellos un 64,3% (36) participantes indicaban una inadecuada “Salud general” [12,829; (p < 0,001)]. Los resultados se muestran en la tabla 18.

Tabla 18. Dimensión-SF 36. Resultados en función de las secuelas

| Dimensiones SF-36 | | Mialgias | Trastornos emocionales | Alteraciones respiratorias | Alteraciones Coagulación |
|--|-------------|--|--|--|--|
| Categorías | | Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) | Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) | Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) | Valor (U) Valor (χ^2) (p-valor) |
| Función Física^b | | 2437 (<0,001) | 2988 (<0,001) | 2674,500 (<0,001) | 970,500 (0,029) |
| Función Física^c | Adecuada | 14,072 | 22,767 | 7,691 | 6,708 |
| | Inadecuada | (<0,001) | (<0,001) | (0,006) | (0,010) |
| Rol Físico-valor^b | | 2188,500 (<0,001) | 2878,500 (<0,001) | 2511,500 (<0,001) | 917,500 (0,064) |
| Rol Físico^c | Adecuado | 19,951 | 27,774 | 8,741 | 2,928 |
| | Inadecuado | (<0,001) | (<0,001) | (0,003) | (0,087) |
| Valor Rol emocional^b | | 2377 (<0,001) | 2956 (<0,001) | 2544 (<0,001) | 874 (0,152) |
| Rol Emocional^c | Adecuado | 19,476 | 43,512 | 8,780 | 3,003 |
| | Inadecuado | (<0,001) | (<0,001) | (0,003) | (0,083) |
| Vitalidad^b | | 2342 (<0,001) | 3081 (<0,001) | 2658 (<0,001) | 831 (0,308) |
| Vitalidad^c | Adecuado | 15,301 | 14,977 | 12,408 | 2,206 |
| | Inadecuado | (<0,001) | (<0,001) | (<0,001) | (0,138) |
| Bienestar Emocional^b | | 2318 (<0,001) | 3285 (<0,001) | 2417,500 (0,003) | 910,500 (0,093) |
| Bienestar emocional^c | Adecuada | 12,122 | 33,248 | 7,628 | 2,206 |
| | Inadecuada | (<0,001) | (<0,001) | (0,006) | (0,138) |
| Función Social^b | | 2275,500 (<0,001) | 2883 (<0,001) | 2489 (0,001) | 970 (0,027) |
| Función Social^c | Adecuada | 6,051 | 14,633 | 5,188 | 1,134 |
| | Inadecuada | (0,014) | (<0,001) | (0,023) | (0,287) |
| Dolor^b | | 2598,500 (<0,001) | 2793,500 (<0,001) | 2773 (<0,001) | 944 (0,049) |
| Dolor^c | Alterado | 21,318 | 22,302 | 19,813 | 0,995 |
| | No alterado | (<0,001) | (<0,001) | (<0,001) | (0,318) |
| Salud General^b | | 2405,500 (<0,001) | 3021,500 (<0,001) | 2558,500 (<0,001) | 966 (0,032) |
| Salud General^c | Adecuada | 28,696 | 31,411 | 12,829 | 1,283 |
| | Inadecuada | (<0,001) | (<0,001) | (<0,001) | (0,257) |

Nota: Test U de Mann-Whitney^b; Chi-cuadrado^c. P-value \leq 0,05

Interesó observar si los trastornos emocionales ansiedad y depresión medidos mediante la escala de Golberg, cuya fiabilidad resultó con un valor alfa de Cronbach fue ($\alpha = 0,843$), tenían relación con la calidad de vida y dichos resultados indicaron que para la muestra analizada ambas dos situaciones emocionales afectaban de forma significativa a todas las dimensiones del SF-36.

Presentaron ansiedad un 63,1% (77) participantes siendo la salud general inadecuada en el 67,5% (52) de los casos [3195; ($p < 0,001$)]. Presentaron depresión un 48,4% (59) participantes; y de ellos un 71,2% (42) indicaron una salud general inadecuada [3018; ($p < 0,001$)]. Los resultados se presentan en la tabla 19.

Tabla 19. Dimensión-SF 36. Resultados en función de los trastornos emocionales

| Dimensiones SF-36 | | Golberg Ansiedad | Golberg Depresión |
|--|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Categorías | | Valor (r) Valor (U) (p-valor) | Valor (r) Valor (U) (p-valor) |
| Función Física^a | | -0,493 (<0,001) | -0,540 (<0,001) |
| Función Física^b | Adecuada | 20,292 (<0,001) | 18,403 (<0,001) |
| | Inadecuada | | |
| Rol Físico-valor^a | | -0,430 (<0,001) | -0,487 (<0,001) |
| Rol Físico^b | Adecuado | 5 (<0,001) | 1,5 (<0,001) |
| | Inadecuado | | |
| Valor Rol emocional^a | | -0,582 (<0,001) | -0,531 (<0,001) |
| Rol Emocional^b | Adecuado | 5 (<0,001) | 1,5 (<0,001) |
| | Inadecuado | | |
| Vitalidad^a | | -0,668 (<0,001) | -0,672 (<0,001) |
| Vitalidad^b | Adecuado | 2847 (<0,001) | 2791,500 (<0,001) |
| | Inadecuado | | |
| Bienestar Emocional^a | | -0,594 (<0,001) | -0,645 (<0,001) |
| Bienestar emocional^b | Adecuada | 2624,500 (<0,001) | 2846,500 (<0,001) |
| | Inadecuada | | |
| Función Social^a | | -0,537 (<0,001) | -0,548 (<0,001) |
| Función Social^b | Adecuada | 1778,500 (<0,001) | 1804,500 (<0,001) |
| | Inadecuada | | |
| Dolor^a | | -0,550 (<0,001) | -0,518 (<0,001) |
| Dolor^b | Alterado | 1017 (<0,001) | 1008 (<0,001) |
| | No alterado | | |
| Salud General^a | | -0,731 (<0,001) | -0,640 (<0,001) |
| Salud General^b | Adecuada | 3195 (<0,001) | 3018 (<0,001) |
| | Inadecuada | | |

Nota: Coeficiente de correlación de Spearman (r)^a; Test U de Mann-Whitney^b. P-value ≤ 0.05

Seguidamente, en la tabla 20, se presentan los resultados de cada dimensión de la calidad de vida en función de las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton Brody), de la percepción sobre el apoyo social (EMAS), discriminación/estigma (InDI-D) y del funcionamiento familiar (APGAR). Todas las dimensiones de la escala SF-36 mostraron resultados similares en función de las citadas variables, se comentan los resultados de la variable del SF-36 “Salud General”.

Los pacientes que describieron las dimensiones de calidad de vida de forma inadecuada se relacionaron con un nivel de dependencia de moderado a ligero según la escala Lawton Brody; en este caso para la dimensión “Salud General” el 46,7% (57) la definió de forma inadecuada y de él un 45,6% (26) presentó dependencia ligera y un 14% (8) dependencia moderada.

En cuanto a la influencia del apoyo social (EMAS) sobre la calidad de vida, en la dimensión “Salud General”, se indica que el 75% (43) a pesar de presentar una salud general inadecuada percibió un apoyo social alto; por otro lado, un 42,1% (24) indicó haber percibido discriminación y haberse sentido estigmatizado. Solo un 49,1% (28) de los que evaluaron su salud general como “inadecuada” presentaron un apoyo familiar normal.

Tabla 20. Dimensión SF-36. Resultados en función del nivel de dependencia, del apoyo social, de la percepción del estigma y de la percepción sobre el funcionamiento familiar.

| Dimensiones SF-36 | | Lawton Brody | EMAS | Estigma | APGAR |
|--|-------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | Categorías | Valor (r) | Valor (r) | Valor (r) | Valor (r) |
| | | Valor (U) (p-valor) | Valor (U) (p-valor) | Valor (U) (p-valor) | Valor (U) (p-valor) |
| Función Física^a | | 0,490 (<0,001) | 0,315 (0,001) | -0,450 (<0,001) | 0,200 (0,028) |
| Función Física^b | Adecuada | 895 (<0,001) | 992 (0,001) | 2480,500 (<0,001) | 1435 (0,441) |
| | Inadecuada | | | | |
| Rol Físico-valor^a | | 0,488 (<0,001) | 0,295 (0,001) | -0,522 (<0,001) | 0,144 (0,114) |
| Rol Físico^b | Adecuado | 836,500 (<0,001) | 1015,500 (0,001) | 2809,500 (<0,001) | 1264 (0,035) |
| | Inadecuado | | | | |
| Valor emocional^a | Rol | 0,353 (<0,001) | 0,338 (<0,001) | -0,503 (<0,001) | 0,345 (<0,001) |
| Rol Emocional^b | Adecuado | 1038,500 (<0,001) | 968,500 (<0,001) | 2844,500 (<0,001) | 1013,500 (<0,001) |
| | Inadecuado | | | | |
| Vitalidad^a | | 0,385 (<0,001) | 0,253 (0,005) | -0,401 (<0,001) | 0,275 (0,002) |
| Vitalidad^b | Adecuado | 1146 (0,001) | 1218 (0,010) | 2586,500 (<0,001) | 1123 (0,002) |
| | Inadecuado | | | | |
| Bienestar Emocional^a | | 0,349 (<0,001) | 0,406 (<0,001) | -0,551 (<0,001) | 0,331 (<0,001) |
| Bienestar emocional^b | Adecuada | 1219,500 (0,005) | 971 (<0,001) | 2596,500 (<0,001) | 1091 (0,001) |
| | Inadecuada | | | | |
| Función Social^a | | 0,385 (<0,001) | 0,383 (<0,001) | -0,516 (<0,001) | 0,343 (<0,001) |
| Función Social^b | Adecuada | 877 (0,034) | 1046,500 (0,403) | 1670 (0,001) | 1164,500 (0,939) |
| | Inadecuada | | | | |
| Dolor^a | | 0,363 (<0,001) | 0,308 (0,001) | -0,503 (<0,001) | 0,272 (0,002) |
| Dolor^b | Alterado | 2419,500 (<0,001) | 2300,500 (0,009) | 1033 (<0,001) | 2185,500 (0,039) |
| | No alterado | | | | |
| Salud General^a | | 0,319 (<0,001) | 0,383 (<0,001) | -0,445 (<0,001) | 0,395 (<0,001) |
| Salud General^b | Adecuada | 1216 (<0,001) | 1322 (0,006) | 2817,500 (<0,001) | 1205,500 (0,001) |
| | Inadecuada | | | | |

Nota: Coeficiente de correlación de Spearman (r)^a; Test U de Mann-Whitney^b. P-value ≤ 0.05

Resultados análisis multivariados

Los resultados de los análisis multivariantes realizados mediante análisis de regresión logística binaria (IC del 95%) se presentan en la tabla 21. Las variables dependientes son aquellas que definen cada una de las dimensiones del SF-36, las variables predictoras o independientes son aquellas que han mostrado relación significativa con calidad de vida. La presencia de alteraciones psiquiátricas, respiratorias y una puntuación elevada en la escala InDi explican un 42,8% de la dimensión “Función física inadecuada”. En cuanto a la dimensión “Rol físico” la combinación de las variables presencia de mialgias, alteraciones psiquiátricas, depresión y un valor elevado en la escala InDi explicarían un 60,9% de un rol físico etiquetado como inadecuado. La dimensión “Rol emocional inadecuado” se explica en un 68,2% por la combinación de mialgias, alteraciones psiquiátricas, un valor APGAR bajo y presencia de depresión. La presencia simultánea de alteraciones respiratorias, ansiedad, depresión y un puntaje elevado en la escala InDi explicarían el 54,1% de las causas que motivarían definir la función vitalidad como inadecuada.

Cuando la dimensión “Bienestar Emocional” se identifica como inadecuada el modelo formado por la combinación de un mayor índice de gravedad, mayor nivel de depresión, presencia de mialgias y presencia de alteraciones psiquiátricas explicaría un 55% de las causas que motivarían una menor percepción de bienestar. La combinación de un nivel elevado de depresión y puntuaciones elevadas en la escala InDi explicaría para la muestra analizada un 31,7% de una función social inadecuada.

En relación con el “Dolor” el modelo explica que el 58,6% de los pacientes que presentaron dolor al año de alta de UCI podía ser debido a la presencia conjunta de una edad avanzada, mayores estancias en UCI, haber estado sometidos a VMI, presencia persistente de alteraciones psiquiátricas y respiratorias junto con estar en situación de incapacidad laboral por motivos de COVID. Cabe destacar que para la variable “ventilación mecánica invasiva resultó un [IC del 95% el OR = 5,590 (p = 0,033)]. Finalmente, la dimensión “Salud General” evaluada como “inadecuada” se explicaba en un 68,2% por la combinación de las variables días de estancia en

UCI, escala InDi elevada, presencia de mialgias, ansiedad, junto con presencia de alteraciones psiquiátricas y respiratorias. Ver tabla 21.

Tabla 21. Análisis multivariantes – Regresión logística binaria.

| Dimensiones | VARIABLES Independientes (VI) | Valor B | Valor Wald | p-valor variable | OR | R ² de Nagelkerke |
|--------------------------------|----------------------------------|---------|---------------|---------------------|-------|---------------------------------|
| VD: Función Física | Escala InDi | -0,094 | 12,040 | 0,001 | 0,910 | 0,428 |
| | Alteraciones psiquiátricas | -1,726 | 10,570 | 0,001 | 0,178 | |
| | Alteraciones respiratorias | -1,091 | 4,928 | 0,026 | 0,336 | |
| VD: Rol Físico | Mialgias | -2,297 | 4,194 | 0,041 | 0,101 | 0,609 |
| | Alteraciones psiquiátricas | -1,354 | 4,782 | 0,029 | 0,258 | |
| | Escala InDi | -0,103 | 9,907 | 0,002 | 0,902 | |
| | Depresión | -0,311 | 6,967 | 0,008 | 0,733 | |
| VD: Rol Emocional | Mialgias | -2,167 | 6,456 | 0,011 | 0,115 | 0,682 |
| | Alteraciones psiquiátricas | -2,282 | 13,660 | 0,000 | 0,102 | |
| | APGAR | 0,197 | 4,243 | 0,039 | 1,217 | |
| | Depresión | -0,489 | 13,885 | <0,001 | 0,614 | |
| VD: Vitalidad: | Escala InDi | -0,059 | 4,012 | 0,045 | 0,943 | 0,541 |
| | Ansiedad | -0,275 | 3,823 | 0,051 | 0,760 | |
| | Depresión | -0,325 | 5,246 | 0,022 | 0,723 | |
| | Alteraciones respiratorias | -1,057 | 4,201 | 0,040 | 0,348 | |
| VD: Bienestar Emocional | Índice de Gravedad | 0,053 | 4,544 | 0,033 | 1,054 | 0,550 |
| | Depresión | -0,401 | 12,612 | 0,000 | 0,670 | |
| | Mialgias | -1,476 | 4,043 | 0,044 | 0,229 | |
| | Alteraciones psiquiátricas | -2,031 | 12,273 | <0,001 | 0,131 | |
| VD: Función Social | Escala InDi | -0,056 | 4,100 | 0,043 | 0,945 | 0,317 |
| | Depresión | -0,358 | 12,352 | <0,001 | 0,699 | |
| VD: Dolor | Edad en años | -,076 | 4,930 | 0,026 | ,927 | 0,586 |
| | Días de estancia en UCI | 0,080 | 6,323 | 0,012 | 1,083 | |
| | Escala InDi | -0,113 | 10,303 | 0,001 | 0,893 | |
| | Tipo de ventilación | 1,721 | 4,530 | 0,033 | 5,590 | |
| | Alteraciones psiquiátricas | -2,060 | 12,371 | <0,001 | 0,127 | |
| | Alteraciones respiratorias | -2,728 | 18,255 | <0,001 | 0,065 | |
| | Situación laboral | -2,339 | 6,896 | 0,009 | 0,096 | |
| VD: Salud General | Días estancia en UCI | 0,058 | 5,215 | 0,022 | 1,060 | 0,682 |
| | Escala InDi | -0,093 | 4,820 | 0,028 | 0,911 | |
| | Ansiedad | -0,468 | 12,928 | <0,001 | 0,626 | |
| | Mialgias | -1,705 | 3,963 | 0,047 | 0,182 | |
| | Alteraciones psiquiátricas | -1,483 | 6,056 | 0,014 | 0,227 | |
| | Alteraciones respiratorias | -1,228 | 3,997 | 0,046 | 0,293 | |

Nota: Intervalo de confianza 95%, p-valor ≤ .05. Abreviaciones: OR (Odds Ratio); VD (Variable Dependiente); VI (Variable Independiente)

CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN

DISUSIÓN

Desde el inicio de la pandemia, la enfermedad por covid-19 ha sido objeto de estudio por numerosos investigadores, una de las consecuencias más estudiadas son las secuelas que provoca el virus a corto, medio y largo plazo. Al tratarse de una patología reciente es necesario profundizar y crear nuevas líneas de investigación que puedan resolver algunas de las incógnitas de esta enfermedad. El objetivo principal de la presente tesis fue identificar los factores que afectan a la calidad de vida del paciente crítico. Los análisis iniciales permitieron observar que no había diferencias suficientemente significativas entre la primera y segunda ola pandémica lo que nos llevó a analizar ambas olas de forma conjunta, tras obtener los resultados pertinentes los comparamos con la literatura actual, obteniendo las similitudes y diferencias que se exponen a continuación.

En relación con las características sociodemográficas se observó que el grupo de edad comprendido entre los 51 y 71 años, situándose la media en $58,92 \pm 12$ años, representó la tasa más elevada de ingresos en nuestra unidad. Este resultado coincide parcialmente con los resultados obtenidos por Taboada et al⁸²., que indican una media de $66,07 \pm 11,17$ años, también encontramos similitudes con los presentados por Zhicheng et al⁸³., cuya revisión indica valores medios que oscilan desde los $41,70 \pm 16,354$ hasta $65,33 \pm 11,316$ años. Aunque en la presente tesis no se haya explorado la edad relacionada con la mortalidad; los citados estudios coinciden que a mayor edad mayor mortalidad; no obstante, un estudio⁸⁴ realizado en el año 2021 en 22 países europeos y americanos, concluye que existe mayor letalidad en las poblaciones de menores de 60 años residentes en América latina y EE. UU., en comparación con Europa, posiblemente este hecho se deba a la universalidad y cobertura médica del sistema sanitario.

Siguiendo con las características sociodemográficas de la muestra estudiada, la mayoría de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados críticos fueron hombres al igual que otros estudios consultados desde el inicio de la pandemia, como por ejemplo el realizado por la Dra. Micelle Gómez y sus coautores⁸⁵ que

analizaron en la primera ola pandémica un total de 8.108 pacientes de los cuales el 8% de los hombres ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos frente al 4% de mujeres.

Sin embargo, un análisis⁸⁶ de 58 estudios con una muestra de 44.305 pacientes publicado en junio de 2021 afirmó que la mortalidad por COVID-19 no se asocia al sexo masculino si no a otros factores de riesgo como son el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión arterial o la VMI.

Como hemos podido observar en la literatura publicada hasta la fecha, existen discrepancias en cuanto al sexo como factor de riesgo, pero la gran mayoría de los estudios consultados coinciden, concretamente la tesina realizada por la Dra. Hernandez⁸⁷ en diferentes países a nivel mundial (EE. UU., China, Italia, India, Francia, Escocia, Irán, Grecia y España) que el sexo masculino comporta un mayor riesgo de mortalidad e ingreso en UCI, así como las edades avanzadas.

Otras variables sociodemográficas estudiadas como el nivel de estudios, el estado civil, y la situación laboral al año del diagnóstico e ingreso en UCI no han sido publicadas, sí disponemos en la literatura las evaluadas al ingreso⁸⁸. No obstante en un reciente estudio realizado en Aragón desde Atención Primaria⁸⁹, se describe la situación laboral de los pacientes que sufren Long-COVID, concluyendo que el 44,6% (n=83) se encuentran incapacitados de forma temporal, siendo necesaria una actuación más temprana de los equipos multidisciplinares. En nuestro caso observamos resultados similares a los hallados en Atención Primaria ya que la calidad de vida, en prácticamente todas sus dimensiones, fue evaluada más negativamente por aquellos encuestados que, tras un año de alta de UCI, aún permanecían en situación de incapacidad laboral debido al COVID-19.

Por otra parte, si hablamos de Long-COVID, algunos estudios consultados concluyen que ser mujer junto con predictores clínicos como la gravedad de la enfermedad, la necesidad de ventilación mecánica invasiva y la presencia de comorbilidades se relacionan con una mayor posibilidad de desarrollar COVID persistente⁹⁰⁻⁹¹. En nuestro estudio las mujeres únicamente mostraron relación

significativa con peor calidad de vida a los 12 meses del alta de UCI en las dimensiones que afectaban el rol y la función física, así como el dolor y la vitalidad. En relación con la edad la revisión sistemática de Notarte et al.,⁹² tampoco halló relación entre mayor edad y la persistencia de sintomatología (OR 0,86; 95% CI 0,73 a 1,03; $p = 0,17$), sin embargo, otros estudios como el de Arjun et al.,⁹³ no indican relación para el sexo (OR 1,29; 95% CI 0,89 a 2,25; $p = 0,36$). Vistos nuestros resultados y la literatura consultada consideramos que se precisan más estudios que aporten resultados que permitan asociar o no la edad y el sexo con la persistencia de sintomatología asociada a COVID persistente.

En cuanto a la calidad de vida más de la mitad de los encuestados indicaron una función física, un rol emocional, una función social y una salud general adecuada; sin embargo, cuando se les preguntó por la presencia de secuelas, al año de alta de UCI, el 82% de los encuestados indicaban persistencia de secuelas. Estamos muy por encima de lo que hallan otros autores como es el caso del estudio realizado por Peter et al.,⁹⁴ quienes en una cohorte de 11.536 pacientes observaron una prevalencia de secuelas del 63,7% (62,8 a 64,6) a los 12 meses; en su caso las alteraciones neurocognitivas fueron las más prevalentes sin embargo en nuestro caso han sido las mialgias (71,3%) seguidas de las alteraciones a nivel emocional (48,4%) y de las alteraciones respiratorias (45,9%).

El estudio de cohortes, ya citado, que relaciona calidad de vida y presencia de secuelas realizado por Taobada et al,⁸² se comparaba pacientes hospitalizados y los que fueron ingresados en UCI, evidenciado de forma significativa una peor calidad de vida en los pacientes críticos, encontrándose síntomas persistentes, en este caso a los 6 meses. Los síntomas descritos fueron: disnea de esfuerzo, astenia, mialgias, caída del cabello y trastornos del sueño; con resultados similares a nuestro estudio para mialgias y alteraciones respiratorias. No obstante, si observamos otros estudios en pacientes que han padecido COVID-19 leve o moderado, la sintomatología persistente a los 12 meses afectaba al 53% según Boscolo et al ⁹⁵, siendo el síntoma más común la fatiga en el 27,3% ($n = 83$) de los casos, seguido de

alteración del olfato o del gusto en el 22,0 % (n=67), dificultad para respirar en el 12,8 % (n=39) y dolor muscular en el 9,2 % (n=28).

Profundizando en el tema de las secuelas provocadas por la enfermedad, se establecieron en diversos hospitales españoles, así como en el resto del mundo, unidades multidisciplinarias para tratar el síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estas unidades resultan de gran ayuda para el seguimiento y rehabilitación de los pacientes, pero sería interesante ampliar estas consultas a las diferentes patologías que provocan el síndrome post cuidados críticos definido por una serie de características clínicas que cursan con alteraciones respiratorias, neuromusculares y psíquicas muy similares al COVID persistente. Actualmente existen estudios en desarrollo que comparan este síndrome entre pacientes críticos con COVID y otras patologías⁹⁶.

En el análisis de las dimensiones de calidad de vida en función de la situación laboral observamos que aquellos pacientes que permanecían inactivos por COVID persistente 18,9% (23) mostraban una peor función física, un menor bienestar emocional y una peor salud general. Estos resultados son mejores que los presentados en el Post Intensive Care Syndrome (PICS) en el que solo de un 56% a un 60% de los pacientes regresan a su trabajo al año de la enfermedad crítica⁹⁷. Piva et al., confirman en su estudio que al año de alta de UCI la evolución de los pacientes afectados gravemente por SARS-CoV-2 es muy similar a la que presentan otros pacientes críticos con Acute Respiratory Distress Síndrome (ARDS)⁹⁸. Ambas situaciones causales COVID-19 y ARDS precisan una rigurosa evaluación física y neuropsicológica; así como una evaluación del puesto de trabajo que permita adecuarlo a las características de los pacientes que se han recuperado de una enfermedad grave⁹⁹.

Desde el inicio de la pandemia, se han publicado diferentes artículos describiendo las repercusiones que el síndrome post UCI puede provocar en los pacientes afectando notablemente su calidad de vida, según cita Henk J Stam¹⁰⁰ el 30% de personas no se pueden incorporar a su trabajo anterior y un 25% va a requerir ayuda para las actividades de la vida diaria. En este estudio se redactan los

3 síntomas más habituales del síndrome post UCI; síntomas que se definen a continuación y, que son muy similares a los que se presentan en el COVID persistente:

- **Síntomas motores**, que en función de la gravedad pueden ir de síntomas leves hasta la parálisis de las 4 extremidades conocida como polineuropatía-miopatía del paciente crítico. Además, se si extiende a los músculos faciales y faríngeos puede provocar disfagia.
- **Síntomas cognitivos**, que incluyen pérdidas de memoria, dificultad en la concentración o problemas de atención, afectando la autonomía del paciente por ejemplo influyendo de forma negativa en la toma de decisiones, medicación crónica.
- **Trastornos del ánimo**, como la ansiedad, depresión coincidiendo plenamente con nuestros resultados.

Los análisis multivariados generados en este estudio presentan modelos con resultados robustos y, en general, indican que la presencia de secuelas, fundamentalmente mialgias, alteraciones psiquiátricas y alteraciones respiratorias juegan un papel importante al afectar a todas las dimensiones de la calidad de vida al año de alta de UCI. Encontramos una combinación de factores físicos “secuelas y predicción de mortalidad” asociados a alteraciones emocionales. La afectación en las dimensiones que exploran la función y el rol físico se explican, en nuestro modelo, por la presencia de alteraciones psiquiátricas y respiratorias combinadas con mialgias y depresión; resulta interesante observar que además los pacientes que presentaban estas secuelas también indicaron sentirse discriminados al puntuar más alto en la escala InDI-D. Podríamos decir que la combinación de factores puramente físicos y factores emocionales condicionan un peor desempeño físico, este hallazgo es coincidente con el reportado en la literatura^{94,101-103}.

Aunque en un principio, el sexo femenino sí que presentó una mayor afectación en cuanto a las dimensiones relacionadas con la función física, el dolor y la vitalidad; este no ha resultado significativo en los análisis multivariados.

En cuanto al factor edad, este únicamente se ha relacionado con la dimensión “dolor”. Según una revisión sistemática¹⁰⁴ el dolor persistente es diverso y difuso por lo que se requieren estudios para filiar las características de los distintos tipos de dolor permitiendo así un manejo sintomatológico adecuado. Esta revisión coincide parcialmente con nuestro estudio siendo el dolor generalizado y dolor muscular los más prevalentes, así como en otros estudios consultados¹⁰⁵.

Por lo que respecta al estado civil y, aunque este factor no afectó a los modelos generados, cabe decir que la mayor parte de la muestra estaban casados/as y los resultados indican que los solteros fueron los que presentaron mayor afectación de la calidad de vida afectando tanto a las dimensiones físicas como emocionales, sin afectar a las dimensiones “Salud General y Dolor”. En este sentido los resultados de Kudoh et al.,¹⁰⁶ y Peng et al.,¹⁰⁷ concluyen que estar casado parece ser un factor protector para el bienestar y la resiliencia ante situaciones estresantes como un periodo prolongado de recuperación tras haber sufrido una enfermedad grave. La situación laboral tampoco fue un factor que modificará las dimensiones del SF-36 aunque los análisis bivariados sí indicaron que los pacientes que permanecían inactivos a causa del COVID-19 presentaban una peor calidad de vida tanto desde el punto de vista físico como emocional.

El COVID persistente motiva que se explore si los pacientes han percibido apoyo social o por el contrario han sufrido algún tipo de discriminación. En nuestro caso; por un lado, haber estado ingresado en UCI y tener una edad entre 31 y 50 años se relacionó significativamente con una mayor sensación de discriminación; además, los “casados” fueron los que más evitaron relacionarse con otras personas por miedo al rechazo. Por otro lado, mayores tiempos de estancia en UCI y un mayor nivel de gravedad sí se relacionó positivamente con un mayor apoyo social por parte de los familiares. Los pacientes entre 31 y 50 años fueron los que mejor percibieron el apoyo de los amigos; sin embargo, los pacientes que presentaban más secuelas indicaron que no tenían a ningún amigo con quien compartir su situación. Tal y como indican Saltzman et al., y Ladds et al., se precisan

herramientas que puedan ayudar a mejorar el apoyo social y a minimizar el estigma tras situaciones altamente estresantes¹⁰⁸⁻¹⁰⁹.

En cuanto a las dimensiones rol y bienestar emocional el análisis multivariante generó un modelo en el que el componente emocional de la calidad de vida se veía afectado por la presencia de secuelas físicas junto con depresión y un menor apoyo familiar; en el caso de la dimensión bienestar emocional el hecho de haber sufrido la enfermedad en su forma más exacerbada, con un índice de gravedad elevado, logró explicar el 55% de deterioro en la citada dimensión al año de alta de UCI.

Observamos que la afectación de la dimensión “Función social” únicamente se explica por la combinación de factores de tipo emocional; de forma que la presencia de depresión unida a un sentimiento de discriminación explicaría el 31,7% de deterioro en la función social. Tal y como indican Saltzman et al.,¹⁰⁸ y Ladds et al.,¹⁰⁹ se precisan herramientas que puedan ayudar a mejorar el apoyo social tras situaciones altamente estresantes y tal vez de esta forma minimizar la depresión y mejorar la función social ya que la calidad de vida puede verse negativamente afectada tanto por factores físicos como emocionales.

Finalmente, la dimensión “Salud General” se vio afectada nuevamente por la combinación de factores físicos y emocionales junto con mayores estancias en UCI. El COVID persistente afecta a diversas áreas de salud, y se alarga en el tiempo, por tanto, se precisa implementar programas dirigidos tanto a la rehabilitación física como a la rehabilitación psicosocial^{110,111}. Recientemente se ha publicado una revisión realizada por médicos intensivistas en Francia¹¹², donde se redactan dos años después, 10 medidas principales para mejorar la atención crítica en los próximos 10 años, una de ellas como ya se ha citado sería Mejorar la atención posterior a la UCI, incluida la rehabilitación respiratoria, neurológica y psicológica con un enfoque multidisciplinario.

Coincidiendo con Chou et al., la salud mental debe rehabilitarse al mismo tiempo que la salud física¹¹¹. Nuestros resultados indican que la presencia de

secuelas al año ha motivado que los pacientes se sintieran más irritables, con mayor dificultad para relajarse, más preocupados por su salud, con menor energía y mayor dificultad para concentrarse. En definitiva, han puntuado con mayor nivel de ansiedad y depresión al igual que sucede en estudios similares¹¹³⁻¹¹⁴. Aunque no hemos hallado relación entre mayores niveles de ansiedad/depresión y el género, tal y como mostraron otros autores¹¹⁵.

Son numerosos los estudios que revelan que el papel activo de la familia repercute de forma positiva en los pacientes hospitalizados^{116,117}. La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) han desarrollado el proyecto 'La UCI te cuida', que pretende abordar desde una perspectiva más humana e integral (física y psíquica), incluyendo la prevención, detección y tratamiento precoz del Síndrome Post-UCI, así como la relación y el papel de los familiares y los profesionales. La pandemia de la covid-19 ha incrementado el aislamiento social en las Unidades de Cuidados Intensivos, por lo que las terapias de rehabilitación, fisioterapia y psicología clínica se han convertido en esenciales. Este proyecto hace hincapié en la necesidad de incluir a este grupo de profesionales como parte activa de los equipos multidisciplinares junto con neurólogos, neumólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, logopedas, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, medicina y enfermería intensiva, todos ellos coordinados con Atención Primaria y, por supuesto, pacientes y familiares 'expertos'¹¹⁸.

CAPÍTULO 7 – CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados del presente estudio podemos concluir que destacó el género masculino frente al femenino sin presentar diferencias significativas entre la primera y segunda ola. En cuanto a la edad, la media se situó en 58,92 años. El nivel de estudios que presentaron la mayor parte de la muestra fueron estudios primarios coincidiendo en ambas olas. En cuanto al estado civil la inmensa mayoría de los encuestados estaban casados y sí se observaron diferencias entre estado civil en ambas olas, aunque con una baja potencia estadística. Cabe destacar que al año del diagnóstico alrededor del 18% de los participantes permanecían inactivos por causa de COVID.

Las mialgias y las alteraciones psiquiátricas fueron las secuelas más prevalentes. En cuanto a la calidad de vida medida con la escala SF-36, al año tras alta hospitalaria, la presencia de alteraciones psiquiátricas, respiratorias y una puntuación elevada en la escala del estigma social explican que la dimensión “Función física permanezca inadecuada. El rol físico se vio afectado también, de forma inadecuada tras la presencia de mialgias, alteraciones psiquiátricas, depresión y un valor elevado en la escala InDi. La dimensión “Rol emocional inadecuado” se explica tras por la combinación de mialgias, alteraciones psiquiátricas, un valor APGAR bajo y presencia de depresión. La presencia simultánea de alteraciones respiratorias, ansiedad, depresión y un puntaje elevado en la escala InDi explicarían una vitalidad inadecuada.

Se observó que la dimensión “Bienestar Emocional” fue inadecuada en el modelo formado por la combinación de un mayor índice de gravedad, mayor nivel de depresión, presencia de mialgias y presencia de alteraciones psiquiátricas.

En relación con el “Dolor” los pacientes que presentaron dolor al año de alta de UCI podía ser debido a la presencia conjunta de una edad avanzada, mayores estancias en UCI, haber estado sometidos a VMI, presencia persistente de alteraciones psiquiátricas y respiratorias junto con estar en situación de incapacidad laboral por motivos de COVID.

Finalmente, la dimensión “Salud General” evaluada como “inadecuada” se explicaba por la combinación de las variables días de estancia en UCI, escala InDi elevada, presencia de mialgias, ansiedad, junto con presencia de alteraciones psiquiátricas y respiratorias.

**CAPÍTULO 8 – IMPACTO
Y APLICABILIDAD
EN LA CLÍNICA**

IMPACTO Y APLICABILIDAD EN LA CLÍNICA

La pandemia causada por el SARS-Cov-2 está siendo motivo de numerosos estudios que tratan sobre la causa de la enfermedad Covid-19, la transmisión del virus y su prevención; pero se precisa mayor evidencia sobre las secuelas que esta pandemia está motivando en las personas que han sufrido la enfermedad y la han superado. Este estudio se centra en aquellos pacientes que mostraron síntomas más graves y que precisaron cuidados intensivos.

Conocer las secuelas y cómo estas están influyendo en las vidas de los pacientes que superaron la enfermedad al año de supervivencia podría ser de utilidad para generar futuros perfiles. Poder disponer de información que permita generar perfiles es de gran interés en el ámbito clínico ya que podrían guiar la identificación precoz de secuelas. Identificar dichas secuelas resulta importante para establecer sistemas de prevención o tratamiento precoz de forma que la enfermedad interfiera lo menos posible en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 que tuvieron que ser tratados y cuidados en Reanimación.

8.1 Limitaciones del estudio

Existe la posibilidad de que los resultados obtenidos no sean totalmente generalizables ya que el estudio se realizó en un único Centro Sanitario. Por otra parte, las entrevistas se realizaron mediante una aplicación informática, de forma no presencial, dado el momento sanitario y las restricciones pautadas por las autoridades que limitaban el acceso a los Centros Sanitarios. Este tipo de entrevistas siempre están sujetas a la subjetividad del entrevistado/a, para minimizar este sesgo hubiera sido adecuado acompañar las encuestas con una exploración clínica incluyendo las pruebas complementarias pertinentes de forma que una evaluación subjetiva (respuestas del paciente) hubiese ido acompañada en una evaluación objetiva.

CAPÍTULO 9 – BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Poveda-Moral S, Bosch-Alcaraz A, Falcó-Pegueroles A. La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19. *Rev. Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 [citado 2020 Nov 10]; (50): 189-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300012&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Sede web]: OMS; junio 2020 [citado 2020 Nov 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
3. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo A. Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud* [Internet]. 2020 [citado 2020 Nov 10]; 31(3): 165-169. Epub 02-Nov-2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a25>
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19. Actualizado a 22 de diciembre de 2021. [Internet]. [citado 2022 dic 28]. Disponible en: [COVID19 Estrategia vigilancia y control e
https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles indicadores.pdf \(sanidad.gob.es\).](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles_indicadores.pdf (sanidad.gob.es))
5. Sánchez-Villena A, De La Fuente-Figuerola V. COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing, and lockdown: Are they the same? *Rev An pedi.* 2020 [Internet] [citado 2022 dic 28]; 93(1): 73-74. Disponible en: [COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? | Anales de Pediatría \(analesdepediatria.org\)
https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles_cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? | Anales de Pediatría (analesdepediatria.org) https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles)
6. World Health Organization. Measures [Sede web]: OMS; 2020. [Citado el 2021 Ene 5]. Disponible en: <https://covid19.who.int/measures>

- 7.** Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili SM, Bahreini E. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. Biol Proced Online. 2020 [Citado 2020 nov 18]; Aug 4; 22:19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1186/s12575-020-00128.2>
- 8.** Pan American Health Organization. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [Sede web]: OPS; marzo 2020 [Citado 2020 nov 18]. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles/S/OMS | La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia \(paho.org\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles/S/OMS%20|%20La%20OMS%20caracteriza%20a%20COVID-19%20como%20una%20pandemia%20(paho.org))
- 9.** U.S Food and Drug Administration. La FDA aprueba el primer tratamiento para el COVID-19 [Sede web]: FDA; octubre 2020 [Citado 2021 junio 18]. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles a el COVID-19 | FDA](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles/a%20el%20COVID-19%20|%20FDA)
- 10.** González-Castro A, Fajardo-Campoverde A, Medina A, Alapont VMI. Ventilación mecánica no invasiva y oxigenoterapia de alto flujo en la pandemia COVID-19: El valor de un empate [Non-invasive mechanical ventilation and high-flow oxygen therapy in the COVID-19 pandemic: the value of a draw]. Med Intensiva (Engl Ed). 2021 Jun-Jul;45(5): 320-321. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198163/>
- 11.** WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 Interim WHO Solidarity Trial Results. N Engl J Med [Internet]. 2021 [Citado 2022 Feb 20]; 384: 497-511. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2023184#article_citing_articles
- 12.** Medeiros de Figueiredo A, Daponte A, Moreira Marculino de Figueiredo DC, Gil-García E, Kalache A. Case fatality rate of COVID-19: absence of epidemiological pattern. Gac Sanit online. 2021 [Citado el 2022 Juli 25]; 35(4): 355-357. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.001>
- 13.** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios. [Internet] INSST; diciembre 2020 [citado

2022 oct 20] Disponible en:

<https://www.insst.es/documents/94886/710902/Trabajar%20en%20tiempos%20de%20COVID19%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20de%20intervenc%C3%B3n%20psicosocial%20en%20centros%20sanitarios%20-%20A%C3%B1o%202020.pdf>

14. Simón-Melchor A, Jiménez-Sesma ML, Solano-Castán J, Simón-Melchor L, Gaya-Sancho B, Bordonaba-Bosque D. Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2022 [citado 2022 Jul 25]; 21(66): 184-234. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/489911>

15. Danet-Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin.* 2021 [Citado 2022 may 2] 156(9): 449-458. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Coronavirus vs desigualdad [sede web]; PNUD, 2020 [citado el 18 enero 2021]. Disponible en: <https://featured.undp.org/coronavirus-vs-inequality/es/>

17. Anderson L, Martínez G, Londoño D. COVID-19: Las TIC y la ruptura del velo de la desigualdad social en la Educación. *REVISTAULCB* [Internet]. 2022 [citado 18 de enero de 2023]; 9(1): 117-24. Disponible en: <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.010>

18. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 672. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) Situación actual. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias [Internet]. 2023 [citado 9 octubre 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Actualizacion_672_COVID-19.pdf

19. Our World in Data. Nuevos casos diarios confirmados de COVID-19 por millón de personas. [Internet] 2023 [citado 2023 Sep 26]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&country=USA~ITA~CAN~DEU~GBR~FRA~JPN&Interval=7->

day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&Metric=Confirmed+cases

- 20.** Arandia J, Antezana G. SARS-CoV-2: estructura, replicación y mecanismos fisiopatológicos relacionados con COVID-19. *Gac Med Bol* [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Ene 18]; 43(2): 170-178. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000200009&lng=es
- 21.** Menchén DA, Vázquez JB, Allende JMB, García GH. Neumonía vírica. Neumonía en la COVID-19. *Medicine (Madr)*. [Internet] 2022 [Citado el 18 de enero de 2023]; 13(55): 3224-3234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9097969/>
- 22.** Avendaño LF. COVID-19: Una mirada desde la virología. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Sep 09]; 36(3): 164-168. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482020000300164>
- 23.** Sánchez AJ, Miranda CE, Castillo CR, Arellano NB, Tixe TM. Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *Rev Eug Esp* [Internet]. 2021 Ago [citado 2022 Sep 06]; 15(2): 98-114. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.13>
- 24.** Zhiru G, Yinghui X, Chao S, Xu W, Ye G, Shi Q, Kewei M. A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* [Internet] 2021 [citado 2022 agosto 08]; 54(1): 12-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220301134>
- 25.** Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19 [sede web]; OMS, 2021 [citado 2021 mayo 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- 26.** Serrano L, Ruiz LA, España PP, Méndez R, Pérez S, Tabernero E, et al. Neumonía neumocócica bacteriemia y neumonía por SARS-CoV-2: diferencias y similitudes. *Int J Infect Dis* [Internet] 2022 Feb [Citado 2022 agos 08]; 115:39-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.11.023>

- 27.** Zguro K, Fallerini C, Fava F, Furini S, Renieri A. Host genetic basis of COVID-19: from methodologies to genes. *Eur J Hum Genet* [Internet] 2022 Aug [citado 2022 oct]; 30(8): 899-907. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41431-022-01121-x>
- 28.** Serra Valdés MA. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor y con comorbilidades. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 [citado 2022 sep]; 19(3):e3379. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3379>
- 29.** Vila M, Agustí I, Alvar A. Pruebas diagnósticas COVID-19: importancia del contexto clínico. *Med Clínic* [Internet] 2021 [citado 2022 ene]; 157 (4): 185-190. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.007>
- 30.** Martínez E, Díez A, Ibáñez L, Ossaba S, Borrueal S. Radiologic diagnosis of patients with COVID-19. *Radiologia Engl Ed* [Internet] 2021 Jan-Feb [citado 2021 jun]; 63(1): 56-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.11.001>
- 31.** García F, Melón S, Navarro D, Paño JR, Galán JC. Documento SEIMC COVID-19. Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización. SEIMC [Sede web] 2020 oct [citado 2022 may]:3. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-COVID19-OrganizacionDiagnostico.pdf>
- 32.** Food and Drug Administration. Conozca sus opciones de tratamiento contra el COVID-19. FDA [sede web] 2022 jun [citado 2022 sep]. Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/conozca-sus-opciones-de-tratamiento-contra-el-covid-19>
- 33.** Melendrez C, Durán ML, Quiñones L, Peralta SL, Vargas MR. Tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19: una revisión integradora. *Sanus* [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Sep 13]; 6:e250. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.250>
- 34.** Hernández G, Barbero JM, García F, Sanz J. Protocolo de tratamiento de la COVID-19 en pacientes con y sin indicación de ingreso hospitalario.

Medicine [Internet] 2022 [citado 2022 sep]; 13(55): 3246-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.05.005>

35. Recovery Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. N Engl J Med [Internet] 2021 Feb [Citado 2021 oct]; 384(8): 693-704. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>

36. Hernández I, Cadena F, Zarazúa JM, Reyes KS, García A, Villarreal FR. Efectos del decúbito prono en el tratamiento de síndrome respiratorio agudo en pacientes con Covid-19. Index Enferm [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Ene 20]; 30(3): 184-188. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200007&lng=es.%20Epub%2006-Jun-2022

37. García F. Características generales de las vacunas. Pediatr Integral [Internet] 2015 [citado 2022 nov 11]; 19(10): 666–674. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/02/Pediatrica-Integral-XIX-10_WEB.pdf#page=14

38. Zamora Cevallos AL, Choez Quimis GS, Galarza Rodríguez GM, Macías Moreira MJ. Determinantes inmunológicos de la presentación y gravedad de la enfermedad Covid-19. RECIMUNDO [Internet]. 2022 sep [citado 2022 Dic 22]; 6(3): 243-51. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1792>

39. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Desarrollo de vacunas. AEMPS [Sede web] [Citado 2022 nov 3]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contr-la-covid%E2%80%9119/desarrollo-de-vacunas/>

40. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. ¿Cómo ha sido posible acelerar tanto la disponibilidad de vacunas? AEMPS [Sede web] [Citado 2022 nov 3]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contr-la-covid%E2%80%9119/como-ha-sido-posible-acelerar-tanto-la-disponibilidad-de-vacunas/>

- 41.** European Medicines Agency. EMA recommends first COVID-19 vaccine for authorisation in the EU. EMA [Sede Web] 2020 Dic [Citado 2021 mar 3]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu>
- 42.** Grupo de trabajo técnico de vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España. Actualización 1. Ministerio de Sanidad [Sede Web] diciembre 2020 [citado 2021 feb]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/covid19/Actualizaciones_Estrategia_Vacunacion/docs/COVID-19_Actualizacion1_EstrategiaVacunacion.pdf
- 43.** Gobierno de España. Estrategias de vacunación. GOB [Sede Web] [citado 2022 octubre 2]. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/que-vacun.as-tendremos-disponibles-en-espana>
- 44.** Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. OWID [Sede Web] 2023 enero [Citado el 2023 octubre 9]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- 45.** Chaparro-Mérida NA, Samper DM, Franco-Lacato AO. Seguridad de las vacunas contra la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica [internet]. 4 de abril de 2022 [citado 23 de enero de 2023]; 38(4): 634-42. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9308>
- 46.** Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Rev Elsevier [Internet] [citado 2020 Nov 11] 2004; Vol. 27. Núm. S3. páginas Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924>
- 47.** Fernández JA, Fernández M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2010 Abr [citado 2022 Sep 24]; 84(2): 169-184. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es

- 48.** Instituto Nacional del Cancer. Diccionarios del NCI comorbilidad [Sede Web] [Citado 2022 nov 19] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/comorbilidad>
- 49.** Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. La psiquiatría post-COVID-19. Rev de Psiquiatría y Salud Mental [Internet] [Citado 2020 Nov 11] 2020; [13\(2\)](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004): 105-110. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>
- 50.** León Barua R, Berenson Seminario R. Medicina teórica. Definición de la salud. Rev Med Hered [Internet]. 1996 jul [citado 2020 Nov 11]; 7(3): 105-107. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=%20es
- 51.** Ministerio de Sanidad. Información científica-técnica enfermedad por coronavirus, Covid 19. Actualización 15 de enero 2021. [Internet] [Citado 2021 Feb 19]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- 52.** Oronsky B, Larson Ch, Hammond T, Oronsky A, Kesari S, Lybeck M, Reid TR. A Review of Persistent Post-COVID Syndrome (PPCS). Clin Rev Allergy Immunol. 2021; 1-9. Online ahead of print. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12016-021-08848-3>
- 53.** Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Resultados encuesta Covid persistente. [Internet]. 2020 [Citado 2021 Feb 20]. Disponible: https://www.semg.es/images/2020/Noticias/20201111_Resultados_Encuesta_COVID_Persistente.pdf
- 54.** Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia y Long Covid ACTS. Guía Clínica para la atención al paciente Long COVID / COVID Persistente [Internet]. 1 ed. Madrid; 2021 [Citado 2023 Feb 15] Disponible en:

https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf

55. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020 Mar 17; 323(11): 1061-1069. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>

56. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. Aging (Albany NY). 2020 Apr 8; 12(7): 6049-6057. Disponible en: <https://doi.org/10.18632/aging.103000>

57. Bridwell R, Long B, Gottlieb M. Neurologic complications of COVID-19. Am J Emerg Med. 2020 jul; 38(7): 1549.e3-1549.e7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.024>

58. Vellas C, Delobel P, de Souto Barreto P, Izopet J. COVID-19, Virology and Geroscience: A Perspective. J Nutr Health Aging. 2020; 24(7): 685-691. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1416-2>

59. Ruan Q, Yang K, Wang W, Lingyu J, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 on an analyses of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med. 2020; 46: 846–848. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-020-05991-x>

60. Xie J, Wu W, Li S. et al. Clinical characteristics and outcomes of critically ill patients with novel coronavirus infectious disease (COVID-19) in China: a retrospective multicenter study. Intensive Care Med. 2020; 46: 1863–1872. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-020-06211-2>

61. Ferrando C, Mellado-Artigas R, Gea A, Arruti E, Aldecoa C, Bordell A, Adalia R, Zattera L, Ramasco F, Monedero P, Maseda E, Patient characteristics, clinical course and factors associated to ICU mortality in critically ill patients infected with SARS-CoV-2 in Spain: A prospective, cohort, multicentre study. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2020 oct; 67(8): 425-437. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.003>

- 62.** Bernat MD, Ballester R, Abizanda R. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones?: Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Med Intensiva* [Internet]. 2012 Sep [citado 2022 Sep 24]; 36(6): 416-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2012.09.003>
- 63.** Supady A, Combes A, Barbaro RP, et al. Respiratory indications for ECMO: focus on COVID-19. *Intensive Care Med* [Internet] 2022 agost [Citado 2022 sep 14]; 48(10): 1326–1337. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06815-w>
- 64.** Short B, Abrams D, Brodie D. Extracorporeal membrane oxygenation for coronavirus disease 2019-related acute respiratory distress syndrome. *Curr Opin Crit Care* [Internet] 2022 Feb 1 [Citado 2022 sep]; 28(1): 90-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000901>
- 65.** Melero R, Mijaylova A, Rodríguez-Benítez P, García-Prieto A, Cedeño J, Goicoechea M. Mortality and renal long-term outcome of critically ill COVID-19 patients with acute kidney failure, continuous renal replacement therapy and invasive mechanical ventilation. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2022 Dec 9 [Citado 2023 enero 23]; 159(11): 529-535. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.02.014>
- 66.** Garcia TJ, Chávez VA, Pinagorte T. Complicaciones agudas en pacientes con COVID-19. *Rev Fecim* [Internet] 2022 may [Citado 2022 nov 15]; 4(1): 23-48. Disponible en: <https://revistafecim.org/index.php/tejom/article/view/115/57>
- 67.** Rodríguez A, Ruiz-Botella M, Martín-Loeches I, Jimenez-Herrera M, Solé-Violan J, Gómez J, et al. COVID-19 SEMICYUC Working Group. Deploying unsupervised clustering analysis to derive clinical phenotypes and risk factors associated with mortality risk in 2022 critically ill patients with COVID-19 in Spain. *Crit Care*. [Internet] 2021 Feb 15 [Citado 2022 jun]; 25(1): 63. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03487-8>
- 68.** Brill R, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF, et al. Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine* [Internet] 2001 nov [Citado

- 2020 nov]; 29(10): 2007-19. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/Citation/2001/10000/Critical_care_delivery_in_the_intensive_care_unit.26.aspx
- 69.** Ware JE, Snow KK, Kosinski M and Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center. 1993. Disponible en: <http://www.geeraquis.org/files/escalas/CUESTIONARIO-SALUD-SF36.pdf>
- 70.** Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiologic score (SAPS-II) based on a European/North-American multicenter study. JAMA. 1993; 270(24): 2957-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.270.24.2957>
- 71.** Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-383. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- 72.** Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Health Qual Life Outcomes [Internet] 2012 Oct 30 [Citado 2021 enero]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>
- 73.** Boyd J. E, Adler EP, Otilingam P. G, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. Comprehensive Psychiatry 2014 Jan; 55(1), 221-231. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- 74.** Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario8 de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96. Disponible en: <https://miespacioresiliente.files.wordpress.com/2015/01/apgar-familiar-adultos.png>
- 75.** Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97:897-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>

- 76.** Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988; 52(1): 30-41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- 77.** Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16, 297–334 (1951). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02310555#citeas>
- 78.** Ventura J. Otras formas de entender la d de Cohen. *Revista Evaluar* [Internet] 2018 [citado 2022 dic]; 18(3): 73-78. Disponible en: <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n3.22305>
- 79.** Reglamento general de protección de datos (UE) 2016/679 (Diario Oficial de la Unión Europea). El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, 27 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
- 80.** Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial de Estado, número 294, (6 de diciembre de 2018) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- 81.** Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. The World Medical Association. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- 82.** Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anesthesiol y Reanim.* 2021; 69(6): 326-335. [Citado 2022 enero] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2021.05.009>
- 83.** Qian Z, Lu S, Luo, X, Chen Y, Liu L. Mortality and Clinical Interventions in Critically ill Patient With Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review

and Meta-Analysis. *Front Med.* 2021; 8:635560. 2021 [citado 2022 Dic]
Disponibile en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.635560>n:

84. Fantin R, Brenes-Camacho G, Barboza-Solís C. Defunciones por COVID-19: distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países [COVID-19 deaths: Distribution by age and universal medical coverage in 22 countries Mortes por COVID-19: distribuição por idade e universalidade da cobertura médica em 22 países]. *Rev Panam Salud Publica.* 2021 Apr 28; 45:e42. Disponibile en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.42>

85. Gomez JMD, Du-Fay-de-Lavallaz JM, Fugar S, Sarau A, Simmons JA, Clark B, Sanghani RM, Aggarwal NT, Williams KA, Doukky R, Volgman AS. Sex Differences in COVID-19 Hospitalization and Mortality. *J Womens Health (Larchmt).* 2021 May; 30(5): 646-653. Disponibile en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8948>

86. Taylor E, Marson E, Elhadi M, Macleod K, Yu Y, Davids R, Boden R, Overmeyerç R, Ramakrishnan R, Thomson D, Coetzee J, Biccard B. (2021). Factors associated with mortality in patients with COVID-19 admitted to intensive care: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia.* 76. 10.1111/anae.15532. Disponibile en: [https://www.researchgate.net/publication/352836288_Factors_associated_with_mortality_in_patients_with_COVID-](https://www.researchgate.net/publication/352836288_Factors_associated_with_mortality_in_patients_with_COVID-19_admitted_to_intensive_care_a_systematic_review_and_meta-analysis)

[19_admitted_to_intensive_care_a_systematic_review_and_meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/352836288_Factors_associated_with_mortality_in_patients_with_COVID-19_admitted_to_intensive_care_a_systematic_review_and_meta-analysis)

87. Hernandez M. Perfil clínico de comorbilidades, mortalidad y predictores de ingreso en la UCI en pacientes con sars-cov-2. *Rev NPunto.* Dic 2022; Vol 5 (57). Disponibile en: <https://www.npunto.es/revista/57/perfil-clinico-de-comorbilidades-mortalidad-y-predictores-de-ingreso-en-la-uci-en-pacientes-con-sars-cov-2>

88. Pinedo S, Sanmartín V, Fernández Z, Pérez N, López A, Azkuenaga M, et al. Impacto de la COVID-19 en la salud del paciente poscrítico. *Rev Elsevier.* Feb 2022. Vol 57 (1). Disponibile en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-impacto-covid-19-salud-del-paciente-S0048712022000093>

- 89.** León S, Samper M, Asensio, A. Situación laboral en personas con Long-COVID: Análisis de factores sociodemográficos y clínicos asociados. *Acciones E Investigaciones Sociales*, (44). 2023. Disponible en: <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/7420>
- 90.** PHOSP-COVID Collaborative Group. Clinical characteristics with inflammation profiling of long COVID and association with 1-year recovery following hospitalisation in the UK: a prospective observational study. *Lancet Respir Med*. 2022 Aug; 10(8): 761-775. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00127-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00127-8)
- 91.** Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, Barbanotti D, Castoldi R, Mulè G, et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*. 2022; 28(4): 611.e9-611.e16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.11.002>
- 92.** Notarte KI, Oliveira MHS, Peligro PJ, Velasco JV, Macaranas I, Ver AT, Pangilinan FC, Pastrana A, Goldrich N, Kavteladze D, Gellaco MML, Liu J, Lippi G, Henry BM, Fernández-de-Las-Peñas C. Age, Sex and Previous Comorbidities as Risk Factors Not Associated with SARS-CoV-2 Infection for Long COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022 Dec 9; 11(24): 7314. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11247314>
- 93.** Arjun MC, Singh AK, Pal D, Das K, G A, Venkateshan M, Mishra B, Patro BK, Mohapatra PR, Subba SH. Characteristics and predictors of Long COVID among diagnosed cases of COVID-19. *PLoS One*. 2022 Dec 20; 17(12):e0278825. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278825>
- 94.** Peter RS, Nieters A, Kräusslich HG, Brockmann SO, Göpel S, Kindle G, Merle U, Steinacker JM, Rothenbacher D, Kern WV; EPILOC Phase 1 Study Group. Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: population based study. *BMJ*. 2022 Oct 13; 379:e071050. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071050>
- 95.** Boscolo P, Guida F, Polesel F, Vito A, Vincenzo M, Capriotti V, Andrea A. Long COVID In Adults at 12 Months After Mild-to-Moderate SARS-CoV-2

Infection. Rev medRxiv. April 2021. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.12.21255343v1>

96. Bouza E, Cantón Moreno R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, García-Lledó A, Gómez-Pavón J, et al. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión [Post-COVID syndrome: A reflection and opinion paper]. Rev Esp Quimioter. 2021 Aug; 34(4): 269-279. Spanish. Disponible en: <https://doi.org/10.37201/req/023.2021>

97. Kamdar BB, Suri R, Suchyta MR, Digrande KF, Sherwood KD, Colantuoni E, Dinglas VD, Needham DM, Hopkins RO. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. Thorax. 2020 Jan; 75(1): 17-27. Disponible en: <https://thorax.bmj.com/content/75/1/17>

98. Piva S, Pozzi M, Bellani G, Peli E, Gitti N, Lucchini A, Bertoni M, Goffi A, Marshall JC, Calza S, Rasulo FA, Foti G, Latronico N; LOTO Investigators. Long-term physical impairments in survivors of COVID-19-associated ARDS compared with classic ARDS: A two-center study. J Crit Care. 2023 Mar 6; 76:154285. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154285>

99. SOCIETY OF OCCUPATIONAL MEDICINE. A position statement. Long COVID and Return to Work – What Works? 2022. Available from: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Long_COVID_and_Return_to_Work_What_Works.pdf

100. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J; European Academy of Rehabilitation Medicine. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. J Rehabil Med. 2020 Apr 15; 52(4):jrm00044. Disponible en: <https://doi.org/10.2340/16501977-2677>

101. Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. JAMA. 2022 Oct 25; 328(16): 1604-1615. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.18931>

102. Ibrahim H, Athar S, Harhara T, Elhag SA, MEInour S, Sukkar HH, et al. Post- infectious and post-acute sequelae of critically ill adults with COVID-

19. PLoS ONE. 2021; 16(6): e0252763. Disponible en: [10.1371/journal.pone.0252763](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252763)
103. Schneider A, Huber L, Lohse J, Linde K, Greissel A, Sattel H, Henningsen P, Hapfelmeier A. Association between somatic symptom disorder and symptoms with daily life impairment after SARS-CoV-2 infection - results from a population-based cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2023; 168:111230. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111230>
104. De Pablos-Florido V, Córdoba-Peláez P, Jiménez-Gutiérrez PM. Dolor persistente como secuela de la COVID-19: una revisión sistemática. *AMU*. 2021; 3(1): 80-91. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/69181>
105. Alcocer-Diaz, S., Cedeño-Mera, A. B., & Loo-Frank, L. D. (2023). "Covid-19 y su repercusión en el sistema musculoesquelético". *MQRInvestigar*. 2023; 7(3): 647–669. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.647-669>
106. Kudoh R, Komiya K, Shinohara A, Kageyama T, Hiramatsu K, Kadota JI. Marital status and post-COVID-19 conditions. *Respir Investig*. 2023 Mar; 61(2): 181-185. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2023.01.001>
107. Peng J, Wu WH, Doolan G, Choudhury N, Mehta P, Khatun A, Hennelly L, Henty J, Jury EC, Liao LM, Ciurtin C. Marital Status and Gender Differences as Key Determinants of COVID-19 Impact on Wellbeing, Job Satisfaction and Resilience in Health Care Workers and Staff Working in Academia in the UK During the First Wave of the Pandemic. *Front Public Health*. 2022 Jun 27; 10:928107. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.928107>
108. Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS. Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Psychol Trauma*. 2020; 12(S1): S55-57. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-43457-001.html>
109. Ladds E, Rushforth A, Wieringa S, Taylor Sh, Rayner Cl, Husain L, Greenhalgh T. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114

“long Covid” patients and draft quality principles for services. BMC Health Services Research. 2020; 20:1144. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001>

110. Ziegler S, Raineri A, Nittas V, Rangelov N, Vollrath F, Britt C, Puhon MA. Long COVID Citizen Scientists: Developing a Needs-Based Research Agenda by Persons Affected by Long COVID. Patient. 2022 Sep; 15(5): 565-576. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40271-022-00579-7>

111. Chou HY, Lo YCh, Tsai YW, Shih ChL, Yeh ChT. Increased Anxiety and Depression Symptoms in Post-Acute Care Patients with Stroke during the COVID-19 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022; 19(1): 162. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-022-00579-7> <https://doi.org/10.3390/ijerph19010162>

112. Hermann B, Benghanem S, Jouan Y, Lafarge A, Beurton A, et al. The positive impact of COVID-19 on critical care: from unprecedented challenges to transformative changes, from the perspective of young intensivists. Annals of Intensive Care 2023; 13(28). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01118-9>

113. Valverde MP, González A, Alvarado V, Miangolarra JC. Evolution and quality of life at three months after hospitalization for COVID pneumonia. Rev Rehabilitación. 2022; 56(4): 284-293. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2021.11.001>

114. Ibrahim H, Athar S, Harhara T, Elhag SA, MElnour S, Sukkar HH, et al. Post- infectious and post-acute sequelae of critically ill adults with COVID-19. PLoS ONE. 2021; 16(6): e0252763. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252763>

115. Gaur R, Asthana S, Yadav R, Ghuleliya R, Kumar D, Akhtar M, et al. Assessment of Physical Disability After Three Months in Patients Recovered From COVID-19: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2022; 14(1):e21618. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.21618>

116. Duque L, Rincón E, León V. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Ene.

[Internet]. 2020 [citado 2023 Mayo 29]; 14(3): e14308. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1125>

117. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. J Clin Nurs. 2013 Jul; 22(13-14): 1805-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>

118. SEMIYUC. Síndrome Post-UCI en pacientes COVID-19. [Sede Web] 2022. Disponible en: <https://semicyuc.org/2022/06/paliar-el-sindrome-post-uci-en-pacientes-covid-19-exige-nuevos-protocolos-y-evitar-las-medidas-de-aislamiento-que-impiden-las-visitas-familiares/>

CAPÍTULO 10 – ANEXOS

Anexo I. Aprobación del Jefe de Servicio y del Director de Enfermería del CHGUV



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



FUNDACIÓ
INVESTIGACIÓ
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Dr. Jose De Andrés Ibáñez
Servicio de Anestesia y Reanimación
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Declaro:

Que conozco cuanta documentación da base al Proyecto de investigación: "Impacto en la calidad de vida del paciente afectado por Covid-19"

Y cuyo investigador principal es: Arantxa Cabañas Martínez

Lo que confirmo a efectos de la aprobación del proyecto por parte del CEIm

sartd
Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA

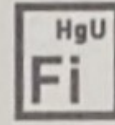
En Valencia a, 21 de diciembre de 2020

Fdo.: **Dr. Jose De Andrés Ibáñez**

Jefe de servicio de Anestesia y Reanimación



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



FUNDACIÓ
INVESTIGACIÓ
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

D. Tomás Aparicio Navarro

Director de Enfermería

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

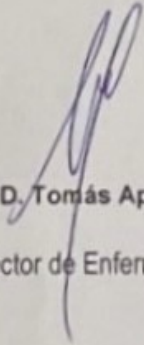
Declaro:

Que conozco cuanta documentación da base al Proyecto de investigación: "Impacto en la calidad de vida del paciente afectado por Covid-19"

Y cuyo investigador principal es: Arantxa Cabañas Martínez

Lo que confirmo a efectos de la aprobación del proyecto por parte del CEIm

En Valencia a, 03 de diciembre de 2020


Fdo.: **D. Tomás Aparicio Navarro**

Director de Enfermería CHGUV

ANEXO II. Aprobación CEIm CHUV y Comisión Deontológica UJI



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Comité Ético de Investigación con medicamentos

APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- ANEXO 11 -

Este CEIm tras evaluar en su reunión de 5 de marzo de 2021 Proyectos de investigación:

| | | | |
|---------|--|-----------------|-------|
| Título: | Impacto en la calidad de vida del paciente afectado por covid-19 | | |
| I.P.: | Aranxa Cabañas Martínez | Servicio/Unidad | SARTD |

Acuerda respecto a esta documentación:

REGISTRO:8/2021
Protocolo : Versión marzo 2021
Que se cumplen los requisitos éticos y metodológicos y que el proyecto de investigación no requiere HIP y Consentimiento Informado, por tanto se decide su APROBACIÓN.

COMPOSICIÓN DEL CEIm

Presidente: Dr. LOPEZ ALCINA, EMILIO (Especialista en Urología)
Vicepresidente: Dr. GARCIA DEL TORO, MIGUEL (Especialista en Enf.Infecciosas)
Vocales:
Dr., ALVAREZ PITI, JULIO (Especialista en Pediatría)
Dr. ANTON GARCIA, FRANCISCO (Especialista en M.Familia Atención Primaria)
Dra. LOPEZ ALARCON, DOLORES (Especialista Anestesia y Reanimación)
Dra. MARCAIDA BENITO, GOITZANE (Especialista en Análisis Clínicos)
Dr. MARTORELL ARAGONES, ANTONIO (Especialista en Pediatría)
Dra. MIR SANCHEZ CAROLINA (Especialista en M.Familia Atención Primaria)
Dra. OCETE MOCHON DOLORES (Especialista en Microbiología)
Dr. QUESADA DORADOR, AURELIO (Especialista en Cardiología)
Dra SAFONT AGUILERA, Mª JOSE (Especialista en Oncología)
Dr. PAYA SERRANO, RAFAEL (Especialista en Cardiología)
Dr. SANCHEZ CARAZO, JOSÉ LUIS (Especialista en Dermatología)
Dr. SANCHEZ JUAN, CARLOS (Especialista en Endocrinología)
Dr. RUIZ ROJO, ELIAS (Farmacéutico de Atención Primaria)
Dra. PEDROS CHOLVI, CONSUELO (Especialista en Farmacología clínica)
Dra. OISHI KONARI, MIRIAM NATSUKI (Especialista en Otorrinolaringología)
Dr. PEREZ SILVESTRE, JOSE (Especialista en Medicina Interna)
Don GRACIA PEREZ FRANCISCO JAVIER (Enfermero)
Dña. MARTÍ MONROS, ANNA (Enfermera)
Doña SARMIENTO CABAÑES, Mª DEL CARMEN (Miembro independiente del centro)
Doña DOMINGUEZ GARCIA, CONCEPCION (Licenciado en derecho)
Dr. CORTIJO GIMENO, JULIO (Especialista en Farmacia)
Secretaria Técnica: BERNALTE SESE, ALEJANDRO (Especialista en Farmacia Hospitalaria)



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación con medicamentos

El CEIm del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) tanto en su composición como en sus procedimientos y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEIm es la indicada en el anexo I, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el ensayo o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del ensayo clínico

Lo que comunico a efectos oportunos:

Valencia a 10 de marzo de 2021

| |
|--|
| Fdo. Dr. Emilio Lopez Alcina (Presidente CEIm CHGUV) |
|   |



Beatriz Susana Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido informe sobre la tesis doctoral de ARANTXA CABAÑAS MARTINEZ, con número de expediente "CD/31/2021" Impacto en la Calidad de Vida del Paciente Crítico Afectado por COVID-19, presentado por María Desamparados Bernat Adell, por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la Plana, 15 de abril de 2021

Copia auténtica del documento firmado por Beatriz Susana Tomás Mallén, y sellado electrónicamente por la Universidad Jaume I el 22/04/2021 19.28 h. Se puede comprobar su autenticidad accediendo a la dirección <http://www.uji.es/documents> e introduciendo el código seguro de verificación 8B7304E51F4A6D0CFA94.

Anexo III. Hoja de información al paciente, consentimiento informado y cuestionario

A continuación, se muestra la encuesta de participación en el estudio, en primer lugar, se presenta la hoja de información al paciente y el consentimiento informado, seguido de la encuesta que agrupa todos los cuestionarios validados para obtener los resultados del estudio. Como se menciona en la metodología, se utilizará la herramienta de encuestas online Qualtrics, cumpliendo con la legalidad vigente sobre protección de datos.

TÍTULO TESIS DOCTORAL: “Impacto en la calidad de vida del paciente crítico afectado de Covid19”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Arantxa Cabañas Martínez

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar los factores que afectan a la calidad de vida del paciente diagnosticado de Covid 19 en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia un año después de su diagnóstico e ingreso en la Unidad de Reanimación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El método de trabajo a emplear será la realización de una encuesta vía online donde los participantes responderán a cuestionarios validados.

Si Ud. participa en el estudio mediante la realización de la encuesta, debe estar informado que la investigadora principal tendrá acceso a su historia clínica. Si está de acuerdo, libremente firme el anexo que para este fin se ha añadido.

Si Ud. está de acuerdo, libremente firme el consentimiento de participación en este estudio que para este fin se ha añadido al final de este documento.

RIESGOS Y BENEFICIOS

El riesgo principal asociado: no se encuentran riesgos aparentes al tratarse de responder a cuestionarios validados. Con su participación en este estudio, usted va a ayudar a realizar una tesis doctoral. Según su condición clínica esta información podrá o no ser aprovechada en su propia salud.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y no recibirá remuneración alguna. El rechazo por participar o abandonar el estudio no supondrá

ninguna penalización, ni afectará en modo alguno a la calidad de la asistencia sanitaria que reciba.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida será confidencial, los datos recogidos se introducirán, por el equipo investigador, en una base de datos para realizar el análisis estadístico pero sus datos personales no aparecerán en ningún documento del estudio ya que se le será asignado un número aleatorio. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados del estudio. Sin embargo, esta información podrá ser revisada por el Comité Ético de Investigación Clínica de este Hospital, así como por organismos gubernamentales competentes.

El estudio se realizará asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki)

Si tiene alguna duda o no entiende este texto consulte antes de aceptar el documento con Arantxa Cabañas Martínez, con nº de teléfono 665519861 que es la enfermera responsable de esta investigación.

He leído la información anterior contenida en esta declaración de consentimiento informado acerca de los objetivos del estudio, los detalles y requisitos de mi participación en él por lo que doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información redactada, estando de acuerdo en participar en esta investigación:

SI

NO

Continuar

Datos sociodemográficos:

Edad:

Sexo biológico: hombre/mujer

Nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios

Situación laboral: activo, inactivo por COVID, inactivo por otras causas.

Estado civil: soltero/a, casado o con pareja, divorciado, separado, viudo.

Marque una sola Respuesta

1) En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o

participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la

aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho

b. Sí, me limita un poco

c. No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades

cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud

física?

- a. Sí
- b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

a. Sí

b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

a. Sí

b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como

de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

a. Sí

b. No

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

a. Nada

b. Un poco

c. Regular

d. Bastante

e. Mucho

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

a. No, ninguno

b. Sí, muy poco

c. Sí, un poco

d. Sí, moderado

e. Si, mucho

f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido

el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?

a. Nada

b. Un poco

c. Regular

d. Bastante

e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de
moral que nada podía animarle?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió calmado y
tranquilo?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió desanimado
y triste?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas,
¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas,
¿con qué recurrencia la salud física o
los problemas emocionales le han

dificultado sus actividades sociales
(como visitar a amigos o familiares)?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o
falsa cada una de las siguientes frases

33) Creo que me pongo enfermo más
fácilmente que otras personas

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

a. Totalmente cierta

b. Bastante cierta

c. No lo sé

d. Bastante falsa

e. Totalmente falsa

Marque en que actividades ha perdido autonomía si es el caso, en el contexto actual (1año tras ser diagnosticado)

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.

2. Marca unos cuantos números bien conocidos

3. Contesta el teléfono, pero no marca

4. No usa el teléfono

B. IR DE COMPRAS

1. Realiza todas las compras necesarias con independencia

2. Compra con independencia pequeñas cosas

3. Necesita compañía para realizar cualquier compra

4. Completamente incapaz de ir de compras

C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA

1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia

2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes

3. Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada

4. Necesita que se le prepare y sirva la comida

D. CUIDAR LA CASA

1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable
4. Necesita ayuda en todas las tareas
5. No participa en ninguna tarea doméstica

E. LAVADO DE ROPA

1. Realiza completamente el lavado de ropa personal
2. Lava ropa pequeña
3. Necesita que otro se ocupe del lavado

F. MEDIO DE TRANSPORTE

1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona

4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros

5. No viaja

G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN

1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación

H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO

1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos
2. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos
3. Incapaz de manejar el dinero

Valore las situaciones asociadas a la somnolencia:

Sentado y leyendo

| | |
|--|--|
| 1.Sin posibilidad de adormecerse | 4.Posibilidad alta de adormecerse |
| 2.Ligera posibilidad de adormecerse | Tumbado por la tarde para descansar |
| 3.Posibilidad moderada de adormecerse | 1.Sin posibilidad de adormecerse |
| 4.Posibilidad alta de adormecerse | 2.Ligera posibilidad de adormecerse |
| Viendo la televisión | 3.Posibilidad moderada de adormecerse |
| 1.Sin posibilidad de adormecerse | 4.Posibilidad alta de adormecerse |
| 2.Ligera posibilidad de adormecerse | Sentado y hablando con otra persona |
| 3.Posibilidad moderada de adormecerse | 1.Sin posibilidad de adormecerse |
| 4.Posibilidad alta de adormecerse | 2.Ligera posibilidad de adormecerse |
| Sentado inactivo en un lugar público | 3.Posibilidad moderada de adormecerse |
| 1.Sin posibilidad de adormecerse | 4.Posibilidad alta de adormecerse |
| 2.Ligera posibilidad de adormecerse | Sentado tranquilamente después de una comida (sin consumo de alcohol en la comida) |
| 3.Posibilidad moderada de adormecerse | 1.Sin posibilidad de adormecerse |
| 4.Posibilidad alta de adormecerse | 2.Ligera posibilidad de adormecerse |
| Sentado durante una hora como pasajero en un coche | 3.Posibilidad moderada de adormecerse |
| 1.Sin posibilidad de adormecerse | 4.Posibilidad alta de adormecerse |
| 2.Ligera posibilidad de adormecerse | Sentado en un coche, detenido durante unos pocos minutos por un atasco |
| 3.Posibilidad moderada de adormecerse | 1.Sin posibilidad de adormecerse |

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 2.Ligera posibilidad de adormecerse | 2.Sí, pero no desde el Covid19 |
| 3.Posibilidad moderada de adormecerse | 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19 |
| 4.Posibilidad alta de adormecerse. | 4.Sí, muchas veces desde el Covid |

Marca las respuestas que consideres respecto al estigma social producido por la enfermedad.

¿Has escuchado, visto o leído a otras personas bromeando o riéndose de ti (o de personas como tú)?

- 1.Nunca
- 2.Sí, pero no desde el Covid19
- 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19
- 4.Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te han tratado como si fueras alguien hostil, poco servicial o grosero?

- 1.Nunca
- 2.Sí, pero no desde el Covid19
- 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19
- 4.Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te han llamado de diferentes formas ofensivas o has escuchado / visto cómo utilizaban tu identidad como un insulto?

- 1.Nunca

¿Te han tratado como si otros tuvieran miedo de ti?

- 1.Nunca
- 2.Sí, pero no desde el Covid19
- 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19
- 4.Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te han mirado fijamente o señalado en público?

- 1.Nunca
- 2.Sí, pero no desde el Covid19
- 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19
- 4.Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te dijeron qué deberías pensar, cómo comportarte o que debías parecerle más a los demás?

- 1.Nunca
- 2.Sí, pero no desde el Covid19
- 3.Sí, una o dos veces desde el Covid19
- 4.Sí, muchas veces desde el Covid

¿Has escuchado que tú o personas como tú no encajan?

1. Nunca
2. Sí, pero no desde el Covid19
3. Sí, una o dos veces desde el Covid19
4. Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te han hecho preguntas inapropiadas, ofensivas o demasiado personales?

1. Nunca
2. Sí, pero no desde el Covid19
3. Sí, una o dos veces desde el Covid19
4. Sí, muchas veces desde el Covid

¿Te han tratado como si fueras alguien menos listo o competente que otros?

1. Nunca
2. Sí, pero no desde el Covid19
3. Sí, una o dos veces desde el Covid19
4. Sí, muchas veces desde el Covid

¿Has evitado relacionarte con otras personas (mediante los canales permitidos) para evitar el rechazo??

1. Nunca
2. Sí, pero no desde el Covid19

3. Sí, una o dos veces desde el Covid19

4. Sí, muchas veces desde el Covid

¿Has sentido que las personas que no están en tu situación no pueden entenderte?

1. Nunca
2. Sí, pero no desde el Covid19
3. Sí, una o dos veces desde el Covid19
4. Sí, muchas veces desde el Covid

SUBESCALA DE ANSIEDAD.
Conteste SI o NO cuando considere

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3. ¿Se ha sentido muy irritable?

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos,

mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

**SUBESCALA DE DEPRESIÓN.
Conteste SI o No cuando considere.**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR.
Marca la opción que considere oportuna.**

Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.

1.Nunca

2.Casi nunca

3.Algunas veces

4.Casi siempre

5.Siempre

Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.

1.Nunca

2.Casi nunca

3.Algunas veces

4.Casi siempre

5.Siempre

Me agrada pensar que mi familia

acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.

- 1. Nunca
- 2. Casi nunca
- 3. Algunas veces
- 4. Casi siempre
- 5. Siempre

Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.

- 1. Nunca
- 2. Casi nunca
- 3. Algunas veces
- 4. Casi siempre
- 5. Siempre

Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.

- 1. Nunca

- 2. Casi nunca
- 3. Algunas veces
- 4. Casi siempre
- 5. Siempre

APOYO SOCIAL. Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

- 1. Totalmente en desacuerdo**
- 2. Bastante en desacuerdo**
- 3. Más Bien en desacuerdo**
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- 5. Más Bien de acuerdo**
- 6. Bastante de acuerdo**
- 7. Totalmente de acuerdo**

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil

1 2 3 4 5 6 7

2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías

1 2 3 4 5 6 7

3. Mi familia realmente intenta ayudarme 1 2 3 4 5 6 7

4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito

1 2 3 4 5 6 7

5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí

1 2 3 4 5 6 7

6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme 1 2 3 4 5 6 7

7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal 1 2 3 4 5 6 7

8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia 1 2 3 4 5 6 7

9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías 1 2 3 4 5 6 7

10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos 1 2 3 4 5 6 7

11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones

1 2 3 4 5 6 7

12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos 1 2 3 4 5 6

Muchas gracias por su participación.