



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 140**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
(MEDICINA FAMILIAR)**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140

PRESENTA

GARCÍA VILLALOBOS JOSÉ LUIS

Médico Residente de Segundo Año
UMF 140

ASESOR CLÍNICO:

María Guadalupe Hidalgo Parra

Médica Especialista en Medicina Familiar
UMF 140

ASESOR CLÍNICO:

LIZBETH ARIADNA NUÑEZ GALVAN

Médica Especialista en Medicina Familiar
UMF 140

Maestra en Ciencias de la Educación
Doctorante en Educación

Comisión de Educación e Investigación AMMEGFAC

Auxiliar Coordinación de Imagen Institucional Federación Mexicana de Especialistas y
Residentes en Medicina Familiar

ASESOR METODOLÓGICO:

Manuel Millán Hernández

Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud

Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

Ciudad de México, Enero de 2023.

Número de folio: F-2022360525
Número de registro: R20223605028



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140

AUTORIZACIONES

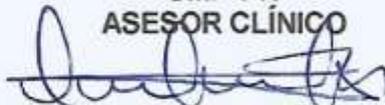


García Villalobos José Luis
Médico Residente de Segundo Año
Medicina familiar
UMF140



María Guadalupe Hidalgo Parra
Médica Especialista en Medicina Familiar
Consulta externa
UMF 140

ASESOR CLÍNICO

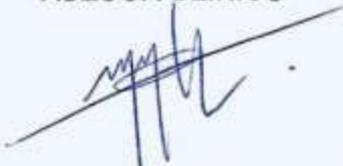


LIZBETH ARIADNA NUÑEZ GALVAN
Médica Especialista en Medicina Familiar
UMF 140

Maestra en Ciencias de la Educación
Doctorante en Educación

Comisión de Educación e Investigación AMMEGFAC
Auxiliar Coordinación de Imagen Institucional Federación Mexicana de Especialistas y
Residentes en Medicina Familiar

ASESOR CLÍNICO



Manuel Millán Hernández
Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO

AUTORIZACIONES



Dra. Miriam Parra Román
Directora
UMF140



Dr. Eduardo Lara Trejo
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
UMF 140



Dra. Ariadna Flores Hernández
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar
UMF 140



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140

AUTORIZACIONES



Dr. Javier Santa Cruz Varela
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Geovani López Ortiz
Coordinador de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 36058
H GRAL ZONA -HP- 1011 B

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 051
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 010 2018073

FECHA Miércoles, 25 de mayo de 2022

M.E. Ariadna Flores Hernández

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


M.E. NORMA VELIA BALLESTEROS SOLIS
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36058

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3605,
H. ZONA -MF- NUM 8

Registro COPIRIS 17 CI 09 010 051

Registro COMBIÉTICA CONNIOÉTICA 06 CES 010 2018072

FECHA Jueves, 26 de mayo de 2022

M.E. Ariadna Flores Hernández

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3605-028

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Guillermo Bravo Mateos

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

2022

IMSS

ME-IMPYREDIHHCHATE

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer:

A mis padres por haberme incentivado a seguir mi sueño, por el apoyo brindado en los momentos más difíciles en los cuales tenían palabras de aliento y motivación.

A la doctora Flores Hernández Ariadna para por la dedicación y entusiasmo puesto en esta tesis brindando todas las facilidades de la recolección de los datos de las personas que padecieron covid 19 a quienes forman parte de esta tesis, ya que sin su participación no hubiera sido posible.

A la doctora Guadalupe Hidalgo Parra y Lizbeth Núñez Galván por compartir sus conocimientos orientación y motivación para la realización de la misma, así como parte de mi formación académica durante la especialidad.

AL Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirme cursar la especialidad tanto en mi sede como subsedes quien nos aportan muchos conocimientos y brindaron su apoyo en busca de nuevos y mejores personas así como especialistas con dedicación y vocación al servicio de los pacientes.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por volver a permitir formar parte de su comunidad estudiantil y quien siempre estuvo al pendiente de esta nueva etapa de formación académica para poder cursar y concluir la especialidad en Medicina familiar.

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Antecedentes	4
2.1 Marco conceptual	
2.2 Marco epidemiológico	
2.3 Marco contextual	
3. Justificación	15
4. Planteamiento del problema	16
5. Objetivos	17
5.1 Objetivo general	
5.2 Objetivos específicos	
6. Hipótesis	18
7. Material y método	19
7.1 Diseño de estudio	
7.2 Criterios de selección	
7.3 Control de calidad	
8. Muestreo	21
9. Variables	22
9.1 Lista de variables	
9.2 Operacionalización de variables	
10. Descripción del estudio	25
11. Análisis estadístico	26
12. Consideraciones éticas	27
12.1 Internacionales	
12.2 Nacionales	
13. Recursos	31
14. Limitaciones	32
15. Beneficios	32
16. Cronograma	33
17. Referencias	34
18. Anexos	35

1. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140

García Villalobos José Luis* Ariadna Flores Hernández** Guadalupe Hidalgo-Parra****Lizbeth Ariadna Núñez Galván
Manuel Millán-Hernández*****

*Médico Residente de segundo Año de la Especialización Médica en Medicina Familiar

** Medica especialista en medicina familiar

**Maria Guadalupe Hidalgo Parra

*** Medica especialista en medicina familiar, ****Doctorante en alta dirección de establecimientos de salud

Antecedentes: calidad de vida es el conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social, existe una gran repercusión en la calidad de vida de pacientes y familias que sufrieron o padecieron COVID, en un porcentaje alto de 57.2 % en hombres y 42.8% en mujeres, ya que presentan comorbilidades, se observó un impacto en la calidad de vida, estilo de vida y alteraciones del estado del ánimo en toda la familia.

Objetivo: evaluar la calidad de vida de pacientes que presentaron COVID-19 y que presentaron secuelas posteriores a la enfermedad, en la Unidad de Medicina Familiar No.140 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Método: estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Universo de estudio conformado por 326 personas se utilizó hoja de recolección y escala EDQ 5 calidad de vida. Se realizó análisis estadístico

Resultados: edad 43 años (RIC= 23), Femenino 63.5%, licenciatura 45.4%, empleado 41.1%, Movilidad 90.8%, Cuidado personal 95.4%, Actividades cotidianas 92.3%, Dolor o malestar 82.5%, Ansiedad depresión 81.3%, Prueba covid 99.7%, Calidad de vida 97.5%. No existieron asociación entre calidad de vida y variables en estudio.

Conclusiones: no es mala la calidad de vida en paciente post covid principalmente 3 de cada 4 se encuentra sin afectación en su calidad de vida, es conveniente enviar a los pacientes que presentan afección de su calidad de vida y requieran rehabilitación pulmonar.

palabras clave: calidad de vida post covid

Resume

Antecedent: Quality of life is the set of conditions that contribute to the well-being of individuals and to the realization of their potential in social life, there is a great impact on the quality of life of patients and families who suffered or suffered from COVID, in a high percentage of 57.2% in men and 42.8% in women, since they present comorbidities, an impact was observed on the quality of life, lifestyle and changes in mood throughout the family.

Objective: to evaluate the quality of life of patients who presented with COVID-19 and who presented sequelae after the disease, in the Family Medicine Unit No.140 of the Mexican Institute of Social Security.

Method: descriptive, cross-sectional, prospective and observational study. Universe of study made up of 326 people, the collection sheet and the EDQ 5 quality of life scale were used. Statistical analysis was performed

Results: age 43 years (RIC= 23), female 63.5%, bachelor's degree 45.4%, employee 41.1%, mobility 90.8%, personal care 95.4%, daily activities 92.3%, pain or discomfort 82.5%, anxiety depression 81.3%, covid test 99.7%, Quality of life 97.5%. There was no association between quality of life and study variables.

Conclusions: the quality of life in post covid patients is not bad. mainly 3 out of 4 are without affectation in their quality of life, it is advisable to refer patients who have an affectation in their quality of life and require pulmonary rehabilitation.

keywords: quality of life post covid

Marco conceptual

La enfermedad por coronavirus 19 según la OMS 2019, es una enfermedad causada por coronavirus que conforman una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, las personas infectadas por el virus de coronavirus 19 (COVID-19), presentan cuadros respiratorios de leves a moderados y se recuperan sin tratamiento especial, personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de presentar un cuadro graves.(1)

Se define como calidad de vida al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social, la cual evaluar la afectación de las enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos.(2)

Un paciente post COVID se considera a toda persona que han padecido COVID, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de 3 semanas e incluso de 3 meses del cuadro clínico origina, deben tener acceso a un seguimiento multidisciplinar adaptado a las características de las principales afecciones orgánicas y funcionales y posibles secuelas a medio y a largo plazo.(3)

MARCO EPIDEMIOLOGICO

“En el transcurso del 2019, surgieron casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China. Días después, esta enfermedad se dispersó en diversos países vecinos, como Tailandia, Japón y Corea, las diferentes familias de coronavirus han generado brotes de neumonía, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) que se presentó durante los años 2002-2003 que se detectaron 774 muertes y 8098 infectados y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS), originado en Arabia Saudita responsable de 848 muertes en 27 países durante 2012-20”(4)

Dentro de los periodos de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días es lo más frecuente, semejante al del SARS-CoV-1 causante del brote en el 2003, se presentan en mayor frecuencia que el de la influenza H1N1 que se presentó en el 2009. El ritmo

reproductivo básico, un parámetro que aproxima el promedio de casos nuevos generados por un paciente durante su periodo infeccioso.(5)

Según la Secretaria de Salud 2020, en México, se presentó el primer caso de coronavirus el cual fue detectado el 27 de febrero de 2020, conforme transcurrían los días, el número de casos incrementaban y en 64 días después de este primer diagnóstico, alcanzando un total de 19.224 casos confirmados y 1.859 (9,67%) fallecidos.

Para poder realizar un diagnóstico de infección por Sars-Cov2, se deben conocer las definiciones operacionales indicadas por la OMS:

Caso sospechoso: Persona que presente cualquier edad y que dentro de los últimos 10 días haya presentado uno de los siguientes síntomas y signos:

Debe contar con 2 de los siguientes criterios:

Disnea (síntoma de gravedad)

Fiebre

Tos

Cefalea

Así como uno de los siguientes:

Artralgias

Dinofagia

Disgueusia

Mialgias

Conjuntivitis

Polipnea

Dolor torácico

Rinorrea

Escalofríos

Anosmia

En pacientes que tengan menos de 5 años de edad, en lugar de cefalea puede presentar irritabilidad.

Caso probable: Un caso sospechoso para quien la prueba para el virus COVID-19 no es concluyente, para quien la prueba no pudo realizarse por algún motivo, caso sospechoso para quien la prueba molecular (RT-PCR) es negativa o no se pudo realizar y el paciente tiene signos indicativos de COVID-19, en las imágenes diagnósticas del tórax.

Caso confirmado: Paciente que presente síntomas clínicos de COVID-19 y que además sea confirmado por laboratorio, el cual se refiere a persona que se le ha detectado el virus que causa la enfermedad de COVID 19 independientemente de sus signos y síntomas clínicos, mediante alguno de los siguientes métodos. RT-PCR capaz de identificar SARS - CoV-2 (autorizadas por una entidad regulatoria externa como FDA o su equivalente) realizada en los laboratorios públicos y privados que cuenten con una autorización del Ministerio de Salud. Pruebas de antígeno realizadas en los servicios de atención de la CCSS según lo dispuesto en los Lineamientos generales para el uso de pruebas alternativas al estándar de oro (RT-PCR) para el diagnóstico de COVID-19 (LS-SS-012). • Pruebas de antígeno elaboradas en los servicios de salud privados según lo dispuesto en los Lineamientos generales para el uso de pruebas alternativas al estándar de oro (RT-PCR) para el diagnóstico de COVID-19 (LS-SS-012). • Pruebas moleculares isotérmicas para SARS-CoV-2 que cuenten con una autorización del Ministerio de Salud, según lo dispuesto en los Lineamientos generales para el uso de pruebas alternativas al estándar de oro (RT-PCR) para el diagnóstico de COVID-19 (LS-SS-012). También en caso confirmado por medio epidemiológico: son aquellas personas que residan en el domicilio de un caso confirmado por laboratorio y que presentan síntomas respiratorios durante los 1-14 días posteriores al último día de contacto cercano con la persona contagiada (6)

CORONAVIRUS SARS-CoV 2 (COVID-19)

En diciembre del 2019, inicia la pandemia de COVID 19, con un brote de casos de una neumonía grave, la cual se presenta en la ciudad de Wuhan en China, en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de infección por el nuevo coronavirus llamado SARS-CoV 2 (Covid-19), se convierte en pandemia, el virus causante de esto, es un coronavirus denominado; coronavirus del síndrome respiratorio grave agudo, el cual puede desarrollar un síndrome respiratorio grave por SARS-CoV-2.(6)

Debido al alto impacto de las muertes que se presentaron en el país, existe una gran repercusión en la calidad de vida de pacientes y familias que sufrieron o padecieron COVID, ya que se presenta en un porcentaje alto de 57.2 % en hombres y 42.8% en mujeres, ya que presentan comorbilidades, como la hipertensión arterial sistémica en 50.9%, enfermedad renal, así como patologías cardiovasculares en un 70 %, de lo anterior se observa que impacto en cuestión de la economía del paciente y del país, así como la calidad de vida, estilo de vida y alteraciones del estado del ánimo en toda la familia.(7)

AGENTE ETIOLÓGICO

EL virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de la COVID-19, esta taxonómicamente en la familia Coronaviridae SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. La familia de coronaviridae se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gamma coronavirus y Delta coronavirus. Desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos. Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. Se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común. Los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave. La vigilancia de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico. En particular, los betacoronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el SARSCoV fue la civeta, un animal silvestre del grupo de los vivérridos, y para el MERS-

CoV fue el dromedario Aún no es claro cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano. (8)

ESTRUCTURA VIRAL

Los coronavirus tienen forma esférica o irregular, con un diámetro aproximado de 125 nm. Su genoma está constituido por RNA de cadena sencilla, con polaridad positiva, y con una longitud aproximada de 30.000 ribonucleótidos. Poseen una cápside de simetría helicoidal, constituida por la proteína de nucleocápside. La proteína N es la única presente en la nucleocápside y se une al genoma viral en forma de rosario; se cree que participa en la replicación del material genético viral en la célula y en el empaquetamiento del mismo en las partículas virales. Los coronavirus tienen una envoltura lipídica que consta de tres proteínas ancladas en ella, denominadas E (envoltura), M (membrana) y S (del inglés, spike, o espícula), lo que le da al virión (partícula infecciosa) la apariencia de una corona y es considerada la proteína que media la unión al receptor, para la facilitación de su fusión con la membrana celular. Las funciones de las proteínas M y E aún no están bien establecidas, pero se considera que podrían participar en el ensamblaje y liberación del virión. (9)

REPLICACION VIRAL

Al llegar a la célula blanco, la proteína S se adiere al receptor en la célula, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2). La proteína S es luego recolectada por una proteasa celular (TMPRSS2) en dos subunidades, S1 y S2. La subunidad S1 cuenta con el dominio de unión al receptor (RBD, del inglés, Receptor Binding Domain), en tanto que la subunidad S2 contiene el péptido para la unión a la membrana celular. Posterior a su entrada a la célula, mediante la formación de un endosoma, el virus es desenvuelto y el RNA viral es liberado al citoplasma, para iniciarse en los ribosomas la traducción, los genes ORF 1a y 1b en sus proteínas, las cuales realizan la replicación del genoma viral. Las proteínas estructurales codificadas hacia el extremo 3' son traducidas a partir de mRNAs transcritos desde la hebra de polaridad negativa que se forma durante la replicación del genoma viral. Estas proteínas estructurales son posteriormente ensambladas con el genoma viral, en las membranas celulares internas del retículo endoplasmático y aparato de Golgi, formándose las nuevas partículas virales. Finalmente, las vesículas que contienen los nuevos viriones se fusionan con la

membrana celular para liberar los virus al exterior de la célula, proceso llamado exocitosis(10)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que definen cómo afecta la enfermedad a las personas, que nos pueden indicar factores de riesgo para enfermedad respiratoria viral grave, pueden observarse en relación con la COVID-19, aún debe demostrarse y estudiarse algunos ejemplos de patologías son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, neumopatías, enfermedades renales, cáncer, inmunosupresión, enfermedades neurológicas, sobrepeso/obesidad, enfermedad asmática, género masculino y tabaquismo. (11)

PATOGENESIS

El SARS-CoV-2 entra a la célula utilizando como receptor a la ACE2, al igual que el virus SARS-CoV, causante del SARS; sin embargo, la afinidad del SARS-CoV-2 por la ACE2 es de 10 a 20 veces mayor que la del SARS-CoV. La ACE2 esta presente en mayor cantidades en el riñón, los pulmones y el corazón, y participa en la transformación de la angiotensina I en angiotensina y de la angiotensina II en angiotensina (12)

Los productos finales tienen efectos vasodilatadores que reducen la presión arterial, con efecto protector frente a la hipertensión, la arteriosclerosis, y otros procesos vasculares y pulmonares. Se ha contemplado que los casos graves de COVID-19 presentan niveles de angiotensina II altos, y que sus niveles se correlacionan con la carga viral y el daño pulmonar. Por otro lado, se ha observado que el SARS-CoV-2 induce la producción de daño cardíaco agudo e insuficiencia cardíaca, con un aumento en los niveles de troponina asociados a una mayor mortalidad. Los estudios recientes llevados a cabo por Guo y colaboradores, se encontró que de 187 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19, el 27,8% tenía daño cardíaco asociado a la infección. La alta incidencia observada de síntomas cardiovasculares parece relacionada con la respuesta inflamatoria sistémica. Se propone que en gran parte, la virulencia asociada a la infección por SARS-CoV-2 es debida a su poderosa capacidad de activar una respuesta inmune, con una cascada de citoquinas inflamatorias, como uno de los mecanismos para el daño a nivel de órganos.(13)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El curso de la COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal. La forma asintomática y las presentaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras. Los síntomas más comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongada, lo que se asocia a desenlace desfavorable. La tos puede ser sin expectoración o con expectoración con igual frecuencia, y a veces se acompaña de hemoptisis. La fatiga es común, y las mialgias y la cefalea ocurren entre el 10% y 20% de los casos. La disnea se ha reportado con frecuencias muy variables, desde 8% hasta más del 60%, dependiendo de los criterios de inclusión de cada estudio; la disnea puede aparecer desde el segundo día, pero puede tardar hasta 17 días, y dicha aparición tardía parece asociarse a desenlaces más graves. Otros síntomas de afectación del tracto respiratorio alto, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea se presentan en menos del 15% de los casos. (14)

Las manifestaciones gastrointestinales, como náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea, se presentan tempranamente entre el 10% y 20% de los pacientes. La anorexia se manifiesta en uno de cada cuatro casos, y es más frecuente a partir de la segunda semana de la enfermedad. Estos síntomas digestivos se correlacionan con mayor frecuencia de detección y mayor carga viral en materia fecal. Las alteraciones de los sentidos del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia) también son frecuentes. Entre las complicaciones más comunes de la COVID-19 se menciona la neumonía, presente virtualmente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en la forma de choque séptico.(15)

Washington, 3 de diciembre de 2021 (OPS)-Las cinco variantes de preocupación del virus del SRAS-COV-2 han sido identificadas en las Américas, incluida Omicron, que ahora está en tres países, según una actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La variante que aparece con más frecuencia es la Delta, y desde que se notificó por primera vez en julio del 2020, 181 países de todo el mundo-- incluidos 54 países y territorios de las Américas-- han notificado su detección, señala la Actualización de la OPS. La variante Omicron, designada como Variante de Preocupación por la Organización Mundial de la Salud la semana pasada, ha sido reportada en al menos 25 países del mundo, pero "no está claro si la infección con la VOC Ómicron causa una enfermedad más grave en comparación con las infecciones con otras variantes", o si causa una enfermedad más grave.(16)

"Comprender el nivel de gravedad de VOC Omicron podría tomar varias semanas. Todas las variantes del SARS-CoV-2, incluida la VOC Delta que es dominante a nivel mundial, pueden causar una enfermedad grave o la muerte, en particular para las personas más vulnerables; por lo que la prevención siempre es lo más importante", dice la actualización epidemiológica de la OPS.(17)

Las otras variantes que ahora circulan, predominantemente Delta, pero también Alfa, Beta y Gamma con menor ocurrencia, están asociadas con un aumento de la transmisibilidad "en comparación con las variantes ancestrales. La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros continuar sus esfuerzos para aumentar la cobertura de vacunación contra la COVID-19 y mejorar la adherencia a las medidas de salud pública que disminuyen la transmisión del virus del SARS-CoV-2, dice la actualización. También pide a los países que sigan realizando la secuenciación genómica de las muestras de SARS-CoV-2 y que vigilen cambios en la incidencia de COVID-19. Las pruebas actuales de PCR pueden detectar Omicron y las demás variantes.(18)

TRATAMIENTO

El tratamiento se establece por criterios médicos y estadios de la enfermedad como la:

- Sintomatología leve sin evidencia de neumonía o hipoxia, $SpO_2 \geq 94\%$ al aire ambiente el tratamiento que se administra es sintomático.
- Sintomatología moderada con presencia de signos clínicos de neumonía como lo son fiebre, tos, disnea, respiración rápida pero sin signos de neumonía grave, incluida una $SpO_2 \geq 90\%$ al aire ambiente se establecerá Heparina no fraccionada/enoxaparina

posterior a la valorar el riesgo de trombosis para indicar el medicamento como trombotoprofilaxis, se indicara en conjunto dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes este solo se administrara exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario para mantener $SpO_2 \geq 94\%$.(19)

- Remdesivir es utilizado en pacientes hospitalizados mayores de 12 años y peso mayor a 40 kilos, con requerimiento menor a 15 litros por minuto de oxígeno. No en ventilación mecánica y en pacientes de menos de 8 días desde el inicio de síntomas.

- Tocilizumab este medicamento es utilizado en pacientes con uso actual o previo de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva.(20)

- En condiciones grave con signos clínicos de neumonía como son fiebre, tos, disnea, respiración rápida más 1 de los siguientes síntomas Frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones por minuto, dificultad respiratoria grave, $SpO_2 < 90\%$ al aire ambiente se administrará Heparina no fraccionada/enoxaparina con evaluación del riesgo de trombosis para indicar el medicamento como trombo profilaxis. La administración de Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes, será exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario. (21)

- El Tocilizumab el cual se administrara en pacientes con uso actual o previo de 10 días de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva. (22)

CONDICIÓN POSTERIOR A INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Cuando hablamos de secuelas, dado que habrá que ver si la persistencia de los signos y síntomas post infección se convierten en crónicos y, por lo tanto, en secuelas; sí que existe ya evidencia recogida, la experiencia clínica suficiente acumulada, como para hablar de un conjunto de signos que afectan a los pacientes tras la infección aguda por COVID-19. De acuerdo con el primer Congreso Nacional COVID-19 se presentaron algunos datos extraídos del seguimiento realizado a pacientes de COVID-19 así como una valoración telemática de sintomatología a los tres meses del diagnóstico se presentan las siguientes secuelas :(23)

Generales

- 1) Astenia en diferentes grados, desde extrema e invalidante, a moderada o leve
- 2) Sensación distérmica, febrícula o fiebre
- 3) Malestar general
- 4) Anorexia y pérdida de peso
- 5) Sudoración profusa
- 6) Escalofríos

Tromboembólicas (23)

- 1) Enfermedad tromboembólica venosa
- 2) Accidentes cerebro vasculares
- 3) Cardiopatía isquémica
- 4) Síndrome postrombótico
- 5) Hipertensión pulmonar tromboembólica
- 6) Otros eventos trombóticos

Respiratorias (24)

- 1) Tos

- 2) Disnea de causa multifactorial: pulmonar, musculoesquelética, cardiovascular, depresión
- 3) Opresión o dolor torácico
- 4) Laringoespasmos
- 5) Broncoconstricción
- 6) De saturaciones bruscas y transitorias
- 7) Expectoración continúa
- 8) Hemoptisis
- 9) Debut EPOC

Cardiacos (25)

- 1) Palpitaciones
- 2) Hipotensión ortostática
- 3) Debut hipertensivo
- 4) Miocarditis/pericarditis
- 5) Taquicardia/ bradicardia sinusal
- 6) Síncope

Osteomusculares

- 1) Artralgias
- 2) Mialgias múltiples o aisladas
- 3) Calambres y contracturas en reposo
- 4) Dolor de espalda
- 5) Atrofia y debilidad muscular

Digestivos

- 1) Dolor abdominal
- 2) Nauseas
- 3) Vómitos
- 4) Diarrea
- 5) Dispepsia
- 6) Intolerancias
- 7) Pirosis
- 8) Flatulencia

Neurológicos y Cognitivos

- 1) Anosmia de larga duración
- 2) Disgeusia
- 3) Cefaleas
- 4) Debilidad del enfermo crítico
- 5) Confusión y desorientación
- 6) Crisis comiciales
- 7) Temblores
- 8) Alteración de la marcha
- 9) Falta de concentración
- 10) Quejas de memoria, alteración atencional y déficit de concentración
- 11) Parestesias, disestesias

- 12) Mareos y/o inestabilidad
- 13) Neuropatías
- 14) Hipoacusia, acúfenos, hiperacusia
- 15) Síndrome Guillain Barré
- 16) Secuelas de ictus

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID

En el artículo de la Sociedad española de Medicina Interna ha desarrollado el registro clínico SEMI-COVID-19. Este registro de pacientes constituye el mayor de España y uno de los más amplios del mundo, aunque sólo recoge datos de pacientes hospitalizados. Aunque actualmente cuenta con datos clínicos de más de 17.000 pacientes hospitalizados con infección confirmada por SARS-CoV-2 recientemente se ha publicado el análisis relativo a la información de los 15.000 primeros pacientes, sobre los que se ha recogido información; datos que también han sido presentados en el Congreso Nacional COVID-19. Los datos analizados sobre los pacientes con COVID-19 que resultaron hospitalizados arrojan un perfil de varón cercano a los 70 años y con presencia de comorbilidades, especialmente hipertensión, obesidad y dislipemia.(26)

Concretamente, la mediana de edad de los pacientes registrados resultó de 69,4 años de los que el 57,2% eran hombres. Del total, 50,9% presentaban hipertensión, el 39,7% dislipemia y el 19,4%, diabetes mellitus. También aparece de forma frecuente la comorbilidad cardiovascular (insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica). Según los datos reportados por otras sociedades científicas, como la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), la enfermedad renal crónica (ERC) aumenta de forma importante el riesgo de COVID-19 grave. Además, la COVID-19 puede producir daño renal agudo, que puede ser persistente hasta en la mitad de los casos. Aquellos pacientes en tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante) son los más susceptibles de sufrir COVID-19, tal y como se desprende del Registro de la Sociedad Española de Nefrología. En estos casos, la mortalidad global es superior al 25% de los infectados, siendo mayor en hemodiálisis que en diálisis peritoneal o en los

trasplantados renales. El instrumento con el cual se llevará a cabo la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitaria. Ver en anexo.(27)

INMUNIZACION

La inmunización para prevención y combate de COVID 19, se están desarrollando diversos tipos de posibles vacunas contra la Covid-19, entre ellas dos tipos de Vacunas una en base a ARN y otra en base a ADN: un enfoque pionero que utiliza ARN o ADN genéticamente modificados para generar una proteína que por sí sola desencadena una respuesta inmunitaria. Vacunas que utilizan un virus genéticamente modificado que no causa la enfermedad, pero da lugar a proteínas coronavíricas que inducen una respuesta inmunitaria. Las vacunas basadas en proteínas utilizan fragmentos inocuos de proteínas o estructuras proteínicas que imitan el virus causante de la Covid-19 con el fin de generar una respuesta inmunitaria. Estas vacunas utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aun así genera una respuesta inmunitaria, actual mente se encuentra disponibles 8 vacunas:

Moderna: Pertenece a las vacunas de ARN. Las instrucciones genéticas para la proteína de pico de coronavirus están codificadas en ARNm, entregado a través de nanopartículas lipídicas. Dentro de la célula, es en el ribosoma donde se codifica la proteína de pico que llega a la superficie celular para producir la respuesta inmunitaria. Ese ARN mensajero desaparece en horas. La vacuna pasó de ser un diseño por computadora en enero a un estudio en humanos en solo tres meses, lo que convirtió a Moderna en la primera compañía estadounidense en llegar a ese punto. El estudio de Fase 3 en mayores de 18 años arrojó resultados muy positivos que indicaron que la vacuna tenía un 94% de efectividad en la prevención de Covid-19, con 100% para enfermedad severa, y era segura y sin efectos secundarios. El 18 de diciembre, la FDA otorgó la autorización para su administración. Ya se administraron varios millones de vacunas con eficacia y seguridad demostradas y comienza a verse un efecto de control de la enfermedad. BioNTech, Pfizer: una de las vacunas basadas en RNA mensajero. Es el resultado de un proyecto de investigación en Mainz, Alemania. BioNTech comenzó a trabajar en una vacuna de ARNm para el coronavirus desde el principio y

acordó asociarse con Pfizer a mediados de marzo. Los estudios en fase 3 demostraron seguridad y eficacia (95% para enfermedad y 100% para enfermedad grave) similares a Moderna fue aprobada por la FDA el 11 de diciembre y por la EMA diez días después.

AstraZeneca: Se basa en un Vector viral no replicante, secuencia de ADN para la proteína de pico de coronavirus, transportada a través de un vector viral de chimpancé. Los investigadores ingleses llevaban años trabajando en el MERS y rápidamente iniciaron los estudios para SARS-CoV-2. Es cierto que tuvieron que interrumpir el trabajo porque un participante en el estudio del Reino Unido se enfermó con una mielitis transversa, una enfermedad neurológica inexplicable. Tras revisiones, prosiguió con los estudios. Pero hubo algunos problemas añadidos a la hora de la interpretación de los resultados. A fines de noviembre, AstraZeneca compartió datos preliminares de estudios en el Reino Unido y Brasil, que muestran que su vacuna podría proteger contra Covid-19. Sin embargo, los resultados positivos fueron confusos, mostrando tasas de protección dramáticamente diferentes grupos del más grande que recibió dos dosis completas de la inyección y un grupo más pequeño que recibió media dosis y luego una dosis completa. No ha sido aprobada aún por la FDA pendiente de más estudios. Mientras tanto, AstraZeneca y Oxford comenzaron a compartir otros resultados. Un análisis preliminar indicó que la inyección puede ralentizar la transmisión del virus, aunque no está claro hasta qué punto. Otro descubrió que la vacuna era protectora, aunque un poco menos efectiva, contra la variante contagiosa del Reino Unido. También, se ha visto una inmunización mucho más intensa 3 meses después de la primera inyección, mejor que si se recibe a las 4 semanas. Un estudio escocés en vida real de la vacuna de AstraZeneca, ChAdOx1, reduce en un 94% la hospitalización por Covid-19 en los 28-34 días posteriores a la vacunación. Los resultados de un análisis combinado de los ensayos clínicos en fase II/III en Reino Unido, Brasil y Sudáfrica publicados el pasado 19 de febrero en The Lancet muestran que: Tras la primera dosis (> 22 días), se muestra una eficacia de la vacuna del 76% manteniendo la protección hasta la segunda dosis. La eficacia tras la segunda dosis aumenta hasta un 82% cuando la segunda dosis se administra con un intervalo entre dosis de 12 semanas o más.

La vacuna de AstraZeneca y Oxford se considera importante para los esfuerzos de inmunización mundial, ya que se puede distribuir y almacenar más fácilmente.

AstraZeneca también se ha comprometido a vender dosis más baratas que otras farmacéuticas y espera producir una mayor cantidad de dosis, si bien hay un conflicto en este momento con la Unión Europea por falta en su compromiso de entrega de las vacunas acordadas. Inicialmente, varios países europeos entre los que se encuentran Alemania y España consideraron su autorización para pacientes de edades inferior a 65 y 55 años respectivamente. Datos de práctica real en Escocia demuestran su efectividad y seguridad en pacientes mayores de 65 años.

Johnson y Johnson (J&J): Se basa en un Vector viral no replicante, secuencia de ADN para la proteína de pico de coronavirus, entregada a través del vector de adenovirus tipo 26. A finales de enero de 2020, la farmacéutica anunció planes para desarrollar una vacuna utilizando la misma tecnología que sustenta otras vacunas experimentales de la farmacéutica. El estudio inicial comenzó a fines de julio y dos meses después, el 23 de septiembre, J&J inició un estudio global de fase 3 que ha sido publicado y aprobado a finales de febrero 2021 por la FDA con autorización de emergencia. Cuando escribimos esto está pendiente en unos días de su aprobación en Europa. El estudio en fase 3 mostró que una sola dosis de la vacuna de J&J tenía un 66% de efectividad para prevenir el Covid-19. La eficacia fue mayor entre los participantes reclutados en los EE. UU, pero menor en los voluntarios en América Latina y Sudáfrica, donde prevalecen las variantes nuevas y más virulentas del SARS-CoV-2. La eficacia contra el COVID severo fue del 85% a los 28 días y 100% después de 49 días. La ventaja de esta vacuna es que puede administrarse mediante una sola inyección y enviarse a la temperatura normal del refrigerador.

Novavax es una vacuna basada en una proteína derivada de coronavirus producida en líneas celulares de insectos, extraída y administrada junto con un adyuvante. El 28 de enero, la empresa de biotecnología con sede en Maryland informó los resultados de un ensayo de 15.000 voluntarios en el Reino Unido, que indicaba que su vacuna contra el coronavirus era aproximadamente un 90% efectiva para prevenir el Covid-19 sintomático en comparación con el placebo. Los datos formarán parte de las solicitudes de aprobación en varios países. Las revisiones continuas en los EE. UU., Reino Unido, Europa, Canadá y otros lugares comenzaron a principios de febrero. La menor eficacia, aunque de un número menor de casos, sugiere que la protección de la vacuna es más débil contra la variante que se encontró por primera vez en Sudáfrica.

Synovac (China) esta vacuna por Virus inactivado ya que el SARS-CoV-2 se aísla, se expande y luego se hace no infeccioso mediante el tratamiento químico. Los informes iniciales de datos de estudio en Brasil sugirieron una gran eficacia, pero los anuncios posteriores pusieron la eficacia general de la inyección en poco más del 50%, apenas superando el listón establecido por los reguladores de todo el mundo. Las revelaciones incompletas aumentaron la confusión sobre la vacuna de Sinovac, particularmente porque los investigadores que estaban realizando estudios en Turquía e Indonesia también informaron resultados diferentes, la inmunización fue aprobada en China a fines de agosto para uso de emergencia en personas con alto riesgo de infección por coronavirus. El 8 de febrero, Sinovac dijo que había obtenido la aprobación de marketing condicional en el país. La vacuna también ha sido autorizada para aplicación en casos de emergencia en Indonesia, Brasil, Turquía y Chile. (28)

Marco contextual

Para la investigación, es muy importante recuperar todas las estadísticas posibles, así como recolectar la información de diversas instituciones gubernamentales o no, para así poder tener una visión panorámica del problema y los padecimientos hasta aquí presentados. Con todo lo recaudado hasta aquí, es vital notar la importancia y la relación que existe entre a infección por COVID 19 y el estilo de vida. Según datos de la OMS, el primer caso de COVID-19 en México se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México. Se trataba de un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves. El 28 de febrero se confirmaron dos casos más: un italiano de 35 años, residente de la Ciudad de México, y un ciudadano mexicano del estado de Hidalgo que se encontraba en el estado de Sinaloa. Los dos habían viajado recientemente a Italia. La fase 1 de COVID-19 comenzó ese día. En esta fase, los casos de infección son importados del extranjero y no hay casos de contagio local; el número de personas infectadas con el virus es limitado y no hay medidas estrictas de salud, excepto acciones con el objetivo de difundir las acciones preventivas. (29)

En la unidad de medicina familiar 140 del IMSS, realizaremos este proyecto de investigación, con la finalidad de identificar la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 140 que presentaron COVID 19 y que presentaron secuelas posteriores a la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: En la actualidad la infección por SARS cov 2 afecta a un gran número de la población mexicana y del mundo siendo el motivo principal de consulta en los servicios de salud. Es una enfermedad que afecta múltiples aparatos y sistemas en sus etapas más graves.

VIABILIDAD: las personas quienes que están infectadas por esta enfermedad experimentan diferentes grados de la sintomatología principal hasta causa de incapacidad para realizar sus actividades cotidianas hasta llegar a la muerte.

VULNERABILIDAD: con la realización de este estudio y los resultados obtenidos se espera mejorar la atención del paciente desde el inicio de la enfermedad, mejorando el pronóstico y funcionalidad de las personas y sus familias.

FACTIBILIDAD: Es posible realizar el estudio; pues se determinara la calidad de vida de pacientes post infección de sarsr cov 2 utilizando el cuestionario EQ-D5

TRASCENDENCIA: Este protocolo de investigación se realizará por que la infección por COVID19 está teniendo un gran impacto mundial, así como dentro de las familias tantas en un contexto de salud, económicas y familiares que afecta su calidad de vida posterior a la enfermedad

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia del Covid-19 no solo ha causado un gran impacto social, económico y sanitario en el mundo, sino que también ha provocado cambios radicales en los hábitos y estilo de vida de las personas, principalmente aquellas que han padecido un cuadro grave de la enfermedad.

La infección por SARS Cov-2 es una de las infecciones que llegó a tener un gran impacto en la salud de la población mexicana, que ocasiona alteraciones en múltiples sistemas, siendo más grave aún si el paciente cuenta con factores de riesgo que aumentan la mortalidad o en su defecto presentan mayores secuelas a corto o largo plazo que afectan su calidad de vida, por lo que se llevará la investigación en la UMF140 con la finalidad de recabar la información de la población asignada a la consulta externa de la unidad.

Por lo consiguiente realizamos la siguiente pregunta:

¿Cómo es la calidad de vida en paciente post covid de la UMF 140?

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Evaluar la calidad de vida en pacientes post covid de la UMF 140

Objetivos específicos

1. Medir la edad en pacientes post covid de la UMF 140
2. Identificar el sexo en pacientes post covid de la UMF 140
3. Estimar la escolaridad en pacientes post covid de la UMF 140
4. Descubrir la ocupación en pacientes post covid de la UMF 140
5. Estimar la calidad de vida en pacientes post covid de la UMF 140
6. Medir la movilidad en pacientes post covid de la UMF 140
7. Identificard el cuidado personal en pacientes post covid de la UMF 140
8. Estimar la actividades cotidiana en pacientes post covid de la UMF 140
9. Medir el dolor o malestar en pacientes post covid de la UMF 140
10. Descubrir la ansiedad/depresion en pacientes post covid de la UMF 140
11. Conocer si cuenta con prueba covid los pacientes post covid de la UMF 140

HIPÓTESIS

Una investigación exploratoria generalmente antecede a otro tipo de investigaciones, ayuda a examinar un tema del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes, se utiliza en problemas poco estudiados para preparar el terreno a nuevos estudios con alcances diferentes.

El alcance de los estudios exploratorios condiciona el no requerir de formulación de hipótesis debido a que no buscan explicaciones aparentes de la relación entre variables. Sin embargo, con fines académicos para cubrir los resultados de aprendizaje esperados, se formulan como guía las siguientes hipótesis:

-Hipótesis Alterna (H1):

Es mala la calidad de vida en paciente post covid de la UMF 140

-Hipótesis Nula (H0):

No es mala la calidad de vida en paciente post covid de la UMF 140

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Será un estudio descriptivo transversal prospectivo observacional

Diseño de estudio

Eje I. Finalidad del estudio.

según el control de las variables o del análisis y alcance de los resultados.

DESCRIPTIVO: no se busca causalidad en las características de la población a estudiar.

Eje II. Dirección del estudio

Según la medición del fenómeno en el tiempo.

TRANSVERSAL: los datos serán obtenidos en un solo momento determinado (una sola medición) a partir de la población especificada.

Eje III. Temporalidad del estudio.

Según la dirección de búsqueda la información obtenida para su registro.

PROSPECTIVO: se realizará en el presente y los datos obtenidos se analizarán en el futuro.

Eje IV. Asignación del factor del estudio.

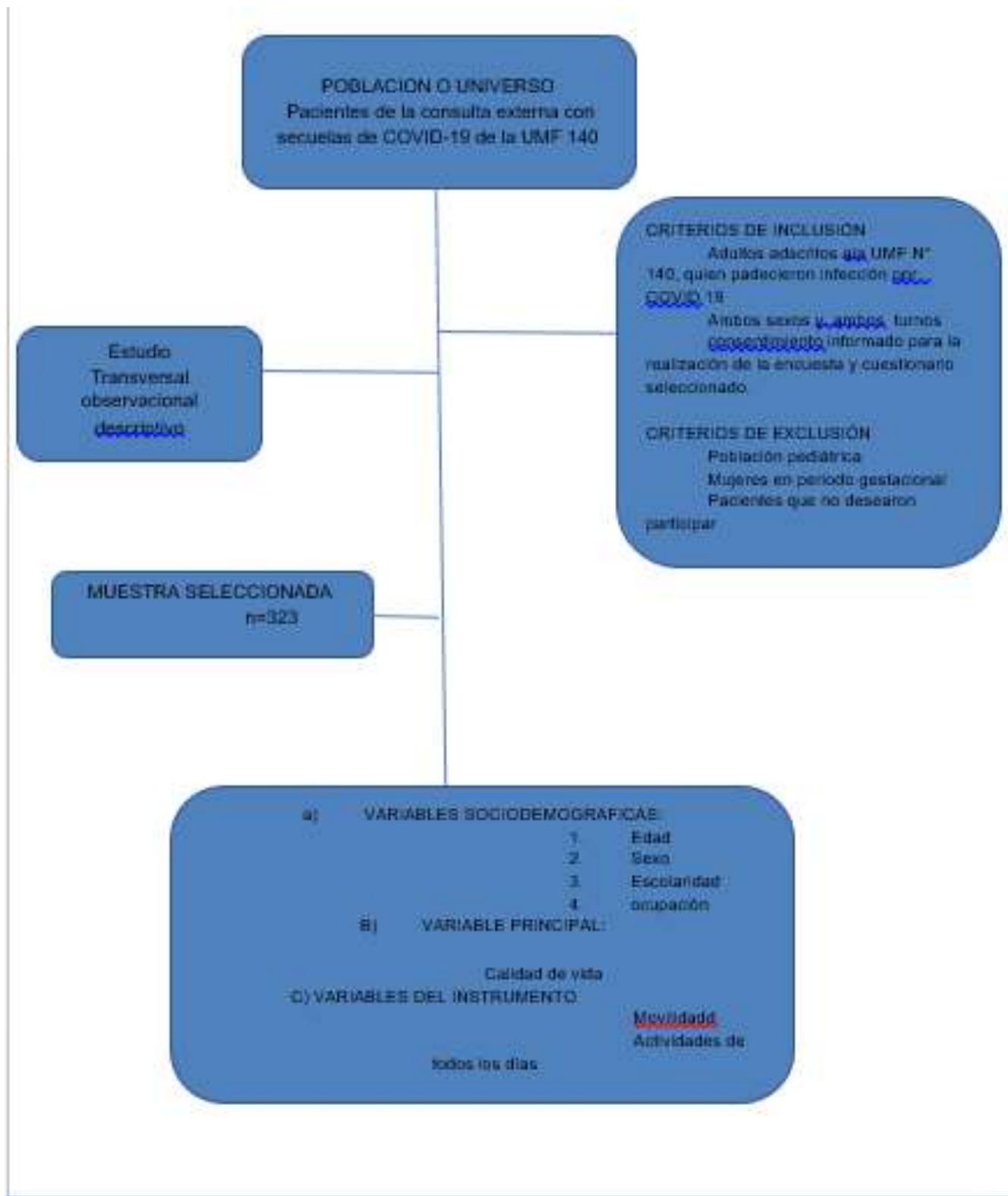
Según la intervención del investigador en el estudio.

OBSERVACIONAL: no se realizará manipulación de la variable.

El diseño de este protocolo de investigación tiene las siguientes condicionantes.

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, no comparativo, observacional, el tamaño de la muestra está determinada por el número de pacientes infectados por covid 19 de la UMF 140 desde enero de 2021 hasta agosto de 2021. Se utilizaron los datos epidemiológicos brindados por el archivo de la UMF 140 desde enero de 2021, hasta agosto 2021. Se realizó un análisis univariado.

DIAGRAMA DEL ESTUDIO



POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Universo de trabajo

El universo conformado por un total de 323 personas de los servicios de nuestra Unidad de Medicina Familiar 140 de la consulta externa.

Unidad de análisis

Se evaluará la calidad de vida en adultos jóvenes de la UMF mediante la hoja de recolección de datos y con la aplicación del instrumento D5. Ver información en anexos

Este protocolo de investigación se realizará en la UMF140 del Instituto Mexicano del Seguro social en una población urbana en la Ciudad de México durante un periodo establecido de 8 meses.(1 marzo 2021 a febrero de 2023)

MUESTREO

El número de los pacientes con infección por covid 19 de la UMF 140 son 2039 con estos datos e desarrollo.

Donde:

N=población total= 2039

Z=nivel de confianza (que tan seguro estoy) 95%- nivel de confianza vale 1.96 y z al cuadrado = 3.84

P=prevalencia de la enfermedad (50%)= 0.5

Q= complemento de p (50%)= 0.5

E= error complemento de la confianza= 5% = 0.05 equivale en significancia elevada al cuadrado .0025

$N = \frac{2039 \times 1.96}{\sqrt{0.0025}}$

$\frac{2039 \times 1.96}{\sqrt{0.0025}}$

$N = \frac{1957.44}{\sqrt{0.0025}} = 323.27$

N= 323

Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Adultos adscritos a la UMF N° 140, con antecedentes de infección por COVID19**
- **Ambos sexos**
- **Ambos turnos**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Población pediátrica**
- **Mujeres en periodo gestacional**
- **No contar con firma de consentimiento informado**
- **No ser derechohabiente**

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- **Pacientes que contestaron la encuesta de manera incorrecta y/o incompleta**
- **Pacientes que posterior a contestar la encuesta decidieron retirarse del estudio.**

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variables sociodemográficas

Sexo: Género al que pertenece un individuo

Edad: Tiempo que ha vivido una persona hasta el momento de la aplicación de la encuesta.

Escolaridad: Último grado de estudios académicos con los que cuenta la persona.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Ocupacion: trabajo, empleo, puesto u oficio en el que la población emplea su tiempo.

VARIABLE PRINCIPAL

Calidad de vida: Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social, la cual evaluar la afectación de las enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos.

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

MOVILIDAD El conjunto de desplazamientos, de personas y mercancías, que se producen en un entorno físico

CUIDADO PERSONAL: Es hacer algo intencionalmente para tu bienestar mental, físico y emocional.

ACTIVIDADES COTIDIANA: Labor o trabajo prestado' directamente por una persona natural, que se concreta en, una obligación de hacer, sin importar que en la misma predomine el factor material o intelectual, y que genera una contraprestación

DOLOR/ MALESTAR: Sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia

ANSIEDAD/DEPRESION: Sentimiento de miedo, inquietud o temor.

PRUEBA COVID: Las pruebas de detección del COVID-19 permiten detectar el SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19, o los anticuerpos que genera su organismo después de haber tenido COVID-19 o después de haberse vacunado.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas

Nombre	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
---------------	-------------------------------	-------------	---------------	------------------

Sexo	El que indique en la hoja de recolección haciendo referencia a la pregunta ¿A qué sexo pertenece?	Cualitativa nominal	Dicotómica	1.- Femenino 2.- Masculino
Edad	La respuesta especificada por el/la encuestado (a) en la hoja de recolección haciendo referencia a su edad en años con número en años. De acuerdo con la siguiente pregunta ¿Cuántos años tiene usted?	Cuantitativa	Discreta	Números enteros
Escolaridad	De acuerdo a lo recolectado en la hoja de datos, con la pregunta ¿Cuál es su último grado de estudios?	Cualitativa	Ordinal	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Bachillerato 4.-Licenciatura 5.-Posgrado
Ocupación	Con base en la respuesta a la pregunta en la hoja de recolección: ¿A qué se dedica?	Cualitativo nominal	Dicotómica	1.-Empleado 2.-Desempleado

Variable principal

Nombre	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Calidad de vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social, la cual evaluar la afectación de las enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos	Cualitativa	nominal	1.- buena calidad de vida

Variables del instrumento

Nombre	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Movilidad	Se obtendrá de acuerdo con el cuestionario aplicado	Cualitativa nominal	Nominal	0.-no tengo problemas para caminar 1.- tengo algunos problemas para caminar 2.- tengo que estar en casa

Cuidado personal	El resultado que proporcione en el cuestionario	Cualitativo nominal	Nominal	0.- no tengo problemas con el cuidado personal. 1.- tengo algunos problemas. 2.- soy incapaz de lavarme o vestirme
Actividades cotidianas	El resultado que proporcione en el cuestionario	Cualitativo nominal	Nominal	0.- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas 1.- tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas 2.- soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas
Dolor/ malestar	El resultado que proporcione en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	0.- no tengo dolor ni malestar 1.-tengo moderado dolor y malestar. 2.- tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/ depresión		Cualitativa	Nominal	0.- no estoy ansioso ni deprimido 1.- estoy moderadamente ansioso o deprimido 2.- estoy muy ansioso o deprimido
Calidad de vida		Cualitativa	Nominal	1.- buena calidad de vida 2.- mala calidad de vida
Prueba covid		cuantitativa	Nominal	1) Rapida PCR

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizarán las siguientes etapas del método estadístico:

La recolección de los datos será guiada por la hoja de recolección (ver formato en anexos) así como la escala el EuroQol-5D (EQ-5D) (ver formato en anexos).

El recuento de los datos será guiado por una hoja de cálculo (versión compatible con Windows, macOS, Android e iOS) que representará la matriz de datos a estudiar.

La presentación de los datos será guiada por la elaboración de tablas y gráficas correspondientes que permitan una inspección precisa y rápida de los datos.

La síntesis de la información será guiada por premisas generales que permiten expresar de forma sintética propiedades principales de agrupamiento de datos: la medición de intensidad de variables cualitativas (10) sexo, escolaridad, ocupación, movilidad, cuidado personal actividades cotidianas dolor y malestar, ansiedad y depresión, calidad de vida, prueba covid mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se realizará la medición de magnitud de variables cuantitativas (1) Edad mediante el cálculo de medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

El análisis será guiado por premisas generales que permiten la comparación de las medidas de resumen previamente calculadas mediante el uso de dos condicionantes: fórmulas estadísticas apropiadas y tablas específicas, con ayuda de un paquete estadístico.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) (fig. 1) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general (fig. 2). Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es no (tengo) problemas; con un 2 si la opción de respuesta es algunos o moderados problemas; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Sesgos de información: Para este protocolo se realizará una revisión de literatura de los últimos 5 años, se utilizará la información de las bases de datos médicos como: PudMed, Elsvier, SciElo, guías de práctica clínica. El formato elaborado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación.

Sesgos de selección: Se incluirá cuidadosamente a pacientes con diagnóstico de infección por SARS CoV-2 que sean derechohabientes de la UMF 140 y que acudan a la consulta externa. Todos los participantes serán informados sobre este protocolo de investigación.

Sesgos de recolección: Se registrarán en una hoja de recolección de datos, de forma aleatoria serán tomadas las muestras y analizadas correctamente. Verificando que todos los cuestionarios contestados se encuentren llenados adecuadamente por la población. No se manipulan los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones, ya que este trabajo se realizará bajo criterios éticos.

Sesgos de análisis: Se deben tener en claro los objetivos de esta investigación en la población que participa en la muestra de estudio, así como debe estar supervisado y apoyado por el investigador para analizar los datos correctamente, verificando el correcto llenado del instrumento de medición e interpretando de manera cautelosa los resultados mediante un programa de Windows, para la elaboración de tablas y gráficos.

PRUEBA PILOTO

Se realizará un pilotaje del comportamiento de la hoja de recolección y el cuestionario de EQ D5 para verificar su comprensión y determinar el tiempo de respuesta estimado del mismo. Considerando que el tamaño de muestra calculado para este estudio es de 323 sujetos de estudio se proyecta el uso de al menos un equivalente del 5% (16 SUJETOS)

RECURSOS

Humanos

Dentro de la realización de este proyecto se contó con el asesoramiento de dos investigadores: Jose Luis Garcia Villalobos médico residente de Medicina Familiar que estuvo a cargo de la investigación, recolección y procesamiento de la información, , Dra. María Guadalupe Hidalgo Parra, Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 140 IMSS Dr. Manuel Millán Hernández, Médico Familiar

Físicos

Instalaciones de la sala de espera de la consulta de Medicina Familiar del UMF 140

Materiales

Cuestionarios: instrumento de EQ D5

- Consentimiento informado.
- Lápiz.
- Computadora portátil donde se recabarán los datos.
- Impresora.
- Expediente clínico electrónico

Económicos

Todos los gastos que se deriven de esta investigación correrán por cuenta del residente de Medicina Familiar que lo llevó a cabo.

LIMITACIONES Y BENEFICIOS

RECOLECCIÓN DE DATOS					+	+	+	+	+			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									+			
ANÁLISIS DE DATOS									+			
DESCRIPCIÓN DE DATOS										+		
DISCUSIÓN DE DATOS											+	
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO											+	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL											+	
REPORTE FINAL											+	
AUTORIZACIONES												+
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												+
PUBLICACIÓN												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

REALIZADO POR JOSE LUIS GARCÍA VILLALOBOS

RESULTADOS

Se realizó el análisis estadístico de un total de **326** sujetos

Respecto a la **variable edad**, se obtuvo lo siguiente: mediana de 43 años con RIC 23 años. **Ver tabla 1 y grafica 1 en anexos.**

En relación a la **variable sexo**, se obtuvo lo siguiente: 207 femeninas (63.5%) y 118 masculinos (36.2 %). **Ver tabla 2 y grafica 2 en anexos.**

De acuerdo a la **variable escolaridad**, se obtuvo lo siguiente: 149 licenciatura (45.4 %), 94 bachillerato (28.8%), 42 posgrado (12.9%), 39 secundaria (12.0 %), 3 primaria (.9 %). **Ver tabla 3 y grafica 3 en anexos.**

Respecto a la **variable ocupacion**, se obtuvo lo siguiente: 134 empleado (41.1%), 112 ama de casa (34.4%), 36 otros (11%), 25 Obrero (7.7 %), 19 profesional (5.8%). **Ver tabla 4 y grafica 4 en anexos.**

De acuerdo a la **movilidad**, se obtuvo lo siguiente: 296 no tengo problemas para caminar (90.8%), 26 tengo algunos problemas para caminar (8.0%), 4 tengo que estar en casa (1.2%). **Ver tabla 5 y grafica 5 en anexos.**

Al analizar el **cuidado personal**, se obtuvo lo siguiente: 311 no tengo problemas con el cuidado personal (95.4 %), 15 tengo algunos problemas (4.6%). **Ver tabla 5 y grafica 5 en anexos.**

Al analizar las actividades cotidianas se obtuvo lo siguiente: 301 No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (92.3), 24 tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas (7.4%), 1 soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas (.3). **Ver tabla 7 y grafica 7 en anexos.**

Al analizar las actividades cotidianas se obtuvo lo siguiente: 269 No tengo dolor ni malestar (82.5), 54 tengo malestar y dolor (16.6%), 3 tengo mucho dolor y malestar (.9%). **Ver tabla 8 y grafica 8 en anexos.**

Al analizar las actividades cotidianas se obtuvo lo siguiente: 265 No estoy ansioso ni deprimido (81.3 %), 54 estoy moderadamente ansioso y deprimido (16.6%), 7 estoy muy ansioso y deprimido (2.1%). **Ver tabla 9 y grafica 9 en anexos.**

Al analizar la calidad de vida se obtuvo lo siguiente: 318 buena calidad de vida (97.5%) 8 mala calidad de vida (2.5%). **Ver tabla 10 y grafica 10 en anexos.**

Al analizar la prueba covid se obtuvo lo siguiente: 323 si se realizó prueba covid (99.7%) 1 no se realizó prueba covid (.3%). **Ver tabla 11 y grafica 11 en anexos.**

Se realizó el análisis bivariado correspondiente previa planeación de: Tablas de contingencia, grados de libertad y puntos críticos. Los resultados fueron los siguientes.

En la relación en la **calidad de vida y edad:**

Buena calidad de vida, 10 sujetos con menos de 72 años y 10 sujetos con mas de 72 años

DISCUCION

Objetivo específico 1

Medir la edad en pacientes post covid de la UMF 140

La edad más frecuente con una mediana de 43 años con un RIC de 23 Años.

Respecto a la edad nosotros obtuvimos una mediana de 43, el informe integral de covid-19 en México en sus últimas estadísticas una Los grupos de edad más afectados fueron los de 50 a los 74 años con 4,710 casos confirmados (53.2% de las hospitalizaciones). El mayor número de casos en pacientes ambulatorios fueron los grupos de 25 a 39 años, con 9,376 casos, que, en conjunto, representan el 35.4% de estos casos, una zona geográfica que aún no inicia el proceso de envejecimiento poblacional.

Objetivo específico 2

Identificar el sexo en pacientes post covid de la UMF 140

El sexo que predomino con 207 femeninas que representa el 63.5%.

En nuestra investigación el sexo que más predomino fue el femenino con un 63.5%. Según la distribución por sexo en los casos confirmados muestra un predominio prácticamente igual en hombres (49.8%) y en mujeres (50.2%), la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía magdalena contreras en los últimos años

Objetivo específico 3

Estimar la escolaridad en pacientes post covid de la UMF 140

La escolaridad que predominó fue licenciatura con un 45.4 %

En nuestra investigación la licenciatura es la que más predominó con un 45.4%. El INEGI en el 2020 encontró un 12.2%, la falta de similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional que ha desarrollado la alcaldía Magdalena Contreras.

Objetivo	específico	4
-----------------	-------------------	----------

Descubrir la ocupación en pacientes post covid de la UMF 140

La ocupación con mayor frecuencia fue la de empleado con un 41.1%

En nuestra investigación la ocupación que más predominó fue el de empleado con un 41.1%. Los trabajadores que se desempeñan en el sector informal (31 millones de personas, que representaban 56.1 % de la población ocupada [PO] ver INEGI, 2020

Objetivo específico 5

Estimar la calidad de vida en pacientes post covid de la UMF 140

La calidad de vida que se obtuvo fue buena calidad de vida con el 97.5%.

En nuestra investigación la calidad de vida la cual predominó fue buena calidad de vida con un 97.5%. N. Rodríguez Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Instituto de investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, España, 2021 Jun 19, Los supervivientes de COVID-19 que necesitaron hospitalización presentaron síntomas persistentes y un deterioro de su calidad de vida. Los pacientes de UCI refirieron una mayor disminución de su calidad de vida, en comparación con los pacientes que no precisaron UCI.

Objetivo específico 6

Medir la movilidad en pacientes post covid de la UMF 140

De acuerdo a la movilidad que se obtuvo fue que no tuvieron problemas para movilizarse en un 90.8%.

En nuestra investigación se obtuvo que no tuvieron problemas para movilizarse con un 90.8%. Pérez en el 2017 encontró un 60%, la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía Magdalena Contreras en los últimos años

Objetivo específico 7

Identificar el cuidado personal en pacientes post covid de la UMF 140

En la valoración del cuidado personal no se vio afectado puesto que se obtuvo problemas con el cuidado personal con un 95.4 %.

En nuestra investigación el cuidado personal no se vio afectado con un 95.4%. Ochoa en el 2018 encontró un 60%, la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía Magdalena Contreras en los últimos años

Objetivo específico 8

Estimar la actividades cotidianas en pacientes post covid de la UMF 140

La actividades cotidianas con el resultado de no tienen problemas para realizar mis actividades cotidianas con un 92.3 %.

En nuestra investigación el 92.3% quien no tuvo alteración en sus actividades cotidianas en nuestra investigación. Según Ordoña en el 2015 encontró un 60%, la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía Magdalena Contreras en los últimos años

Objetivo específico 9

Medir el dolor o malestar en pacientes post covid de la UMF 140

El dolor o malestar en pacientes con 269 quienes respondieron que no tengo dolor ni malestar lo que representa un 82.5%.

En nuestra investigación el sexo que mas predomino fue el femenino con un 63.5%.Cordoba en e 2015 encontró un 60%,la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía magdalena contreras en los últimos años

Objetivo específico 10

Descubrir la ansiedad/depresion en pacientes post covid de la UMF 140

La ansiedad/depresión con un 81.3% con resultado de no estar ansioso, ni deprimido.

En nuestra investigación la ansiedad y depresión con un 81.5% negaron estar presentando estas condiciones, M. Taboada del Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Instituto de investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, España encontró con ansiedad/depresión (37,7%) de las personas, por lo que no existe gran similitud con los resultados de mi investigación.

Objetivo específico 11

Conocer si cuenta con prueba covid los pacientes post covid de la UMF 140

La prueba covid en los pacientes los cuales 323 si se realizó prueba covid que representa un 99.7%.

En nuestra investigación la prueba de covid-19 con un 99.7%.Cordoba en e 2015 encontró un 60%,la similitud de estos resultados puede ser secundario al crecimiento poblacional de mujeres que ha desarrollado la alcaldía magdalena contreras en los últimos años

Objetivo General

Evaluar la calidad de vida en pacientes post covid de la UMF 140

La calidad de vida en 318 pacientes CON buena calidad de vida lo que representa un 97.5%.

CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de nuestra investigación es el siguiente:

Edad con una mediana de 43 años (RIC= 23), Femenino con un 63.5%, Escolaridad (licenciatura) 45.4%, Ocupación (empleado) 41.1%, Movilidad (no tengo problemas para caminar) 90.8%, Cuidado personal (notengo problemas con el cuidado personal) 95.4%, Actividades cotidianas (no tengo problemas para realizar mis actividades) 92.3%, Dolor o malestar (no tengo dolor o malestar) 82.5%, Ansiedad depresión (no estoy ansioso ni deprimido) 81.3%, Prueba covid 99.7%, Calidad de vida (buena calidad de vida) 97.5%

ASI MISMO AL REALIZAR LA ESTADISTICA CORRESPONDIENTE PARA LAS TABLAS DE CONTINGENCIA NO SE ENCONTRARON RELACIONES ESTADISTICAMENTE.

ASI MISMO AL REALIZAR LA ESTADISTICA CORRESPONDIENTE PARA LAS TABLAS DE CONTINGENCIA, SE ENCONTRARON RELACIONES ESTADISTICAMENTE, EN LO SIGUIENTE RESULTADO DE CHI.

Finalmente respecto a la pregunta de investigación que siguió este estudio:

¿Cómo es la calidad de vida en paciente post covid de la UMF 140?

Podemos concluir que:

Que aceptamos la -Hipótesis Nula (H0):

No es mala la calidad de vida en paciente post covid de la UMF 140

-REFERENCIAS.

1. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clínica Esp.* enero de 2021;221(1):55-61.
2. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc Saúde Coletiva.* febrero de 2020;25(2):693-702.
3. Bouza E, Cantón Moreno R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, García-Lledó A, Gómez-Pavón J, et al. Post-COVID syndrome: A reflection and opinion paper. *Rev Esp Quimioter.* 29 de julio de 2021;34(4):269-79.
4. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clínica Esp.* noviembre de 2020;220(8):463-71.
5. Abereu MRP, Tejeda JJG, Guach RAD. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev Habanera Cienc Médicas.* 6 de abril de 2020;19(2):3254.
6. Coccolini F, Perrone G, Chiarugi M, Di Marzo F, Ansaloni L, Scandroglio I, et al. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World J Emerg Surg.* diciembre de 2020;15(1):25.
7. Wang H, Li X, Li T, Zhang S, Wang L, Wu X, et al. The genetic sequence, origin, and diagnosis of SARS-CoV-2. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* septiembre de 2020;39(9):1629-35.
8. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Medica Hered.* 31 de julio de 2020;31(2):125-31.
9. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). En: *StatPearls [Internet].*

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 29 de noviembre de 2021].
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>

10. Oliva Marín JE. SARS-CoV-2: origen, estructura, replicación y patogénesis. *Alerta Rev Científica Inst Nac Salud* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 13 de diciembre de 2021];3(2). Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/alerta/article/view/9619>

11. Escobar G, Matta J, Taype-Huamaní W, Ayala R, Amado J. Características clínicoepidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Fac Med Humana*. 27 de marzo de 2020;20(2):180-5.

12. Vargas-Lara AK, Schreiber-Vellnagel V, Ochoa-Hein E, López-Ávila A. SARS-CoV-2: una revisión bibliográfica de los temas más relevantes y evolución del conocimiento médico sobre la enfermedad. *NCT Neumol Cir Tórax*. 2020;79(3):185-96.

13. Velavan TP, Meyer CG. The COVID- 19 epidemic. *Trop Med Int Health*. marzo de 2020;25(3):278-80.

14. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, Lumbreras-Bermejo C, Ramos-Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clínica Esp*. noviembre de 2020;220(8):480-94.

15. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 17 de marzo de 2020;323(11):1061.

16. Wang X, Powell CA. How to translate the knowledge of COVID- 19 into the prevention of Omicron variants. *Clin Transl Med* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 13 de diciembre de 2021];11(12). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ctm2.680>

17. Callaway E. Heavily mutated Omicron variant puts scientists on alert. *Nature*. 25 de noviembre de 2021;d41586-021-03552-w.

18. Petersen E, Ntoumi F, Hui DS, Abubakar A, Kramer LD, Obiero C, et al. Emergence of new SARS-CoV-2 Variant of Concern Omicron (B.1.1.529) - highlights Africa's research capabilities, but exposes major knowledge gaps, inequities of vaccine distribution, inadequacies in global COVID-19 response and control efforts. *Int J Infect Dis.* enero de 2022;114:268-72.
19. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. *Neumol Cir TÓRAX.* 2005;64:30.
20. Moneriz C, Castro-Salguedo C. Fármacos prometedores y potenciales para el tratamiento de COVID-19. *Rev Chil Infectol.* junio de 2020;37(3):205-15.
21. Salinas M. Corticoides para el tratamiento de COVID-19. *Rev Médica Chile.* julio de 2020;148(7):893-4.
22. GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf
23. White A. Men and COVID-19: the aftermath. *Postgrad Med.* 16 de diciembre de 2020;132(sup4):18-27.
24. Sonnweber T, Sahanic S, Pizzini A, Luger A, Schwabl C, Sonnweber B, et al. Cardiopulmonary recovery after COVID-19: an observational prospective multicentre trial. *Eur Respir J.* abril de 2021;57(4):2003481.
25. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med.* agosto de 2020;54(16):949-59.
26. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect.* diciembre de 2020;81(6):e4-6.
27. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit.* noviembre de 2015;29(6):401-3.

28. Inmunización - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>

29. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. Rev Clínica Esp. noviembre de 2020;220(8):463-71.

ANEXOS 1

<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX</p> <p>UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 140 LA TEJA</p> <p>HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p><i>CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140</i></p>
---	---

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____ **NSS:** _____

1	Edad: años
2	Sexo 1) mujer 2) hombre
3	Escolaridad 1.- preescolar 2.- primaria 3.- secundaria 4.- bachillerato 5.- licenciatura
4	Ocupación: 1.- ama de casa 2.- emplead0/a 3.- obrero/a 4.- profesionista 5.- otros

<p>5</p>	<p>Movilidad</p> <p>0.-no tengo problemas para caminar</p> <p>1.- tengo algunos problemas para caminar</p> <p>2.- tengo que estar en casa</p>
<p>6</p>	<p>Cuidado personal</p> <p>0.- no tengo problemas con el cuidado personal.</p> <p>1.- tengo algunos problemas.</p> <p>2.- soy incapaz de lavarme o vestirme</p>
<p>7</p>	<p>Actividades cotidianas</p> <p>0.- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas</p> <p>1.- tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas</p> <p>2.- soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas</p>
<p>8</p>	<p>Dolor / malestar</p> <p>0.- no tengo dolor ni malestar</p> <p>1.-tengo moderado dolor y malestar.</p> <p>2.- tengo mucho dolor o malestar</p>
<p>9</p>	<p>Ansiedad/ depresión</p> <p>0.- no estoy ansioso ni deprimido</p> <p>1.- estoy moderadamente ansioso o deprimido</p> <p>2.- estoy muy ansioso o deprimido</p>
<p>10</p>	<p>Calidad de vida=1.- buena calidad de vida 2.- mala calidad de vida</p>

EQ-D5

Cuestionario de Salud

Versión en español para US

Marque con una cruz como esta: la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
Cuidado-Personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	
Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días	

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días.	
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	
Dolor/Malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad/Depresión	
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID DE LA UMF 140

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar de la UMF 140. Julio 2022

Número de registro institucional: En Tramite

Justificación y objetivo del estudio: Lo estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en contestar una serie de preguntas para la detección de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes ya que la presencia de factores de riesgo aumenta la probabilidad de padecer enfermedades como cardiopatía isquémica, eventos cerebrales vasculares, las cuales disminuyen la calidad de vida y aumentan la mortalidad en esta población.

Procedimientos: Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará de forma individual un cuestionario llamado EQ- D5. Se dará un tiempo de 15 minutos para la realización de la prueba previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

Posibles riesgos y molestias: Investigación de mínimo riesgo (se realizarán entrevistas), puede causar sentimientos de enojo tristeza frustración o molestia al momento de contestar el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Elevar la calidad del nivel de relación médico-paciente, podrá solicitar el resultado de su evaluación, de tal manera que de detectar alguna alteración en su estado de salud se canalizará con el equipo multidisciplinario de Salud, para su evaluación y manejo integral.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se informará en caso de datos relevantes, se realizará platica informativa posterior a la entrevista y se dará tríptico informativo sobre el tema.

Participación o retiro:

El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

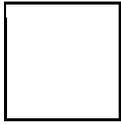
Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.



En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador
Responsable:

Ariadna Flores Hernández Matrícula 98227011 Médica Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Residencia Médica UMF N°140. Teléfono: 5556300022 extensión 21476 Fax: No Fax Correo: ariadna.floresh@imss.gob.mx

Colaboradores:

García Villalobos José Luis Matrícula: 97379627. Médico residente de 2° año de Medicina Familiar de la UMF N°140.. Teléfono: 5534657949. Fax: No Fax. Correo: josgarcilla.89@gmail.com

Maria Guadalupe Hidalgo Parra Matrícula: 99379887 Médica Familiar Adscrita a la UMF 140. Teléfono 5548556780 Fax: No Fax

Correo: glupis_1483@hotmail.com

Lizbeth Ariadna Núñez Galván Matrícula: 9838955 Médica Familiar Adscrita a la UMF 140. Teléfono: 5530715325 Fax: No Fax

Correo: aryfacmed@gmail.com

Manuel Millán Hernández. Matrícula: 98374576. Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Gestión Directiva en Salud. Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud Teléfono: 5559063959 Fax: No Fax Correo: drmanuelmillan@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Jose Luis Garcia Villalobos

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Nombre y firma del sujeto	
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3

Tabla 1 Edad según Medidas de Tendencia Central y Medidas de Dispersión en pacientes post covid de la UMF 140.

Descriptivos			Estadístico	Desv. Error
Edad	Media		44.50	.895
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	42.74	
		Límite superior	46.26	
	Media recortada al 5%		43.84	
	Mediana		43.00	
	Varianza		260.214	
	Desv. Desviación		16.131	
	Mínimo		15	
	Máximo		95	
	Rango		80	
	Rango intercuartil		23	
	Asimetría		.543	.135
	Curtosis		-.189	.270

Grafico 1 Edad según Medidas de Tendencia Central y Medidas de Dispersión en pacientes post covid de la UMF 140

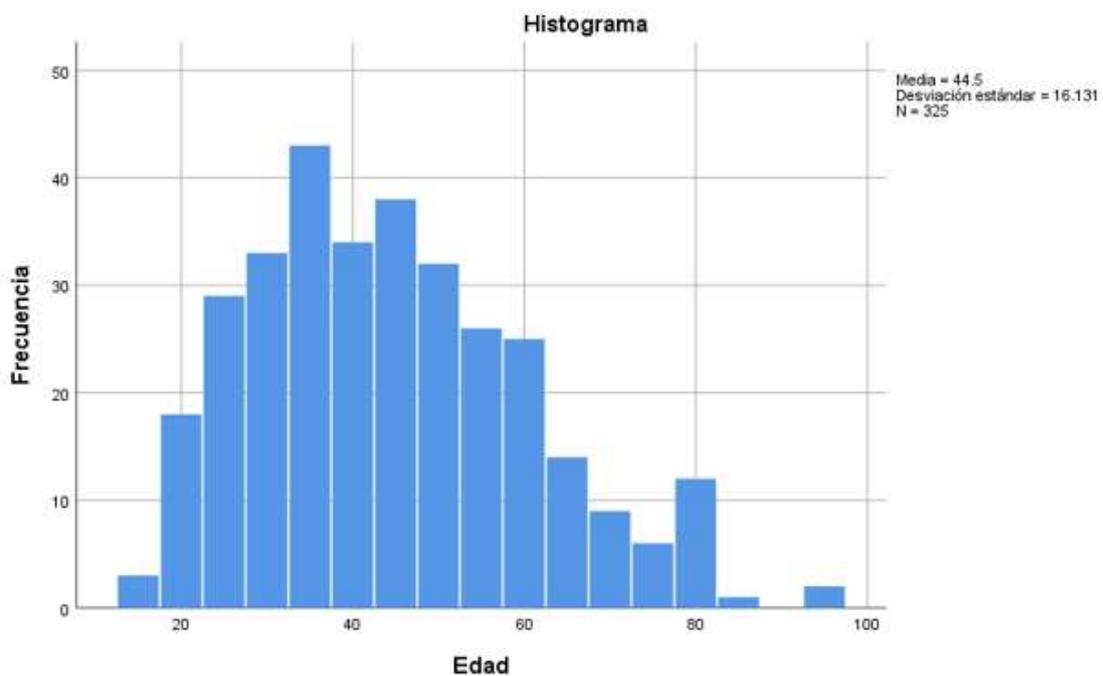


Tabla 2 sexo según frecuencia y porcentajes en pacientes post covid de la UMF 140

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	207	63.5	63.5	63.5
	Masculino	119	36.5	36.5	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Grafico 2 Edad según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

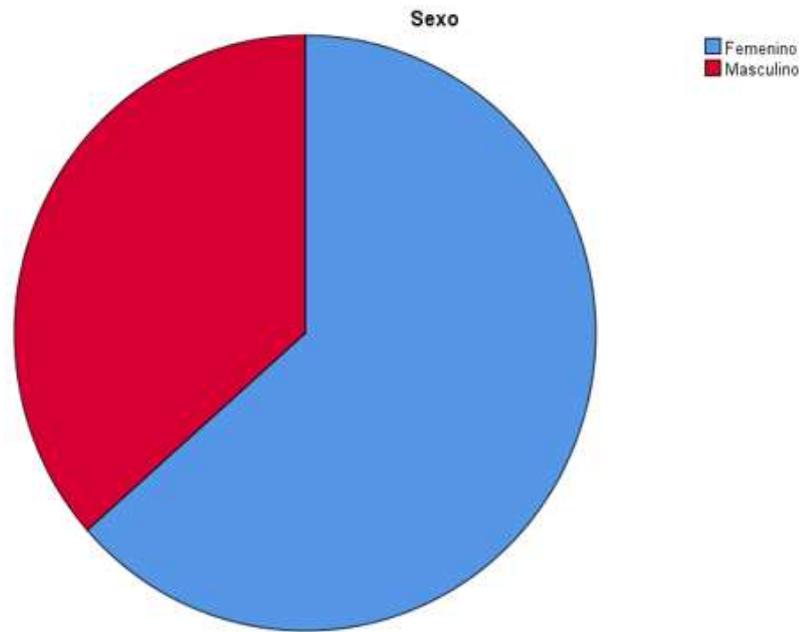


Tabla 3 escolaridad según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	3	.9	.9	.9
	Secundaria	39	12.0	12.0	12.9
	Bachillerato	94	28.8	28.8	41.7
	Licenciatura	148	45.4	45.4	87.1
	Posgrado	42	12.9	12.9	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Grafico 3 escolaridad según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

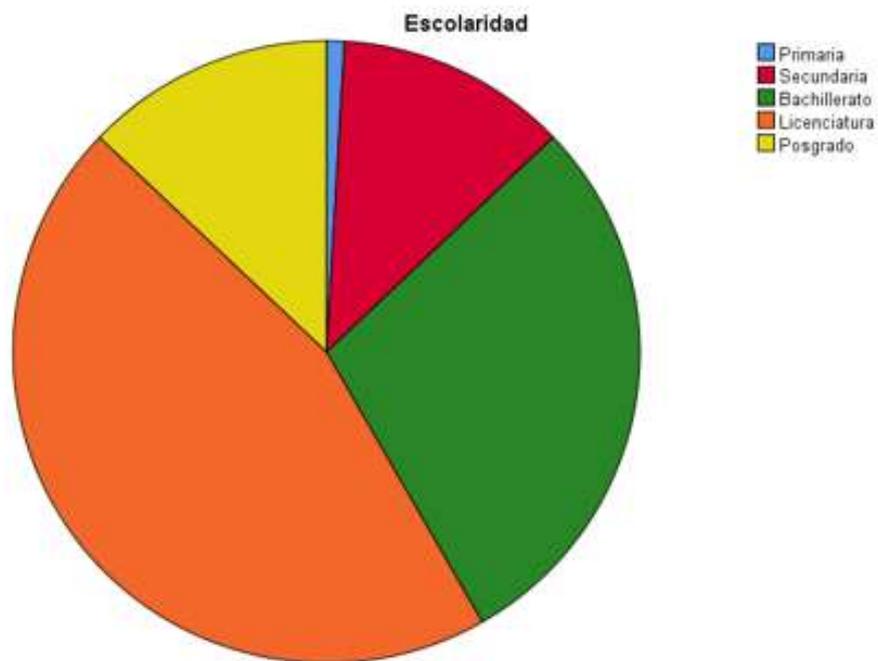
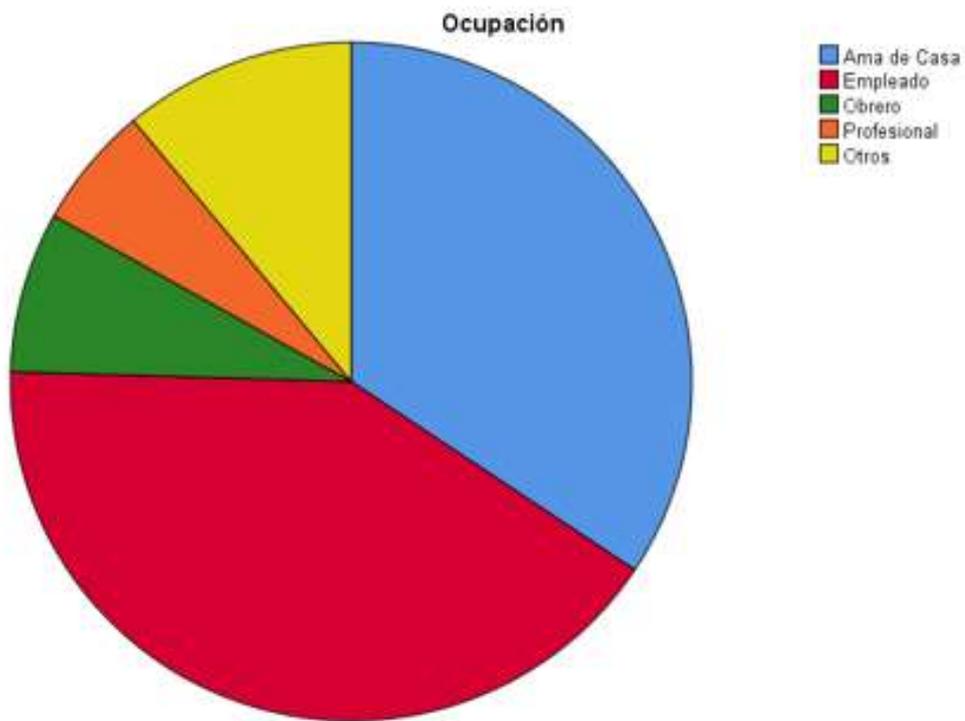


Tabla 4 ocupación según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de

		Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de Casa	112	34.4	34.4	34.4
	Empleado	134	41.1	41.1	75.5
	Obrero	25	7.7	7.7	83.1
	Profesional	19	5.8	5.8	89.0
	Otros	36	11.0	11.0	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

la UMF 140

Grafico 4 ocupación según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140



Movilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo problemas para caminar	296	90.8	90.8	90.8
	Tengo algunos problemas para caminar	26	8.0	8.0	98.8
	Tengo que estar en casa	4	1.2	1.2	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Tabla 5 Movilidad según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

Grafico 5 movilidad según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

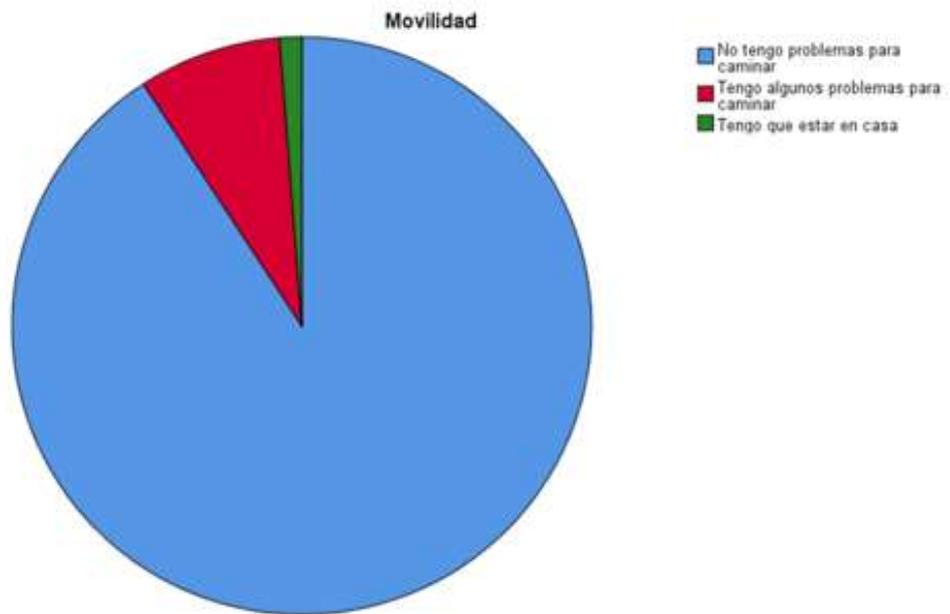


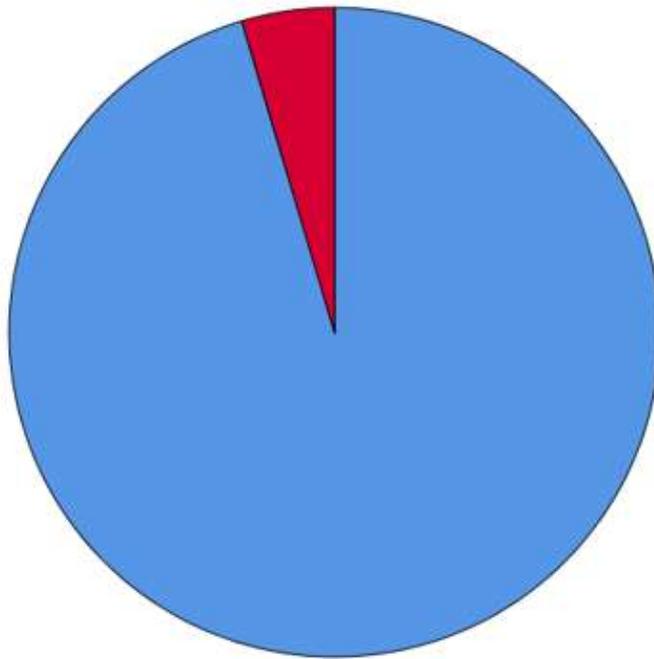
Tabla 6 cuidado personal según frecuencia y porcentaje en pacientes post

		Cuidado Personal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo problemas con el cuidado personal	311	95.4	95.4	95.4
	Tengo algunos problemas	15	4.6	4.6	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

covid de la UMF 140.

Grafico 6 cuidado personal según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

Cuidado Personal



- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas

Tabla 7 Actividades cotidianas según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

		Actividades Cotidianas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Notengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	301	92.3	92.3	92.3
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	24	7.4	7.4	99.7
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	1	.3	.3	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Grafico 7 actividades cotidianas según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

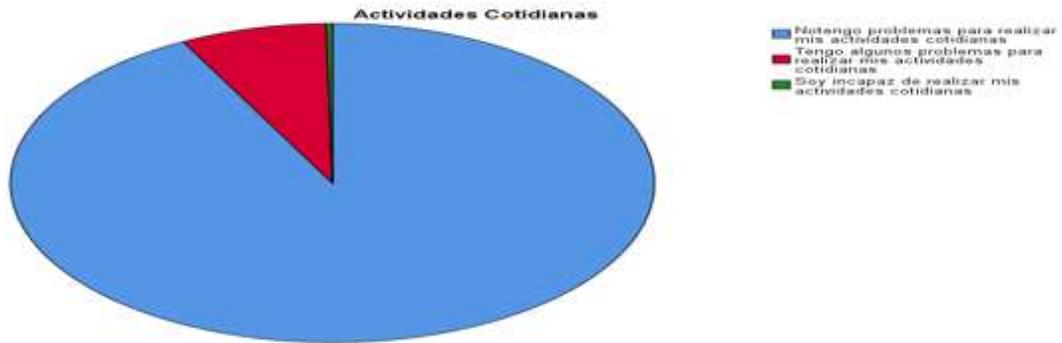


Tabla 8 Actividades cotidianas según frecuencia y porcentaje en pacientes

		Doloer/ Malestar			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Notengo dolor ni malestar	269	82.5	82.5	82.5
	Tengo dolor y malestar	54	16.6	16.6	99.1
	Tengo mucho dolor y malestar	3	.9	.9	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

post covid de la UMF 140.

Grafico 8 dolor y malestar según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

Dolor/ Malestar

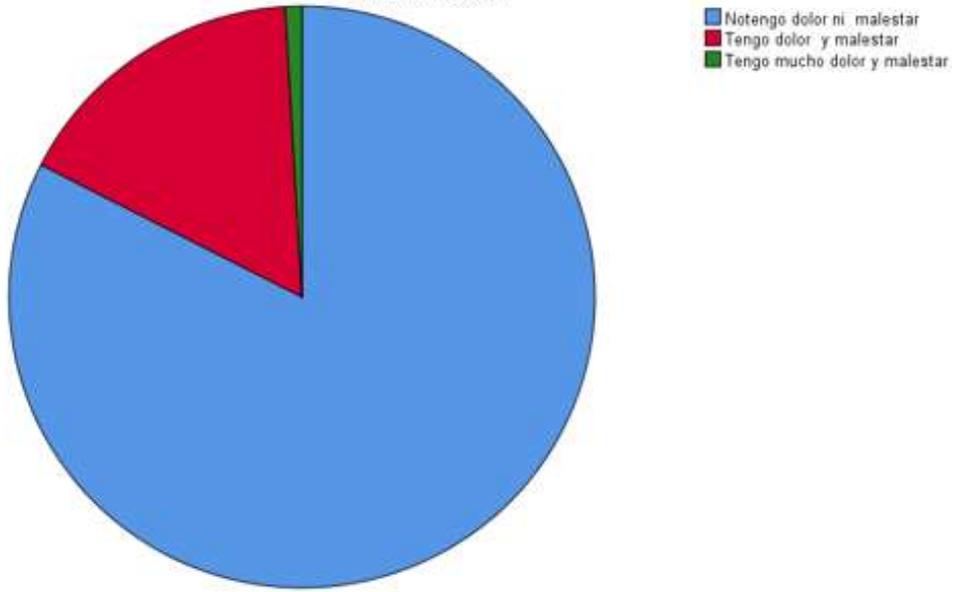


Tabla 9 Ansiedad / depresion según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

		Ansiedad / Depresion			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No estoy Ansioso ni Deprimido	265	81.3	81.3	81.3
	Estoy moderadamente ansioso y deprimido	54	16.6	16.6	97.9
	Estoy muy ansioso y deprimido	7	2.1	2.1	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Grafico 9 ansiedad y depresión según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

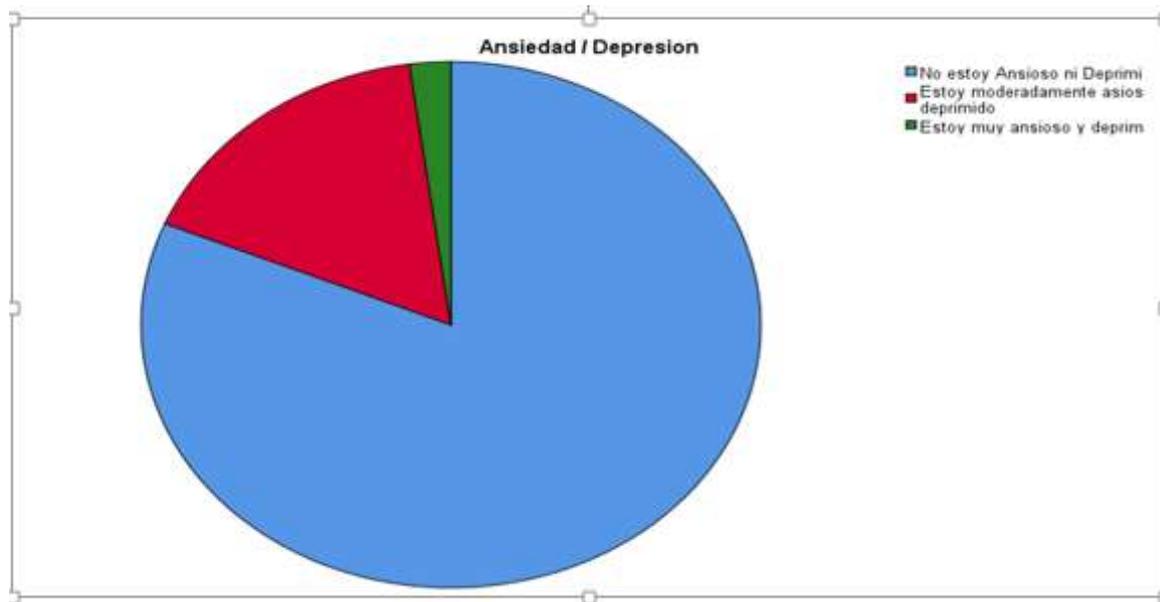


Tabla 10 calidad de vida según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

		Calidad de vida			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena calidad de vida	318	97.5	97.5	97.5
	Mala calidad de vida	8	2.5	2.5	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Grafico 10 la calidad de vida según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140

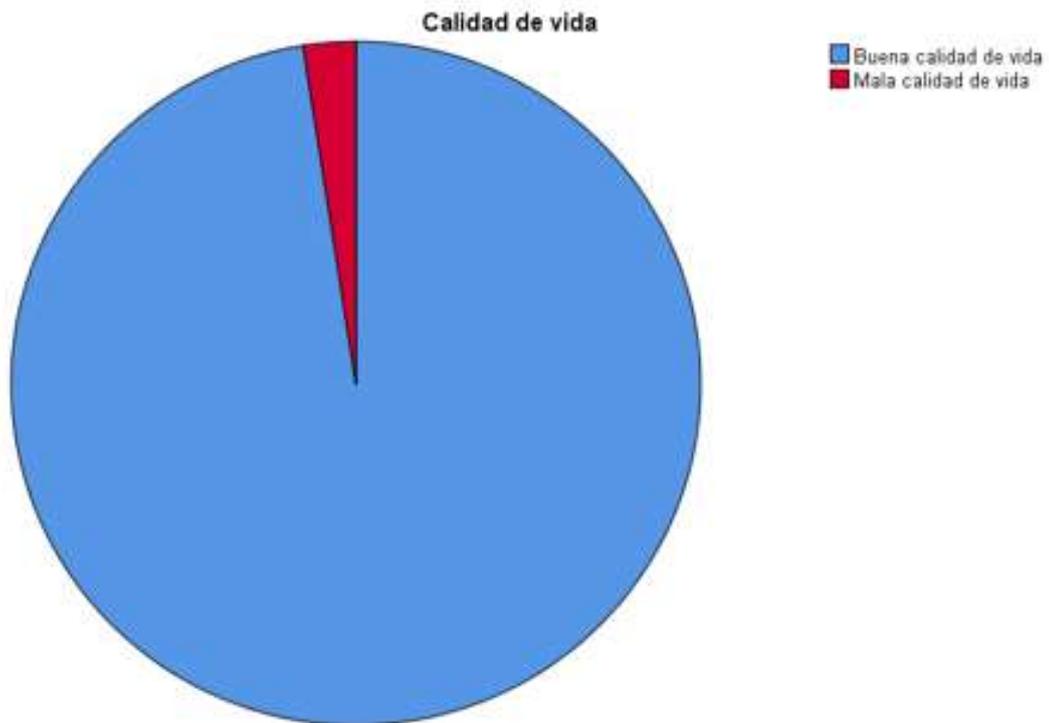
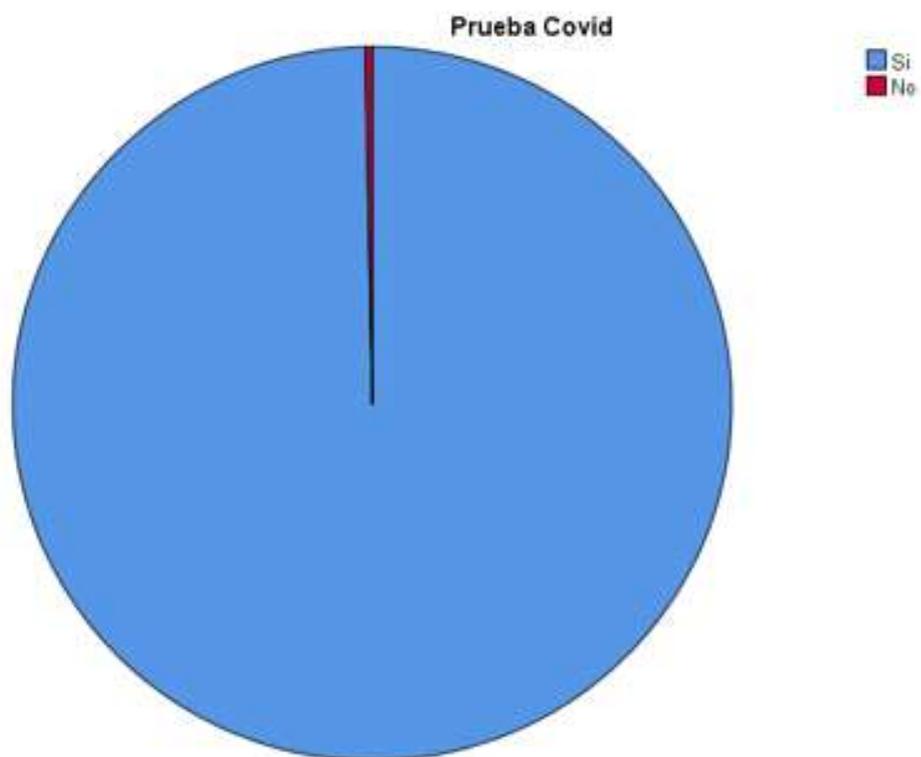


Tabla 11 prueba covid según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140.

		Prueba Covid			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	325	99.7	99.7	99.7
	No	1	.3	.3	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

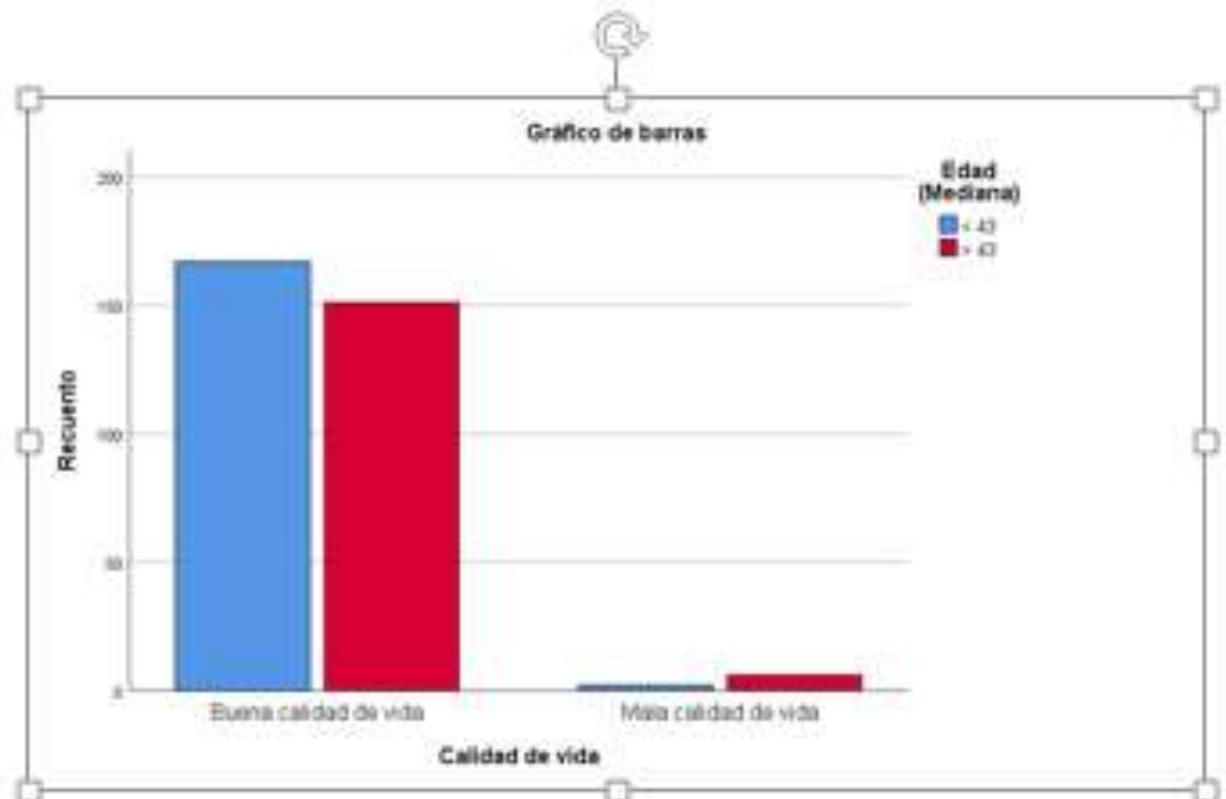
Grafico 11 prueba covid según frecuencia y porcentaje en pacientes post covid de la UMF 140



TABLAS Y GRAFICOS DE BIVARIADO

Tabla cruzada Calidad de vida*Edad (Mediana)

Recuento		Edad (Mediana)		Total
		< 43	> 43	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	167	151	318
	Mala calidad de vida	2	6	8
Total		169	157	326



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,367 ^a	1	,124		
Corrección de continuidad ^b	1,293	1	,238		
Razón de verosimilitud	2,457	1	,117		
Prueba exacta de Fisher				,161	,119
Asociación lineal por línea	2,359	1	,125		
N de casos válidos	326				

a. 2 celdas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,85.

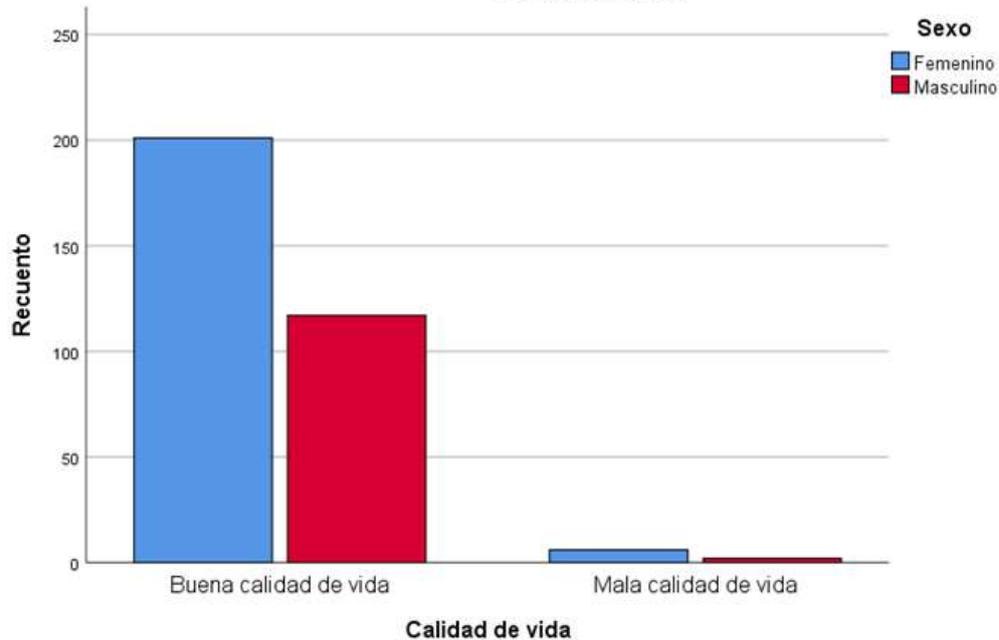
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla cruzada Calidad de vida*Sexo

Recuento

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	201	117	318
	Mala calidad de vida	6	2	8
Total		207	119	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.468 ^a	1	.494		
Corrección de continuidad ^b	.098	1	.755		
Razón de verosimilitud	.495	1	.482		
Prueba exacta de Fisher				.715	.390
Asociación lineal por lineal	.467	1	.494		
N de casos válidos	326				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.92.

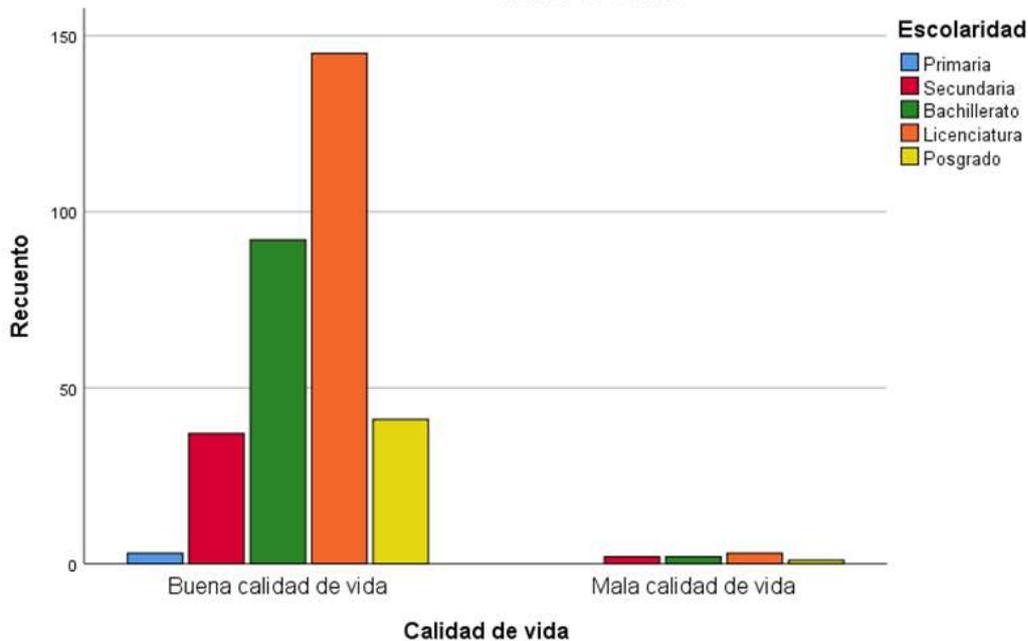
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada Calidad de vida*Escolaridad

Recuento

		Escolaridad					Total
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	3	37	92	145	41	318
	Mala calidad de vida	0	2	2	3	1	8
Total		3	39	94	148	42	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.396 ^a	4	.845
Razón de verosimilitud	1.205	4	.877
Asociación lineal por lineal	.405	1	.525
N de casos válidos	326		

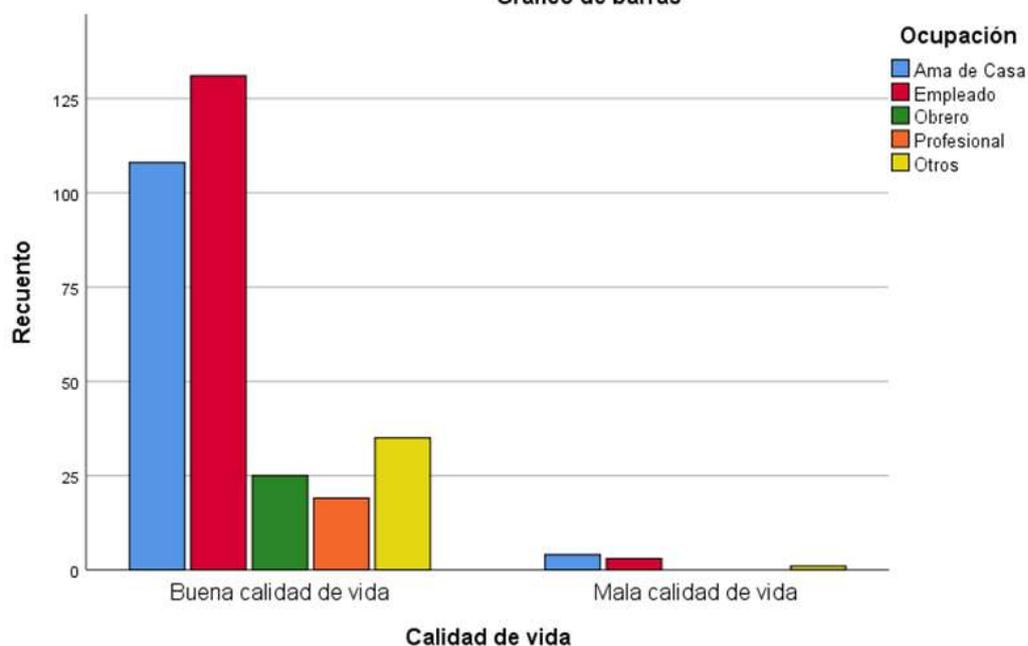
a. 6 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .07.

Tabla cruzada Calidad de vida*Ocupación

Recuento

		Ocupación					Total
		Ama de Casa	Empleado	Obrero	Profesional	Otros	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	108	131	25	19	35	318
	Mala calidad de vida	4	3	0	0	1	8
Total		112	134	25	19	36	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.733 ^a	4	.785
Razón de verosimilitud	2.742	4	.602
Asociación lineal por lineal	.474	1	.491
N de casos válidos	326		

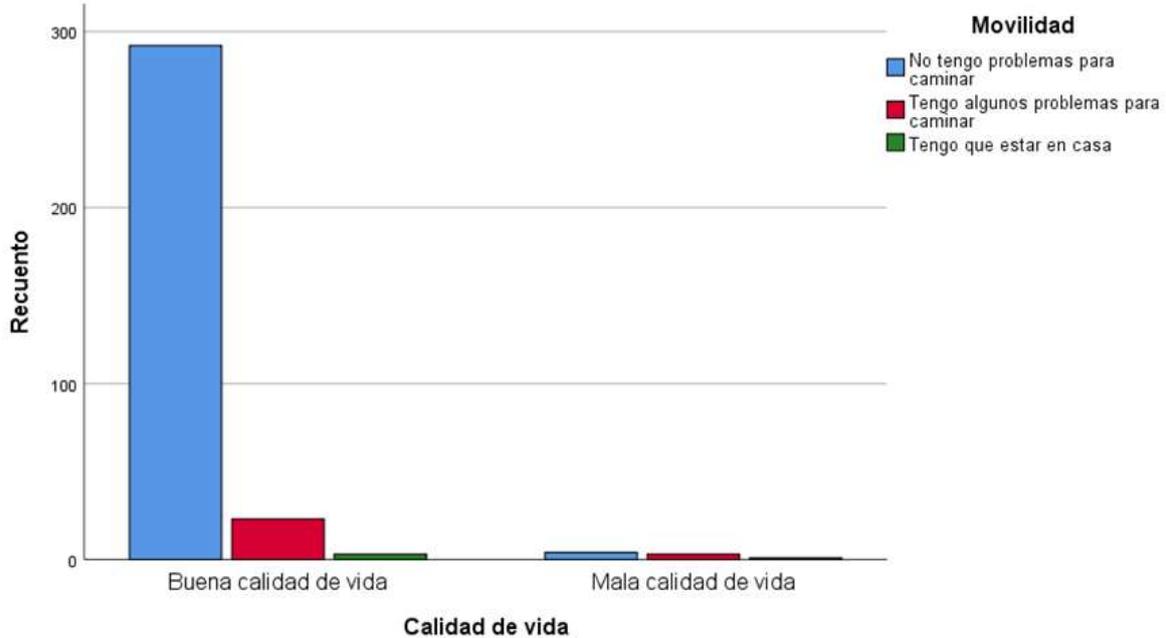
a. 5 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .47.

Tabla cruzada Calidad de vida*Movilidad

Recuento

		Movilidad			Total
		No tengo problemas para caminar	Tengo algunos problemas para caminar	Tengo que estar en casa	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	292	23	3	318
	Mala calidad de vida	4	3	1	8
Total		296	26	4	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.961 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	9.648	2	.008
Asociación lineal por lineal	18.793	1	.000
N de casos válidos	326		

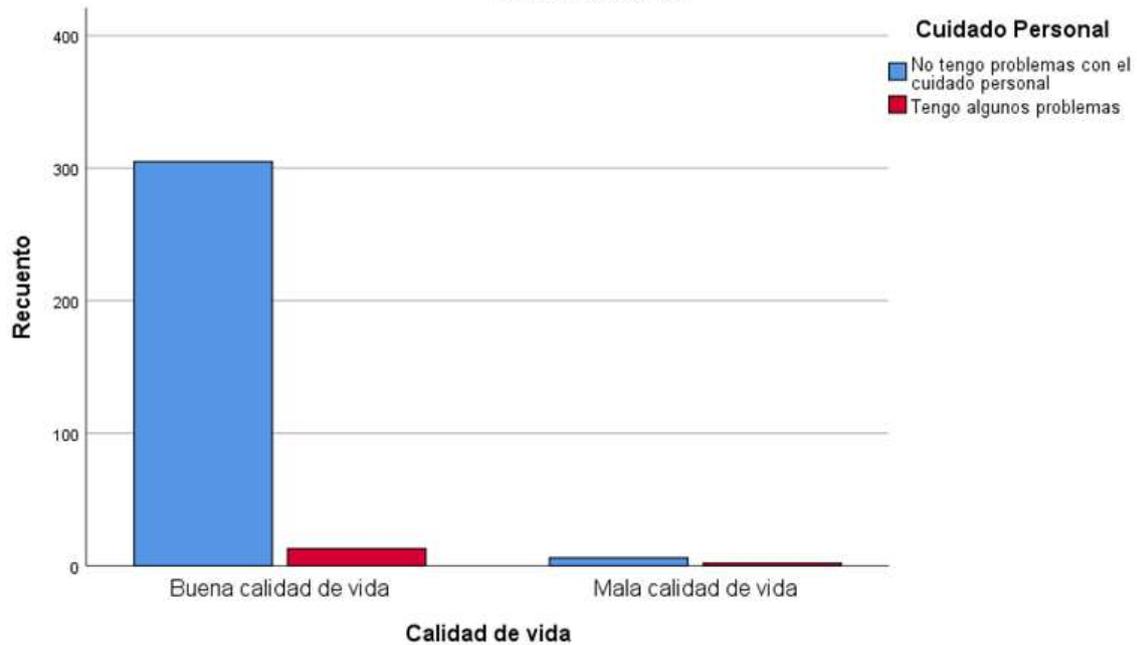
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .10.

Tabla cruzada Calidad de vida* Cuidado Personal

Recuento

		Cuidado Personal		Total
		No tengo problemas con el cuidado personal	Tengo algunos problemas	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	305	13	318
	Mala calidad de vida	6	2	8
Total		311	15	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.774 ^a	1	.005		
Corrección de continuidad ^b	3.740	1	.053		
Razón de verosimilitud	4.081	1	.043		
Prueba exacta de Fisher				.047	.047
Asociación lineal por lineal	7.751	1	.005		
N de casos válidos	326				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .37.

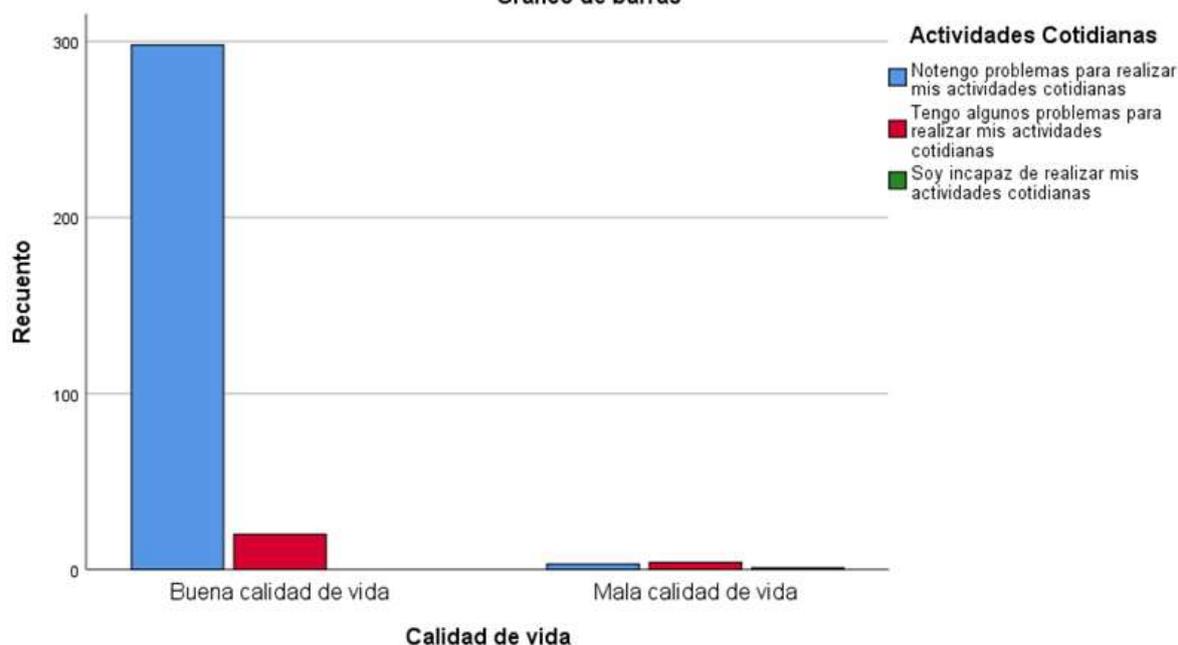
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada Calidad de vida*Actividades Cotidianas

Recuento

		Actividades Cotidianas			Total
		Notengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	298	20	0	318
	Mala calidad de vida	3	4	1	8
Total		301	24	1	326

Gráfico de barras



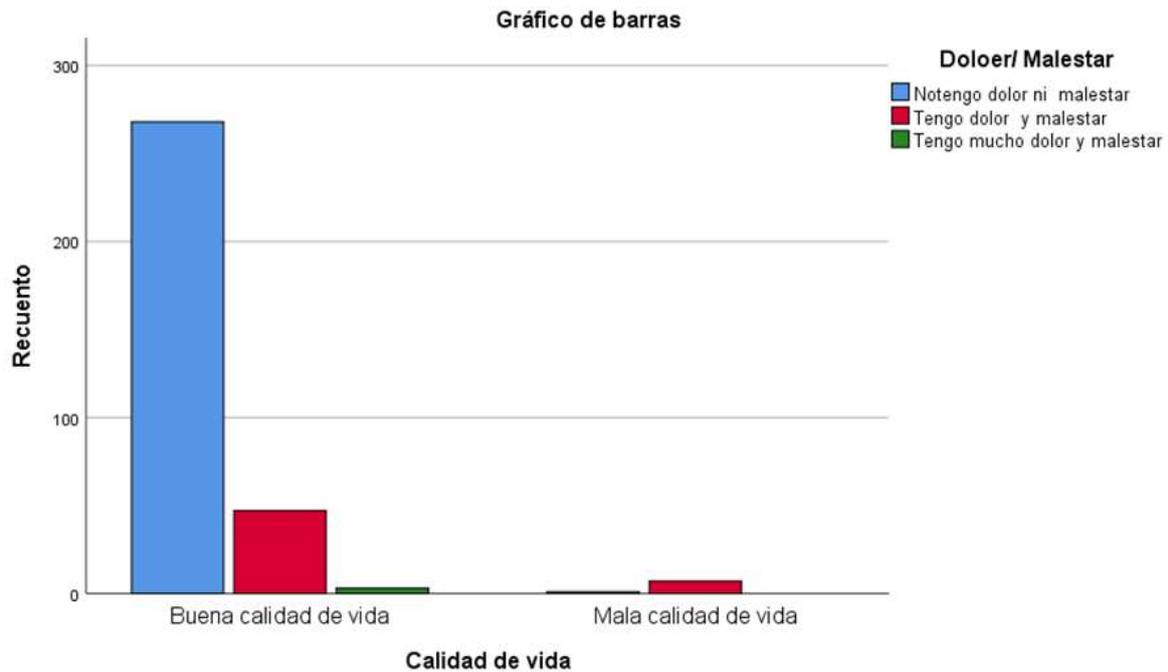
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62.673 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	19.873	2	.000
Asociación lineal por lineal	46.184	1	.000
N de casos válidos	326		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

Tabla cruzada Calidad de vida*Doloer/ Malestar

Recuento		Doloer/ Malestar			Total
		Notengo dolor ni malestar	Tengo dolor y malestar	Tengo mucho dolor y malestar	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	268	47	3	318
	Mala calidad de vida	1	7	0	8
Total		269	54	3	326



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29.861 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	20.282	2	.000
Asociación lineal por lineal	23.154	1	.000
N de casos válidos	326		

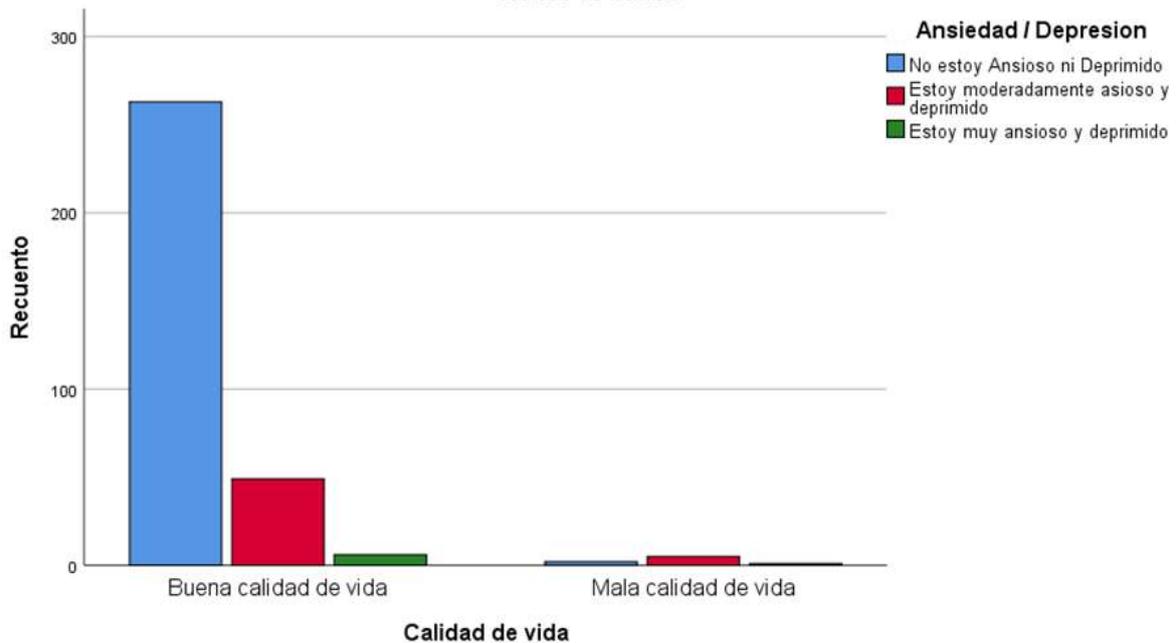
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es .07.

Tabla cruzada Calidad de vida*Ansiedad / Depresion

Recuento

		Ansiedad / Depresion			Total
		No estoy Ansioso ni Deprimido	Estoy moderadamente ansioso y deprimido	Estoy muy ansioso y deprimido	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	263	49	6	318
	Mala calidad de vida	2	5	1	8
Total		265	54	7	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.738 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	12.531	2	.002
Asociación lineal por lineal	17.455	1	.000
N de casos válidos	326		

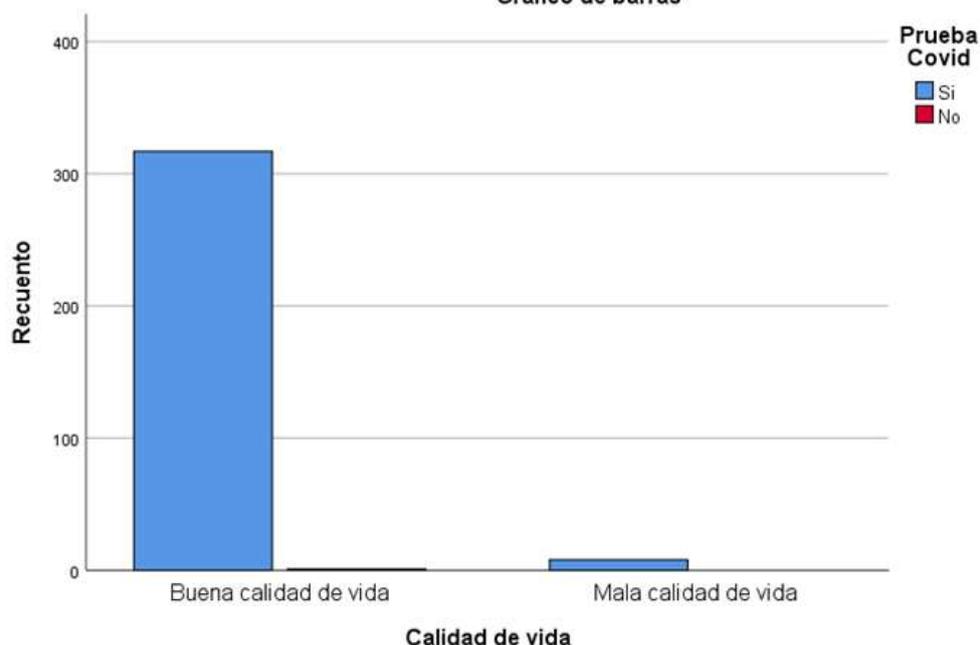
a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .17.

Tabla cruzada Calidad de vida*Prueba Covid

Recuento

		Prueba Covid		Total
		Si	No	
Calidad de vida	Buena calidad de vida	317	1	318
	Mala calidad de vida	8	0	8
Total		325	1	326

Gráfico de barras



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.025 ^a	1	.874		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.050	1	.823		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.975
Asociación lineal por lineal	.025	1	.874		
N de casos válidos	326				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

PROYECCION DE TABLAS DE CONTINGENCIA SEGÚN ANALISIS PARA CHI CUADRADA

CALIDAD DE VIDA (2 CATEGORIAS)

VARIABLE	Tabla de contingencia	Grados de libertad	Punto critico
Edad (2)43 años	2x 2	1	3.84 /2.367
Sexo (2)	2x2	1	3.84 /.468
Escolaridad (5)	2x5	4	9.49/1.396
Ocupación (5)	2x5	4	9.49 / 1.733
Movilidad (3)	2x3	2	5.99 / 18.961
Cuidado personal(3)	2x2	1	3.84/ 7.774
Actividades cotidianas (3)	2X3	2	5.99/ 62.673
Dolor o malestar(3)	2x3	2	5.99/ 29.861
Ansiedad /depresión(3)	2X3	2	5.99/ 17.738

Prueba covid (2)	2x2	1	3.84/.025
-----------------------------	------------	----------	------------------

REALIZAR2 TAB

RESULTADO DE CHI CUADRADA

	CALIDAD DE VIDA
Edad < 43 años > 43 años	2.367
Sexo MASCULINO FEMENINO	.468
ESCOLARIDAD preescolar primeria secundaria bachillerato licenciatura	1.396

<p>Ocupación</p> <p>Ama de casa</p> <p>Empleado/a</p> <p>Obrero/a</p> <p>profesionista</p> <p>otros</p>	<p>1.733</p>
<p>Movilidad</p> <p>No tengo problemas para caminar</p> <p>Tengo algunos problemas para caminar</p> <p>Tengo que estar en casa</p>	<p>18.961</p>
<p>Cuidado persona</p> <p>No tengo problemas con el cuidado personal</p> <p>Tengo algunos problemas</p> <p>Soy incapaz de lavarme y vestirme</p>	<p>7.774</p>
<p>Actividades cotidianas</p> <p>No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas</p> <p>Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas</p>	<p>62.673</p>

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor o malestar No tengo dolor ni malestar Tendo moderado dolor y malestar Tengo mucho dolor o malestar	29.861
Ansiedad /depresión No estoy ansioso o deprimido Estoy moderadamente deprimido y ansioso Estoy muy ansioso ydeprimido	17.738
Calidad de vida Buena calidad Mala calidad	.025
Prueba covid Si No	2.367

TOMA DE DECISIÓN RESPECTO A CHI CUADRADA

	CALIDAD DE VIDA
Edad < 43 años > 43 años	
Sexo MASCULINO FEMENINO	
ESCOLARIDAD preescolar primaria secundaria bachillerato licenciatura	

<p>Ocupación</p> <p>Ama de casa</p> <p>Empleado/a</p> <p>Obrero/a</p> <p>profesionista</p> <p>otros</p>	
<p>Movilidad</p> <p>No tengo problemas para caminar</p> <p>Tengo algunos problemas para caminar</p> <p>Tengo que estar en casa</p>	<p>*</p>
<p>Cuidado persona</p> <p>No tengo problemas con el cuidado personal</p> <p>Tengo algunos problemas</p> <p>Soy incapaz de lavarme y vestirme</p>	<p>*</p>
<p>Actividades cotidianas</p> <p>No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas</p> <p>Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas</p>	<p>*</p>

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor o malestar No tengo dolor ni malestar Tendo moderado dolor y malestar Tengo mucho dolor o malestar	*
Ansiedad /depresión No estoy ansioso o deprimido Estoy moderadamente deprimido y ansioso Estoy muy ansioso ydeprimido	*
Prueba covid Si no	

***= ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS**