

Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud tras el ingreso por COVID-19

Fernando Barroso Rodríguez*, Begoña Álvarez Prieto**, Yolanda Martín Vaquero***, Rodolfo Romero Pareja 1*, Israel John Thuissard Vasallo 1*, María Lorena Folgado Temprano 2*.

*Enfermero Consultas externas Neumología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

**Enfermera Consultas externas Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

***Enfermera Supervisora de Formación, Sistemas de Información y Cuidados de Enfermería. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

1* Doctor en Ciencias Biomédicas y de la Salud. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa De Odón (España)

2* Enfermera Supervisora de Neumología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Fernando Barroso Rodríguez. fbarroso@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La infección por COVID 19 ha supuesto una disminución importante en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en gran parte de los pacientes que se han visto afectados por la enfermedad.

El objetivo del estudio es describir y analizar el impacto que ha supuesto el ingreso por COVID-19 en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la salud según el manejo clínico (hospitalización convencional, UCI).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Los pacientes cumplimentaron el cuestionario EQ-5D-5L y se recogieron variables sociodemográficas y medidas antropométricas en pacientes que acuden a consulta post COVID al menos tres meses después del diagnóstico.

Resultados: En el sistema descriptivo del EQ-5D-5L, la dimensión donde se declaran más problemas es dolor/ malestar (43,3%), seguida de ansiedad depresión (41,5%), movilidad (40,5%), actividades cotidianas (33%) y autocuidado (15%). En el análisis comparativo de la percepción del estado de Salud según el manejo clínico EQ-5D-5L cualitativo y del EQ-5D Index, destaca que quienes ingresaron en la UCI manifestaron un peor estado de Salud según el EQ-5D-index ($p=0,002$) así como en las dimensiones

de autocuidado ($p=0,017$) y actividades cotidianas ($p=0,018$).

Conclusiones: Los pacientes que han sufrido la COVID-19 y continúan en seguimiento médico perciben una merma en la calidad de vida, siendo más relevante en aquellos que han precisado ingreso en UCI, llegando a generar alteraciones que pueden comprometer la autonomía del paciente..

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, COVID-19, manejo clínico.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde que el 11 de marzo de 2020 la OMS considerase la COVID-19 pandemia mundial[1], muchos han sido los recursos empleados para dar respuesta a una situación compleja. Inicialmente la evidencia de la que se disponía acerca de la enfermedad era limitada, con el transcurso del tiempo y gracias a la labor de investigación de científicos y clínicos se ha podido obtener un mayor conocimiento sobre el virus, su manejo y tratamiento, así como, de las secuelas de la enfermedad.

La COVID-19 es una enfermedad zoonótica[2] que cuando afecta al hombre cursa de forma variable pudiendo ir desde la infección asintomática hasta la neumonía grave[3] que, requiere ventilación asistida y con frecuencia resulta fatal[4]. El tiempo de recuperación varía de unas personas a otras y aunque para muchos los síntomas se resolverán a las 2 semanas (casos leves), en otros puede prolongarse entre 3 y 6 semanas (casos más graves). Sin embargo, existe un porcentaje de personas que describen síntomas prolongados y recurrentes, durante semanas o meses tras la infección con independencia de la gravedad del cuadro inicial (COVID persistente, [5]).

Tanto por la variabilidad de la enfermedad como por lo novedoso de la misma consideramos el ingreso por la COVID 19, una situación propicia para valorar la calidad de vida percibida tras la enfermedad. Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud[6,7] (CVRS) nos permite conocer el impacto de una patología determinada en la vida diaria del paciente tanto a nivel físico, psíquico como social. El uso de instrumentos de medida de la CVRS ha aumentado significativamente en los últimos tiempos ya que, constituyen un buen indicador de resultados.

Objetivos del estudio:

- Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) tras el ingreso por COVID- 19.
- Analizar el impacto en la CVRS en función del manejo clínico (hospitalización convencional, UCI).

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo que incluyó de forma consecutiva a mayores de 18 años que requirieron ingreso hospitalario y que acudieron a consulta post COVID de Medicina Interna y Neumología entre marzo y septiembre de 2021 tras, al menos, 3 meses del diagnóstico. La evaluación de la CVRS se realizó con el cuestionario EQ-5D-5L [8,9]. Se trata de un cuestionario genérico, auto-administrado y ampliamente validado que consta de dos partes:

- Sistema descriptivo: describe el estado de salud actual de los individuos a través de 5 dimensiones: movilidad, auto-cuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene cinco respuestas posibles: sin problemas (1), problemas leves (2), problemas moderados (3), problemas graves (4), problemas extremos o imposibilidad (5). Cada paciente señala el

nivel que mejor refleja su estado para cada una de las cinco dimensiones con lo que, el estado de salud queda descrito por cinco dígitos, siendo el estado de salud 11111 considerado el mejor estado y 55555 el peor (esto se conoce como perfil del estado). Las distintas combinaciones de estos cinco dígitos, generan 3.125 estados de salud posibles. A partir de aquí, mediante una fórmula matemática, se obtiene un índice global de respuesta (EQ-5D Index) que recibe un valor entre 0 y 1, siendo 0 la muerte y 1 la salud perfecta.

- La escala visual analógica (EVA) que puntúa la "salud hoy" de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor.

Además, se recogieron datos antropométricos (peso y talla), se interrogó sobre el hábito tabáquico, y a posteriori, consultando en las historias clínicas, se extrajeron las principales comorbilidades de los pacientes.

A todos los pacientes incluidos se les solicitó consentimiento por escrito. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del centro.

Para la estadística descriptiva se utilizó la media (\pm desviación estándar, DE), mediana (rango intercuartílico RIQ) una vez comprobada la distribución normal de las variables cualitativas. En las cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta (n) y relativa (%). El análisis comparativo de las variables cuantitativas se realizó con la T-Student o U- Mann Whitney según normalidad y para las cualitativas la Chi cuadrado (o prueba exacta de Fisher). Se utilizó el programa estadístico SPSS (v.25.0) y se asumió que existían diferencias estadísticamente significativas si el p valor obtenido era menor o igual de 0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 106 pacientes, el 52,8% varones, con una mediana de edad 61 años (RIQ=17) cuyas características clínicas y sociodemográficas fueron las siguientes (Tabla 1): Obesidad 46,3% (n=99), HTA 40,5% y DM 17% como enfermedades concomitantes más frecuentes. El 2,8% de los pacientes eran fumadores activos, el 50,9% eran ex fumadores. En relación con el manejo clínico el 88,7% precisó ingreso en planta convencional con una mediana de 10 (RIQ=7,2) días, frente al 11,3% que lo hizo en UCI con una estancia media de 31,1 días (DE=22,4).

En el sistema descriptivo del EQ-5D-5L, un 33% de los pacientes declararon no tener ningún tipo de afectación tras el diagnóstico, frente a un 77% que sí declara algún tipo de limitación, siendo la dimensión

dolor/malestar (43,3%) donde se declaran más problemas, seguida de ansiedad-depresión (41,5%), movilidad (40,5%), actividades cotidianas (33%) y autocuidado (15%). La mediana en la EVA fue de 65 (RIQ=30) y en el EQ 5D Index 0,86 (RIQ=0,28).

Tras observar los resultados del EQ-5D-5L podríamos definir al paciente post COVID que ha participado en el estudio, desde el punto de vista de la calidad de vida, como una persona con problemas moderados para caminar, para realizar las actividades cotidianas, que refiere un dolor o malestar mó dico y que está levemente ansioso o deprimido.

En el análisis comparativo de la percepción del estado de Salud según el manejo clínico EQ-5D-5L cualitativo y del EQ-5D Index, destaca que quienes ingresaron en la UCI manifestaron un peor estado según el EQ-5D Index ($p=0,002$) (Fig. 1) así como, en todas las dimensiones del EQ-5D-5L (Fig.2) siendo significativamente estadística en las dimensiones de autocuidado ($p=0,017$) y actividades cotidianas ($p=0,018$). En cuanto a la Escala Visual Analógica (EVA) no se detectaron diferencias.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No existe constancia de la calidad de vida que tuviera el sujeto previamente, así como, de su situación funcional y nivel de dependencia antes de sufrir la infección producida por el virus SARS-CoV2.

El hecho de que, a todos los pacientes no se les haya valorado su calidad de vida transcurrido el mismo periodo de tiempo respecto al diagnóstico puede hacer que los resultados se vean alterados.

En la autopercepción de la calidad de vida pueden influir diversos factores como la edad o las patologías previas que pueden modificar la percepción de esta.

CONCLUSIONES

Los pacientes que han sufrido la COVID-19 y continúan en seguimiento médico perciben una merma en la calidad de vida, siendo más relevante en aquellos que han precisado ingreso en UCI, llegando a generar alteraciones determinantes que pueden comprometer la autonomía de las personas.

Por ello consideramos que, llevar a cabo programas de rehabilitación y seguimiento de forma temprana contribuirá a minimizar la pérdida en su calidad de vida.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Información Científico- Técnica, Enfermedad por Coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid: Centro de Coordinación de alertas y Emergencias Sanitarias MSCBS; 15 de enero 2021. [Consultado 30 septiembre de 2021]. Disponible en : <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/salud/Publica/ccayes/alertasActual/nCoV/documentos/ITCoronavirus.pdf>
2. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-NCoV) Situation Reports [Internet]. [Consultado 20 marzo de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or moderate Covid-19. N Engl J Med [internet]. 2020 Consultado 18 de marzo de 2021]; 383(18):1757-1766. [Disponible en : <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp2009249?articleTools=true>
4. Ohtake PJ, Lee AC, Scott JC, Hinman RS, Ali NA, Hinkson CR, et al. Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. Phys Ther. 2018;98(8):631-45
5. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 [Internet]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020. (NICE Guideline, No. 188.) [Consultado 18 de marzo de 2021]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567261/>
6. Mirón Canelo JA, Lorenzo Gómez MF, Iglesias de Sena E, Fernández Martín LC. Modifiers of Health-Related Quality of Life by Biological, Psychological and Social Factors. En: Mullings J, Arbor S, editores académicos. Health-Related Quality of Life. Measurement Tools, Predictors and Modifiers [Internet]. Londres: IntechOpen; 2021. [Consultado 9 de septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/76585> doi: 10.5772/intechopen.974517.

7. Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020; 324(6):603-605

8. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16(3):199-208

9. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. [Consultado 09 septiembre 2021] Disponible en <https://euroqol.org/publications/user-guides/>

TABLAS Y FIGURAS

	VÁLIDOS	GLOBAL N=106
Edad, mediana [RIQ]	106	61 [17]
Sexo, mujer (%)	50	50 (47,2)
Sexo, hombre (%)	56	56 (52,8)
Comorbilidades n (%)	106	
HTA		46 (40,5)
DM		18 (17)
Asma		8 (7,5)
EPOC		2 (1,9)
Hábito Tabáquico	106	
Nunca fumador		49 (46,2)
Fumador		3 (2,8)
Ex-Fumador		54 (50,9)
IMC, media (DE)	99	29,6 (5,7)
Categorías, n (%)		
IMC < 25 kg/m2 peso normal		19(19,2)
IMC 25 a 29,9 kg/m2 sobrepeso GRADO I		34 (34,3)
IMC 30 a 34,9 kg/m2 Obesidad GRADO II		28 (28,2)
IMC > 35 kg/m2 Obesidad Grado III y GRADO IV		18 (18,1)
Manejo Clínico, n (%)	106	
Planta convencional		94 (88,7)
UCI		12 (11,3)
Estancia en días, mediana [RIQ]	106	10 [7,2]
Ingreso UCI		12 (11,3)
Estancia en días, media (DE)	12	31,1 (22,4)

Tabla 1. Características socio-demográficas y comorbilidades

EQ-5D Index Ingreso en planta convencional vs UCI

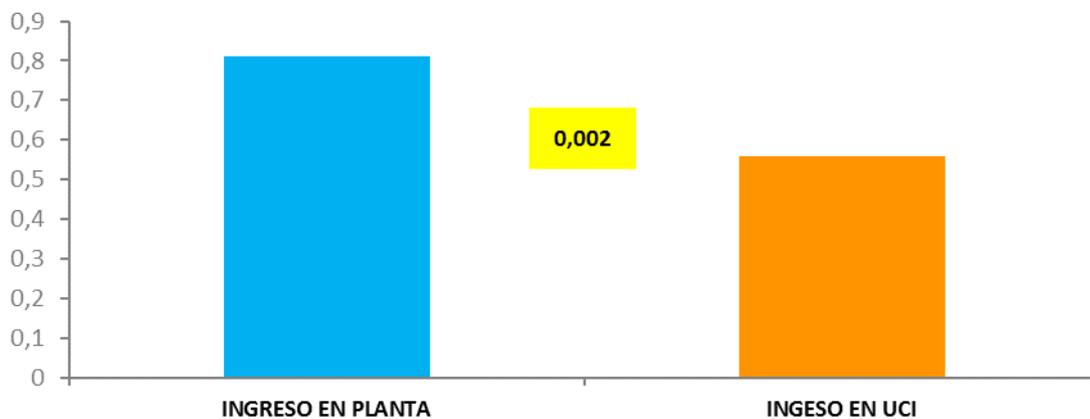


Figura 1. Análisis comparativo de la percepción del estado de salud según el manejo clínico del EQ-5D Index.

EQ-5D-5L Ingreso convencional vs UCI

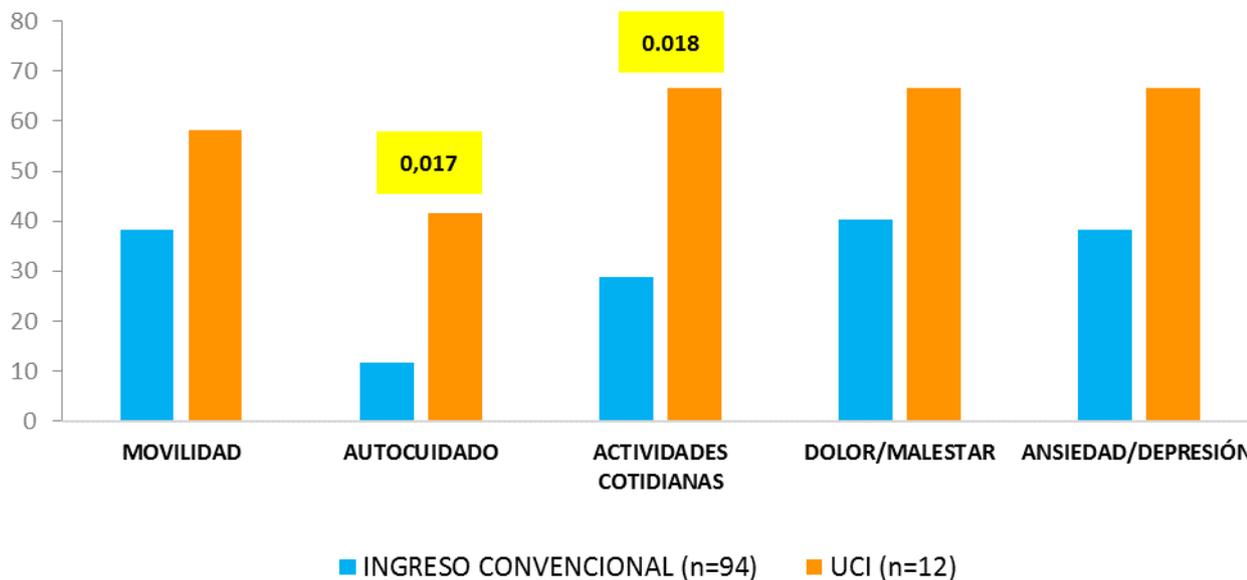


Figura 2. Análisis comparativo de la percepción del estado de salud según el manejo clínico EQ-5D-5L cualitativo.