



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

“CALIDAD DE VIDA AL AÑO DEL ALTA DE LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON  
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA  
SEVERA POR COVID 19 EN EL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA”

“QUALITY OF LIFE A YEAR AFTER DISCHARGE FROM  
THE INTENSIVE CARE UNIT IN PATIENTS WITH SEVERE  
ACUTE RESPIRATORY DIFFICULTY SYNDROME DUE TO  
COVID 19 IN THE CAYETANO HEREDIA HOSPITAL”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA

AUTOR: JOSE LUIS TICONA SALAZAR

ASESOR: DR. JAIME WILFREDO ZEGARRA PIEROLA

LIMA – PERÚ

2022

## CALIDAD DE VIDA AL AÑO DEL ALTA DE LA UNIDAD DE CU

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b>idoc.pub</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad de Salamanca</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>www.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>medintensiva.elsevier.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.accesocovid.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>Submitted to Universidad Femenina del Sagrado Corazón</b>	<b>1%</b>

Trabajo del estudiante

---

10	<a href="http://ddd.uab.cat">ddd.uab.cat</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://documents.mx">documents.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.uandina.edu.pe">repositorio.uandina.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://www.chemwatch.net">www.chemwatch.net</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://prezi.com">prezi.com</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://www.grunenthal.com">www.grunenthal.com</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://es.weforum.org">es.weforum.org</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://www.index-f.com">www.index-f.com</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://www.scielo.org.bo">www.scielo.org.bo</a> Fuente de Internet	<1 %

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Exclur bibliografia Apagado

## RESUMEN

El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) se define con los criterios de Berlín como: tiempo de enfermedad agudo, infiltrados bilaterales (alveolares) en la radiografía o tomografía pulmonar con edema pulmonar inflamatorio no hidrostático ni cardiogénico; durante la pandemia del 2019 la variante del coronavirus tipo 2 que causa SDRA severo SARS-Cov2 evidencio una alta mortalidad global del 38% en Perú según Zegarra et cols. Se encuentran bastantes estudios sobre epidemiología, tratamiento y mortalidad, sin embargo, hay pocos estudios sobre los problemas en los pacientes que sobrevivieron y tienen síntomas persistentes, que se describe como síndrome post COVID-19 y que tiene repercusión en actividad física y cognitiva, así como en la calidad de vida (CVRS calidad de vida en relación a cuidados de la salud) y la participación en la sociedad. Se tiene como objetivo determinar la calidad de vida al año del alta de la unidad de cuidados críticos en pacientes con SDRA severo hospitalizados en UCI por COVID 19 del hospital cayetano 2021 al 2022, según la ficha de tamizaje de EuroQol-5D un instrumento validado medición de la CVRS; es un estudio prospectivo, descriptivo, la población está dada por los pacientes con alta de UCI quienes ingresan con diagnóstico SDRA severo por COVID 19 hospitalizados en el servicio de Cuidados críticos del Hospital Cayetano Heredia desde enero a diciembre 2021.

**Palabras clave: síndrome dificultad respiratoria aguda, calidad de vida, COVID 19**

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda se describió en 1967 por Petty y Ashbaugh con la descripción de una serie de 12 pacientes que presentaron

insuficiencia respiratoria aguda los cuales por la severidad del cuadro están ventilados por un respirador mecánico(1), desde esta primera descripción se ha logrado encontrar que este es un síndrome que engloba a múltiples etiologías, asumiendo que sea pulmonares o extrapulmonares indirectos inicialmente se define SDRA con criterios del consenso americano europeo (2). El SDRA se define según los criterios de Berlín que incluyen tiempo de enfermedad agudo menor de 7 días, compromiso bilateral de ambos campos pulmonares con imágenes pulmonares radiografía o tomografía pulmonar con presencia de infiltrados alveolares bilaterales y con presencia de edema pulmonar inflamatorio no hidrostático, no cardiogénico.

Para la clasificación de severidad del SDRA se toma relación de la  $PaO_2 / FiO_2$  y la presión positiva al final de la espiración (PEEP) siendo leve un  $PaO_2 / FiO_2$  entre 200 a 300 mmHg con un PEEP mayor o igual 5 cm H<sub>2</sub>O, moderado un  $PaO_2 / FiO_2$  entre 100 a 200 mmHg con PEEP mayor o igual 5 cm H<sub>2</sub>O y severo un  $PaO_2 / FiO_2$  menos 100mmHg con PEEP mayor o igual a 5 cm H<sub>2</sub>O (3)

Los factores ambientales y genéticos que contribuyen a la susceptibilidad y gravedad de SDRA de hecho, varios polimorfismos están asociados con infecciones pulmonares neumocócicas, y Virales más graves(4)(5). La característica primordial del SDRA es una hipoxemia profunda que es refractaria a uso concentraciones elevadas  $F_{iO_2}$ , pero que responde a PEEP; el cual mecanismo fisiopatológico es el shunt con alvéolos perfundidos, pero no ventilados, con una relación  $V/Q = 0$ . (6)

Una edad avanzada, comorbilidades como obesidad y diabetes mellitus, inmunosupresión, neoplasias, insuficiencia hepática, renal, puntuaciones APACHE II y SOFA altas al ingreso y un retraso en el manejo se asocia a mayor

mortalidad(7). La pronación y tener una ventilación mecánica protectora con presiones de conducción menores a 13 cm de agua reduce drásticamente la mortalidad (8)

En el contexto de la pandemia del 2019 por el mes de diciembre la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporto que en la provincia China de Wuhan casos de neumonía descritos inicialmente por una nueva variante del coronavirus tipo2 que causa síndrome de dificultad respiratorio severo SARS-Cov -2.(9) Por la severidad del cuadro los pacientes con SRDA requirieron soporte ventilatorio en las unidades de cuidados intensivo llegando a colapsar los centros de salud de los distintos países la alta mortalidad planteo importantes desafíos de salud pública (10)

En el Perú Zegarra et cols, de los pacientes con SDRA severo encontró una mortalidad global de 38% de los pacientes hospitalizados en uci COVID del hospital cayetano Heredia, los pacientes que recibieron ventilación en prona, y presión de conducción < 15 cm de agua tuvieron menor mortalidad.(11)

En los estudios anteriores describen la epidemiología, el cuadro clínico, y el tratamiento y resultados como mortalidad intrahospitalaria, pero no hay muchos estudios a largo plazo de los pacientes sobrevivientes dados de alta. Estos síntomas persistentes en pacientes se ha como síndrome post COVID-19 y hay repercusión en la función física, cognitiva afectando así la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) y la participación y desenvolvimiento en la sociedad. (12) la sintomatología puede afectar hasta 6 meses a más desde el inicio de la sintomatología, las dificultades para dormir, fatiga, debilidad muscular son los síntomas principales que reportaron los pacientes. La depresión y ansiedad como síndrome estrés post traumático es una complicación psicológica importante, las

secuelas en la capacidad difusión pulmonar. fue mayor en los pacientes con cuadro de SDRA más graves. Estos resultados son congruentes y respaldan en que personas con cuadro de enfermedad más aparatoso requiera mayor atención y fisioterapia al alta (13). Es necesario estudios y seguimientos más prolongados en una población más grande para comprender las consecuencias para la salud las secuelas por COVID-19 y el impacto en su autocuidado y la realización de las actividades habituales posterior al egreso hospitalario y en especial en pacientes hospitalizados en UCI. (14).

Entre enero y mayo del 2020 en el hospital de yin tan en china, con total de mas de 1700 pacientes a los cuales se realizó exámenes físicos, laboratoriales (análisis de sangre) y cuestionarios con entrevistas donde se evaluó los síntomas y la calidad de vida en relación a la salud. Se evaluó la gravedad mediante 7 categorías que van desde 1 hasta 7 donde 1 es “no admitido al hospital con reanudación de las actividades normales” a 7 “muerte”. Se hizo un seguimiento donde el 76% informaron por lo menos uno de los siguientes síntomas, dificultad para dormir 25%, fatiga o debilidad muscular 63 %, depresión o ansiedad 23% estos síntomas tuvieron repercusión en la calidad de vida de los pacientes(15). En el metaanálisis de Malik publicado en 2022 la prevalencia agrupada de la calidad de vida deficiente en el síndrome de COVID-19 posagudo (PCS) concluye que el PCS está asociado con una mala calidad de vida, síntomas persistentes que incluyen fatiga, disnea, anosmia, trastornos del sueño y peor salud mental. Esto sugiere que necesitamos más investigación sobre los pacientes con PCS para comprender los factores de riesgo que lo causan una mala calidad de vida. (16) Teniendo en cuenta el elevado número de personas que han tenido la infección por COVID-19 en todo el mundo, se puede esperar manejo



multidisciplinario para la recuperación y restaurar la buena calidad de vida del paciente. La preparación oportuna y la planificación cuidadosa pueden ayudar a limitar cualquier impacto que surja de esta situación sin precedentes (17)(18).

Por la amplia sintomatología y complicaciones vistos en los pacientes por covid 19 se evidencia la necesidad de tener una comprensión más profunda del curso clínico y por lo que se requieren sistemas de salud con respuestas eficientes y efectivas a los desafíos de salud futuros (19). Para la evaluación de la calidad de vida se utiliza el EQ-5D es un instrumento validado para medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos sanos como en pacientes con diferentes comorbilidades. Para el cuestionario el propio paciente valora su estado de salud, de acuerdo con niveles de gravedad por dimensiones(20)

NO hay estudios a nivel nacional con respecto a la CVRS en pacientes que sobrevivieron a una neumonía por covid 19 con SDRA severo y como esto afecta en la reintegración personal, familiar y social. Incluso en muchos casos los pacientes no pueden reintegrarse de forma completa a la sociedad. El presente trabajo intenta determinar en primer lugar las secuelas y como afecta a la CVRS de los pacientes supervivientes a síndrome de dificultad respiratorio agudo severo por COVID 19.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Determinar la calidad de vida al año del alta de la unidad de cuidados intensivos en pacientes con SDRA severo por covid 19 hospitalizados en UCI del hospital cayetano 2021 al 2022

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la mortalidad al año del alta de la unidad de cuidados críticos en pacientes con SDRA severo por covid 19 hospitalizados en UCI del hospital cayetano 2021 al 2022
- Determinar las comorbilidades al año del alta de la unidad de cuidados críticos en pacientes con SDRA severo por covid 19 hospitalizados en UCI del hospital cayetano 2021 al 2022

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Diseño del estudio:** Estudio de cohorte única, prospectivo
- Población:** Pacientes hospitalizados en el servicio de Cuidados críticos del Hospital Cayetano Heredia desde julio a diciembre 2022 que ingresan con diagnóstico SDRA moderado o severo por covid 19. Y que hayan tenido el alta de unidad de cuidados críticos.

#### Criterios de selección

- Mayores de 18 años.
- Paciente con diagnóstico de alta de Síndrome de dificultad respiratorio del adulto por COVID 19 atendido en la uci del Hospital cayetano Heredia
- Síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA) con los siguientes criterios: de origen inflamatoria aguda y con infiltrados alveolares bilaterales
- La severidad se clasificará de acuerdo con Pafio2 leve entre 200 a 300 mm Hg moderado de 100 a 200 mm Hg, severo menor 100mmHg con PEEP mayor a 5 cm H2O.
- Paciente con prueba antigénica o molecular positiva para covid 19.

#### Criterios de exclusión

- pacientes a quien no se puede tomar la información para evaluar CVRS.
- Paciente que se nieguen a participar en el estudio.

**c) Muestra:**

- No se calculó tamaño de muestra ni tipo de muestreo por que se incluirán todos los casos identificados como ARDS moderado, severo por covid 19 que sobrevivieron y hayan tenido alta hospitalaria y cumplan los criterios de selección, para el registro se usara la base de datos de la UCI, (registros electrónicos donde se encuentra la filiación y el contacto telefónico)

**d) Definición Operacional: Ver Anexo 1**

**e) Procedimientos y técnicas:**

- El presente estudio se realizará, en coordinación con el área de unidad de cuidados críticos del Hospital Cayetano Heredia, la recolección de datos se hará en una ficha de recolección de datos ver anexo 2 y cuestionario EQ 5D ver anexo 3.
- Se tendrá acercamiento por vía telefónica invitando al paciente al estudio, para lo cual se citará en el hospital y se pueda realizar la evaluación de la CVRS con cuestionario de EuroQol -5D-3L que mide la calidad de vida por dimensiones de salud (movilidad, ansiedad y depresión, cuidado personal, dolor o malestar, actividades diarias) la cual ha sido validado por diferentes estudios (20–22). Los datos se recopilaran a los 6 meses y después de una año alta de la unidad de cuidados críticos, concomitantemente se tomara una ficha donde se tomen en cuenta características epidemiológica de los paciente al ingreso a la unidad de cuidados críticos y se realizara un estudio corte donde se evaluara la CVRS en función de características epidemiológicas al ingreso a la uci, como pafio2 al

ingreso, tiempo de horas en pronación, tiempo de estancia hospitalaria, puntuación SOFA, APACHE, estado nutricional, comorbilidades, los registros serán codificados y organizados en una tabla; para posteriormente usar el programa de análisis estadístico para calcular la asociación entre las variables.

**Fase preanalítica:**

- Elaboración del protocolo de investigación. y posterior presentación.
- Ficha de recolección de datos Anexo 2 y cuestionario de EQ 5D Anexo 3, que servirá recopilar información.
- La ficha y el cuestionario se validarán por expertos. Y se recopilaran datos.
- La entrevista a paciente contará con un identificador (ID) y se evitará colocar el nombre así otorgar la protección y confidencialidad a las fichas.

**Fase analítica:**

- Las fichas serán evaluadas con información llenada en los cuestionarios.
- Se depurarán fichas con datos faltantes o inconsistentes.
- Se realizará una evaluación estadística con datos obtenidos luego de la depuración.

**Fase post analítica:**

- Se hará un registro de datos de los pacientes evaluados en una base de datos y se exportaran a cuadros y tablas.

**f) Aspectos éticos:**

Para el reclutamiento para el estudio se contactara vía telefónica con paciente se explicara en que consiste el estudio y se pedirá firma consentimiento informado para ser incluido en el estudio que puede ser autorizado mediante firma de consentimiento informado ver anexo 4, antes de iniciar la ejecución de

trabajo de investigación se someterá a evaluación por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del comité de ética del hospital Cayetano Heredia, después de ser aprobado se procederá a la ejecución del presente trabajo. Asimismo, se realizará la protección de datos del paciente y la privacidad y confidencialidad. Los resultados serán presentados en forma global, con lo que aseguramos la confidencialidad de la información. Se guardará el respeto a políticas y parámetros que nuestra institución establece.

**g) Plan de análisis:**

Se empleará con medidas de frecuencias y así obtener un porcentaje para cada variable, se hará análisis descriptivo de variable generales, media, desviación estándar, y se aplicaran tablas y gráficos de media, promedio y distribución para especificar frecuencia. Se tomarán medidas de dispersión y tendencia central, se hará análisis inferencial mediante prueba de Chi cuadrado para reconocer asociación entre variable categóricas.

Para relacionar CVRS se realizará análisis de regresión logística o cual se ha dicotomizado cada dimensión del EQ-5D 3L y se ha utilizado como variable independiente. Sexo, edad, estado nutricional, situación laboral, comorbilidad, forma de ventilación, puntaje SOFA, puntaje APACHE, días en ventilación mecánica y días de hospitalización.

Se realizará el procesamiento de datos con programa Excel con su complemento analítico y software de análisis estadístico STATA VS 16

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ashbaugh DavidG, Boyd Bigelow D, Petty ThomasL, Levine BernardE. ACUTE RESPIRATORY DISTRESS IN ADULTS. The Lancet. 1967 ago;290(7511):319–23.

2. Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, Hudson L, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994 mar;149(3):818–24.
3. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, Fan E, et al. Acute Respiratory Distress Syndrome. *JAMA*. 2012 jun 20;307(23):2526–33.
4. Matthay MA, Ware LB, Zimmerman GA. The acute respiratory distress syndrome. *Journal of Clinical Investigation*. 2012 ago 1;122(8):2731–40.
5. Janz DR, Ware LB. Approach to the Patient with the Acute Respiratory Distress Syndrome. *Clin Chest Med [Internet]*. 2014 dic 1;35(4):685–96.
6. Estenssoro E, Dubin A. [Acute respiratory distress syndrome]. *Medicina (B Aires)*. 76(4):235–41.
7. Jaber S, Conseil M, Coisel Y, Jung B, Chanques G. Grippe A (H1N1) et SDRA : caractéristiques des patients admis en réanimation et prise en charge. *Revue de la littérature. Ann Fr Anesth Reanim*. 2010 feb;29(2):117–25.
8. Amato MBP, Meade MO, Slutsky AS, Brochard L, Costa ELV, Schoenfeld DA, et al. Driving Pressure and Survival in the Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2015 feb 19;372(8):747–55.
9. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China. *JAMA*. 2020 feb 25;323(8):709.
10. Fujii Y, Hirota K. Critical Care Demand and Intensive Care Supply for Patients in Japan with COVID-19 at the Time of the State of Emergency Declaration in April 2020: A Descriptive Analysis. *Medicina (B Aires)*. 2020 oct 12;56(10):530.
11. Zegarra Piérola J, Fernández Merjildo D, Lévano Díaz, Lady, Ticona Salazar J. Ventilación mecánica en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda por la Covid-19 en una unidad de cuidados intensivos de Lima, Perú. *Revista Medica Herediana*. 2022 jul 6;33(2):81–90.
12. Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, et al. Post-acute COVID-19 Syndrome Negatively Impacts Physical Function, Cognitive Function, Health-Related Quality of Life, and Participation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2022 ene;101(1):48–52.
13. Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramirez JM, Andres M, Ramos JM, Arenas-Jiménez J, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *Journal of Infection*. 2021 mar;82(3):378–83.
14. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2022 jun 1;69(6):326–35.

15. 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. *Journal of Infection*. 2020 dic;81(6):e4–6.
16. Malik P, Patel K, Pinto C, Jaiswal R, Tirupathi R, Pillai S, et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2022 ene 7;94(1):253–62.
17. Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *Journal of International Medical Research*. 2020 ago 25;48(8):030006052094838.
18. Tozato C, Ferreira BFC, Dalavina JP, Molinari CV, Alves VLDS. Cardiopulmonary rehabilitation in post-COVID-19 patients: case series. *Rev Bras Ter Intensiva*. 33(1):167–71.
19. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *J R Soc Med*. 2021 sep 15;114(9):428–42.
20. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425–9.
21. Arifin B, Purba FD, Herman H, Adam JMF, Atthobari J, Schuiling-Veninga CCM, et al. Comparing the EQ-5D-3 L and EQ-5D-5 L: studying measurement and scores in Indonesian type 2 diabetes mellitus patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 dic 7;18(1):22.
22. Bahmer T, Borzikowsky C, Lieb W, Horn A, Krist L, Fricke J, et al. Severity, predictors and clinical correlates of post-COVID syndrome (PCS) in Germany: A prospective, multi-centre, population-based cohort study. *EClinicalMedicine*. 2022;51:101549.

## PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### a. Presupuesto

**Tabla 1**  
*Presupuesto del proyecto de investigación*

Artículos de oficina	Unidad de Medida	Cantidad	Costos por unidad (S/.)	Total (S/.)
Papelería	Millar	2	15	30
Bolígrafo	Unidad	10	1	10
Lápiz	Unidad	10	1	10
Corrector	Unidad	3	3.5	10.5

Fólderes	Ciento	100	0.50	50
Ganchillos	Caja	12	0.50	6
Servicios				
Descripción de Servicio	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Total (S/.)
Asesoría				
Investigación cuantitativa	Asesoría	1 asesor	1000	1000
Asesoría Estadística	Servicio	1 asesor	1000	1000
Internet	Uso	Mensualidad	S/.80 x 6	480
Fotocopiado	Unidad	500	S/.0.10 x 500	50
Servicio de imprimir	Unidad	300	S/. 0.30 x 300	90
Taxi	Traslados	Taxi	S/.10 x 20	200
<b>TOTAL</b>				<b>S/. 2946.5</b>

*\*Fuente: Elaboración propia*

- Computadora.
- Software STATA v 16.0
- Software de Microsoft para Word / Excel
- Software de Zoom o WhatsApp para video llamadas

## b. Cronograma de actividades 2022: DIAGRAMA DE GANT

ACTIVIDAD	AGOSTO		SETIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO	
	1quin	2quin	1quin	2quin	1quin	2quin	1quin	2quin	1quin	2quin	1quin	2quin	1quin	2quin
Recopilación de bibliografía	■													
Redacción del Proyecto de Investigación					■									
Revisión por el comité evaluador							■							
Levantamiento de información									■					
Análisis											■			



Procesamiento  
de información  
y realización  
del informe  
Levantamiento  
de  
observaciones  
Presentación  
del Informe  
final



---

*\*Fuente: Elaboración propia*

Anexo 1 tabla de operacionalización de las variables

Variable dependiente	conceptual	operacional	Escala de medición	Tipo de variable
Calidad de vida	Es un tipo de bienestar físico, social, emocional, material,	según el índice EQ-5D-5L	Numérica continua	Cualitativa
Comorbilidad	Una o más enfermedades en un mismo paciente.	Según datos consignados en la historia clínica	Numérica continua	Cualitativa
Mortalidad tras alta hospitalaria	Pacientes que fallecieron durante el período del alta hospitalaria hasta el año tras el alta hospitalaria.	Número y porcentaje de pacientes fallecidos después del alta hospitalaria	Numérica continua	Cuantitativa

Variables Independientes	Conceptual	Operacional	Escala de medición	Tipo de variable
Edad	tiempo cronológico de vida cumplido por el paciente	tiempo de vida cumplido al momento de la hospitalización	Numérica continua	Cuantitativa
Sexo	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino	Según sexo biológico de pertenencia	Nominal	Cualitativa nominal dicotómica
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	Cociente que mide intercambio gaseoso	Relación entre presión arterial de oxígeno y fracción inspiratoria de oxígeno	Numérica continua	Cuantitativa
PEEP	Presión residual en las vías aéreas durante espiración	Nivel de PEEP en mmHg el valor máximo y mínimo durante su	Numérica continua	Cuantitativa

		estancia en UCI		
APACHE	Puntaje que evalúa severidad y riesgo de mortalidad en UCI	Puntaje de 0 a 71	Numérica continua	Cuantitativa
SOFA	puntaje que determina la falla orgánica en pacientes hospitalizados	Puntaje de 6 a 24	Numérica continua	Cuantitativa
Tiempo antes de ventilación mecánica invasiva	Periodo de tiempo transcurrido desde diagnóstico de SDRA hasta el inicio de ventilación mecánica	Tiempo en horas antes de recibir soporte ventilatorio con respirador mecánico	Numérica continua	Cuantitativa
Tiempo de pronación	Periodo de tiempo en horas de pronación	Suma de tiempo en horas que duró la pronación	Numérica continua	Cuantitativa
Estancia en UCI	Tiempo de estancia desde el ingreso UCI hasta el egreso de la UCI	Número de días hospitalizado en UCI	Numérica continua	Cuantitativa
Estancia hospitalaria	Tiempo de estancia desde el ingreso hasta el egreso del hospital	Número de días hospitalizado en HNCH	Numérica continua	Cuantitativa
Días de ventilación mecánica	Tiempo en días de permanencia en respirador mecánico	Número de días que se recibió soporte con respirador mecánico	Numérica continua	Cuantitativa
Lesiones por presión	Lesiones en piel causadas por presión corporal	Número de pacientes que presentaron úlceras por presión	Numérica continua	Cuantitativa

Anexo 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS EPIDEMIOLOGICOS

FECHA	NRO.HISTORIA	
EDAD		
SEXO	(M)	(F)
COMORBILIDADES ANTES DE INGRESO A UCI		
ESTADO NUTRICIONAL ANTES DE INGRESO A UCI	IMC	
SOFA AL INGRESO A UCI		
APACHE AL INGRESO A LA UCI		
ARDS	MODERADO	SEVERO
PAFIO2		
DIAS ANTES DE INGRESO A VENTILACION MECANICA		
REQUIRIO PRONACION	SI	NO
NUMERO DE HORAS EN PRONO		
DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA		
DRIVING PRESURE AL INGRESO A UCI		
ESTANCIA EN UCI EN DÍAS		
ESTANCIA HOSPITALARIA EN DIAS		
GRADO DE LESION DE UPP		
CONDICION DE PACIENTE TRAS EL ALTA A LOS 28 DIAS	VIVO	FALLECIO (CAUSA)
CONDICION DE PACIENTE TRAS EL ALTA A LOS 6 MESES	VIVO	FALLECIO (CAUSA)
CONDICION DE PACIENTE TRAS EL ALTA AL AÑO DE VIDA	VIVO	FALLECIO (CAUSA)

Anexo 3: CUESTIONARIO DE SALUD DE CALIDAD DE VIDA 5Q 3L

A los 6 meses al alta de uci covid

Movilidad		
No tengo problemas para caminar	si	No
Tengo algunos problemas para caminar	si	No
Tengo que estar en la cama	si	No

Cuidado-Personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	si	No
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	si	No
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	si	No

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	si	No
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	si	No
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	si	No

Dolor/Malestar		
No tengo dolor ni malestar	si	No
Tengo moderado dolor o malestar	si	No
Tengo mucho dolor o malestar	si	No

Ansiedad/Depresión		
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	si	No
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	si	No
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	si	No

Anexo 3: CUESTIONARIO DE SALUD DE CALIDAD DE VIDA 5Q 3L

Al año del alta de uci covid

Movilidad		
No tengo problemas para caminar	si	No
Tengo algunos problemas para caminar	si	No
Tengo que estar en la cama	si	No

Cuidado-Personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	si	No
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	si	No
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	si	No

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	si	No
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	si	No
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	si	No

Dolor/Malestar		
No tengo dolor ni malestar	si	No
Tengo moderado dolor o malestar	si	No
Tengo mucho dolor o malestar	si	No

Ansiedad/Depresión		
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	si	No
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	si	No
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	si	No

#### Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

El propósito del estudio es determinar la calidad de vida al año del alta de la unidad de cuidados intensivos en pacientes con SDRA severo por covid 19, Con respecto beneficios se obtendrán datos para mejorar calidad de vida de los pacientes con diagnostico de SDRA severo por covid 19 así como seguimiento con respecto a la calidad de vida en los pacientes que estén incluidos en este estudio, Al ser un estudio observacional no hay riesgos y efectos adversos.

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI /pasaporte No \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, resguardando la confidencialidad. Por lo que convengo participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_

Firma o Huella Digital del Paciente

Yo. Jose Luis Ticona Salazar investigador del estudio, He explicado al Sr (a) el propósito de la investigación, explicando sobre los beneficios y riesgos de su participación, se contestan preguntas y se absuelve dudas,

\_\_\_\_\_

Firma del Investigador