

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE COVID-19 EN POBLACIÓN INGRESADA HOSPITALARIAMENTE EN ÁLAVA

SOCIOCULTURAL FACTORS AND LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE
COVID-19 VACCINE IN OLDER ADULTS IN A RURAL ÁREA

Álvaro Gómez Gómez¹, Jone Valcarlos Unzueta²

(1) Red de Salud Mental de Álava

(2) OSI Araba

Gómez Gómez, Á., & Valcarlos Unzueta, J. (2024). Análisis del impacto de COVID-19 en población ingresada hospitalariamente en Álava. *Revista Ene De Enfermería*, 18(2) Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/3284>

RECIBIDO: Septiembre 2023

ACEPTADO: Junio 2024

Resumen

Introducción: El primer año de la pandemia de coronavirus produjo numerosos ingresos en los cuales muchas personas vieron afectada su calidad de vida y autonomía una vez dada de alta.

Metodología: mediante la revisión de la historia clínica durante el ingreso y hasta un año después del alta hospitalaria, se realizó la escala EuroQoL al alta y al año para medir la calidad de vida y Barthel obteniendo los datos previos al ingreso, durante el ingreso, al alta y al año del alta para valorar la autonomía.

Resultados: de 171 pacientes iniciales, al año se mantuvieron 138 pacientes al año del estudio, siendo 26 pérdidas por no conseguir contactar, 4 por exitus, 2 por negación a responder y 1 por cambio de domicilio. Al año, se observó un impacto negativo respecto la calidad de vida y autonomía de los pacientes, así como el desarrollo de ciertas secuelas como 7 personas con enfermedades post-Covid19 así como una mayor población ingresada con diagnósticos previos de obesidad, sobrepeso, diabetes e hipertensión, que están relacionados con peor pronóstico en esta infección.

Conclusiones: el covid19 produjo un empeoramiento en la calidad de vida y autonomía de las personas, padecer

sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes fueron las enfermedades previas al ingreso más prevalentes y el Covid19 ha producido secuelas en algunos pacientes.

Palabras claves: Covid-19, autonomía personal, calidad de vida, enfermería, hospitalización

Abstract

Introduction: The first year of the coronavirus pandemic produced numerous admissions in which many people saw their quality of life and autonomy affected once discharged.

Methodology: by reviewing the medical history during admission and up to one year after hospital discharge, the EuroQoL scale was carried out at discharge and one year later to measure quality of life and Barthel obtained the data prior to admission, during admission, at discharge and one year after discharge to assess autonomy.

Results: of 171 initial patients, after one year 138 patients were maintained, with whom a negative impact was observed regarding the worsening of the quality of life and autonomy of the patients, as well as the development of certain sequelae such as 7 people with post-mortem diseases. Covid19 as well as a larger population admitted with previous diagnoses of obesity, overweight, diabetes and hypertension, which are related to a worse prognosis in this infection.

Conclusions: Covid19 caused a worsening of people's quality of life and autonomy, being overweight, obese, hypertension and diabetes were the most prevalent diseases prior to admission and Covid19 has produced sequelae in some patients

Key words: Covid-19, personal autonomy, quality of life, nursing, hospitalization

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus son una gran familia de virus que pueden provocar enfermedades en animales, incluyendo humanos. El SARS-CoV2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2019) pertenece a la familia de virus Coronaviridae, siendo el 7º miembro de esta familia de virus RNA que produce infección en humanos. En los humanos, se conocen otros virus de la familia de los coronaviridae que puedan causar infecciones respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas; siendo la infección respiratoria la más común. El Covid-19 (Coronavirus infectious disease 2019), es la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV2, que se originó en diciembre de 2019 en China. A partir de aquí, la enfermedad se ha propagado por todo el mundo, hasta llegar a considerarse una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la OMS los

síntomas más comunes son fiebre, tos, cansancio y pérdida de gusto y olfato. Además de estos también pueden presentar síntomas graves como dificultad respiratoria, confusión o dolor en el pecho (1,2).

Desde el inicio de la pandemia, en España, más de 630.000 personas han precisado ingreso hospitalario, y entre ellos, más de 54.000 en una unidad de cuidados intensivos. El número de fallecidos hasta noviembre de 2022 es de casi 116.000 personas. A nivel de País Vasco, más de 27.000 personas han precisado ingreso hospitalario y ha habido unas 7.500 defunciones (3).

Se ha visto que tanto padecer la enfermedad como la situación de pandemia han causado secuelas a

diferentes niveles en la población. Se han observado afecciones posteriores al Covid-19, el llamado Covid-19 persistente, manteniendo los síntomas que se tuvieron durante la infección durante meses o años y desarrollando nuevas afecciones (4,5). También se ha descrito un descenso en la calidad de vida de los pacientes hasta pasados 6 meses desde el inicio de los síntomas (5). En cuanto a la salud mental, la ansiedad, estrés, depresión, impulsividad, estrés postraumático, etc., se han visto aumentados tanto en pacientes infectados como en población general, sugiriendo que a la vez que

la pandemia por Covid-19 también se está sufriendo una epidemia psiquiátrica (5, 6, 7). La ansiedad se presenta frecuentemente como problemas de sueño y presenta comorbilidad con la depresión (6) y ambas son más frecuentes en personas infectadas que en las que no lo están (7). Además de esto, también ha habido afectaciones a nivel económico y social (8).

El objetivo general es evaluar el impacto del Covid-19 en términos de salud, calidad de vida y social en la población que ha ingresado en el HUA.

Objetivos específicos:

- Analizar los antecedentes médico-quirúrgicos en personas ingresadas por infección de Covid-19.
- Conocer la nueva morbilidad, complicaciones y secuelas desarrollada por los pacientes durante su ingreso y al año.
- Conocer el grado de autonomía y la calidad de vida de los pacientes al alta hospitalaria y al año.

METODOLOGÍA

Sobre la metodología del estudio, el tipo de estudio: se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el que se recogen los antecedentes clínicos, funcionales y socio-demográficos, con posterior seguimiento durante su ingreso y

hasta un año después del alta hospitalaria o hasta el fallecimiento del paciente si se ha producido previo a este año de seguimiento. La población utilizada fueron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Residente de Álava (todas las poblaciones alavesas).
- Mayores de edad y con capacidad legal, o mayores de edad incapacitados que mediante representación otorguen el consentimiento.
- Estar o requerir ingreso hospitalario por patología o problemas relacionados con el Covid-19, y tener una prueba de laboratorio que confirme presencia de dicho virus (antígeno o PCR).
- Supervivencia al Covid-19 tras el ingreso hospitalario, y haber sido dado de alta hospitalaria.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Historia clínica incompleta (personas desplazadas, viajeros, extranjeros no afincados...)
- Requerir ingreso hospitalario por otras causas pero que exista infección por Covid-19 concomitante, y que la infección no produzca síntomas o problemas a tratar durante el ingreso (por ejemplo, ingreso para una cirugía que tras una PCR pre-quirúrgica el resultado

sea positivo, pero no existiendo patología ni tratamiento relacionado con el Covid-19).

El proyecto ha recibido el informe favorable y la autorización por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica del centro (expediente 2020-031) el 19 de junio de 2020. Además, los datos obtenidos han sido anonimizados y clasificados mediante uso de herramientas informáticas y de análisis estadísticos.

El reclutamiento se ha realizado de forma activa, en una población de pacientes ingresados en el HUA por Covid-19 durante el periodo de marzo a diciembre del año 2020. La selección de la muestra se ha realizado por conveniencia, acudiendo a las unidades de ingreso hospitalario por Covid-19 y proponiendo a los posibles candidatos la inclusión en el estudio, sin tener en cuenta ningún dato previo que pudiera influir los resultados. En un principio se reclutaron 198 personas, que tras los criterios de inclusión y exclusión se redujeron a 171.

En este estudio se han utilizado diferentes métodos de obtención de datos, entre los que se destaca la entrevista individual, escalas y la revisión de registros existentes. El sujeto fuente, ha dado su consentimiento informado escrito, que recoge una descripción del estudio y los derechos que lo asisten. Además, consta en él la petición de permiso

para el acceso de su historia clínica durante la duración del estudio. Mediante la herramienta informática Osabide Global se ha accedido a la historia clínica y se ha recabado la información necesaria extrayéndose de diferentes informes y evolutivos, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria los datos que han sido considerados útiles para la realización del estudio como los antecedentes médico-quirúrgicos, tratamientos recibidos, diagnósticos médicos emitidos, situación funcional, autonomía, secuelas si las hubiera, etc., estando más detallada esta información en el [Anexo 1](#).

Para la obtención de datos de autonomía y calidad de vida se utilizaron sendos cuestionarios. En el caso de autonomía se realizó mediante la escala Barthel, que mide 10 ítem relacionados con la autonomía, obteniendo un resultado entre 0 y 100 puntos, siendo 0 el mínimo de autonomía y 100 el máximo (completamente autónomo). Se entiende como dependencia leve el intervalo de 60 a 95 puntos, como dependencia moderada de 40 a 55, como dependencia severa de 20 a 35 y dependencia total lo menor de 20 puntos. Respecto a calidad de vida, se utilizó el cuestionario Euro-QoL 5D-5L, una escala de medición de calidad de vida que puede utilizarse tanto en personas sanas como en pacientes

con alguna patología. El propio paciente es el que valora su estado de salud, valorando 5 dimensiones de estas (movilidad, autocuidados, actividades cotidianas, dolor y ansiedad y/o depresión) y, después, da una valoración a su estado de salud global en ese día mediante una escala EVA de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud posible y 100 el máximo. El índice Barthel basal se obtuvo en la entrevista individual inicial interrogándole sobre su autonomía previa a la infección, o si existían registros previos en la historia clínica, se utilizaba la registrada, siempre y cuando no tuviera más de un año desde su realización. El Barthel al alta, y al año del alta, se realizaron en las posteriores entrevistas individuales, evitando utilizar los registros de la historia clínica, para evitar variabilidad al ser registrados por diferentes profesionales. El EuroQoL se realizó al alta del paciente, en la entrevista al alta, obteniendo la información en ese momento del alta, ya que no existían datos de registros previos, no se pudo realizar una comparación con la situación basal. Al año del alta, se realizó el EuroQoL en la última entrevista.

Mediante la entrevista individual, que se realizó en el momento del ingreso (al firmar los CI), al alta hospitalaria y al año del alta hospitalaria, esta última siendo vía telefónica, para obtener los

datos que no han podido ser obtenidos mediante las otras vías, como son la situación socioeconómica, datos sociodemográficos y corroborar los datos obtenidos mediante las otras fuentes para validarlos.

Para analizar los datos, se utilizó la herramienta PAPP versión 1.0.1, utilizándose estadística descriptiva y frecuencias y comparándolas con las diferentes fases del proyecto.

El proyecto tiene tres fases diferentes y delimitadas en el tiempo que se detallan a continuación:

- En la primera fase se estudia el estado previo y basal de las personas previa a la infección. Se recaba la información sociodemográfica y laboral, el estado de salud, su calidad de vida y datos respectivos a la enfermedad.

- En la segunda fase se han estudiado los cambios que se han producido desde la situación basal previa al ingreso con la situación al alta hospitalaria. Para ello se ha utilizado la historia clínica del paciente para obtener la información, como puede ser los días de ingreso, tratamientos administrados, ingreso en UCI, uso de oxigenoterapia, tratamiento al alta y seguimiento al alta.

- En la tercera fase del estudio, al año del alta por la infección, se han analizado los cambios que se han producido después del alta hospitalaria. En el as-

pecto de la salud, se analiza la repercusión que haya tenido la infección en las personas, como la pérdida de calidad de vida, pérdida en la autonomía personal, etc., utilizando para ello la entrevista, el cuestionario EuroQol 5D-5L y la escala Barthel. En el [Anexo 2](#) se muestra un diagrama de flujo del estudio.

RESULTADOS

Antecedentes médicos y quirúrgicos.

En la [tabla 1](#) se muestran los antecedentes médicos más prevalentes de los pacientes. Destacan el

sobrepeso y obesidad, que tienen 66 y 59 personas respectivamente. 72 de los usuarios tienen hipertensión arterial (HTA) y 68 dislipemia (DLP). Además de esto, 35 de los pacientes padecían diabetes, de los cuales solo uno es de tipo I. 20 pacientes (14 hombres y 6 mujeres) sufrían de hipertensión, diabetes y dislipemia.

Morbilidad, complicaciones y seguimiento al alta.

Durante el ingreso, el 78,94% de los pacientes (135 personas) precisaron oxigenoterapia. Lo más utilizado fueron las gafas nasales (usadas por 66 personas, 48,88% de las personas con oxigenoterapia), alto flujo (39 personas, 28,88% de las personas con oxigenoterapia) y mas-

carilla tipo Venturi (29 personas, 21,48% de las personas con oxigenoterapia). Además, también se utilizó la VMNI y la VMI. La media de días en los que se utilizaron estos dispositivos fue 9,4 días y al alta 6 personas precisaron oxigenoterapia domiciliaria, 3 más que al ingreso.

Entre las personas atendidas en la urgencia previo al ingreso, el síntoma más presentado fue la fiebre o febrícula (67,25%), seguido por la disnea (57,31%) y la tos (49,71%). Entre ellos, solo el 34,5% fue derivado desde atención primaria.

El seguimiento al alta se ha realizado sobre todo desde atención primaria o médico habitual de la residencia (70,18%), pero también desde consultas externas (27,49%). De todos los pacientes, ninguno precisó reingreso hospitalario por problemas relacionados con el Covid-19 o alguna de sus secuelas. Cabe destacar, que de 8 personas que previo al ingreso vivían en una residencia o centro sociosanitario, al alta 11 personas fueron trasladadas a una residencia, mientras que 4 personas (2,34%) tuvieron que ingresar en un hospital de larga estancia con fines de rehabilitación.

De las personas que participaron en el estudio, 124 refirieron curación o ausencia de problemas relacionados con el Covid19 al año del alta. En cambio,

hubo 7 personas que continuaban con cambios radiológicos (opacidades, reticulación, etc.), 3 personas con Sd. Post covid, 2 personas con neumopatía intersticial postcovid, 2 personas con EPID o posible EPID, 2 personas con agudizaciones asmáticas y una con estrés post-traumático.

Respecto a síntomas descritos por los pacientes que puede que estén relacionados con el Covid-19, encontramos 20 personas que refieren continuar con astenia, 16 con disnea, 2 con empeoramiento sin especificar, 2 con tos persistente y una con anosmia (4).

Autonomía y calidad de vida.

La autonomía de los pacientes varía durante el estudio, antes del ingreso, el 88,3% (151 personas) eran autónomos (Barthel=100) y el 11,7% (20 personas) no eran completamente autónomos observando un Barthel medio de todos los pacientes de 95,61 previo al ingreso, 88,07 durante el ingreso, 92,4 al alta y 94,13 al año del alta. En las personas no autónomas (Barthel < 100), la media de los Barthel son 62,5 previo al ingreso, 40 durante el ingreso, 56,67 al alta y 63,18 al año. En ambos grupos, la puntuación más baja corresponde al momento del ingreso aumentando a casi un 20% el número de personas no autónomas. Al alta y al año del alta los por-

centajes disminuyen al 15,54% y 15,94%, respectivamente. El aumento de personas no autónomas desde antes del ingreso al año del alta se debe mayormente a la dependencia leve que aumenta de un 5,84% a un 10,87%, tal y como se puede observar en la [tabla 2](#).

Respecto a la calidad de vida, en la [tabla 3](#) se muestran los cambios respecto a calidad de vida según los resultados del EuroQoL realizado a los pacientes, al alta del ingreso y al año del alta.

DISCUSIÓN

A pesar de la gran cantidad de estudios respecto al Covid-19 y diferentes resultados que muestran, hay varios puntos que podemos resaltar. Se confirma la importancia de la obesidad, hipertensión y la diabetes como factores de mal pronóstico ante una infección por SARS-CoV2, además de otros factores como la edad, enfermedades respiratorias y cáncer (8,9). Además, también se ha observado un porcentaje similar de uso de oxigenoterapia en pacientes ingresados por covid-19 (10). Respecto a los síntomas presentados, a pesar de que pueden variar de un individuo a otro, dependiendo de la edad, salud y condiciones clínicas, se han apreciado similitudes. Se puede corroborar que, en el servicio de urgencias, la fiebre, la disnea

y la tos son los más comunes, a pesar de que en casos graves puede haber neumonía, insuficiencia respiratoria, fallo renal, eventos trombóticos, daño hepático, etc. (8,10).

Respecto a la calidad de vida, en el País Vasco, según las estadísticas de calidad de vida realizadas por el ministerio de sanidad la media de EVA en la población es 77,05, siendo este resultado menor en los datos obtenidos al alta y también al año, observado que la recuperación tras el Covid19 no logra recuperar los niveles basales de calidad de vida. Igualmente, en todos los casos se observa un mayor número de personas que refieren algún problema en todos los ítems respecto a la población estudiada tanto al alta como al año (11).

Los resultados también corroboran los datos observados por otros estudios, como un estudio realizado por Taiboad et al. en el que se realizó un seguimiento a pacientes durante 6 meses tras estar ingresado en UCI, se observó un empeoramiento de la calidad de vida medida con el cuestionario EuroQoL en todos sus ítems (12) Por otro lado, en un estudio realizado en Francia por Garrigues et al. la calidad de vida, medida con el mismo cuestionario, se vio afectada también en todas sus dimensiones, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre pacientes de

UCI y de planta (13). Una revisión bibliográfica que incluye 4408 personas con test positivo para Covid-19, evalúa la calidad de vida de los pacientes dados de alta, confirma los datos obtenidos, observándose un empeoramiento en la calidad de vida, siendo factores que influyen en el empeoramiento el sexo femenino, la edad, las comorbilidades, la estancia en UCI y la ventilación mecánica invasiva (14). En otra revisión bibliográfica realizada en el 2021, se confirma el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes con síntomas de Covid-19 persistentes como la fatiga, disnea, anosmia, tos crónica, etc. (15).

Respecto a la autonomía, un estudio realizado en España por Trevisón-Redondo et al. observaron una reducción de la autonomía en las AVD tras contraer el Covid-19 en los pacientes institucionalizados en una residencia, siendo esta reducción más acentuada según avanza la edad y el sexo, en este caso siendo más acentuado en hombres (16). También cabe señalar una revisión sistemática respecto al impacto en la autonomía, concluyó una reducción en las AVD y pérdida de independencia tal y como se ha observado en esta población (17). Por otro lado, los estudios enfocados a rehabilitación física en personas con Covid-19 señalan un empeoramiento en la autonomía del paciente, tal y como se ha

podido observar en esta población (18, 19)

Por último, analizando los datos sobre secuelas tras la infección y hospitalización por Covid-19, en un estudio con pacientes de un hospital de Moscú, observamos similitudes ya que también se observó que los síntomas más comunes tras 6-8 meses tras el alta fueron la fatiga y la falta de aire seguida de olvidos más frecuentes, debilidad muscular, problemas de la vista, pérdida de pelo y problemas del sueño (20) en relación a fatiga crónica y síntomas respiratorios. En otro estudio similar llevado a cabo en Italia, la fatiga, seguida de la anosmia y síntomas neurológicos, fueron los síntomas post-covid más frecuentes, (21). Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en España se observó variabilidad entre sexos, siendo los síntomas post-covid más prevalentes en mujeres, siendo más acentuada la pérdida de pelo, la disnea y la fatiga, mientras que la pérdida de memoria fue muy similar entre hombres y mujeres (22). Estos resultados también se confirman en un estudio en el que se llevó un seguimiento de un año, observando también mayor prevalencia en mujeres, siendo los síntomas respiratorios y la fatiga los más comunes (23).

Cabe añadir que, durante la realización del estudio se han presentado limitaciones en torno a la obtención de

datos a diferentes niveles. Por un lado, no se han podido analizar las heridas causadas por dispositivos durante la hospitalización porque el registro realizado no es suficiente. Por otro lado, no se ha podido realizar un buen análisis y seguimiento sobre la estancia en la unidad de cuidados intensivos por presentar un sistema informático diferente al que hemos accedido.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio fueron las siguientes:

- El Covid-19 ha tenido un impacto negativo sobre la autonomía y calidad de vida en la población alavesa estudiada, produciéndose una recuperación al año.
- Las enfermedades previas al ingreso más prevalentes fueron sobrepeso u obesidad, diabetes e hipertensión, que han sido relacionados como factores de mal pronóstico en otros estudios.
- Existen personas que tras una hospitalización por Covid-19 han desarrollado secuelas en relación directa con esta infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente medio (MERS-CoV). Marzo de 2019. <https://>

- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)
2. Organización Mundial de la Salud. SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome). <https://www.who.int/ith/diseases/sars/en/>
 3. Instituto de Salud Carlos III, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe nº156. Situación de COVID-19 en España. 25 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.isciii.es/Que-Hacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Enfermedades/Trasmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID%202022/Informe%20n%C2%BA%20156%20Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20COVID%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2025%20de%20noviembre%20de%202022.pdf>
 4. Afecciones posteriores al COVID19. Medline-Plus. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/postcovidconditionslongcovid.html>
 5. Premo-Álvarez, F. P., López-Zuñiga M. A., López-Ruz, M. A. Secuelas médicas de la COVID-19. *Med. Clin* 2021 Oct; 157(8):388-394. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.023
 6. Nicolini, H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia COVID-19. *Cir Cir*. 2020;88(5):542- 547. doi: 10.24875/CIRU-M20000067
 7. Dai L-L, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. 2020. *PLoS ONE* 15(8): e0238416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416>
 8. Ali, I., Alharbi, O. M. L. COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact. *Sci. Total Environ*. 2020 Aug;728:138861. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138861
 9. Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2021 Jan;93(1):257-261. doi: 10.1002/jmv.26237. Epub 2020 Oct 5. PMID: 32603481; PMCID: PMC7361606.
 10. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020;324(8):782-793. doi:10.1001/jama.2020.12839
 11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
 12. Taboada M et al. Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. *British Journal of Anaesthesia*, 126(3), e110-e113. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.007>
 13. 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. 2020; 81(6):e4-e6.
 14. Nandasena HMRKG, Pathirathna ML, Atapattu AMMP, Prasanga PTS. Quality of life of COVID 19 patients after discharge: Systematic review. 2022. *PLOS ONE* 17(2): e0263941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263941>
 15. Malik P, Patel K, Pinto C, 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; 94:253- 262. <https://doi.org/10.1002/jmv.27309>
 16. Trevisón-Redondo, B et al. Use of the Barthel Index to Assess Activities of Daily Living before and after SARS-COVID 19 Infection of Institutionalized Nursing Home Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 7258. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147258>
 17. Pizarro-Pennarolli C, Sánchez-Rojas C, Torres-Castro R, Vera-Urbe R, Sanchez-Ramirez DC, Vasconcello-Castillo L, et al. Assessment of activities of daily living in patients post COVID-19: A systematic review. 2021. *PeerJ*, 9, 1-17. <https://doi.org/10.7717/peerj.11026>
 18. Udina C, Ars J, Morandi A. et al. Rehabilitation in Adult Post-COVID-19 Patients in Post-Acute Care with Therapeutic Exercise. *J Frailty Aging* 10, 297-300 (2021). <https://doi.org/10.14283/jfa.2021.1>
 19. Cuenca-Zaldivar JN, Monroy Acevedo Á, Fernández-Carnero J, Sánchez-Romero EA, Villafañe JH, Barragán Carballar C. Effects of a Multicomponent Exercise Program on Improving Frailty in Post COVID-19 Older Adults after Intensive Care Units: A Single-Group Retrospective Cohort Study. *Biology* 2022, 11, 1084. <https://doi.org/10.3390/biology11071084>
 20. Munblit D et al. Incidence and risk factors for persistent symptoms in adults previously hospitalized for COVID-19. *Clin Exp Allergy*. 2021 Sep;51(9):1107-1120. doi: 10.1111/cea.13997. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34351016; PMCID: PMC8444748.
 21. Peghin M et al. Post-COVID-19 symptoms 6 months after acute infection among hospitalized and non-hospitalized patients. 2021. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(10), 1507-1513. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.05.033>
 22. Fernández de las Peñas C et al. Long-term post-COVID symptoms and associated risk factors in previously hospitalized patients: A multicenter

study. *Journal of Infection*, Volume 83, Issue 2, 237 - 279

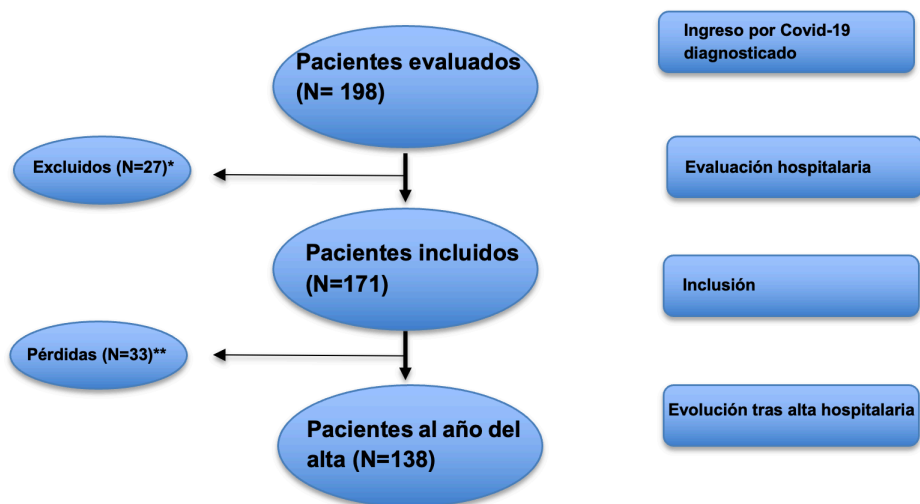
23. Han Q, Zheng B, Daines L, Sheikh A. Long-Term Sequelae of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of One-Year Follow-Up Studies on Post-COVID Symptoms. *Pathogens* 2022, 11, 269. <https://doi.org/10.3390/pathogens11020269>

TABLAS

Anexo 1: Variables valoradas e instrumentos utilizados.

Datos sociodemográficos	Edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, convivencia, lugar de residencia.
Antecedentes médico-quirúrgicos de interés:	HTA, DM, Dislipemias, tabaquismo activo o ex-fumador, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, fragilidad, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas.
Sintomatología inicial de la enfermedad	Disnea, anosmia, disgeusia, tos, malestar general,
Otros diagnósticos médicos de interés durante el ingreso	Sobreinfecciones bacterianas, fallo multiorgánico, descompensaciones diabéticas, yatrogenias, insuficiencia respiratoria.
Duración del ingreso hospitalario	En días desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
Evolución durante el ingreso	Administración o retirada de tratamientos, ingreso en UCI, caídas, aparición de heridas crónicas.
Situación de dependencia antes, durante y después del ingreso y al año del alta.	Mediante escala Barthel.
Calidad de vida al alta y al año	Mediante escala EuroQoL-5D
Tratamientos recibidos	Oxigenoterapia (Gafas Nasales, Mascarilla tipo Venturi, mascarilla reservorio 100%, oxígeno a alto flujo, tratamiento antiviral, VMNI o VMI), antibiótico, amins vasoactivas...
Fechas relacionadas	Fecha del alta hospitalaria y curación del virus.

Anexo 2. Diagrama de flujo del estudio sobre el impacto en pacientes ingresados por Covid-19 en el Hospital Universitario de Álava, durante el periodo marzo-diciembre de 2020.



* Motivo de exclusión: Exitus= 17, Residencia fuera de Álava= 4, No confirmación de ingreso por Covid-19=2. **Causas de pérdidas: Exitus= 4, Imposibilidad de contactar= 26, Negación a responder= 2, Abandono de la residencia en Álava= 1

Tabla 1. Antecedentes médicos más prevalentes de la población estudiada.

PATOLOGÍA		N	%	
SOBREPESO Y OBESIDAD	SOBREPESO Y OBESIDAD (IMC > 25)	125	73,1	
	SOBREPESO (IMC 25-29,99)	66	38,59	
	OBESIDAD (IMC > 30)	59	34,50	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		72	42,11	
DISLIPEMIA		68	39,77	
DIABETES	DIABETES TOTAL		35	20,46
	DIABETES TIPO 1	% SOBRE DIABÉTICOS	1	0,58
		TOTALES		
		2,86		
	DIABETES TIPO 2	% SOBRE DIABÉTICOS	34	19,88
		TOTALES		
	97,14			
ANTECEDENTES DE OTROS PROCESOS ONCOLÓGICOS ACTIVOS (INCLUYE HEMATO ONCOLÓGICOS, EXCLUYE DE RESPIRATORIO)		22	12,87	
SAHOS (SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO)		15	8,77	
ASMA		13	7,60	
ANSIEDAD (PSIQUIÁTRICA)		11	6,43	
DEPRESIÓN (PSIQUIÁTRICA)		9	5,26	
EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA)		9	5,26	
INMUNODEPRESIÓN		3	1,75	

Tabla 2. Puntuación media de la escala de los sujetos y la media de los no autónomos y los datos sobre número de personas autónomas y no autónomas previo al ingreso, durante el ingreso, al mes del alta y al año.

AUTONOMÍA	PREVIA (n=171)	INGRESO (n=171)	AL ALTA (n=171)	AL AÑO (n=138)
BARTHEL (MEDIA)	95,61	88,07	92,4	94,13 (DS: 17,38)
BARTHEL (MEDIA NO AUTÓNOMOS)	62,5	40	56,67	63,18
AUTÓNOMOS	151 (88,30%)	137 (80,12%)	141 (82,46%)	116 (84,06%)
NO AUTÓNOMOS	20 (11,70%)	34 (19,88%)	30 (15,54%)	22 (15,94%)
Dependencia leve (60-100)	10 (5,84%)	11 (6,42)	12 (7,02%)	15 (10,87 %)
Dependencia moderada (40-55)	6 (3,51%)	4 (2,33%)	11 (6,43)	3 (2,17 %)

Dependencia severa (20-35)	3 (1,74%)	11 (6,42%)	5 (2,92)	2 (1,45 %)
Dependencia total (< 20)	1 (0,58%)	8 (4,68%)	2 (1,17%)	2 (1,45 %)

En la primera fila se destaca la puntuación media del total de pacientes (autónomos y no autónomos), mientras que en la segunda fila es la media del total de personas no autónomas, tal y como se señala en la cuarta fila que aparecen el número de pacientes no autónomos y su porcentaje frente al total de pacientes. En la fila quinta y posteriores, se realiza un desglose según el nivel de dependencia sobre el porcentaje total de pacientes.

Tabla 3. Resultados por categorías e ítems de Euroqol-5D al alta y al año.

Categoría	Ítem	% al alta	% al año
Movilidad	No tengo problemas para caminar	66,27 %	64,49 %
	Tengo problemas leves para caminar	16,87 %	13,04 %
	Tengo problemas moderados para caminar	12,65 %	13,77 %
	Tengo problemas graves para caminar	1,81 %	7,25 %
	No puedo caminar	2,41 %	1,45 %
Autocuidados	No tengo problemas para lavarme o vestirme	78,92 %	83,33 %
	Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	7,83 %	7,97 %
	Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	9,04 %	5,07 %
	Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	1,20 %	1,45 %
	No puedo lavarme o vestirme	3,01 %	2,17 %
Actividades cotidianas	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	56,02 %	72,46 %
	Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	18,67 %	14,49 %
	Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	12,05 %	5,07 %
	Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	4,22 %	0,72 %
	No puedo realizar mis actividades cotidianas	9,04 %	7,25 %
Dolor	No tengo dolor o malestar	67,47 %	51,45 %
	Tengo dolor o malestar leve	18,67 %	22,46 %
	Tengo dolor o malestar moderado	10,84 %	10,14 %
	Tengo dolor o malestar fuerte	1,81 %	15,22 %
	Tengo dolor o malestar extremo	1,20 %	0,72 %
Ansiedad y Depresión	No estoy ansioso ni deprimido	59,64 %	60,87 %
	Estoy levemente ansioso o deprimido	27,11 %	23,91 %
	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	9,04 %	10,14 %
	Estoy muy ansioso o deprimido	4,22 %	3,62 %

	Estoy extremadamente ansioso o deprimido	0,00 %	1,45 %
Escala EVA	Puntuación global de salud (media)	66,92	70,33
	Puntuación global de salud (mediana)	70	73
	Desviación estándar	21,29	21,87