



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación  
respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Zambrano Vera, Bryan Mauricio (ORCID: 0000-0001-9099-9548)

**ASESORA:**

Dra. Dulanto Vargas, Julissa Amparo (ORCID: 0000-0003-4845-3853)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

**PIURA — PERÚ  
2021**

### **Dedicatoria**

Dedico con mucho amor mi tesis a Dios y a mi madre pues han sido mi principal motivación para lograr esta meta con esfuerzo, paciencia y dedicación, en ellas tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día mas.

### **Agradecimiento:**

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, agradezco a mi familia por apoyarme en todo momento y ayudarme a cumplir mis objetivos.

No ha sido sencillo el cambio, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, las situaciones complicadas de lograr esta meta se han notado menos, les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia mi hermosa familia.

## Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>11</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5. Procedimientos	15
3.6. Método de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos	17
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>18</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>

## Índice de tablas

Tabla 1	Ficha técnica del instrumento	20
Tabla 2	Validación de juicio de expertos	22
Tabla 3	Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach	24
Tabla 4	Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, Ecuador, 2021	19
Tabla 5.	Índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021	21
Tabla 6.	Calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021	23
Tabla 7	Comparación de los niveles de calidad de vida según características demográficas y clínicas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria, Ecuador, 2021	25

## Índice de gráficos y figuras

<i>Figura 1</i>	Esquema del tipo de investigación	15
<i>Figura 2</i>	Calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador,2021	24
<i>Figura 3</i>	Niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, Ecuador, 2021	26

## Resumen

El estudio tuvo como propósito relacionar el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador - 2021. El diseño fue no experimental, tipo transversal comparativo. La población estuvo constituida por 300 pacientes con COVID-19 y la muestra fue de 169 pacientes COVID-19 post rehabilitación. Se utilizó como técnica el cuestionario respiratorio St. George, para indagar sobre la calidad de vida de pacientes COVID-19 una encuesta sometida a la validación de cinco expertos (V de Aiken 0,96) y aplicamos a un grupo piloto de 40 participantes con la finalidad de comprobar su confiabilidad con el coeficiente de Cronbach; cuyo resultado fue 0,95 (excelente). Los datos fueron analizados aplicando el programa SPSS V22. Resultado se encontró que existió una correlación positiva muy fuerte entre el índice de atención y la calidad de vida de los pacientes en todas sus dimensiones fueron altas, aplicación del Chi-cuadrado y coeficiente con un valor de  $< 0,05$ . Se concluye que el estudio mostro que la relación del índice de atención y calidad de vida de los pacientes COVID-19 post rehabilitación fue significativa.

**Palabras clave:** *Calidad de vida, Índice de atención, Paciente COVID-19, Rehabilitación respiratoria.*

## **Abstract**

The purpose of the study was to relate the care index and quality of life in COVID- 19 patients with post-respiratory rehabilitation in an intensive care unit, Ecuador - 20121. The design was non-experimental, comparative cross-sectional type. The population consisted of 300 COVID-19 patients and the sample was 169 post-rehabilitation COVID-19 patients. The St. George respiratory questionnaire was used as a technique, to inquire about the quality of life of COVID-19 patients, a survey submitted to the validation of five experts (V of Aiken 0.96) and applied to a pilot group of 40 participants with the purpose of checking its reliability with the Cronbach's coefficient; whose result was 0.95 (excellent). The data were analyzed applying the SPSS V22 program. Result, it was found that there was a very strong positive correlation between the care index and the quality of life of the patients in all its dimensions were high, application of the Chi-square and coefficient with a value of <0.05. It is concluded that the study showed that the relationship between the care index and the quality of life of post-rehabilitation COVID-19 patients was significant.

**Keywords:** *Quality of life, Care index, COVID-19 Patient, Respiratory rehabilitation*



## I. INTRODUCCIÓN

El índice de atención y calidad se tratan de un pilar fundamental de todo servicio de ámbito sanitario contando que este ha tenido un amplio desarrollo científico y tecnológico de los servicios en los últimos años, sin embargo, existen hechos que incrementan la morbilidad y mortalidad. (1) A causa del déficit de este requisito primordial por ello los modelos de calidad y atención que garanticen la participación activa del personal de salud operativo y administrativo, son más surtidos en los establecimientos de salud en conjunto con los pacientes de tal manera que gocen de este beneficio para su bienestar con profesionalismo y excelencia. (2)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) planteo que cada paciente debió recibir de manera óptima los servicios de salud como valoración, diagnóstico y procesos traqueteos para lograr una excelente calidad de atención requerida en todos los establecimientos. (3) La calidad está orientada en la percepción que tiene las personas que son atendidas tanto en la organización, infraestructura y profesionalismo orientada a recibir buenos resultados de los aspectos que ayuden a la efectividad y satisfacción del mismo. (4)

Hoy en la actualidad las instituciones hospitalarias perciben un índice de salud bajo debido a la demanda de usuarios en estos tiempos de pandemia por lo tanto la calidad de atenciones se ve afectada por la poca cobertura respecto a la rehabilitación dentro de áreas de cuidados intensivos a nivel general en los hospitales. (5) Por otro lado, la fibrosis pulmonar es una enfermedad restrictiva que afecta directamente a los pacientes con COVID 19 que necesitan de rehabilitación pulmonar para mejorar su calidad de vida. (6)

La cartera de servicios que ofrecen los hospitales privados muchas veces si abarca la rehabilitación respiratoria sin embargo en muchos casos ciertas instituciones privadas o públicas no cuentan con este servicio primordial para tratar pacientes con secuelas de enfermedades pulmonares en especial con antecedentes de COVID 19. (5) Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Como punto de mucha importancia es vital que estas condiciones dentro de cuidados intensivos se cumplan para logran un mayor índice de atención y calidad en los servicios, así como protocolos que certifiquen la confianza en la vigilancia sanitaria,

su gestión y procesos asistenciales para el usuario en estado crítico. (7)

La rehabilitación respiratoria alivia los síntomas en paciente COVID 19 en el área de hospitalización desde disnea hasta la depresión causada por esta enfermedad, con la adecuada evolución y monitorización. (8) Es efectiva y cumple el objetivo de mejorar su estado de salud, mientras en pacientes críticos no está indicada al momento lo mejor es la recuperación que muchas clínicas privadas brindan a sus pacientes para superar por completo su afección pulmonar. (9)

De lo antes mencionado se plantea el problema general sobre el tema ¿Cuál es el índice de atención y calidad en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021? y los problemas específicos siguientes: 1. ¿Cuál es el índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?; 2. ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021? y 3. ¿Cómo son los niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?

La justificación metodológica de este estudio consideró que logra los objetivos del estudio realizando un proceso metodológico ordenado y sistematizado por lo cual se ha utilizado técnicas e investigación cualitativas y cuantitativas todo orientado al análisis y comparación del índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria determinando en ambas variables los procedimientos para jerarquización de los actores que indican.

Asimismo, una justificación social porque el índice de atención y la calidad de vida por parte de los usuarios que han sufrido fibrosis pulmonar y realizo una rehabilitación respiratoria existe el asunto de la gestión hospitalaria y área específica a estudiar que benéfica de manera oportuna al usuario y a los profesionales que han tratado esas patologías de manera eficaz y eficiente con una pronta recuperación aumentando la calidad de vida durante su tratamiento de rehabilitación.

Por lo tanto, consideremos como objetivo general de este estudio Relacionar el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021. Luego, estudiaremos como objetivos específicos: 1. Valorar el índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021.; 2. Evaluar la calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021. y 3. Comparar los niveles de calidad de vida según características demográficas y clínicas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021.

Finalmente, la hipótesis general será que existe relación positiva del índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada; y respecto a las hipótesis específicas serán: 1. El índice de atención del personal médico y enfermería en pacientes COVID-19 con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos; 2. Existe una mala calidad de vida en pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021; Los pacientes con post rehabilitación de sexo masculino y adultos mayores tienen un menor nivel de calidad de vida. **(Anexo 1)**

## II. MARCO TEÓRICO

Investigaciones internacionales previas como:

**Maglio et al., (Argentina, 2020)** en su investigación «Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19», cuyo propósito fue facilitar a los profesionales de la salud un margen de actuación con pilares para tomar decisiones sobre la atención de usuarios en estado crítico afectador por COVID-19 en cuanto escasez de recursos, insumos y atención médica. Estudiaron a usuarios con la patología a quienes se aplicó una encuesta para medir la calidad de la atención según las guías que sustentan la necesidad de ceder de manera pública y transparente con aceptabilidad y afianzar la conciencia en los trabajadores respecto a atención según un cuestionario validado. Encontraron como resultados que el 80% de los usuarios infectados tuvieron síntomas leves y no necesitaban de disponibilidad en un hospital, mientras que 15% se encuentra en cuidados intermedios o en salas generales, y el 5% que sobra necesita permanecer en unidades de cuidados intensivos. Concluyeron que los que no requerirán asistencia hospitalaria dan visto bueno a la guía para la atención y los cuidados intermedios o en salas generales prefieren que mejore la guía para aumentar la índice calidad en ciertos factores, así como los de unidades de cuidados intensivos. (10)

**Pinzón et al., (Colombia, 2020)** en su investigación «Fisioterapia respiratoria en la funcionalidad del paciente con COVID-19», cuyo propósito fue efectuar intervenciones con documentos sostenibles respecto al tema, para disminuir los efectos que causa en los sistemas del cuerpo humano en dichos pacientes con COVID-19. Estos tuvieron un estudio en el cual de manera cautelosa buscaron literatura y de manera teórica tener conocimiento de todo lo relacionado con rehabilitación respiratoria frente a esta pandemia y encontraron como resultados que publicaciones y guías de manejo en diferentes idiomas latinos frente a los compromisos que se ven en la calidad de vida y atención de estos usuarios. Concluyeron que la rehabilitación respiratoria esta aplicada a protocolos que ayuden la cese de en el COVID-19 para el cese de la sintomatología que presentan los usuarios después y antes COVID-19 agravando su calidad de vida. (11)

**Bolaños et al., (Cuba, 2020)** en su investigación «Rehabilitación en base a las secuelas respiratorias de los pacientes post COVID-19 con enfermedad cerebrovascular», cuyo propósito dar a conocer el contexto de un protocolo para las secuelas de pacientes que tuvieron COVID-19 más una enfermedad de base. En el estudio se realizó un análisis de las distintas emisiones respecto al tema las cuales fueron hechas por varios escritores para un tratamiento personalizado a los usuarios que tuvieron secuela después de esta infección en vías respiratorias y por eso se hizo una revisión exhausta de revistas y artículos ya publicados con bases y datos internacionales además se encontraron como resultados un programa integral personalizado según la patología de base y secuela que esta provocó durante el tiempo que el usuario estuvo, con rumbo a una recuperación sistematizada por lo cual concluyeron que es posible lograr que la calidad de vida de los usuarios mejore así volverlos a insertar en a la vida cotidiana y social sin olvidar que debe llevar un estricto control de los ejercicios respiratorios desde sus hogares es decir que el programa será continuo y beneficios. (12)

**Falcon et al., (Perú, 2020)** en su investigación «Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19», cuyo propósito fue poder identificar la calidad de vida y atención hospitalaria brindada en el alta de usuarios diagnosticados con COVID-19 de manera leve, de las cuales entraron en estudio unos 506 usuarios con esta patología y la muestra fue de 345, con un error 3% y 95% de intervalo de confianza. Encontraron como resultado que más frecuente es el dolor y malestar es la limitación (43%) que sienten los usuarios con esta patología de manera leves y tan solo un 12% tiene un estado óptimo de salud. Concluyeron que los usuarios recuperados de COVID-19 además que tuvieron una evaluación positiva entre los días que iniciaron las complicaciones graves, tuvieron la mayoría ciertas limitaciones o afectaciones en su salud. (13)

**Villarroel et al., (Chile, 2017)** en su investigación «Función pulmonar, capacidad funcional y calidad de atención en pacientes con fibrosis pulmonar», cuyo propósito fue poder sintetizar toda información acerca de los pulmones y seleccionar como la función y capacidad pulmonar, así como la calidad de atención están emparejada con la salud de los usuarios para después de haberse inscrito a un programa de rehabilitación pulmonar, se realizó revisión de la literatura desde años atrás dando

uso a cierta base de datos en internet como PubMed y ScienceDirect de los cuales escogió 10 usuarios donde hubo resultados respecto que la calidad de atención relacionada con la salud se observa que necesita mejorar en especial para los usuarios inscritos en rehabilitación, pero los niveles de disnea mostraron resultados dispares respecto al tema de estudio y concluyeron que los beneficios en cuanto a la capacidad funcional del pulmón y calidad de atención que se encuentra relacionada con la salud siguen siendo pocos según los efectos que tiene el programa ya que no se mantienen el tiempo adecuado en la rehabilitación. (14)

Luego, dentro de las investigaciones anteriores nacionales encontramos:

**Abril et al., (Ecuador, 2021)**, en su investigación «Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria», cuyo propósito fue determinar en qué nivel se encuentra la disnea del usuario y la calidad de vida de los mismo después de salir del hospital previa rehabilitación para ello estudiaron de manera cuantitativa, comparativa y no experimental el estudio se realizó con 82 pacientes entre los 20 y 85 años, que derivan del Hospital Guayaquil lo cual entre los resultados se obtuvo que el 71% tiene disminución de la capacidad física, el 30% de los usuarios poseen disnea de tipo moderada así como el 35% baja calidad de vida en relación con la salud por lo tanto concluyeron que los usuarios post COVID-19 que tienen disnea moderada que hace compleja su recuperación en todos los aspectos recomendando ejercicios respiratorios para mejorarla. (15)

**Quimi et al., (Ecuador, 2021)**, en su investigación «Recomendaciones para el primer nivel de atención de salud frente a la emergencia por COVID-19», cuyo propósito fue incrementar la capacidad resolutoria de las unidades médicas, disminuir los contagios y posibles complicaciones en el estado de salud de los pacientes. Estudiaron los pacientes que acudían a los distintos establecimientos de salud así como el personal de diferentes instituciones públicas y privadas y una revisión bibliográfica respecto a lo acontecido a quienes se aplicó una encuesta para medir la calidad de la atención obteniendo un 67% de déficit en cuanto a la atención por estar a máxima capacidad los establecimientos de salud y aumento del 90% de pacientes con síntomas de COVID-19. Encontraron como resultados que la atención de salud en Ecuador necesita nuevas reformas y protocolos

derivado de las nuevas evidencias científicas y tendencias de la enfermedad. Concluyeron que el sistema sanitario se ve colapsada por el aumento de casos, así como disminución de calidad de atención e insumos para el personal médico. (16)

**Soria & Burbano (Ecuador, 2020)**, en su investigación «Atención, diagnóstico y manejo de pacientes sospechoso y/o confirmados COVID-19», cuyo propósito fue establecer una normativa a seguir en el Hospital de Especialidades para la atención de pacientes con infección respiratoria aguda sospecho y/o confirmado de COVID-19 así como establecer medidas necesarias de protección para el personal de salud. El estudio se aplicó a la atención de pacientes de todas las edades con condiciones clínicas y diagnóstico de COVID-19 desde su ingreso hasta establecer su condición además de recursos bibliográficos libres y limitado bajo autor principal Encontraron como resultados que existe una sobrecarga de paciente en el caso de COVID-19 que deber enviados directamente a hospitales centinela y que presten el servicio con la complejidad que necesite, de esta manera brindar un mejor servicio. Concluyeron que el manejo terapéutico es dado según lo complejo de la enfermedad y derivado por el mismo con la idea de no congestionar el servicio colapsado de salud por la pandemia. (17)

**Pinela et al., (Ecuador, 2020)**, en su investigación « Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria » con el objetivo de determinar el impacto del COVID-9 respecto a la capacidad funciona y calidad de vida en un estudio retrospectivo cuantitativo Estudiaron a 80 usuarios del Hospital Monte Sinaí de guayaquil donde Encontraron como resultados que una de más comorbilidades más común es la hipertensión y los síntomas en un 100% fatiga , disnea 84%, anosmia/o ageusia 43% debilidad muscular 51% dentro de Sit To Stand un rendimiento bajo y según la escala de Borg reflejo 33% esfuerzo moderado así como una correlación lineal positiva entre capacidad funcional y el impacto de la CVRS. Concluyeron que el COVID-19 tiene in impacto medio alto en la capacidad funcional respiratoria y CVRS de los pacientes post alta hospitalaria así mismo la sintomatología persistente afecta en el bienestar y calidad de vida de los pacientes (18)

**Sacasari (Ecuador, 2018)**, en su investigación «Efectos del programa de ejercicios respiratorios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fibrosis pulmonar», cuyo propósito fue poder mostrar que mediante la rehabilitación y ejercicios respiratorios se puede mejorar síntomas de los usuarios con EPOC y Fibrosis Pulmonar, así mismo se optó por estudiar un grupo de 17 usuarios que se atienden en el servicio y Hospital de la ciudad para la cual se encontró como resultados que por medio de algún programa, protocolo o guía que ayude a la expansión torácica y a mejorar su calidad de vida en pacientes que presentan EPOC y Fibrosis Pulmonar al final concluyeron que poder aplicar un programa de rehabilitación se necesita provoca cambios característicos en el test de marcha y en los servicios de salud de tal manera que los usuarios tengan un rango equivalente a un 80 a 100% mejoraron su condición física. (19)

En lo que se refiere a teorías, se realizó una búsqueda de informaciones científicas actuales sobre las variables y sus dimensiones respecto al índice de atención y calidad en establecimientos de salud enmarcados en la eficiencia, la equidad efectivas y eficiencia que percibe el usuario entorno a los servicios garantizando una equidad y accesibilidad. (20) Según la OMS garantizar una buena asistencia de salud se debe asegurar que los usuarios reciban todo el conjunto de servicios en el mundo la atención de salud pública y privada debe tener todas las prioridades básicas para las distintas enfermedades una atención suficiente con profesionalismo y organización eficiente mejora las defensas de los sistemas sanitarios. (21)

Índice de atención se basa en determinar el número y el tiempo en que el personal de salud suple la demandas de atención de los pacientes según su necesidad, enfermedad y cuidado que exigen las instituciones según el grado de gravedad y el número de pacientes asignados a cada servidor de la salud. (22) La eficiencia y rendimiento, así como recuperación del paciente parte desde el índice de atención el cual debería constar en los registros y jornadas de cada profesional según su demanda y tratamiento. (23)

La calidad de vida en cuanto a los pacientes con fibrosis pulmonar post COVID-19 juega un rol importante para tener conocimiento de la experiencia de su enfermedad



es decir que esta depende del grado de la enfermedad, así como el índice de atención que se preste en cuanto a atención y cuidados médicos, la calidad de vida que se brinda en torno a cuidados intermedios de una clínica o hospital privado, estas valoradas mediante cuestionario de Saint George (SGRQ). (24) En el cual exclusivamente diseñado para saber más de los problemas respiratorios y como esta afecta en la vida del paciente en relación con los aspectos de su enfermedad dando a conocer la calidad de vida es decir la forma en como el paciente afronta su enfermedad en el ámbito personal y social es así como el desempeño según sus ítems adecuadamente estipulados y los problemas que se tiene en torno a su situación, sin embargo existen varios términos de calidad que es necesario tener en cuenta respecto al índice y niveles de calidad de vida en los enfermos según su actividad e impacto que esta tenga su diario vivir o a largo plazo. (25)

Los pacientes COVID-19 desarrollan una enfermedad respiratoria aguda grave provocada por el virus del SARS CoV 2 que va desde síntomas leves en vía aérea superior hasta un SDRA grave. (26) Los factores de riesgo principal la fibrosis pulmonar que combinadas con comorbilidades de hipertensión o diabetes más un aumento de edad en general personas de sexo masculino desencadenan un papel crítico en torno a la salud del paciente provocando que la infección sea tan severa que al final el paciente que logre superar esta enfermedad queda con secuelas muy graves que deben ser tratadas de inmediato con rehabilitación respiratoria. (27)

La fibrosis pulmonar es una enfermedad que afecta a los tejidos del pulmón volviéndolos gruesos y rígidos imposibilitando a la expansión de los mismo estos a lo largo hacen casi imposible el transporte de oxígeno hacia el cerebro y otros órganos vitales. (28) El proceso de esa afección en muchos casos avanza de manera rápida y en otros lenta entre los síntomas destacamos tos y dificultad para respirar la mayoría de pacientes necesitan urgente un trasplante de pulmón sin embargo una opción para mejorar la calidad de vida es la rehabilitación pulmonar que ayuda al reclutamiento alveolar. (29)

La rehabilitación respiratoria es un punto clave para los pacientes que salieron del cuadro crítico o severo en que se encontraban a pesar de las secuelas tiene la opción de esta terapéutica y se encuentra indicada hasta en pacientes que presenten

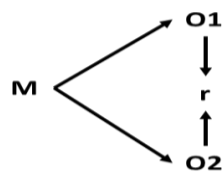
tos con secreciones para poder expectorar con facilidad. (30) Para ello se cuenta con técnicas que incrementan el flujo espiratorio de manera pasiva o activa, dispositivos con presión positiva espiratoria u entrenamiento de los músculos respiratorios también podemos incluir aspiración de secreciones y casos especiales nebulizaciones. (31)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación tuvo un tipo de enfoque cuantitativo, con una finalidad básica y alcance comparativo (32). La base es porque se buscó extraer conclusiones partiendo de una hipótesis, incrementar nuevo conocimiento y se recabo todo tipo de información referente al tema de estudio

El estudio tuvo un diseño no experimental, tipo transversal comparativo (32). Se aduce porque se observó los hechos sin alterar las variables expuestas, analizo e interpreto los datos obtenidos con la descripción y recolección de los datos en un único tiempo. Los estudios descriptivos comparativos se concentraron en recolectar datos que determinaron y compararon la situación real y transversal por ser examinado en el momento preciso



**Figura 1** Esquema del tipo de investigación

Donde:

M= Usuarios COVID-19 post rehabilitación respiratoria

O1= Índice de atención

O2= Calidad de vida

R= Relación de índice de atención y calidad de vida

#### 3.2. Variables y operacionalización

Las variables de estudio fueron índices de atención y calidad de vida de pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar.

##### Variable 1 Índice de atención

- Definición conceptual: Es atención de salud adecuada a pacientes que no necesitan atención de larga estancia. Pueden de algún sitio determinado del hospital, o cualquiera de ellos servicios brindados a usuarios internos, así

como atenciones extra es decir fuera del hospital a otras unidades de salud, y todo ser servicio a usuarios externos de consultas a corto plazo. (33)

- Definición operacional: Es cuando con las dimensiones aspectos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta seguridad y empatía poder determinar qué tipo de índice de atención tiene los usuarios.
- Indicadores: tiempo de valoración, tiempo de terapia, tiempo médico, tiempo enfermería y tiempo terapeuta.
- Escala de medición: Tiempo / Minutos

## **Variable 2** Calidad de vida

- Definición conceptual: un concepto general es que plasma inquietud por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad. (33)
- Definición operacional: Es cuando con las dimensiones síntomas, actividad e impacto para determinar la calidad de vida de pacientes con enfermedades respiratorias.
- Indicadores: Frecuencia, Gravedad, limitación de las actividades debidas a la disnea, alteraciones psicológicas, Ámbito social
- Escala de medición: 1= Nada frecuente, 2= Poco frecuente; 3= Frecuente y 4= Muy frecuente

Las variables sociodemográficas son edad y sexo.

La matriz completa de operacionalización se encuentra en el **Anexo 2**.

### **3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis**

La población estará conformada por 300 pacientes de la unidad de cuidados intensivos

La muestra estuvo conformada por 169 pacientes COVID-19 post Rehabilitación Respiratoria en la primera mitad del período (abril de 2021).

Los criterios de inclusión fueron: a) Usuarios entre 25 y 60 años de ambos sexos, b) Usuarios que acepten participar de forma voluntaria, c) Usuarios post COVID-19

Y los criterios de exclusión fueron: a) Usuarios que durante el proceso de la encuesta desistan, b) Usuarios que padecen patologías diferentes a COVID-19, c) Usuarios que abandonen el programa de Rehabilitación.

Se realizó un piloto en 40 usuarios externos para evaluar el tiempo en que se tardan en contestar, su reacción y detección de posibles errores de redacción. Se precisó el tamaño de muestra calculado con fórmula para la calidad de vida de los pacientes COVID-19 post rehabilitación respiratoria: población finita, nivel de confianza de 95% ( $Z=1,96$ ), probabilidad de conocimiento y cumplimiento del resultado piloto previo de 50% ( $p=0,5$ ), una precisión de 5% ( $d=0,5$ ) **(Anexo 3)**

La muestra fue no probabilística, por conveniencia.

La unidad de análisis fueron los pacientes COVID-19 post Rehabilitación Respiratoria y las unidades de observación fueron los usuarios y sus respectivas historias clínicas

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la encuesta como técnica para indagar sobre la calidad de vida de pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar se usó como instrumento el cuestionario respiratorio St. George, Asimismo, se recolectó datos que fueron adaptados del cuestionario original con el cual se cuantificó el impacto de la enfermedad, Asimismo, se analizó el cuestionario para evaluar la calidad de vida donde la escala Likert se redujo a cuatro niveles, ya que simplifica el llenado y facilita su interpretación.

El cuestionario quedó en estructura de 15 preguntas cerradas para cada variable, conformada por 3 dimensiones y medidas según la escala de Likert donde cada nivel de porcentaje constó de 20% (Rangos de porcentaje: Mala 0-20; Regular 20-40; Bueno 50-70; Muy Buena 80-100). **(Anexo 4)**

**Tabla 2.** Ficha técnica del instrumento

---

Nombre del cuestionario	Cuestionario de calidad de vida
-------------------------	---------------------------------

---

Autor	Zambrano Vera Bryan Mauricio
Adaptado	Si, aplica. Adaptado a partir del modelo St. George.
Lugar	Servicio de cuidados intensivos
Fecha de aplicación	Primera mitad de junio de 2021
Objetivo	Evaluar la calidad de vida en pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021.
Dirigido a	Pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar
Tiempo estimado	20 minutos
Margen de error	0,05
Estructura	Compuesto de 15 ítems, con tres dimensiones e indicadores por cada una: A, B y C. Todos con indicadores en escala tipo Likert con valores 1= Nada frecuente, 2= Poco frecuente; 3= Frecuente y 4= Muy frecuente

La validación del instrumento fue sometida a consideración y opinión de cinco especialistas: Primer experto: Magister en Gerencia en Servicios de la Salud 19 años de experiencia. El segundo experto: Magister en Gerencia Hospitalaria con 15 años de experiencia. La tercera experta: Magister en Gerencia de Servicios de Salud con 15 años de experiencia. El cuarto experto en y el quinto experto fue Magister en Salud Pública. Todos evaluaron los criterios de pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia en valoración del 1 al 4. El índice de V de Aiken resultó de 0,96. **(Anexo 5)**

**Tabla 3.** Validación de juicio de expertos

Experto	Grado Académico	Nombre y Apellidos	Criterios	V de Aiken
1	Mg.	Ximeno Pablo González Sánchez	Pertinencia Relevancia Claridad Suficiencia	0,96
2	Mg.	Leonardo Iván Chillan Azua		
3	Mg.	Vanessa Jacqueline Mina Lastra		
4	Mg.	Betancourt Alfredo Portocarrero		
5	Mg.	Edwards Sabando Fajardo		

El estudio piloto previo, también ayudó a determinar la confiabilidad del instrumento. Se analizó con la prueba estadística de Alfa de Cronbach para obtener un valor mínimo de 0,7 equivalente a bueno. **(Anexo 6)**

**Tabla 4.** Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad		Niveles
Alfa de Cronbach	Nº de elementos	
0,95	15 preguntas instrumento 1	<b>Excelente</b>

### 3.5. Procedimientos

Los procedimientos incorporan los siguientes pasos:

- Adaptación del cuestionario Sant George al área explicados antes.
- Validación de contenido por juicio de expertos explicados antes.
- Permisos y autorización para aplicar la encuesta en su institución.: Se solicitó permiso y autorización a la Dirección General del Centro de Salud, explicándole el propósito del estudio. Se emitió la carta de autorización **(Anexo 7)**.
- Información verbal del consentimiento informado: Se solicitó permiso a los usuarios externos, que fueron plasmados con la explicación del estudio, mostrando su decisión de participación voluntaria con su aceptación verbal y declarando el investigador sobre el cumplimiento de esta acción. **(Anexo 8)**
- Aplicación de prueba piloto: Durante el desarrollo del procedimiento, se informó sobre el anonimato de la información obtenida y su tratamiento de confidencialidad y no juzgando por la información obtenida.
- El acceso a las historias clínicas para propósitos de investigación requerirá que los datos de identificación personal del paciente se mantengan separados de los datos clínicos para asegurar el anonimato. Esto será sustentado con un compromiso de investigador para la no divulgación de datos. **(Anexo 9)**
- Determinación del tamaño de la muestra explicado antes.
- Determinación de la frecuencia de aplicación: Planificando para ser realizado a diferentes días y horas de la semana para poder obtener resultados más confiables. Estableciendo (lunes, miércoles y viernes de 8am-12am; martes y jueves de 12pm-5pm).

Asimismo, incorporarán los siguientes pasos:

- Aplicación de cuestionario en el área: Donde el personal de salud será capacitado para realizar el proceso de recolección de datos aplicando el cuestionario validado, siempre manteniendo un clima de respeto y confidencialidad.
- Organización de la información. Se recogerán los instrumentos aplicados, salvaguardados en archivo codificado para su lectura, el mismo que será analizado de forma estadística.

### **3.6. Método de análisis de datos.**

El tratamiento de los datos se ha realizado mediante una base de datos anónima y codificada con el programa MS Excell®. El análisis de los datos se ha hecho con el programa SPSS® v. 20. 0.

Los datos del estudio piloto fueron tratados para valorar la fiabilidad de la consistencia interna. El coeficiente de la consistencia interna usado fue el alfa de Cronbach. Para su cálculo se utilizó el procedimiento RELIABILITY del programa estadístico SPSS® que ofrece el valor puntual y su intervalo de confianza al 95%. El valor mínimo considerado será de 0,7. Las puntuaciones de los coeficientes alfa de Cronbach se calcularon en forma global y por ítems del cuestionario (39)(40).

Los datos administrativos de la institución y del estudio piloto fueron usados para determinar el tamaño de muestra con el programa Excel de la web Fisterra.

Para comparar los criterios de valoración entre ambas encuestas se realizó, inicialmente, el test de con una prueba de Chi cuadrado para comprobar la bondad de ajuste a la normalidad de cada una de las variables analizadas en este estudio. Así como correlación de Spearman, siendo un p mayor o igual a 0,05 el indicativo de distribución normal (41).

### **3.7. Aspectos éticos**

Fue necesario el consentimiento previo de los pacientes que se plasmó con su aceptación verbal. No fue necesario la aprobación por un Comité de ética, dadas las características del estudio y la legislación vigente: la información del paciente estuvo disponible para fines científicos, garantizando plenamente el derecho a la



privacidad. Asimismo, la ética para realizar la siguiente investigación está sustentada con documentaciones académicas que garanticen la originalidad del estudio, respeto de autoría y la divulgación de la misma con fines académicos.

#### IV. RESULTADO

##### *Resultados sobre el objetivo general*

Tabla 4. Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021.

Índice de atención	Calidad de vida	Sig.
	Coefficiente de correlación	
Tiempo de valoración	0,80	< 0,05*
Tiempo de terapia	0,84	< 0,05*
Tiempo médico	0,90	< 0,05*
Tiempo enfermera	0,88	< 0,05*
Tiempo terapeuta	0,82	< 0,05*

(a) Correlación Spearman; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01.

##### Interpretación:

En la tabla 4 podemos apreciar que los resultados existieron asociación entre la calidad de vida y el índice de atención en cuanto a los tiempos de valoración con un valor de 0,80  $p < 0,05$  reflejando una relación positiva muy fuerte así mismo tiempo de terapia 0,84  $p < 0,05^*$  de igual manera el tiempo medico con 0,90, tiempo enfermera con 0,88 y terapeuta con 0,82 con una relación positiva muy fuerte y un p valor significativo.

*Resultados sobre el objetivo específico 1*

Tabla 5. Índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021.

Índice de atención	Tiempo					P-Valor
	20-30 min	31-40min	41-50min	51-60 min	61-120 min	
Tiempo de valoración	79(47%)	65(38%)	25(15%)	0(0%)	0(0%)	< 0,05*
Tiempo de terapia	40(24%)	69(40%)	50(30%)	5(3%)	5(3%)	< 0,05*
Tiempo medico	80(47%)	55(33%)	30(18%)	4(2%)	0(0%)	< 0,05*
Tiempo enfermera	66(39%)	56(33%)	46(27%)	1(1%)	0(0%)	< 0,05*
Tiempo terapeuta	35(21%)	68(40%)	57(34%)	6(3%)	3(2%)	< 0,05*

(b) Test de Chi Cuadrado y \* p < 0,05; \*\*p < 0,01;

Interpretación:

En la tabla 5 se puede apreciar el índice de atención según el tiempo brindado para la cual dentro del tiempo de valoración un 47% toma un tiempo de 30 – min, el tiempo de terapia 40% de 30-40 min, el tiempo medico un 47% de 20-30 min el tiempo de enfermería un 39% de 20-30min y el tiempo terapeuta 40% 30-40min. Hubo diferencias significativas entre los valores.

*Resultados sobre el objetivo específico 2*

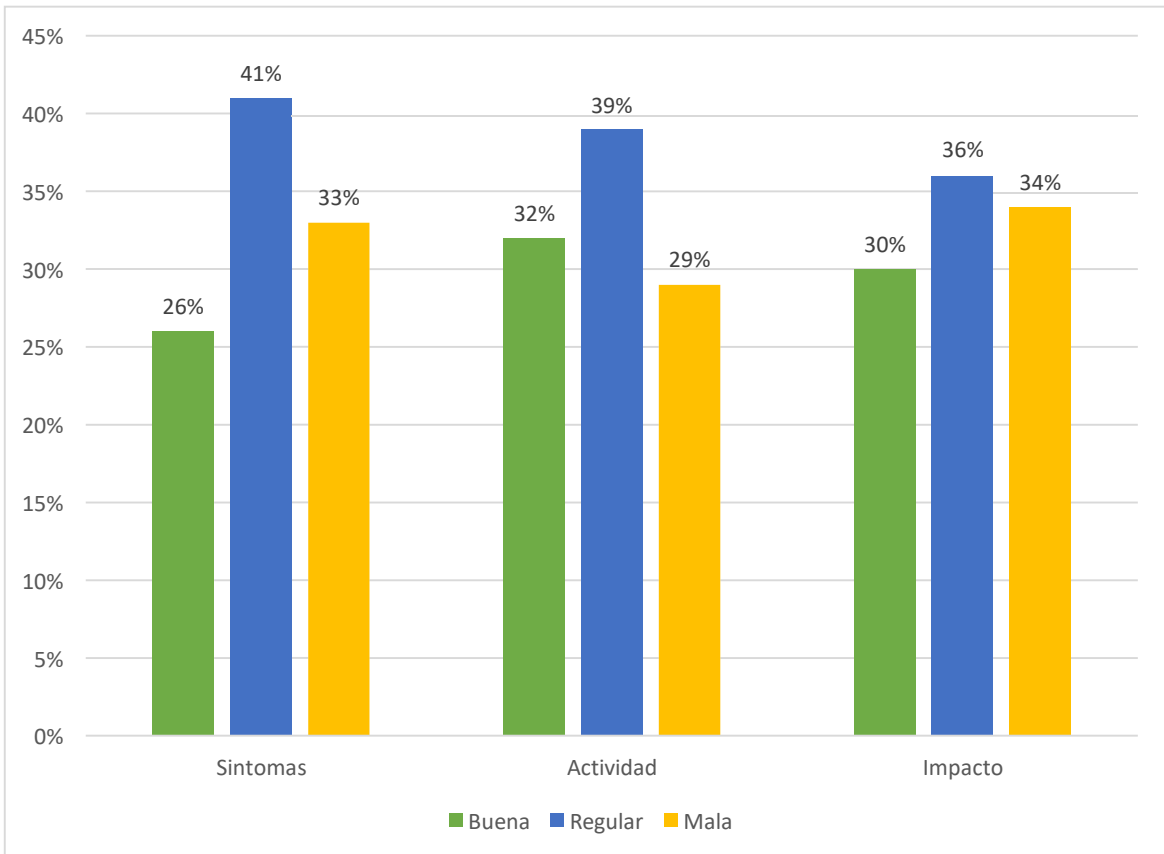
Tabla 6. Calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021.

Calidad de vida	Buena	Regular	Mala	Sig.
Síntomas	45(26%)	69(41%)	55(33%)	< 0,05*
Actividad	54(32%)	66(39%)	49(29%)	
Impacto	51(30%)	60(36%)	58(34%)	

(a) Test de Chi Cuadrado y \*p < 0,05; \*\*p < 0,01;

Interpretación:

En la tabla 6 se aprecia la calidad de vida según sus dimensiones síntomas en la cual encontramos un 41% de calidad de vida regular en los pacientes, mientras en actividad un 39% de calidad de vida regular y en impacto un 36% calidad de vida regular de pacientes COVID -19, hubo diferencias significativas entre los valores.



*Figura 2.* La calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador 2021

**Interpretación:**

En la figura se aprecia la calidad de vida según sus dimensiones síntomas en la cual encontramos un 41% de calidad de vida regular en los pacientes, mientras en actividad un 39% de calidad de vida regular y en impacto un 36% calidad de vida regular de pacientes COVID -19, hubo diferencias significativas entre los valores.

*Resultados sobre el objetivo específico 3*

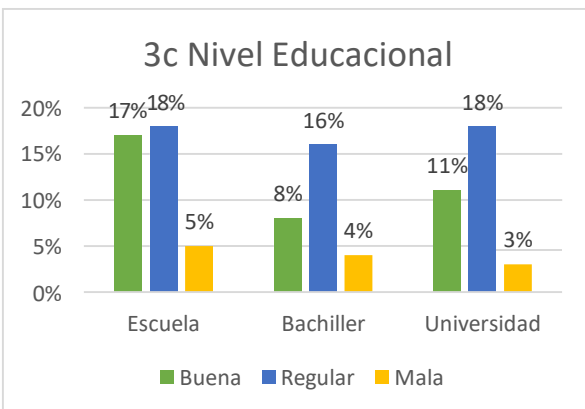
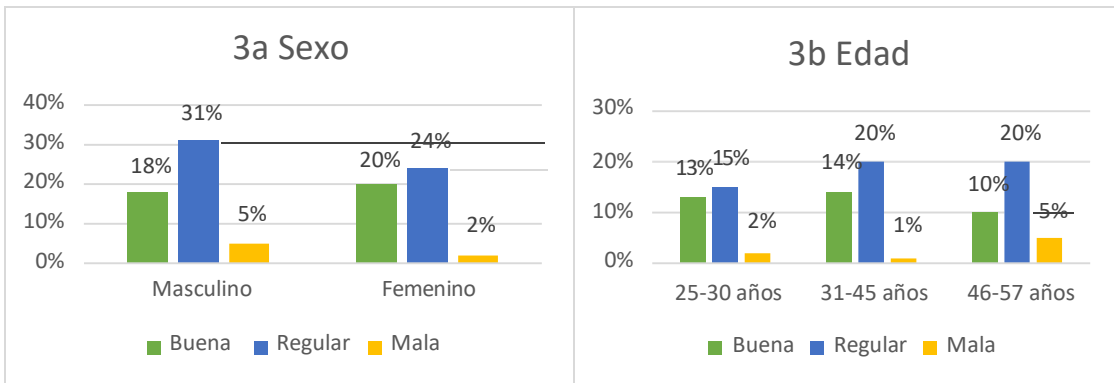
Tabla 7. Comparar los niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria.

Características sociodemográficas	n 169	Calidad de vida			Sig.
		Buena	Regular	Mala	
Sexo	Masculino	31(18%)*	52(31%)*	8(5%)	Chi <sup>2</sup> 25.6 < 0,05*
	Femenino	33(20%)*	41(24%)*	4(2%)	
Años	25-30 años	22(13%)*	26(15%)*	3(2%)	Chi <sup>2</sup> 28.10 < 0,05*
	31-45 años	24(14%)*	33(20%)*	2(1%)	
	46-57 años	17(10%)*	34(21%)*	8(5%)	
Nivel educacional	Escuela	29(17%)*	30(18%)*	9(5%)	Chi <sup>2</sup> 55.9 < 0,05*
	Bachiller	14(8%)*	27(16%)*	6(4%)	
	Universidad	18(11%)*	31(18%)*	5(3%)	

(a) Test de Chi Cuadrado  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,01^{**}$ ;

**Interpretación:**

En la tabla 7 se puede apreciar los niveles de calidad según las características sociodemográficas en cuanto al sexo masculino en 31% una calidad de vida regular, así como en pacientes de 46-57 años una calidad de vida regular y según su nivel educacional en pacientes con educación universitaria un 18% con calidad de vida regular. Existió diferencias significativas entre los valores



**Figura 3.** Niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, 2021

**Interpretación:**

En la figura se puede apreciar los niveles de calidad según las características sociodemográficas en cuanto al sexo masculino en 31% una calidad de vida regular, así como en pacientes de 46<sup>a</sup> 57 años una calidad de vida regular y según su nivel educacional en pacientes con educación universitaria un 18% con calidad de vida regular. Existió diferencias significativas entre los valores

## V. DISCUSIÓN

Se comparo el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, mejorando los tiempos de atención entre los pacientes y poder obtener una buena calidad de vida a largo plazo Maglio (Argentina,2020) Estudiaron a usuarios con la patología a quienes se aplicó una encuesta para medir la calidad de la atención según las guías que sustentan la necesidad de ceder de manera pública y transparente con aceptabilidad y afianzar la conciencia en los trabajadores respecto a atención según un cuestionario validado.

En el estudio se realizó y validó un instrumento dirigido a pacientes COVID-19 post rehabilitación en relación a su calidad de vida las cuales se basaron en un cuestionario de Sant George para medir la calidad de vida de los pacientes según patologías respiratorias evaluando cada una de las dimensiones síntomas, actividad e impacto con sus respectivos ítems de frecuencia, gravedad, limitaciones, alteraciones y el ámbito estudiado de cada paciente.

Después se analizó los datos de la muestra de 169 pacientes COVID-19 post rehabilitación de una unidad de cuidados intensivos de un hospital privado, a partir de estas muestras se obtuvo los siguientes resultados dentro de la tabla 4.4 podemos apreciar que los resultados existieron asociación entre la calidad de vida y el índice de atención en cuanto a los tiempos de valoración con un valor de 0,80  $p < 0,05$  reflejando una relación positiva muy fuerte así mismo tiempo de terapia 0,84  $p < 0,05^*$  de igual manera el tiempo médico con 0,90, tiempo enfermera con 0,88 y terapeuta con 0,82 con una relación positiva muy fuerte y un  $p$  valor significativo. Este resultado tuvo similitud con Pinela (Ecuador,2020) Encontraron como resultados que una de las más comunes comorbilidades es la hipertensión y los síntomas en un 100% fatiga, disnea 84%, anosmia/o ageusia 43% debilidad muscular 51% dentro de Sit To Stand un rendimiento bajo y según la escala de Borg reflejo 33% esfuerzo moderado, así como una correlación lineal positiva entre capacidad funcional y el impacto de la CVRS. Concluyeron que el COVID-19 tiene un impacto medio alto en la capacidad funcional respiratoria y CVRS de los



pacientes posts altas hospitalaria así mismo la sintomatología persistente afecta en el bienestar y calidad de vida de los pacientes.

Así mismo se analizó los resultados obtenidos en dentro de la tabla 6 se observó el Índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos lo cual concluyo en que el índice de atención según el tiempo brindado para la cual dentro del tiempo de valoración un 47% toma un tiempo de 30 – min, el tiempo de terapia 40% de 30-40 min, el tiempo medico un 47% de 20-30 min el tiempo de enfermería un 39% de 20-30min y el tiempo terapeuta 40% 30-40min y hubo diferencias significativas entre los valores. Un tano similar a Villarroel (chile,2017) donde se escogió 10 usuarios donde hubo resultados respecto que la calidad de atención relacionada con la salud se observa que necesita mejorar en especial para los usuarios inscritos en rehabilitación, pero los niveles de disnea mostraron resultados dispares respecto al tema de estudio y concluyeron que los beneficios en cuanto a la capacidad funcional del pulmón y calidad de atención.

Mientras que la calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada según en la tabla 6 sus dimensiones síntomas en la cual encontramos un 41% de calidad de vida regular en los pacientes, mientras en actividad un 39% de calidad de vida regular y en impacto un 36% calidad de vida regular de pacientes COVID -19, existió diferencias significativas entre los valores con la diferencia de Bolaños (Cuna,2020) se realizó un análisis de las distintas emisiones respecto al tema las cuales fueron hechas por varios escritores para un tratamiento personalizado a los usuarios que tuvieron secuela después de esta infección en vías respiratorias y por eso se hizo una revisión exhausta de revistas y artículos ya publicados con bases y datos internacionales además se encontraron como resultados un programa integral personalizado según la patología de base y secuela que esta provoco durante el tiempo que el usuario estuvo, con rumbo a una recuperación.

Mientras que en la tabla 7 que habla sobre comparar los niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación

respiratoria se apreció los niveles de calidad según las características sociodemográficas en cuanto al sexo masculino en 31% una calidad de vida regular, así como en pacientes de 46-57 años una calidad de vida regular y según su nivel educacional en pacientes con educación universitaria un 18% con calidad de vida regular. Existió diferencias significativas entre los valores esto concuerda con Sacasari (Ecuador,2018) la rehabilitación y ejercicios respiratorios se puede mejorar síntomas de los usuarios con EPOC y Fibrosis Pulmonar, así mismo se optó por estudiar un grupo de 17 usuarios que se atienden en el servicio y Hospital de la ciudad para la cual se encontró como resultados que por medio de algún programa, protocolo o guía que ayude a la expansión torácica y a mejorar su calidad de vida en pacientes que presentan EPOC y Fibrosis Pulmonar al final concluyeron que poder aplicar un programa de rehabilitación se necesita provoca cambios característicos en el test de marcha y en los servicios de salud de tal manera que los usuarios tengan un rango equivalente a un 80 a 100% mejoraron su condición física.

Así mismo dentro de las teorías que pudimos resaltar en el trabajo de Quimi (Ecuador, 2021), en su investigación «Recomendaciones para el primer nivel de atención de salud frente a la emergencia por COVID-19», cuyo propósito fue incrementar la capacidad resolutoria de las unidades médicas, disminuir los contagios y posibles complicaciones en el estado de salud de los pacientes. Estudiaron los pacientes que acudían a los distintos establecimientos de salud así como el personal de diferentes instituciones públicas y privadas y una revisión bibliográfica respecto a lo acontecido a quienes se aplicó una encuesta para medir la calidad de la atención obteniendo un 67% de déficit en cuanto a la atención por estar a máxima capacidad los establecimientos de salud y aumento del 90% de pacientes con síntomas de COVID-19. Encontraron como resultados que la atención de salud en Ecuador necesita nuevas reformas y protocolos derivado de las nuevas evidencias científicas y tendencias de la enfermedad. Muy en concordancia con las teorías que pudimos destacar en el nuestro marco teórico como el Índice de atención se basa en determinar el número y el tiempo en que el personal de salud suple la demandas de atención de los pacientes según su necesidad, enfermedad y cuidado que exigen las instituciones según el grado de gravedad y el número de

pacientes asignados a cada servidor de la salud. Así también la eficiencia y rendimiento, así como recuperación del paciente parte desde el índice de atención el cual debería constar en los registros y jornadas de cada profesional según su demanda y tratamiento y por último la teoría de la calidad de vida en cuanto a los pacientes con fibrosis pulmonar post COVID-19 que juegan un rol importante para tener conocimiento de la experiencia de su enfermedad en cuanto a la calidad de vida que se brinda en torno a cuidados intermedios de una clínica o hospital privado, estas valoradas mediante cuestionario de Saint George (SGRQ)

En otro estudio como en el de Soria & Burbano (Ecuador, 2020), en su investigación «Atención, diagnóstico y manejo de pacientes sospechoso y/o confirmados COVID-19», cuyo propósito fue establecer una normativa a seguir en el Hospital de Especialidades para la atención de pacientes con infección respiratoria aguda sospecho y/o confirmado de COVID-19 así como establecer medidas necesarias de protección para el personal de salud. El estudio se aplicó a la atención de pacientes de todas las edades con condiciones clínicas y diagnóstico de COVID-19 desde su ingreso hasta establecer su condición además de recursos bibliográficos libres y limitado bajo autor principal encontramos como resultados que existe una sobrecarga de paciente en el caso de COVID-19 que deber enviados directamente a hospitales centinela y que presten el servicio con la complejidad que necesite, de esta manera brindar un mejor servicio en concordancia con los resultados de obtenidos por el instrumento realizado es muy similar como el índice y la atención pueden mejorar la calidad de vida de un paciente lo esencial y primordial que este puede ser para clasificar a los pacientes según su patología y capacidad de avance en mejorar su calidad de vida en conjunto con los tiempos de atención brindados en el hospital.

Mientras que el índice de atención y calidad de vida están enfocados en diversas teorías como determinar el número y el tiempo en que el personal de salud sule la demandas ce atención de los pacientes según su necesidad, enfermedad y cuidado que exigen las instituciones según el grado de gravedad y el número de pacientes asignados a cada servidor de la salud y los pacientes con fibrosis pulmonar post COVID-19 que juegan un rol importante para tener conocimiento de la experiencia de su enfermedad en cuanto a la calidad de vida que se brinda en

torno a cuidados intermedios de una clínica o hospital privado, estas valoradas mediante cuestionario de Saint George.

## VI. CONCLUSIONES

El estudio mostró que la relación entre el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivo obtuvo relaciones positivas muy fuertes y diferencias significativa.

1. Existieron asociación entre la calidad de vida y el índice de atención en cuanto a los tiempos de valoración reflejan una relación positiva muy fuerte así mismo tiempo de terapia y de igual manera el tiempo medico en conjunto con el tiempo enfermera y terapeuta con 0,82 con una relación positiva muy fuerte y un p valor significativo.
2. Se aprecia la calidad de vida según sus dimensiones síntomas en la cual encontramos que en su mayoría la calidad de vida es regular en los pacientes, mientras en actividad un su mayor parte la calidad de vida es regular y en impacto una gran parte de la calidad de vida es regular en pacientes COVID - 19, hubo diferencias significativas entre los valores.
3. Se puedo concluir que los niveles de calidad según las características sociodemográficas en cuanto al sexo masculino en su mayoría tienen una calidad de vida regular, así como en pacientes de 46-57 años una calidad de vida regular y según su nivel educacional en pacientes con educación universitaria una gran parte tiene calidad de vida regular. Existió diferencias significativas entre los valores

## VII. RECOMENDACIONES

Sobre lo encontrado en el estudio, se recomienda que se sugiere mejorar el índice de atención de ciertas áreas y ciertos profesionales de la unidad de cuidados intensivos sus para obtener mejores resultados en cuando a la calidad de vida del paciente y sus tratamientos hospitalarios.

1. Se fomenta que por parte de las autoridades del hospital público existan nuevos test de calidad de vida de pacientes resultado favorable cuando el paciente está en constante rehabilitación.
2. Podría mejorarse la calidad de vida impartiendo talleres donde los profesionales puedan interactuar con sus pacientes realizares los test pertinentes y ayudar a progresar el paciente
3. El refuerzo entre el índice de atención y calidad de vida de la paciente post rehabilitación requiere mucho de los insumos que brinde el hospital para un mejor servicio a nivel terapéutico por ende es necesario solicitar los equipos necesarios a las autoridades pertinente siguiendo los órganos regulares para mejorar los equipos y brindar mantenimiento a los ya adquiridos de esta manera la calidad de vida de los pacientes mejore según lo ameriten.

## REFERENCIAS

1. Duran Rodriguez R, Rodriguez Garcia K, Gomero Piti R. Calidad de atención recibida en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos en hospital de Baracoa. Revista Informacion Científica. 2016; 95(1).
2. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2014 ene.-mar; 30(1).
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2021 04 23. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
4. Fariño Cortez J, Cercado Mancero A, Vera Lorenti E, Valle Flores J, Ocaña Ocaña A. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. Revista Espacios. 2018; 39(32).
5. Molina Guzmán A. Operation and Governance of the National Health System of Ecuador. Revista de Ciencias Sociales. 2019 enero-abril; 63.
6. Sánchez. cómo se clasifica la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El Silver. 2018 Ago.
7. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2016 [cited 2021 04 23. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14411:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-4&Itemid=0&showall=1&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14411:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-4&Itemid=0&showall=1&lang=es).
8. Stélianides J S, Grosbois M. Rehabilitación respiratoria. EMC - Tratado de Medicina. 2018 junio; 22(2).
9. Martínez-Pizarro S. Respiratory rehabilitation in patients with COVID-19. El Sevier. 2020 Octubre - Diciembre ; 54(4).
10. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M. Guías éticas Para la atención durante la pandemia COVID-19. Revista de Medicina Edición Especial Buenos Aires. 2020; 80(3).
11. Pinzón-Ríos I, Enrique-Moreno J, Rodríguez L. Fisioterapia respiratoria en la funcionalidad del paciente con Covid-19. Archivos de Medicina. 2021 January-June.

12. Bolaños O, Seoane J, Bravo T, Perez A. Rehabilitación de las secuelas respiratorias en pacientes poscovid-19 con enfermedad cerebrovascular. Revista cubana de medicina física y rehabilitación. 2020; 12(3).
13. Falcon Pezo M. Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. Ciencia y arte de enfermería. 2020; 5(2).
14. Villarroel-Bustamante , Jérez-Mayorga DA, Campos-Jara C. Función pulmonar, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes. revista de la facultad de medicina de españa. 2018; 66(3).
15. Abril Mera T, Guzmán Menéndez G, Morán Luna L, De la Torre Ortega. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. Revista Vive. 2020; 3(9).
16. Ignacio Quimí D, Giraldo Barbery , Rojas Riera M, Avilés Quinto M, Pazos Galeas G. Recomendaciones para el primer nivel de atención de salud frente a la emergencia por Covid-19. Revista Eugenio Espejo. 2021; 15(1).
17. Soria Freire L, Burbano Piedra A. tención, diagnóstico y manejo de pacientes sospechosos y/o confirmados COVID-19. Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM. 2020; 19(1).
18. Pineda Rosero , Abril Mera , Guzmán Menéndez B, Morán Luna E. Impacto del covid-19 en la capacidad funcional respiratoria y calidad de vida de los pacientes post alta hospitalaria. Revista Centro Sur Editorial de Universidad Nacional San Agustín. 2021 Mar.
19. Sacasari Mendoza RI. Efectos del programa de ejercicios respiratorios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fibrosis pulmonar. Revista Medica de la universidad catolica del Ecuador. 2018; 10(2).
20. MSc. Forrellat Barrios M. Quality in health services: an unavoidable challenge. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014 jun.; 30(2).
21. Sanchez G. Los diferentes conceptos de calidad en salud. Revista ConexionSalud. 2016 mayo; 11(6).
22. Malvaez C, Hernández G, Suárez O. Efecto del índice enfermera-paciente en la calidad de atención: Estudio realizado en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en el Servicio de Medicina Interna. Enf Neurol. 2014; 13(3).



23. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2016; 30(1).
24. Tabaj GC. Calidad de vida en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Rev Am Med Resp. 2016; 3(10).
25. Ramos Farroñan , Mogollón García FS, Santur Manuel L, Cherre Moran I. The sant george questionnaire as a service Quality Assessment Tool in a company. Universidad y Sociedad. 2020; 12(2).
26. John PA Ioannidis. Tasa de mortalidad por infección de COVID-19 inferida de los datos de seroprevalencia. Bull World Health Organ.. 2021 oct; 19(33).
27. Pérez Abreu , Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach3 RA. Clinical-epidemiological characteristics of COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020 abr; 19(2).
28. George PM, Wells AU, Jenkins RG. Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antifibrotic therapy. Lancet Respir Med. 2020 may; 8(8).
29. Ahmad Alhiyari M, Islam Alghizzawi , Fateen Ata. Post COVID-19 fibrosis, an emerging complication of SARS-CoV-2 infection. IDCases. 2020 dic; 23.
30. García-Molina A, Espiña-Bou , Rodríguez-Rajo , Sánchez-Carrión, R. Neuropsychological rehabilitation program for patients with post-COVID-19 syndrome. Elsevier Public Health Emergency Collection. 2021 Apr.
31. Gomez A, López AM, Villelabeitia , Morata AB. Actualización en rehabilitación respiratoria en el paciente con COVID-19 de SORECAR. Sociedad de Rehabilitacion CardioPulmonar. 2020 abr; 1(2).
32. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1st ed. Mexico: McGraw-Hil Education; 2018.
33. MeSH Browser. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). [Online].; 2002 [cited 2021 mayo 3. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>].
34. Fernández P. Determinación del tamaño muestral [Monografía en internet]. A Coruña: Fistera; 1996. [Consultado 10 mayo 2020]. [aprox 10 pantallas]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>

- 35 Kılıç S. 2016. Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders* 2016;6(1):47-8.
35. Viladrich MC, Doval E. Fiabilidad. In: *Medición: Fiabilidad y Validez*. Villaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització (UAB) 2014:27–88.
36. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297–334
37. Armitage P, Berry G, JNS. M. *Statistical Methods in Medical Research*. 4th BSLE, editor 1992.
38. Carlos A, Soria G, BTD. M. *Revisit euromerican*. 5th editor 2017.
39. Gonzales U, Manzano T *Statistical Methods in Medical Research*. 5th BSLE, editor 2018.
40. Exposito J, Rodriguez M, Echeverria C. *Sociedad Española De Rehabilitation Y Medicinal Fisica Elsevier España*. S.L.U, 2020:45-4

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO: ÍNDICE DE ATENCIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES COVID-19 POST-REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ECUADOR, 2021						
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODO
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis General</b>				Tipo de Investigación: cuantitativo, básica y comparativo  Diseño de Investigación: no experimental, tipo transversal comparativo  Población: 300 paciente COVID-19  Muestra: 169 pacientes COVID-19  Muestreo: probabilístico sistemático  Técnicas: encuesta y observacional  Instrumentos:
¿Cuál es el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?	Relacionar el índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021.	existe relación positiva del índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos.	<b>Índice de atención</b>	<b>Tiempo</b>	Tiempo de valoración Tiempo de terapia Tiempo medico Tiempo enfermera Tiempo terapeuta	
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis Específicas</b>				
¿Cuál es el índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?;	1) Valorar el índice de atención del personal médico y de enfermería en pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar tratados con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021	1) El índice de atención del personal médico y enfermería en pacientes COVID-19 con rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos	<b>Calidad de vida</b>	<b>Síntomas</b>	Frecuencia Gravedad	
¿Cuál es la calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?	2) Evaluar la calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021	2) Existe una mala calidad de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada.		<b>Actividad</b>	Limitación de las actividades por diversos síntomas	
¿Cómo son los niveles de calidad de vida según características demográficas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021?	3) Comparar los niveles de calidad de vida según características demográficas y clínicas en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, 2021	3) Existen bajos niveles de calidad de vida en usuarios COVID-19 de mayor edad con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos.		<b>Impacto</b>	Alteraciones psicológicas  Ámbito social	

## Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORÍA	NIVEL Y RANGO	ESCALA DE MEDICIÓN
Índice de atención	Es atención de salud proporcionada a pacientes que no están confinados a un lecho. Pueden ser en una parte de un hospital, aumentando sus servicios a pacientes internos, o pueden ser ofrecidos en una institución autoextraíble (NLM). Servicio al paciente externo, no confinado a la cama hospitalaria	Es cuando con las dimensiones aspectos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía poder determinar qué tipo de índice de atención tiene los usuarios	Tiempo	Tiempo de valoración		20-30 minutos (1) 31-40 minutos (2) 41-50 minutos (3) 51-60 minutos (4) 61-120 minutos (5)		Cualitativo ordinal
				Tiempo de terapia		20-30 minutos (1) 31-40 minutos (2) 41-50 minutos (3) 51-60 minutos (4) 61-120 minutos (5)		
				Tiempo medico		20-30 minutos (1) 31-40 minutos (2) 41-50 minutos (3) 51-60 minutos (4) 61-120 minutos (5)		
				Tiempo enfermera		20-30 minutos (1) 31-40 minutos (2) 41-50 minutos (3) 51-60 minutos (4) 61-120 minutos (5)		
				Tiempo terapeuta		20-30 minutos (1) 31-40 minutos (2) 41-50 minutos (3) 51-60 minutos (4) 61-120 minutos (5)		
Calidad de vida	Concepto genérico que refleja preocupación por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.	Es cuando con las dimensiones síntomas, actividad e impacto para determinar la calidad de vida de pacientes con enfermedades respiratorias.	Síntomas	Frecuencia	P1- P4	Nada frecuente (1), poco frecuente (2), frecuente (3); Muy frecuente (4)	Buena 70-100	Cuantitativo ordinal
				Gravedad	P5 -P8		Regular 50-60	Cuantitativo ordinal
			Actividad	Limitación de las actividades por diversos síntomas	P9-P12		Mala 0- 40	Cuantitativo ordinal
				Impacto	Alteraciones psicológicas			
			Ambito social		P14-P15			
Variable sociodemográfica			Sexo	La que refiere	Masculino (1) Femenino (2)	Nominal dicotómica		
			Edad	La que refiere	Años	Cuantitativa de razón		
			Nivel educacional	La que refiere	Escuela (1)	Ordinal		
					Bachiller (2)			
		Universidad (3)						

### Anexo 3. Cálculo de tamaño de la muestra

Analisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT

Archivo Edición Métodos Utilidades Ayuda

Tamaño de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Datos y resultados

Tamaño poblacional: 300

Proporción esperada (%): 50,000

Nivel de confianza (%): 95,0

Calcular

Tamaño de muestra

Precisión

Efecto de diseño: 1,0

Precisión absoluta (%)

Mínimo: 5,000

Máximo: 5,000

Incremento: 0,000

Tamaño poblacional: 300

Proporción esperada: 50,000%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5,000	169

Epidat 3.0

## Anexo 4. Instrumento de recolección de datos

### RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO



#### INFORMACIÓN GENERAL

Hola, soy Bryan Zambrano, Terapeuta Respiratorio de un hospital privado del guayaquil en (Ecuador), y pertenezco al Programa de Posgrado de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo con sede en la ciudad de Piura en Perú. Estoy estudiando: índice de atención y calidad de vida pacientes post COVID-19 es por ello que te agradezco los 20 minutos que te va a llevar a cumplimentar la siguiente encuesta que tiene tres partes: La primera es recabar datos sociodemográficos sobre usted. La segunda trata sobre preguntas sobre el índice de atención. Y la tercera es indagar sobre la calidad de vida.

A continuación, encontrará enunciados en relación a lo explicado. Le pedimos su colaboración respondiendo como sienta, es decir, la que más crea que se ajusta a su respuesta. No existen preguntas buenas ni malas. Lo que interesa es su opinión sobre los temas mencionados. Es importante que brinde respuesta a todas las preguntas y no deje casilleros en blanco. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, en ningún caso accesible a otras personas y se garantiza la protección de tus datos como el anonimato en el estudio.

#### I. Datos sociodemográficos

- Sexo  Hombre  Mujer
- ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
- Nivel educacional  Escolar  Bachiller  Universidad

#### II. Calidad de vida

Este cuestionario incluye 15 preguntas. Para responder elija una sola respuesta para cada pregunta y marque con una **X**. Debe responder todas las preguntas.

SINTOMAS		Muy frecuente	frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
1	¿Con que frecuencia presenta tos?				
2	¿Con que frecuencia la tos que presenta es productiva?				
3	¿Con que frecuencia presenta falta de aire?				
4	¿Con que frecuencia presenta dolor muscular?				
5	¿Con que frecuencia la tos le produce una falta de aire?				
6	¿Con que frecuencia la tos le provoca dolor muscular?				
7	¿Con que frecuencia la falta de aire le provoca dolor muscular?				

8	¿Con que frecuencia el dolor muscular le impide respirar con normalidad?				
*	¿Con que frecuencia la disnea le impide respirar con normalidad?				
<b>ACTIVIDAD</b>		Muy frecuente	frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
1	¿Se cansa cuando camina?				
2	¿Se cansa cuando realiza actividades diarias?				
3	¿Se cansa cuando habla?				
4	¿Se cansa cuando ingiere alimentos?				
5	¿Se cansa cuando realiza actividades físicas?				
*	¿se agota cuando come y habla a la vez?				
<b>IMPACTO</b>		Muy frecuente	frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
1	¿Se deprime a causa de su enfermedad?				
2	¿Es aislado por su enfermedad?				
3	¿Las personas lo tratan diferente por su condición actual?				
*	¿la depresión y el aislamiento con qué frecuencia se da en su vida?				

\*preguntas enmascaradas

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

---

## FICHA DE OBSERVACIÓN

Área:

Turno:

Paciente:

<b>Tiempo</b>	<b>20-30 minutos</b>	<b>31-40 minutos</b>	<b>41-50 minutos</b>	<b>51-60 minutos</b>	<b>61-120 minutos</b>
<b>Tiempo de valoración:</b>					
<b>Tiempo de terapia</b>					
<b>Tiempo Medico</b>					
<b>Tiempo Enfermera</b>					
<b>Tiempo Terapeuta</b>					



**Anexo 5 (a).** Matriz de evaluación del instrumento por expertos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN																				OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				PERTINENCIA					RELEVANCIA					CLARIDAD					SUFICIENCIA					
				J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Concepto genérico que refleja preocupación por la modificación y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.	<b>SINTOMAS</b> Alteraciones del organismo	• Frecuencia	¿Con que frecuencia presenta tos?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			¿Con que frecuencia la tos que presenta es productiva?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			¿Con que frecuencia presenta falta de aire?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			¿Con que frecuencia presenta dolor muscular?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		• Gravedad	• ¿Con que frecuencia la tos le produce una falta de aire?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Con que frecuencia la tos le provoca dolor muscular?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Con que frecuencia la falta de aire le provoca dolor muscular?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Con que frecuencia el dolor muscular le impide respirar con normalidad?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	<b>ACTIVIDAD</b> Funciones cotidianas del ser humano	• Limitaciones de las actividades por diversos síntomas	• ¿Se cansa cuando camina?	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Se cansa cuando realiza actividades diarias?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Se cansa cuando habla?	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Se cansa cuando ingiere alimentos?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Se cansa cuando realiza actividades físicas?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	<b>IMPACTO</b> Respuesta de las actividades y esfuerzos físico	• Alteraciones psicológicas	• ¿Se deprime a causa de su enfermedad?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• ¿Es aislado por su enfermedad?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		• Ámbito social	• ¿Las personas lo tratan diferente por su condición actual?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
				4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	

**OPCIONES DE RESPUESTA44**

<b>Muy 4insatisfecho</b>	<b>Bastante insatisfecho</b>	<b>Algo insatisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
41	2	3	4

## Anexo 5(b). 4 Criterios de validación de instrumento por expertos

4

4

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** «Calidad de Vida»

**OBJETIVO:** Evaluar de vida en pacientes COVID-19 con post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos privada, 2021.

**DIRIGIDO A:** Pacientes COVID-19 con fibrosis pulmonar.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA		
Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1	No cumple con el criterio. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2	Bajo Nivel. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3	Moderado nivel. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4	Alto nivel. Los ítems son suficientes
CLARIDAD		
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1	No cumple con el criterio. El ítem no es claro
	2	Bajo Nivel. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3	Moderado nivel. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
	4	Alto nivel. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA		
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1	No cumple con el criterio. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3	Moderado nivel El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4	Alto nivel El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA		
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1	No cumple con el criterio El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste
	3	Moderado nivel El ítem es relativamente importante.
	4	Alto nivel El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

### DATOS DE LOS JUECES

**JUEZ 1:** González Sánchez Ximeno Pablo

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA:** Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** Magister en Gerencia en Servicios de la Salud y posgrado en especialista de cirugía general, con diecinueve años de experiencia como Doctor en medicina y cirugía

**JUEZ 2:** Chillan Azua Leonardo Iván

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADOR:** Magister en Gerencia Hospitalaria

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** Magister en General Hospitalaria, especialidad diploma superior en enfermedades inmunodeficientes con quince años de experiencia.

**JUEZ 3:** Mina Lastra Vanessa Jacqueline

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA:** Magister en Gerencia de Servicios de Salud

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** Magister en Gerencia de Servicios de Salud y licenciatura en terapia respiratoria con quince años de experiencia docente

experiencia.

**JUEZ 4:** Portocarrero Betancourt Alfredo Junior

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADOR:** Magister en Salud Publica} **ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** MBA en Gerencia de Servicios de Salud y Licenciatura en terapia respiratoria con once años de experiencia.

**JUEZ 5:** Edwards Sabando Fajardo

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADOR:** Magister en Salud Publica

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** MBA en Salud Publica y Licenciatura en Terapia Respiratoria con 24 años de experiencias en el campo

**LOS JURADOS DECLARAN QUE SUS GRADOS ACADÉMICOS PUEDEN SER VERIFICADOS EN LAS PÁGINAS DE:**

I. **SUNEDU (PERÚ):** <https://www.sunedu.gob.pe/registro-nacional-de-grados-y-titulos/>

II. **SENESCYT (ECUADOR):** <https://www.senescyt.gob.ec/web/guest/consultas>

**FIRMAN LA REVISIÓN EN FECHA:** Mes de abril de 2021

JUEZ 1	
González Sánchez Ximeno Pablo	
DNI: 0910621077	
JUEZ 2	
Chillan Azua Leonardo Iván	
DNI: 0920042686	
JUEZ 3	
Mina Lastra Vanessa Jacqueline	
DNI: 0802542035	
JUEZ 4	
Portocarrero Betancourt Alfredo Junior	
DNI: 0802556514	
JUEZ 5	
Edwards Sabando Fajardo	
DNI: 1305610485	

## Anexo 5(c). Validez de contenido con V de Aiken

Items	Criterios	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Promedio	V de Aiken	Límite Inferior	Límite Superior	Valoración
Pregunta 1	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 2	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 3	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 4	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	3	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 5	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 6	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 7	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 8	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 9	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 10	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 11	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 12	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 13	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 14	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 15	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
TOTAL							3,9	0,953	0,728	0,994	ACEPTABLE
							VALOR FINAL			95,3%	

<b>MÍNIMO VALOR</b>	1
<b>CATEGORÍAS</b>	4
<b>RANGO</b>	3
<b>NÚMERO DE EXPERTOS</b>	5
<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>	95%
<b>NIVEL DE SIGNIFICANCIA</b>	5%
<b>Z</b>	1,96
<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>	0,03

<b>Intervalo de confianza</b>	<b>Valor</b>
<b>Límite inferior</b>	<b>≥0.70</b>

Aiken, 1985; Charter, 2003

En las fases iniciales de la construcción de ítems, se puede elegir un criterio más liberal ( $V_o = 0.50$ ) o un nivel de confianza igual a 90%, especialmente si el número de jueces es pequeño (Penfield y Giacobbi, 2004)

Fuente:

Merino Soto, César, Livia Segovia, José, Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. Anales de Psicología [Internet]. 2009;25(1):169-171. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711594019>

## Anexo 7. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
1	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	51
2	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	53
3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	53
4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	53
5	1	3	4	1	4	4	1	3	3	4	3	4	3	3	3	44
6	2	2	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	48
7	3	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	51
8	4	4	2	3	3	2	4	4	3	4	2	3	4	4	4	50
9	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	4	4	53
10	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	54
11	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	3	1	3	1	48
12	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	54
13	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	50
14	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	52
15	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	56
16	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	51
17	3	4	1	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	53
18	4	4	3	4	3	3	1	4	4	3	4	4	3	4	4	52
20	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	3	4	3	4	4	52
21	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	56
22	3	3	4	4	4	2	4	4	3	4	4	3	4	3	2	51
23	2	3	3	2	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	51
24	3	4	4	3	3	4	4	1	4	4	3	4	3	4	4	52
25	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	1	3	1	4	4	49
26	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	54
27	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	52
28	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	93
29	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	56
30	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	56
31	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	53
32	4	3	3	4	3	3	1	4	4	4	3	4	4	4	3	51
33	4	4	3	2	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	3	51
34	3	4	4	3	4	4	4	2	4	2	4	2	1	4	4	49
35	3	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	2	3	4	52
36	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	57
37	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	51
38	2	3	1	2	3	4	4	3	4	1	1	4	4	3	1	40
39	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	53
40	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	54
TOTAL:	130	137	130	128	137	135	131	136	140	136	132	136	173	141	137	2059
VARIANZA:	0,54	0,31	0,65	0,63	0,31	0,57	0,92	0,57	0,3	0,52	0,77	0,41	43,04	0,3	0,62	53,75
SUM.VARIANZAS:		50,46														

**Coefficiente de Confiabilidad: De homogeneidad.**

$$r_{tt} = 0,95$$

**NIVEL DE CONSISTENCIA:**

CONFIABLE

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 - \sum S_i^2}{S^2}$$

En donde:

$r_{tt}$  = coeficiente de confiabilidad;

$n$  = número de ítemes;

$S_t^2$  = varianza total de la prueba; y

$\sum S_i^2$  es la suma de las varianzas individuales de los ítemes.

## Anexo 8. Autorización de la aplicación del instrumento



SAMBORONDON, 01 de marzo de 2020

### AUTORIZACIÓN



Yo, **Alex Darling Cruz Velasco**, como **director Asistencial General del HOSPITAL – CLINICA CRUZ**, autorizo al **Lcdo. Bryan Zambrano Vera** con C.I. **0928753532**, para su respectivo trabajo de campo de proyecto de investigación en esta institución y pueda acceder a la información necesaria. Para la obtención el grado de maestro en gestión de servicios de salud.

**Dr. Alex Darling Cruz Velasco**  
C.I:091490675  
**DIRECTOR MEDICO**



## Anexo 9. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### VERBAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Título:** Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021

**Investigador principal:** Zambrano Vera Bryan Mauricio

#### Estimado Señor:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación para conocer la «Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021». Este estudio es desarrollado por investigadores de la Universidad César Vallejo de Piura en Perú como parte del Posgrado en Gestión de los servicios de la Salud. En la actualidad, pueden existir problemas en la atención sanitaria y esto se ha convertido en una preocupación en las organizaciones. Por tanto, consideramos importante conocer los resultados de cómo funcionan y cómo perciben esto sus usuarios. Sin duda, será un punto de partida para para tomar las medidas necesarias para mejorar su calidad de vida y atención.

El estudio consta de una encuesta anónima de datos generales e información sanitaria. Brindamos la garantía que la información que proporcione es confidencial, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú. No existe riesgo al participar, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por participar del mismo. Si tienen dudas, le responderemos gustosamente. Si tiene preguntas sobre la verificación del estudio, puede ponerse en contacto con el Programa de Posgrado de la Universidad César Vallejo al teléfono 0051-9446559951 o también dirigirse al correo electrónico [upg.piura@ucv.edu.pe](mailto:upg.piura@ucv.edu.pe).

Si decide participar del estudio, esto les tomará aproximadamente 15 minutos, realizados en la sala de espera del área de emergencia de las instalaciones de un hospital privado, y se tomará una fotografía solo si usted lo autoriza. Para que los datos obtenidos sean de máxima fiabilidad, le solicitamos cumplimente de la forma más completa posible el cuestionario adjunto Si al momento de estar participando, se desanima y desea no continuar, no habrá comentarios ni reacción alguna por ello. Los resultados agrupados de este estudio podrán ser publicados en documentos científicos, guardando estricta confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Entendemos que las personas que devuelvan cumplimentado el cuestionario adjunto, dan su consentimiento para la utilización de los datos en los términos detallados previamente. Agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración

#### Declaración del Investigador:

Yo, Zambrano Vera Bryan Mauricio, declaro que el participante ha leído y comprendido la información anterior, asimismo, he aclarado sus dudas respondiendo sus preguntas de forma satisfactoria, y ha decidido participar voluntariamente de este estudio de investigación. Se le ha informado que los datos obtenidos son anónimos y ha entendido que pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Firma del Investigador

Ecuador, 2021

País y Fecha

## Anexo 10. Compromiso del Investigador

### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR INVESTIGADOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

---

**Título:** Índice de atención y calidad de vida en pacientes COVID-19 post-rehabilitación respiratoria en una unidad de cuidados intensivos, Ecuador, 2021  
**Investigador principal:** Zambrano Vera Bryan Mauricio

---

#### Declaración del Investigador:

Yo, Zambrano Vera Bryan Mauricio, en mi propio nombre, me comprometo en todo momento a guardar el anonimato de los individuos estudiados, al estricto cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos, y al uso exclusivo de los mismos con fines estadísticos y científicos, tanto en la recogida como en el tratamiento y utilización final de los datos de usuarios correspondientes a historias clínicas y/o base datos institucionales autorizadas con motivos del estudio de investigación. Solo haré usos de estos datos y en caso requiera disponer de datos adicionales deberé contar con su consentimiento informado. Asimismo, mantendré seguridad de ellos y no serán accesibles a otras personas o investigadores. Garantizo el derecho de los usuarios, del respeto de valores éticos de sus datos, su anonimato y el respeto de la institución de salud involucrada, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú.

---

Firma del Investigador

---

Ecuador, 2021

País y Fecha

FOTOS DE TRABAJO DE CAMPO

