



# Impacto en la calidad de vida percibida en pacientes COVID-19 en función del sexo

*Impact on the perceived quality of life in COVID-19 patients from a gender perspective*

**Autores:** Fernando Barroso-Rodríguez (1); Begoña Álvarez-Prieto\* (1); José Miguel Mansilla-Domínguez (2); Rodolfo Romero Pareja (3); Israel John Thuissard-Vasallo (3); Ana María Recio-Vivas (4).

\* **Dirección de contacto:** [balvarezpr@saludcastillayleon.es](mailto:balvarezpr@saludcastillayleon.es)

Enfermera Complejo Asistencial de Zamora (Zamora, España).

## Resumen

**Objetivo.** Comparar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tras la COVID-19 en función del sexo. **Metodología.** Estudio observacional descriptivo y transversal en pacientes post-COVID de neumología-medicina interna del Complejo asistencial de Zamora, diagnosticados de COVID-19 al menos 3 meses antes. La CVRS se valoró mediante el cuestionario EQ-5D-5L. **Resultados.** Se incluyeron 192 pacientes, 91 mujeres (47,4 %), edad 57±13 años. 127 pacientes (66,0%) reflejaron un EQ-5D Index < 1, lo que supone una merma en su CVRS. En el análisis comparativo en función del sexo, las mujeres manifestaron mayor dificultad para las actividades cotidianas (38 [41,3%] vs. 22 [21,6%]; p=0,003), dolor/malestar de forma habitual (50 [54,3%] vs. 35 [34,3%]; p=0,005) y ansiedad/depresión (48 [52,2%] vs. 38 [37,3%]; p=0,037). La Escala Visual Analógica (EVA) fue mayor en hombres (69,8±18,7 vs. 63,1±19,5; p=0,016), así como el EQ-5D Index (0,84±0,22 vs. 0,76±0,25; p=0,023). La regresión lineal multivariante confirmó que las mujeres tenían una peor autopercepción de la CVRS independientemente del resto de factores analizados, tanto en el EQ-5D Index [b (IC95%): -0,090 (-0,153 a -0,026)] como en la EVA [b (IC95%): -6,858 (-12,083 a -1,633)]. **Discusión.** El sexo femenino es un factor de riesgo significativo para una peor calidad de vida auto percibida en pacientes que han pasado la COVID-19, con mayor incidencia de ansiedad, depresión, dolor y limitaciones en actividades cotidianas. Estos problemas fueron más prevalentes en mujeres, quienes mostraron diferencias significativamente menores en el índice EQ-5D y la escala EVA en comparación con los hombres.

## Palabras clave

COVID-19; Calidad de Vida; EQ-5D-5L; Sexo y Salud; Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

## Abstract

**Objective.** To compare the health-related quality of life perception (HRQoL) after COVID-19 according to sex. **Methodology.** Cross-sectional study in post-COVID patients attending neumology and internal medicine consultation rooms at Complejo Asistencial de Zamora, diagnosed from COVID-19, at least 3 months before. HRQoL was evaluated using the EQ-5D-5L questionnaire. **Results.** 192 patients were included, 91 women (47,4 %), aged 57±13. 127 patients (66,0%) obtained EQ-5D Index < 1, what means a decrease in their HRQoL. Comparative analysis according to sex showed women had higher difficulties for daily activities (38 [41,3%] vs. 22 [21,6%]; p=0,003), usual pain/discomfort (50 [54,3%] vs. 35 [34,3%]; p=0,005), anxiety/depression (48 [52,2%] vs. 38 [37,3%]; p=0,037). Visual Analogue Scale (VAS) was higher among men (69,8±18,7 vs. 63,1±19,5; p=0,016), as well as EQ-5D Index (0,84±0,22 vs. 0,76±0,25; p=0,023). Multivariate linear regression confirmed women had a worse HRQoL perception with independence of the rest of the analyzed factors, in EQ-5D Index [b (IC95%): -0,090 (-0,153 a -0,026)] as well as VAS [b (IC95%): -6,858 (-12,083 a -1,633)]. **Discussion.** Female sex is a significant risk factor for a worse self-perceived quality of life in patients who had suffered from COVID-19, with a high incidence of anxiety, depression, pain, and limitations for daily activities. These problems were more prevalent in women, who showed significant lower differences in the EQ-5D index and the VAS scale compared to men.

## Keywords

COVID-19; Quality of Life; EQ-5D-5L; Sex and Health; Quality of Life Related to Health.

## INTRODUCCIÓN

El primer caso conocido de infección por el coronavirus se notificó el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (China) (1). Pronto se observó que el SARS-CoV-2 era similar a otros coronavirus ya conocidos (SARS-CoV-1 o MERS) (2) y tras una intensa labor de investigación de científicos y clínicos, rápidamente se dispuso de un mayor conocimiento acerca del virus, su comportamiento y tratamiento, así como de las secuelas de la enfermedad. En la actualidad se sabe que su curso es variable pudiendo ir desde la infección asintomática hasta la neumonía grave (3) que requiere ventilación asistida y en ocasiones resulta fatal (4). El tiempo de recuperación varía de unas personas a otras, pudiendo ir desde las 2 semanas (casos leves), hasta las 3 - 6 semanas (casos más graves). Sin embargo, existe un porcentaje de personas que describen síntomas prolongados y recurrentes durante semanas o meses tras la infección, con independencia de la gravedad del cuadro inicial (COVID persistente) (5).

Desde el 31 de enero de 2020, que se registró en España el primer caso de coronavirus, hasta el 30 de septiembre de 2021 y según datos ofrecidos por el centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, en su actualización N.º 474 (6), se habían notificado en nuestro país 4.959.091 casos de COVID-19. Durante este momento álgido de la pandemia muchos pacientes padecieron la enfermedad y la superaron, acudiendo a las consultas de revisión manifestando secuelas o limitaciones que claramente se atribuían a la infección. Este hecho hizo cuestionarse en qué medida se veía afectada la calidad de vida de las personas que la padecían.

A raíz de otras epidemias (Zika, VIH), Naciones Unidas recomendó “centrar la atención en las dimensiones de género de las crisis de salud globales” (7). Introducir la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud implica considerar que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque los factores biológicos dan lugar a diferencias en el nivel de salud, en la forma de enfermar e incluso de morir y desigual porque existen factores sociales relacionados con el género que tiene un impacto en la salud de las personas (8).

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (9).

En diversos estudios, las mujeres presentaron niveles más bajos de calidad de vida en los dominios físico y mental, más percepción de dolor y ansiedad/depresión (7,10). Al igual que la manifestación de la pérdida en la calidad de vida tras ingreso en UCI por infección aguda (11,12).

Al evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), se identifican aspectos relacionados con las dimensiones física, psíquica, social, que impactan en la vida del paciente (13,14).

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

- Evaluar el impacto del COVID-19 en la calidad de vida percibida de los pacientes, con un enfoque en las diferencias de género.

### Objetivos específicos

- Analizar las diferencias en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre hombres y mujeres que han padecido COVID-19.
- Evaluar las dimensiones física, psíquica y social de la calidad de vida en pacientes recuperados de COVID-19, destacando las variaciones según el sexo.
- Determinar la presencia de factores emocionales como dolor, ansiedad y depresión, en la calidad de vida de mujeres y hombres post-COVID-19.

## METODOLOGÍA

### Diseño y pacientes

Se incluyeron todos los pacientes de 18 o más años que, de forma consecutiva, acudieron a la consulta post-COVID de neumología o medicina interna del Complejo Hospitalario de Zamora entre los meses de marzo a septiembre de 2021, y que habían sido diagnosticados de COVID-19 al menos 3 meses antes de la fecha de la consulta. Se excluyeron todos los pacientes que tenían alguna limitación cognitiva que permitiera completar los cuestionarios. Todos los pacientes o representantes legales firmaron el consentimiento informado.

El protocolo de investigación de este estudio observacional descriptivo y transversal fue aprobado a fecha 26 de agosto de 2021 por el Comité Ético de Investigación Clínica de Zamora (N.º de Registro 554).

### Instrumento de medida y variables

Para determinar la CVRS percibida por los pacientes se utilizó el cuestionario validado EQ-5D-5L (15-17). Es un instrumento genérico, autoadministrado, fiable y válido que describe el estado de salud y que puede aplicarse a una amplia gama de poblaciones y entornos. Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest oscila entre 0.86 y 0.90 y su validez y sensibilidad al cambio ha sido demostrada en numerosos estudios (18-20). Consta de dos partes, el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA). En la primera parte se describe el estado de salud actual de los individuos a través de cinco dimensiones: movilidad, auto-cuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de estas dimensiones tiene cinco respuestas posibles: sin problemas (1), problemas leves (2), problemas moderados (3), problemas graves (4), problemas extremos - imposibilidad (5). De las cinco dimensiones de este cuestionario se obtiene un índice global de respuesta (EQ-5D Index) que permite reflejar cuan bueno (perfecto, puntuación de 1) o malo (muerte,

puntuación de 0) es un estado de salud según la percepción de la población general de un país, región, etc. De cara al análisis, se establecieron dos categorías, los que tenían una puntuación de 1 (estado de salud óptima) y el resto (cualquier otro estado distinto al óptimo).

En la segunda parte del cuestionario se pide al paciente que evalúe su estado de salud actual mediante una escala visual analógica de 20 cm donde, en la parte superior aparece “mejor estado de salud que usted pueda imaginar” (valor de 100) y en la parte inferior “el peor estado de salud que usted pueda imaginar” (valor de 0).

Adicionalmente, para cada paciente incluido en el estudio se registraron variables sociodemográficas (edad en el momento de la atención y sexo), variables clínicas (comorbilidades, índice de masa corporal, manejo clínico, diferenciando entre ambulatorio y hospitalización, días de ingreso, ingreso UCI y duración del ingreso en UCI, y estado de la vacunación frente a COVID-19).

### Tamaño de muestra y análisis Estadístico

Se estimó un tamaño muestral de al menos 151 sujetos para estimar medias de puntuación de CVRS (EQ-5D-5L) con una precisión de estimación  $\pm 0,04$  puntos (media esperada: 0,79; desviación estándar esperada: 0,25; parámetros estimados en una muestra preliminar) y contar con al menos 69 mujeres y 69 hombres para detectar diferencias de medias entre sexos (diferencia mínima esperada: 0,12 puntos). Para la descripción de variables continuas se utilizó la media y desviación estándar (DE), si la distribución era paramétrica, y mediana con rango intercuartílico [Q1, Q3] en caso contrario. Para la descripción de variables categóricas se utilizó la frecuencia absoluta (n) y la relativa (%) por categoría de respuesta.

La comparación entre sexos de las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones del cuestionario EQ-5D-5L se realizó mediante una prueba T-Student o la U de Mann-Whitney en función del comportamiento paramétrico o no de los datos, en el caso de variables cualitativas, y una prueba  $\chi^2$  para la comparativa de variables cualitativas. Se aplicó un modelo de regresión lineal para conocer los factores asociados a las puntuaciones del EQ-5D Index y de la Escala Visual Analógica (EVA).

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS v.29 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) y el nivel de significación se estableció en un 5%.

### RESULTADOS

Se incluyeron 192 pacientes, de los que 91 (47,4%) eran mujeres y la edad media fue de  $57 \pm 13$  años. La **Tabla 1** muestra las características sociodemográficas, de manejo clínico y estado de vacunación de los pacientes incluidos en el estudio. Un total de 128 (66,0%) pacientes reflejaron una puntuación  $< 1$  en el EQ-5D Index, lo que traduce que presentaban un estado de salud subóptimo. La puntuación media en la escala EVA fue de  $66,6 \pm 19,4$  para el total de los pacientes analizados.

	Válidos	Global
<b>Edad, media <math>\pm</math> DE</b>	192	$57 \pm 13$
<b>Sexo, mujer (%)</b>	192	91 (47,4)
<b>Comorbilidades, n(%)</b>	192	
HTA		69 (35,9)
DM		29 (15,1)
Asma		13 (6,8)
EPOC		4 (2,1)
<b>Hábito Tabáquico</b>	192	
• Nunca fumador		93(48,4)
• Fumador		4 (2,1)
• Ex-Fumador		95 (49,5)
<b>IMC, media <math>\pm</math> DE</b>	181	$30 \pm 6,4$
<b>Categorías IMC, n(%)</b>		
• IMC $< 25$ kg/m <sup>2</sup> normopeso		36 (19,9)
• IMC 25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> sobrepeso GRADO I		59 (32,5)
• IMC 30 a 34,9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad GRADO II		54 (29,8)
• IMC $> 35$ kg/m <sup>2</sup> Obesidad Grado III y GRADO IV		32 (17,7)
<b>Pauta de vacunación COVID-19, n(%)</b>	192	
Completa		13 (6,8)
No completa		179 (93,2)
<b>Manejo Clínico, n(%)</b>	192	
Ambulatorio		34 (17,7)
Hospitalización		158 (82,3)
<b>Días de ingreso, mediana [RIQ]</b>	158	8 [9]
• Ingreso UCI		18 (9,4)
• Días de ingreso en UCI, mediana [RIQ]	18	25 [38]
<b>EQ-5D Index, media <math>\pm</math> DE</b>	192	$0,80 \pm 0,24$
Con algún tipo de problema (valores $< 1$ )		128 (66,0)
Sin problemas (valores =1)		66 (34,0)
<b>Escala Visual Analógica (EVA), media <math>\pm</math> DE</b>	192	$66,6 \pm 19,4$

DE: desviación estándar

**Tabla 1.** Características socio-demográficas y clínicas de los pacientes.

La **Tabla 2** resume el estado de salud autopercebido para cada una de las distintas dimensiones de la escala EQ-5D-5L. Se observó que un total de 70 (26,5%) tenían problemas de movilidad, un total de 22 (11,5%) tenían pro-

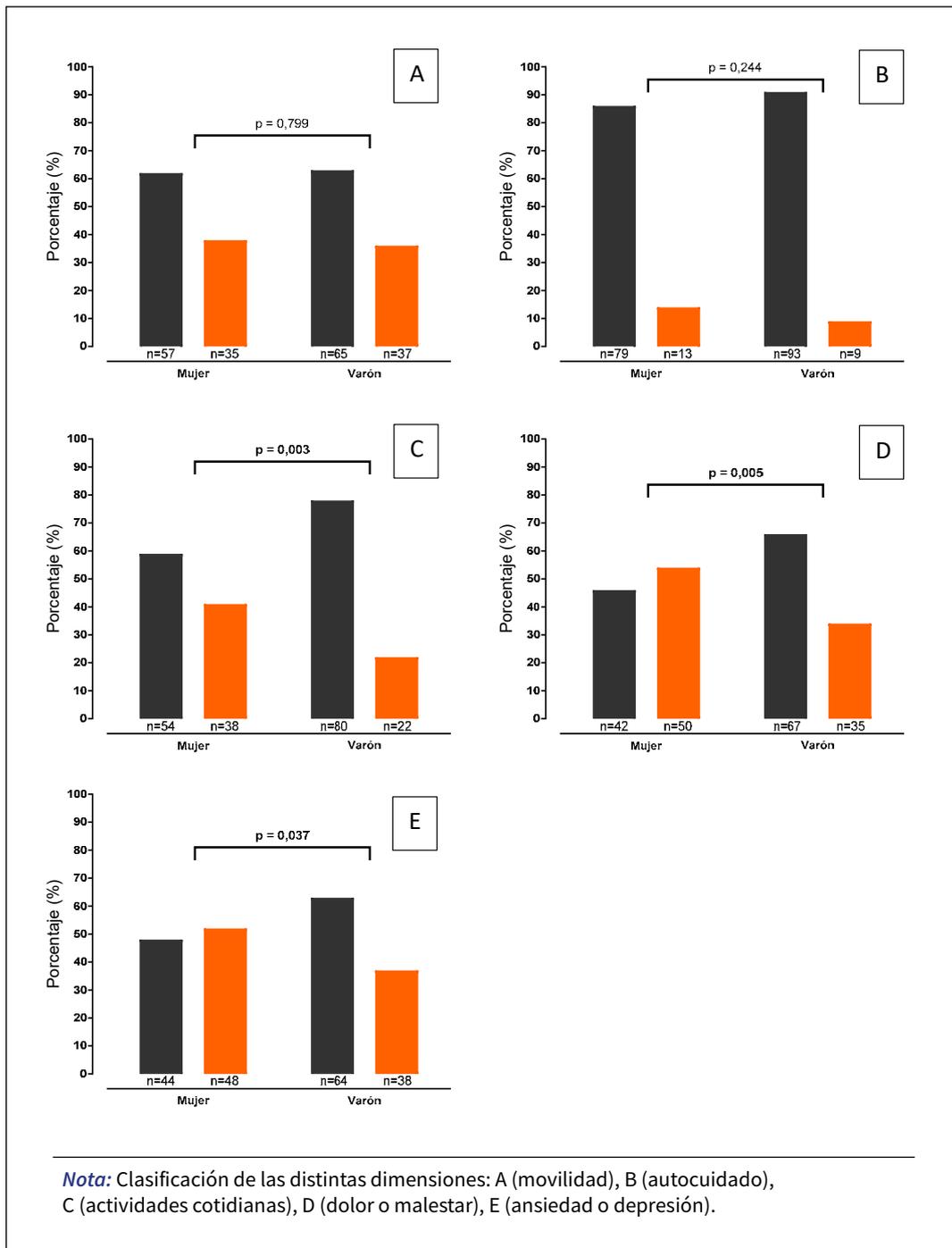
blemas de autocuidado, un total de 59 (30,7%) no podían realizar actividades cotidianas, un total de 84 (43,8%) tenían dolor o malestar y un total de 85 (44,3%) tenían ansiedad o depresión.

	n	%
<b>EQ5: Movilidad</b>		
No tengo problemas para caminar (1)	122	63,5
Tengo problemas leves para caminar (2)	21	11,0
Tengo problemas moderados para caminar (3)	37	19,3
Tengo problemas graves para caminar (4)	10	5,2
No puedo caminar (5)	2	1,0
<b>Total</b>	<b>192</b>	
<b>EQ5: Autocuidado</b>		
No tengo problemas para lavarme o vestirme (1)	170	88,5
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme (2)	8	4,2
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme (3)	10	5,3
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme (4)	2	1,0
No puedo lavarme o vestirme (5)	2	1,0
<b>Total</b>	<b>192</b>	
<b>EQ5: Actividades cotidianas</b>		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (1)	133	69,3
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas (2)	22	11,4
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas (3)	23	12,0
Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas (4)	6	3,1
No puedo realizar mis actividades cotidianas (5)	8	4,2
<b>Total</b>	<b>192</b>	
<b>EQ5: Dolor Malestar</b>		
No tengo dolor ni malestar (1)	108	56,2
Tengo dolor o malestar leve (2)	31	16,2
Tengo dolor o malestar moderado (3)	38	19,8
Tengo dolor o malestar fuerte (4)	14	7,3
Tengo dolor o malestar extremo (5)	1	0,5
<b>Total</b>	<b>192</b>	
<b>EQ5: Ansiedad Depresión</b>		
No estoy ansioso ni deprimido (1)	107	55,7
Estoy levemente ansioso o deprimido (2)	38	19,8
Estoy moderadamente ansioso o deprimido (3)	31	16,2
Estoy muy ansioso o deprimido (4)	16	8,3
Estoy extremadamente ansioso o deprimido (5)	0	0,0
<b>Total</b>	<b>192</b>	

**Tabla 2.** Sistema descriptivo del EQ-5D-5L.

En la **Figura 1** se muestra el análisis comparativo en función del sexo para cada una de las dimensiones. La proporción de pacientes que reportaron tener problemas en la realización de las actividades cotidianas fue significativamente superior en las mujeres que en los hombres (38 [41,3%] vs. 22 [21,6%];  $p=0,003$ ). Este hecho se produce también en relación con el dolor o malestar (50 [54,3%

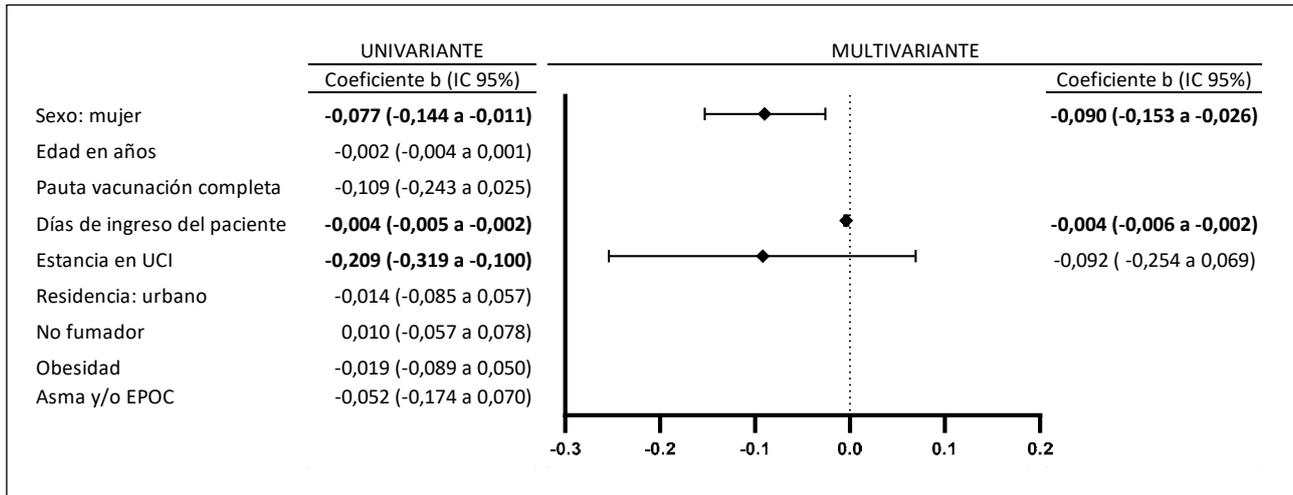
vs. 35 [34,3%];  $p=0,005$ ) y en relación con la ansiedad o depresión (48 [52,2%] vs. 38 [37,3%];  $p=0,037$ ). La puntuación media del EQ-5D Index es significativamente inferior en mujeres ( $0,76 \pm 0,25$  vs.  $0,84 \pm 0,22$ ;  $p=0,023$ ), al igual que se observa en los resultados de la escala EVA ( $63,1 \pm 19,5$  vs.  $69,8 \pm 18,7$ ;  $p=0,016$ ).



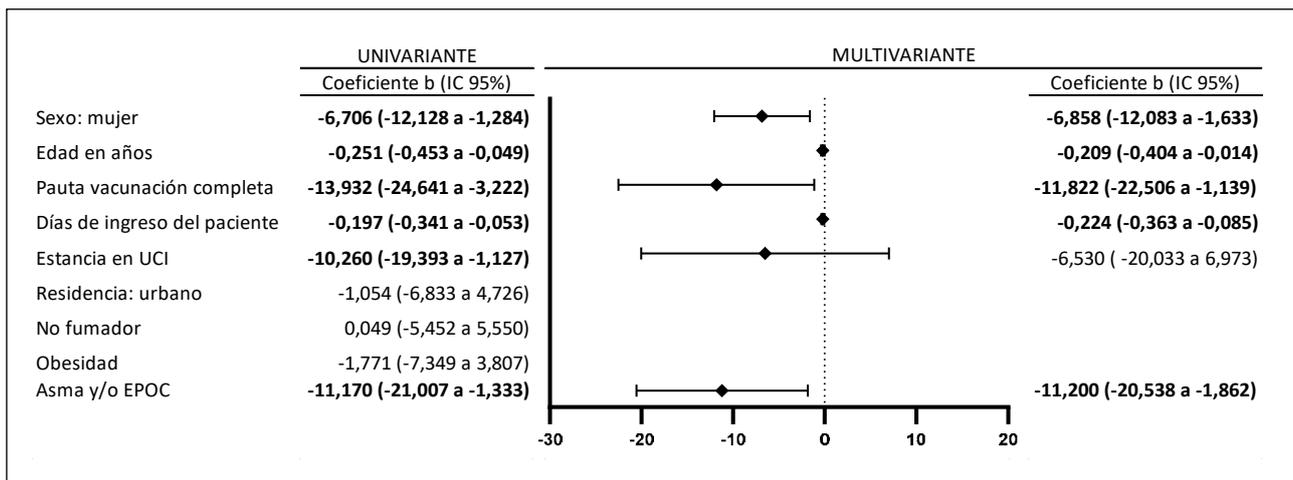
**Figura 1.** Análisis de las dimensiones en función del sexo (negro: puntuación igual a 1, naranja: puntuación de 2 a 5).

Del análisis de las variables sociodemográficas y clínicas que pudiesen influir sobre la puntuación del EQ-5D Index se observó que el sexo femenino y los días de ingreso hospitalario se relacionaron con una percepción subóptima del estado de salud (Figura 2A). Si el estudio se realiza sobre

la puntuación de la escala visual analógica, además de las referenciadas anteriormente, se observa que la estancia en UCI, la edad del paciente y el tener asma y/o EPOC influyen sobre esta puntuación (Figura 2B).



**Figura 2A.** Relación lineal del efecto de las variables sociodemográficas y clínicas sobre la percepción de la CVRS del paciente. EQ-5D Index.



**Figura 2B.** Relación lineal del efecto de las variables sociodemográficas y clínicas sobre la percepción de la CVRS del paciente. Escala Visual Analógica (EVA).

## DISCUSIÓN

El 4 de mayo de 2023, en la decimoquinta reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario en relación con la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), el Director General de la OMS determinó que el COVID-19 ya no constituye una emergencia de salud pública de interés internacional. A pesar de ello se incidió tanto en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud como en fomentar el compromiso de la comunidad para el abordaje de este problema (21).

En la actualidad, el sistema sanitario está poniendo de manifiesto las secuelas que el coronavirus ha dejado en las personas que han vivido la pandemia, secuelas que abarcan todas las esferas de la salud (bio-psico-social). El estudio exhaustivo de estos problemas que afectan a nivel comunitario y que requieren de recursos específicos que permitan abordarlos entrarían dentro de las líneas de actuación propuestas por la OMS (21).

Existe bibliografía extensa sobre la sintomatología y las complicaciones de la COVID-19. Sin embargo, son escasos los estudios que proporcionan información precisa sobre los síntomas persistentes ("Long COVID") y la calidad de vida (22).

### Calidad de vida post-COVID-19 en función del sexo

Uno de los aspectos que señaló el Comité de Emergencias de la OMS es la importancia de abordar las brechas detectadas durante la pandemia (23). Según el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de Solar e Irwin (13), el género es considerado un determinante estructural, en concreto, un eje de desigualdad que influye a la hora de tener mejor o peor percepción del estado salud. La relación entre los diferentes roles que desempeña la mujer y los problemas de salud no han sido suficientemente estudiados. Lo que si se ha observado es cómo la combinación en la mujer de los roles reproductivo (cuidado de la familia y del hogar) y productivo (trabajo fuera del hogar) afectan de manera negativa a su salud (24).

En este estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la EVA del EQ-5D-5L en función del sexo, siendo estas inferiores en mujeres, lo que equivale a la presencia de un peor estado de salud en ellas. Además, se observa una mayor limitación a la hora de realizar actividades cotidianas y un mayor nivel de dolor y malestar. De la misma manera, Ayuso García et al. detectan puntuaciones menores en la EVA lo que implica un peor estado de salud autopercebido (25).

El presente estudio detecta un detrimento en la capacidad de las mujeres de llevar a cabo las actividades cotidianas algo que también respaldan estudios similares. El género desempeña un papel importante en el autocuidado y en el desempeño de las actividades cotidianas tras sufrir infección por COVID-19, lo que implica diferencias entre hombres y mujeres respecto a los síntomas y a la capacidad para realizar actividades cotidianas (26,27).

Al igual que en este estudio, otros autores describen cómo las mujeres tienen más probabilidad de experimentar

síntomas de dolor muscular y sensación de fatiga (25-27). Estas diferencias en sintomatología tienen su repercusión a la hora del autocuidado y desempeño de las actividades cotidianas. Este aspecto puede tener relevancia especial, ya que las mujeres suelen asumir responsabilidades de cuidado de niños y personas mayores. Por ello, el tiempo para el propio autocuidado disminuiría, lo que implica mayor dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas (28).

El dolor provoca mayor impacto en la calidad de vida de las mujeres y es importante que desde los proveedores de atención sanitaria se consideren estas diferencias en la experiencia del dolor en función del sexo, para proporcionarles unos cuidados individualizados de calidad. Por ello, para satisfacer estas necesidades, es importante tener en cuenta las diferencias clínicas y sociales existentes entre hombres y mujeres a la hora de prestar atención sanitaria a personas afectadas por esta enfermedad.

Las mujeres suelen presentar, generalmente, un mayor nivel de ansiedad/depresión respecto a los hombres (29-31). Con relación al COVID-19, se detecta en la población estudiada una mayor afectación en la dimensión ansiedad/depresión en las mujeres hecho que también abalan otros estudios (25,27). Sería interesante estudiar si existen otros factores más allá de la infección por COVID-19 que sean los causantes de esta afectación.

En relación a las dimensiones movilidad y autocuidado, no se objetivaron claras diferencias entre hombres y mujeres en este estudio.

### Calidad de vida en pacientes tras la COVID-19

Llama la atención el hecho de que el 66% de los pacientes que se incluyeron en este estudio obtuvieran puntuaciones menores a 1 en el EQ-5D Index o, lo que es lo mismo, tuvieran alguna merma en la percepción de su estado de salud. En cuanto a estas dificultades se observaron de manera más prevalente en forma de ansiedad y depresión, seguidas de dolor y malestar, problemas de movilidad, dificultad para realizar actividades cotidianas y dificultad para el autocuidado. Este deterioro de la percepción del estado de salud ha sido evaluado y descrito por diferentes autores, quienes destacan la importancia de realizar estudios de investigación que permitan describir las características de estas personas y determinar medidas de actuación que ayuden a mejorar su calidad de vida (21,22,24,28). Entre ellos, Fernandes et al. (24) recomiendan el establecimiento de una estructura de seguimiento organizada para asegurar la salud de los pacientes que han padecido esta enfermedad.

Uno de los factores que influyó en los resultados del EQ-5D Index en los pacientes del estudio fue la estancia en UCI. El ingreso en esta unidad determina, entre otras, la gravedad del proceso de enfermedad y, por ello, puede ser un indicador a tener en cuenta a la hora de proporcionar cuidados que aseguren el abordaje de todas las necesidades del paciente una vez obtienen el alta terapéutica. Además, algunos autores determinan que estos pacientes presentan a posteriori problemas físicos entre los que destacan el dolor, el malestar, la dificultad para

llevar a cabo actividades cotidianas y las dificultades en la movilidad. Por ello, recomiendan comenzar una rehabilitación temprana en las propias UCIs para facilitar su recuperación a largo plazo (32). Los problemas físicos detectados coinciden con los encontrados en este estudio por lo que, incorporar medidas que propicien una rehabilitación temprana en estos pacientes puede ser relevante para disminuir las secuelas que presentan a largo plazo. Sin embargo, y a diferencia de lo observado por Kang et al. (32), que determinan los problemas físicos como secuela más prevalente, en este estudio el primer lugar lo ocuparon los problemas de ansiedad y depresión, problemas que han sido destacados por diversos autores como una de las secuelas más relevantes en pacientes que han padecido COVID-19 (22,24,28).

Se recomienda, según los resultados del estudio, iniciar líneas de investigación que vinculen el sexo con la calidad de vida, y como las diferencias de género influyen en la recuperación a largo plazo y el manejo de síntomas persistentes.

La principal limitación de este estudio reside en no disponer de un registro de la valoración de la CVRS, así como de la situación funcional y nivel de dependencia previos a la COVID-19. Además, la variabilidad en el periodo de tiempo transcurrido entre que el paciente sufre la COVID-19 y que éste cumplimenta el cuestionario pudo afectar al resultado de estos.

### Conclusiones

El estudio muestra que el sexo femenino es un factor de riesgo significativo para una peor calidad de vida auto percibida en pacientes que han pasado la COVID-19, con mayor incidencia de ansiedad, depresión, dolor y limitaciones en actividades cotidianas. Estos problemas fueron más prevalentes en mujeres, quienes mostraron diferencias significativamente menores en el índice EQ-5D y la escala EVA en comparación con los hombres. Además, la estancia en UCI influyó negativamente en la percepción de la calidad de vida, destacándose como un factor clave a considerar en la recuperación post-COVID-19. Aunque la mortalidad y la hospitalización fueron superiores en los hombres, las mujeres experimentaron un mayor impacto en su bienestar psicosocial y funcional tras la enfermedad.

A partir de los hallazgos podemos concluir que la perspectiva de género es esencial para comprender el impacto desigual del COVID-19 en la calidad de vida. Las diferencias en la experiencia de síntomas post-COVID resaltan la necesidad de un enfoque individualizado en la atención sanitaria. El estudio subraya la relevancia de la rehabilitación temprana y programas específicos para abordar las secuelas psicológicas y físicas de los pacientes post-COVID, especialmente en mujeres. Por tanto, se recomienda incorporar la perspectiva de género en las consultas y en el diseño de programas de atención post-COVID y evaluar regularmente la salud mental de los pacientes recuperados, con especial atención a mujeres con antecedentes de dolor crónico o factores de riesgo psicosocial.

A pesar de los desafíos que el COVID-19 ha dejado en su estela, estos hallazgos abren la puerta a enfoques más inclusivos y equitativos en la atención sanitaria. Reconocer estas diferencias es el primer paso para transformar la adversidad en oportunidad.

### DATOS AUTORES

(1) Enfermero/a Complejo Asistencial de Zamora (Zamora, España); (2) Enfermero. Universidad Europea de Madrid (Madrid, España); (3) Doctor en Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid; (4) Enfermera Universidad Europea de Madrid (Madrid, España).

Recibido: 26/02/2024. Aceptado: 12/11/2024.

Versión definitiva: 21/11/2024

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 7 de abril de 2020;323(13):1239-42.
2. De Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2016 Aug;14(8):523-34.
3. Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 383(18):1757-66.
4. Ohtake PJ, Lee AC, Scott JC, Hinman RS, Ali NA, Hinkson CR, et al. Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Phys Ther*. 2018;98(8):631-45.
5. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2024.
6. Informes de situación publicados durante la crisis sanitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/evolucion/situacion.htm>
7. Crises UHLP on the GR to H. Protecting humanity from future health crises: report of the High-Level Panel on the Global Response to Health Crises. 9 de febrero de 2016 [citado 26 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/822489>
8. López Rodríguez RM, Soriano Villarroya I, coordinadores. Informe Salud y Género 2022: Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
9. WHOQOL. Measuring Quality of Life [internet]. Ginebra: World Health Organization; 1998 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1)

10. Juszko K, Szary P, Mazurek J, Rutkowski S, Cieřlik B, Szczepańska-Gieracha J, et al. Long-Term Consequences of COVID-19 Disease Specific to Women: Exploratory Research. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;20(1):150.
11. Pelà G, Goldoni M, Solinas E, Cavalli C, Tagliaferri S, Ranzieri S, et al. Sex-Related Differences in Long-COVID-19 Syndrome. *J Womens Health.* 2022;31(5):620-30.
12. Fernández-de-las-Peñas C, Martín-Guerrero JD, Pellicer-Valero ÓJ, Navarro-Pardo E, Gómez-Mayor-domo V, Cuadrado ML, et al. Female Sex Is a Risk Factor Associated with Long-Term Post-COVID Related-Symptoms but Not with COVID-19 Symptoms: The LONG-COVID-EXP-CM Multicenter Study. *J Clin Med.* 2022;11(2):413.
13. Miron Canelo JA, Lorenzo Gómez MF, Elena Iglesias De Sena E, Fernández Martín LC. Modifiers of Health-Related Quality of Life by Biological, Psychological and Social Factors [Internet]. En: *Health-Related Quality of Life - Measurement Tools, Predictors and Modifiers.* Mullings J, Arbor S, Cumbay M, editores. London: Intech Open; 2022 [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/76585>
14. Fitzpatrick R. The International Assessment of Health-related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis. *J Med Ethics.* 1996;22(4):248-9.
15. EuroQol Group. EuroQol -a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208
16. EQ-5D User Guides -EQ-5D [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
17. Fernández-de-las-Peñas C, Rodríguez-Jiménez J, Moro-López-Menchero P, Cancela-Clilleruelo I, Pardo-Hernández A, Hernández-Barrera V, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the EuroQol-5D-5L in previously hospitalized COVID-19 survivors with Long COVID. *Sci Rep.* 2022;12(1):12605.
18. Feng Y-S, Kohlmann T, Janssen MF, Buchholz I. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res.* 2021;30(3):647-73.
19. Van Agt, H. M., Essink-Bot, M. L., Krabbe, P. F., Bonsel, G. J. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Soc Sci Med.* 1994; 39(11): 1537-1544.
20. Herdman, M., Badía, X., Berra, S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten primaria.* (2001); 28(6): 425-429.
21. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 5 may 2023 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
22. Malik P, Patel K, Pinto C, Jaiswal R, Tirupathi R, Pillai S, et al. Post acute COVID 19 syndrome (PCS) and health related quality of life (HRQoL). A systematic review and meta analysis. *J Med Virol.* 2022;94(1):253-62.
23. El género y la COVID-19: documento de apoyo, 14 de mayo de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [acceso 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/332242>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
24. Fernandes J, Fontes L, Coimbra I, Paiva JA. Health-Related Quality of Life in Survivors of Severe COVID-19 of a University Hospital in Northern Portugal. *Acta Med Port.* 2021;34(9):601-7.
25. Ayuso García B, Pérez López A, Besteiro Balado Y, Romay Lema E, García País MJ, Marchán-López Á, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19. *J Health Qual Res.* 2022;37(4):208-15.
26. Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, Barbanotti D, Castoldi R, Mulè G, et al. Female gender is associated with Long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect.* 2022;28(4):611 e9-611.e16.
27. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2022;69(6):326-35.
28. Bae EY, Sanders JM, Johns ML, Lin K, Ortwine JK, Wei W, et al. Therapeutic Options for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Where Are We Now? *Curr Infect Dis Rep.* 2021;23(12):28.
29. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Serie Informes monográficos n.º 3. 2014 [acceso 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
30. Raya-Tena A, Fernández-San-Martín MI, Martín-Royo J, Casañas R, Psicodop G, Jiménez-Herrera MF. Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. *Aten Primaria.* 2021;53(2):101946.
31. Gallach Solano E, Bermejo Gómez MA, Robledo R, Izquierdo Aguirre RM, Canos Verdecho MA. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):252-6.
32. Kang J, Yun S, Hong J. Health-related quality of life measured with the EQ-5D-5L in critical care survivors: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;72:103252