



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN"



**FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS
A INFECCIÓN POR COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL "CS DE TU-
PAC AMARU, CHAUPIMARCA-CERRO DE PASCO" OCTUBRE A DICIEMBRE,
2020**

TESIS DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL TITULO DE:

MEDICO - CIRUJANO

AUTOR:

BENDEZÚ ASTOCAZA, David Giordano

ASESOR:

GUERRERO ORTIZ, Hilda

ICA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional,
por demostrarme que se puede seguir
adelante a pesar de la adversidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme luz de vida y no abandonarme nunca.

A mis padres David Bendezú y Gladys Astocaza; por seguirme en cada uno de mis pasos, por sus palabras de aliento cuando más lo necesitaba.

A mi esposa Mirtha Julissa Cusiatado Tacas e hijos, por su comprensión en esta etapa de mi formación profesional.

A mi asesor Dra. Hilda Guerrero Ortiz, por ser un gran profesional y por tomarse el tiempo de guiarme en el avance del proyecto y el termino de la tesis.

A todos los pobladores de Chaupimarca del departamento de Cerro de Pasco que colaboraron con esta investigación, sin ellos no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CONTRACARATULA.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 ANTECEDENTES.....	11
a) Antecedentes Históricos.....	11
1.2 BASES TEORICAS.....	12
a) Definición.....	12
b) Etiología.....	12
c) Transmisión.....	13
d) Fisiopatología.....	14
e) Epidemiología.....	16
f) Factores de riesgo.....	17
g) Manifestaciones Clínicas.....	17
h) Diagnóstico.....	20
i) Tratamiento.....	22
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	24
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	25
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	27
a) Problema General.....	27
b) Problema Específico.....	27
c) Delimitación del Problema.....	28
2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
a) Justificación.....	28
b) Importancia	28
2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
a) Objetivo General.....	29
b) Objetivos Específicos.....	29
2.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
a) Hipótesis General.....	30
b) Hipótesis Especificas	30
2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	31

a) Variables Dependientes e Independiente.....	31
b) Operacionalización de variables.....	32
CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1 Tipo, nivel y diseño de investigación.....	33
3.2 Población y muestra.....	33
3.3 criterios de inclusión y exclusión.....	34
CAPITULO IV TECNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	35
4.1 Técnica de recolección de datos.....	35
4.2 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de resultados...	35
4.3 Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO V: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	36
CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADO.....	52
6.1 Presentación e interpretación de resultados.....	52
6.2 Discusión de resultados.....	70
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
ANEXOS.....	80

RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación entre los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y de asociación. No experimental de corte transversal. La muestra fue de 224 pobladores diagnosticados con COVID-19 y no COVID-19 atendidos en el centro de Salud Tupac Amaru de Chaupimarca – Cerro de Pasco, la técnica de recolección de información es la encuesta.

Resultados: la prevalencia de infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Túpac Amaru fue de 42%. Según la edad, existe mayor prevalencia a los 51 a 65 años con 63.6%. Los varones presentan mayor proporción de Infección por Covid -19 en un 72.2%. Los pacientes atendidos que viven en zona rural con diagnóstico confirmado fue de 90.9%; El estado civil es mayor en pacientes con diagnóstico confirmado solteros o viudos con un 52%; el nivel educativo en su mayoría con estudios secundarios de 45.9%; 58.1% sin hijos; el tipo de hogar mono parenteral presentó diagnóstico positivo en un 49.1%; el consumo de alcohol era seguido con un 86.7% y en el consumo de tabaco existe un 90.0%; El 100% de los pacientes que refieren usar mascarilla a veces presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 38,4% de pacientes que usan mascarilla presentan diagnóstico clínico positivo.

Finalmente, se concluye que la prevalencia de infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Túpac Amaru fue de 42%.

Palabras claves: Covi-19, Cerro de Pasco, Factor demográfico.

ABSTRACT

Objective: Identify the relationship between demographic, socio-economic factors and those related to behavior with Covid-19 infection in patients treated at the Tupac Amaru CS, Chaupimarca de Cerro de Pasco, October to December - 2020..

Methodology: Descriptive, observational and association study. Non-experimental cross section. The sample consisted of 224 residents diagnosed with CO-VID-19 and not COVID-19 treated at the Túpac Amaru de Chaupimarca - Cerro de Pasco Health Center, the information gathering technique is the survey

Results: the prevalence of Covid-19 infection in patients treated at the Túpac Amaru Health Center was 42%. According to age, there is a higher prevalence at 51 to 65 years with 63.6%. Males have a higher proportion of Covid -19 infection in 72.2%. The patients attended living in a rural area with a confirmed diagnosis was 90.9%; The marital status is higher in patients with a confirmed diagnosis, single or widowed with 52%; the educational level in its majority with secondary studies of 45.9%; 58.1% without children; the type of single-parent home presented a positive diagnosis in 49.1%; alcohol consumption was followed with 86.7% and in tobacco consumption there is 90.0%; 100% of patients who refer to wearing a mask sometimes have a diagnosis of COVID-19 infection, likewise, 38.4% of patients who wear a mask present a positive clinical diagnosis.

Finally, it is concluded that the prevalence of Covid-19 infection in patients treated at the Túpac Amaru CS was 42%.

Keywords: Covi-19, Cerro de Pasco, Demographic factor.

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIA-
DOS A INFECCIÓN POR COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS
EN EL "CS DE TUPAC AMARU, CHAUPIMARCA-CERRO DE
PASCO" OCTUBRE A DICIEMBRE, 2020

AUTOR:

BENDEZÚ ASTOCAZA, David Giordano

ASESOR:

GUERRERO ORTIZ, Hilda

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus (COVID 19) es causada por un agente vírico recientemente descubierto a mediados del año 2019.

Los nosocomios de la ciudad de Wuhan fueron los primeros en detectar los primeros casos de la nueva enfermedad y según la información oficial de la OMS, estos primeros contagios se originaron en el ámbito del Mercado Mayorista de Mariscos del Sur de China de Wuhan.

Los primeros casos diagnosticados en un principio como una neumonía de origen desconocido, fueron los que iniciaron las alertas sanitarias locales que llevaron a que en la primera semana de enero se identificaron como causante de la enfermedad desconocida a un nuevo coronavirus, al que se denominó al principio 2019-nCoV.

Los coronavirus circulan principalmente entre animales, pero han evolucionado e infectado a los humanos (convirtiéndolos así en virus zoonóticos), como se ha visto en el SARS, el MERS y otros cuatro tipos de coronavirus encontrados en humanos que causan síntomas respiratorios similares a los del resfriado común. Actualmente los seis tipos de coronavirus conocidos hasta ahora se pueden contagiar de humano a humano la mayoría de las personas que enferman de COVID 19 experimentan síntomas de leves a moderados y se recuperan sin tratamiento especial.

El virus que causa la COVID-19 se transmite principalmente a través de las gotículas generadas cuando una persona infectada tose, estornuda o espira. Estas gotículas son demasiado pesadas para permanecer suspendidas en el aire y caen rápidamente sobre el suelo o las superficies. Es posible la infección al inhalar el virus si está cerca de una persona con COVID-19 o si, tras tocar una superficie contaminada, se toca los ojos, la nariz o la boca.

En Perú el primer caso reportado el 6 de marzo del 2020 es de un hombre de 25 años

que regresaba de Europa, iniciándose así en Perú la pandemia de COVID-19 teniendo como primera víctima mortal el 19 de marzo del 2020, con el pasar del tiempo el brote se expandió por todo el territorio nacional siendo la región de Ucayali en la provincia de Purús donde los indígenas Sharanahuas se habían contagiado de COVID-19 durante su estadía en la frontera con Brasil, convirtiéndose así en la última provincia Nacional en declarar personas contagiadas.

El aumento creciente de contagiados en Perú llegó a colocarlo como el segundo país con más casos en América Latina y el quinto a nivel mundial, para fines de agosto del 2020, Perú se posicionó como el país con el mayor índice de mortalidad per cápita y el noveno país en el mundo con mayor cantidad de muertes totales.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

a) Antecedentes Históricos:

El primer gran brote causado por el coronavirus ocurrió en Beijing en 2002, cuando una cepa del virus llamada SARS-Cov provocó la propagación del síndrome respiratorio agudo severo. El caso puede conducir a la muerte. Inicialmente, subestimaron la enfermedad, por lo que el virus se propagó de manera incontrolable, afectando al personal médico y a cualquier persona en contacto con él. Después de que se anunció la alerta médica, el virus fue controlado, pero ha matado a más de 800 personas (1).

En 2012 se descubrió un nuevo tipo de coronavirus, el MERS-CoV, que se transmitía de animales (en este caso, dromedarios) a humanos y causaba graves daños en el sistema respiratorio. Los primeros casos se notificaron en Arabia Saudita y Qatar. Aunque la transmisión de persona a persona es rara, la Organización Mundial de la Salud emitió una alerta poco después. En la actualidad, se han encontrado varios casos de este virus, la mayoría de los cuales se infectaron brevemente en Oriente Medio. Se han confirmado casos en Estados Unidos, Francia, Filipinas, Turquía y Corea del Sur (2).

Nuevo brote: Covid-19 (Sars-Cov-2). A fines de 2019, surgió en China el llamado COVID-19. Los primeros casos reportados fueron personas en el mercado de Wuhan, familiares, personal médico y turistas de la zona. Obviamente, el virus se propagó a través del contacto cercano. Tras el reporte del primer caso y las medidas tomadas por el gobierno chino, los residentes de Wuhan fueron completamente puestos en cuarentena, mientras que, en otros países, los residentes de Wuhan tomaron medidas extremas. Esperando la declaración de la OMS. El 30 de enero

se declaró una emergencia internacional. Para entonces, el virus se había extendido a Tailandia, Japón, Corea del Sur y otros países. En marzo apareció el primer caso en América Latina y África (2)

1.2 Bases teóricas

a) DEFINICIÓN:

El coronavirus (CoV) es una amplia variedad de virus que pueden causar una variedad de enfermedades, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como el síndrome respiratorio del suroeste, el coronavirus (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio - Enfermedad respiratoria aguda grave (SARS - CoV). Un nuevo tipo de coronavirus que nunca se ha detectado en humanos. También se sabe que otros coronavirus se han propagado a los animales y aún no han infectado a los humanos. (3)

b) ETIOLOGIA:

La principal fuente de enfermedad del SARS-CoV-2 pueden ser los animales. Hasta la fecha, se desconocen el reservorio natural del virus y las posibles vías de transmisión a los humanos. En términos de origen ancestral, el virus más cercano es el coronavirus de murciélago aislado RATG13 de murciélagos de herradura en Yunnan en el sureste de China hace unos años y es portador de varios coronavirus, Aunque la posición filogenética de estas secuencias de virus no concuerda completamente con esta hipótesis, es la razón por la que se necesita más investigación sobre la diversidad de coronavirus en animales (4).

c) TRANSMISIÓN:

MECANISMO DE TRANSMISIÓN ANIMAL-HUMANO

No se sabe cómo se propagó el virus de origen animal antes del primer caso humano. Todo indica contacto directo con animales infectados a través de sus secreciones. En estudios de modelos animales llevados a cabo con otros coronavirus, se ha observado tropismo en células de varios órganos y sistemas que causan síntomas respiratorios y gastrointestinales, lo que puede indicar transmisión de animal a humano (5). En cuanto a la exposición de los animales acompañantes, dos perros en Hong Kong y un gato en Bélgica presentaron síntomas respiratorios y digestivos característicos de una persona COVID-19, por lo que se encontró ARN masculino. En estudios experimentales, se han encontrado infecciones en gatos y esputo, y el virus se ha reproducido activamente en el tracto respiratorio. Han analizado muestras de 102 gatos obtenidas tras el brote en la ciudad de Wuhan, y el 14% de ellos tienen anticuerpos anti-SARS-CoV-2. Los gorriones, gatos, visones y hámsteres son muy susceptibles a las infecciones y es menos probable que desarrollen la enfermedad. Hasta ahora se han informado pocos casos de transmisión de animales a humanos, por lo que parece que no se han registrado enfermedades animales (6).

MECANISMO DE TRANSMISIÓN HUMANO-HUMANO

Se cree que la ruta de transmisión de persona a persona es similar a la ruta de transmisión descrita por otros coronavirus a través de la secreción de personas contaminadas, sobre todo a través del contacto directo con gotitas del aliento de más de 5 micrones y manos o manos contaminadas. Estas secreciones luego entran en contacto con las membranas mucosas de la boca, la nariz o los ojos. Sobre superficies de cobre, cartón, acero inoxidable y plástico, la persistencia efectiva del

SARS-CoV-2 4, 24, 48 y 72 horas hasta 21-23°C o 40% de humedad relativa. En otro estudio, el virus ya no se detectó después de 3 horas en la superficie del papel durante 1-2 días en madera, ropa o vidrio y más de 4 días en acero inoxidable a 22 °C y 60% de humedad, billetes de mascarilla plástica y quirúrgica. (7)

d) FISIOPATOLOGÍA:

Se ha confirmado que el SARS-CoV-2 se une al receptor de la enzima convertidora II de angiotensina humana (ACE2), lo que indica que su patogenia es similar a la del SARS, sin embargo, en comparación con el SARS-CoV, las características estructurales únicas del dominio de unión al receptor de glicoproteína pico del SARS-CoV-2 confieren a las células hospedadoras una afinidad de unión a ACE2 potencialmente mayor. La evidencia mecánica de otros coronavirus sugiere que el ISARS-CoV-2 puede reducir la regulación de ACE2, lo que lleva a una acumulación excesiva de angiotensina-II tóxica, que puede inducir el síndrome de dificultad respiratoria aguda y miocarditis fulminante.

Basado en el análisis de conjuntos de datos de secuenciación de ARN de una sola célula derivados del sistema fisiológico humano principal, estos órganos se consideran los más vulnerables a la infección por ISARS-CoV-2 debido a sus niveles de expresión. Los efectos de la ECA2 son los pulmones, el corazón, el esófago, los riñones, la vejiga y el íleon. Esto puede explicar las manifestaciones extrapulmonares asociadas con la infección. En comparación con los adultos, la expresión de ECA2 en el epitelio nasal de los niños menores de 10 años es menor, lo que puede explicar por qué la prevalencia de COVID-19 en niños es menor; sin embargo, se necesita más investigación en esta área.

El virus utiliza la serina proteasa 2 transmembrana del huésped (TMPRSS2) para activar la proteína S y la fusión de la célula viral con la membrana de la célula huésped. Se han identificado sitios de escisión de tipo furina en el pico de proteína del virus.

Esta situación no existe en otros coronavirus similares al SARS (12). Los estudios de autopsia han demostrado que los pacientes que fallecieron por insuficiencia respiratoria tienen evidencia de daño alveolar exudativo difuso, acompañado de congestión capilar masiva, generalmente acompañada de microtrombosis. La formación de membranas hialinas y la displasia de las células pulmonares son frecuentes. Tanto macroscópicamente como microscópicamente, se confirmó que el material del trombo bloqueaba la arteria pulmonar. El paciente también tiene signos de microangiopatía trombótica sistémica. (8).

Interacción con el sistema inmunitario

La infección por SARS-CoV-2 activará el sistema inmunológico innato y producirá una respuesta excesiva, que puede estar relacionada con un mayor daño pulmonar y un empeoramiento de los resultados clínicos. Las observaciones clínicas han demostrado que cuando la respuesta inmunitaria no puede controlar eficazmente el virus (como los ancianos con un sistema inmunológico débil), el virus se propagará con mayor eficacia, destruyendo así el tejido pulmonar y activando células en el pulmón. Los macrófagos y granulocitos provocarán la liberación masiva de citocinas proinflamatorias (9). Un equipo de investigación de China describió que la activación de esta vía inmunológica es causada por la activación de linfocitos T auxiliares (Th) CD4 + y CD8 + anormales. En comparación con los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que no ingresaron en la UCI, los pacientes que no recibieron la UCI y los controles sanos, observaron una mayor proporción de linfocitos T CD4 + que producen IL-6 y GM-CSF (el factor estimulante es severo El grado de colonia de granulocitos-macrófagos de COVID-19, pero esta activación excesiva no es suficiente para controlar la infección, y conduce al agotamiento de los linfocitos con mayor daño tisular, lo que puede observarse clínicamente en pacientes con linfoma grave (10).

Interacción con la coagulación y el sistema microvascular

La activación excesiva del sistema inmunológico innato que causa la tormenta de citocinas puede dañar el sistema microvascular, activar el sistema de coagulación e inhibir la fibrinólisis. La coagulación intravascular diseminada (CID) causa trastornos generalizados de la microcirculación que conducen a insuficiencia multiorgánica. En los casos de COVID-19, los niveles de antitrombina son bajos, mientras que los niveles de dímero D y fibrinógeno son más altos que en la población general. Además, el desarrollo de la gravedad de la enfermedad está relacionado con el aumento gradual del dímero D. Estos hallazgos apoyan la siguiente teoría: la infección por SARS-CoV-2 y la aparición de estas enfermedades conducirán a la aparición de coagulopatía debilitante, el pronóstico empeorará, aunque el mecanismo no se ha establecido completamente, hay muchas razones para este fenómeno. (9).

e) EPIDEMIOLOGÍA:

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció una pandemia de COVID-19 debido a una gran cantidad de casos en 112 países / regiones fuera de China. Esta es la primera pandemia causada por el coronavirus. En junio de 2009, la pandemia de influenza H1N1 duró hasta agosto de 2010 (10). A 1 de julio, se han reportado 10,357,662 casos confirmados de COVID-19 a nivel mundial (211 países / regiones), con 508,055 muertes (4.9% muertes). El 5 de marzo se confirmó en Perú el primer caso de COVID-19 importado, un compatriota con antecedentes de viajes a España, Francia y República Checa. Desde entonces, se han confirmado otros casos en sus contactos. Al 1 de julio de 2020, ha habido 292,104 casos confirmados, 73,082 a través de RT-PCR en tiempo real, 219,022 a través de la detección rápida de COVID-19 y 9,860 muertes (3.4% de mortalidad) (11).

f) FACTORES DE RIESGO:

Los factores a considerar son los siguientes:

- Mayores de 60 años.
- Inmunosupresión congénita lo adquirida actual.
- Presentación simultánea de enfermedades crónicas y / o enfermedades varias: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar.
- Cualquiera que sea hospitalizado con infección respiratoria aguda por criterios severos (neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, insuficiencia multiorgánica, shock séptico, ingreso en UCI), en el que se excluyen cuadros de otras posibles enfermedades infecciosas que puedan ser razonables.
- Personas que viven o trabajan en instituciones cerradas, especialmente personas mayores que viven en hogares de ancianos.
- Contacto cercano con casos posibles lo confirmados. Se considera contacto cercano a una persona que ha estado en contacto con una persona con síntomas apropiados o que ha sido diagnosticada con COVID-19 desde 48 horas antes del inicio de los síntomas lo sin síntomas. El contacto cercano se define como brindar atención dentro de los 2 metros del paciente y en el mismo lugar que el paciente durante más de 15 minutos sin las medidas de protección adecuadas. (12)

g) MANIFESTACIONES CLINICAS:

El curso de COVID-19 es variable, desde una infección asintomática hasta una

neumonía grave que requiere ventilación asistida, que suele ser mortal. Las formas asintomáticas y las manifestaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, mientras que las formas graves son más comunes en personas mayores de 65 años y personas con enfermedades crónicas como diabetes y enfermedad pulmonar. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, hipertensión arterial, etc. La mayoría de los pacientes tienen los síntomas más comunes, a saber, fiebre y tos, pero no todos los casos sintomáticos.

- La fiebre puede durar mucho tiempo, lo que se asocia a un mal pronóstico.
- La tos puede ser una tos seca o una tos de igual frecuencia, a veces acompañada de hemoptisis.
- La fatiga es muy común y la incidencia de mialgias y cefalea es del 10% y 20%, respectivamente.
- Se informa que la frecuencia de la disnea varía mucho, puede aparecer a partir del día siguiente, pero puede tardar hasta 17 días, esta aparición tardía parece estar relacionada con un pronóstico más severo.
- Obstruir otros síntomas del tracto respiratorio superior, como dolor de garganta, moqueo y congestión nasal. Aunque También ha descrito otros síntomas neurológicos relacionados, que incluyen una amplia gama, enfermedades cardíacas, oftalmología, otorrinolaringología y tracto gastrointestinal (13).

Signos de alarma para Covid-19

Las señales de advertencia ayudan a determinar la necesidad de atención médica inmediata en el caso de COVID-19:

- Sensación o falta de aire.

- Perdido o confundido.
- Fiebre (temperatura superior a 38 grados centígrados) que dure más de dos días.
- Dolor en el pecho.
- Los labios son de color azul.

1. Clasificación clínica del Covid – 19

Casos leves: cualquier persona que tenga una infección respiratoria aguda que presente al menos dos de los siguientes síntomas y signos:

- tos.
- Molestias generales
- dolor de garganta.
- Fiebre.
- Congestión nasal.

Describe otros síntomas, como trastornos del gusto, trastornos del olor y erupciones cutáneas.

Caso Moderado: Toda persona con infección respiratoria aguda que cumpla con alguno de los siguientes criterios:

- Disnea o dificultad respiratoria.
- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto
- Saturación de oxígeno < 95%
- Alteración del nivel de conciencia (desorientación confusión)
- Hipotensión arterial o shock
- Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía
- Recuento linfocitario menor de 1000 células / uL.

Caso Severo: Toda persona con infección respiratoria aguda, con dos o

más de los siguientes criterios:

- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto
- PaCO₂ <32 mmHg
- Alteración del nivel de conciencia.
- Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg
- PaO₂ <60 mmHg o PaFi <300.
- Signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance torácico-abdominal
- Lactato sérico > 2 mosm / L.

h) DIAGNOSTICO:

SOSPECHA CLÍNICA: Principalmente en pacientes con fiebre reciente y / o síntomas respiratorios, se debe considerar la posibilidad de COVID-19. Los pacientes con enfermedades graves del tracto respiratorio inferior sin una causa obvia también deben considerar su uso. Aunque estos síndromes pueden ocurrir en otras enfermedades respiratorias virales, si el paciente:

. Reside o ha viajado dentro de los 14 días anteriores a un lugar donde hay transmisión comunitaria.

. Ha tenido contacto cercano con un caso de COVID-19 confirmado o sospechado en los últimos 14 días, incluido el trabajo en una institución médica. El contacto cercano incluye estar aproximadamente a dos metros de la persona con COVID-19 durante más de unos pocos minutos sin usar equipo de protección personal (PPE) o tener contacto directo con secreciones infecciosas sin usar PPE. (14)

APLICACIÓN DE PRUEBAS

Pacientes sintomáticos: si es posible, todos los pacientes sintomáticos con sospecha de infección deben someterse a pruebas; el diagnóstico no puede hacerse definitivamente sin pruebas microbiológicas. Los individuos de alta prioridad incluyen pacientes hospitalizados (especialmente pacientes críticamente enfermos con enfermedades respiratorias inexplicables) e individuos sintomáticos que son trabajadores de la salud o socorristas, trabajan o residen en entornos de vida colectiva o tienen factores de riesgo de enfermedad grave. (15)

Seleccionar individuos asintomáticos: las pruebas a ciertos individuos asintomáticos también pueden ser importantes para fines de salud pública o control de infecciones. Las posibles indicaciones para realizar pruebas en individuos asintomáticos incluyen la identificación temprana de la infección en las instalaciones de convivencia que albergan a personas en riesgo de enfermedad grave (15).

PRUEBA INICIAL Y RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) es el método de detección de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) más común que se utiliza para detectar ARN del SARS-CoV-2 COVID-19 en células hepáticas del tracto respiratorio superior como primera opción para el diagnóstico inicial. En algunos casos la prueba utilizada originalmente, pero la sensibilidad de la prueba de antígeno es menor que la NAAT, y la prueba de NAAT debe usarse para confirmar la prueba de antígeno negativa (14).

j) TRATAMIENTO ESPECIFICOS PARA COVID - 19

Estudios internacionales publicados recientemente sobre el uso de medicamentos en pacientes con Covid-19, con evidencia limitada para el uso de terapias con medicamentos. Estos medicamentos incluyen: cloroquina, alto contenido de hidroxiclороquina, azitromicina, lopinavir / ritonavir, etc. Del mismo modo, otros medicamentos antivirales (Rendesivir, Favipravir), inmunomoduladores (Interferón, Tocilizumab) y otros medicamentos (ivermectina). Ante la situación anterior, el Ministerio de Salud llegó a un consenso con el grupo de trabajo del COVID-19 a solicitud de la Academia Nacional de Ciencias, y aceptó la propuesta de colocar a los médicos tratantes en su consideración. La base es: evaluación personal de los pacientes y consentimiento fundamentado previo (16)

Se puede proporcionar tratamiento para todas las afecciones, a saber, leves, moderadas y graves. El plan de tratamiento debe explicarse al paciente en detalle, el paciente debe ser informado y autorizado y el tratamiento debe ser estrictamente controlado. Las principales contraindicaciones de la cloroquina y la hidroxiclороquina son: hipersensibilidad a principios activos, miastenia gravis, retinopatía, degeneración macular ocular, enfermedades hematopoyéticas, embarazo y lactancia (17).

Tratamiento antimicrobiano asociado y otros

- a) De acuerdo con el patrón de resistencia a los medicamentos y susceptibilidad microbiana, se deben usar antibióticos si se sospecha una infección bacteriana.
- b) Si sospecha una influenza concurrente, debe tomar medicamentos antivirales.
- c) Evite el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

- d) Aunque los corticosteroides generalmente no se recomiendan para uso rutinario, su uso puede evaluarse individualmente, especialmente en el caso del síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), choque séptico y síndrome hemofagocítico. (18)

Tratamiento profiláctico

En el marco de las emergencias nacionales y las emergencias de salud, como otra medida preventiva de COVID-19 entre los grupos de alto riesgo, considerar el uso de hidroxiclороquina para la quimio-prevención en las siguientes situaciones.

- a) Los trabajadores médicos que participaron directamente en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 recibieron 400 mg (VO) de hidroxiclороquina el primer día y 400 mg de hidroxiclороquina semanalmente durante las siguientes siete semanas segundo.
- b) La familia del caso confirmado fue expuesta a 400 mg de COVID-19 hidroxiclороquina. (VO) 400 mg una vez a la semana durante las siguientes tres semanas el primer día.
- c) Otros grupos considerados grupos de alto riesgo por la naturaleza de su residencia o actividades.

La quimioprofilaxis es una medida complementaria y no reemplaza a las medidas preventivas ya dispuestas frente al COVID 19: distanciamiento social,

aislamiento individual, higiene de manos, higiene respiratoria y equipos de protección personal (en el caso de trabajadores de salud) (19).

1.3 MARCO CONCEPTUAL:

Angiotensina II. Vasopresora potente y estimuladora de la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal. (20)

Clivaje. Separación en capas o láminas. Despegamiento. (21)

Covid-19: es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China) (3).

Fómites: Cualquier objeto utilizado o manipulado por una persona que padece una enfermedad transmisible y que, por lo tanto, puede contaminarse con los organismos infecciosos y transmitir la enfermedad a otro usuario. Fómites corrientes son las toallas, la ropa de cama, los vasos y el dinero. (21)

Microangiopatía. Lesión de las paredes de los vasos sanguíneos más pequeños. Esto puede ser el resultado de muchas enfermedades, como diabetes, enfermedad del colágeno, infecciones y cáncer. (21)

Tropismo. Reacción de crecimiento en un organismo motil, desencadenada por un estímulo externo. (20)

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Situación problemática

El virus apareció en la cavidad nasal de los pacientes en la década de 1960. Originalmente se llamaba coronavirus y se llamaba virus humano. Se encontró que este virus es más común en animales y el efecto no es grave. (22).

En la actualidad, COVID-19 es una pandemia mundial que causa enfermedades respiratorias agudas relacionadas filogenéticamente con el SARS-CoV (23). Siempre han convivido con los humanos y existen muchas especies en animales y humanos. Sin embargo, el primer análisis comparativo de la nueva enfermedad determinó que el COVID-19 es bastante diferente de los otros dos β -coronavirus graves que se encuentran en humanos. El SARS y el MERS se consideran una nueva enfermedad: Covid-19 (24).

Algunos informes previos apuntan a que el primer brote se produjo en Beijing en 2002, lo que provocó la propagación del síndrome respiratorio agudo severo que afectó las vías respiratorias, que en algunos casos provocó la muerte de alrededor de 800 personas en algunos países asiáticos (25).

En 2012, se descubrió un nuevo tipo de coronavirus MERS-CoV que fue transmitido por animales y se extendió a Oriente Medio y Europa. Se han confirmado casos en Estados Unidos, Francia, Filipinas, Turquía y Corea del Sur. (26)

A fines de 2019, había surgido un nuevo brote en China, y esta nueva versión aparentemente se propagó a través de un contacto cercano. Inicialmente, en vista de la rápida propagación de nuevos casos y enfermedades, la OMS fue cautelosa, por lo que el 30 de enero la OMS declaró una emergencia internacional. (2)

Claramente nos enfrentamos a una nueva cepa de coronavirus que aún no se ha

encontrado en humanos (26). Estos virus pueden transmitirse de animales a humanos (transmisión zoonótica). Según los estudios, el SARS-CoV se transmitió de la civeta a los humanos y el MERS-CoV se transmitió del dromedario a los humanos.

(3)

En la actualidad se desconoce el reservorio natural y la posible transmisión del virus al ser humano, ya que no se ha detectado en ningún animal, lo que está asociado con el momento y lugar de origen de la pandemia. Por lo tanto, se necesita más investigación (4)

Los estudios en animales con otros coronavirus han observado vías celulares de diferentes órganos y sistemas que causan síntomas respiratorios y gastrointestinales, lo que puede indicar que la transmisión del animal al ser humano debe ser a través de secreciones respiratorias y/o del sistema respiratorio. (5) Actualmente, se han notificado pocos casos de transmisión de animal a humano, por lo que las enfermedades de los animales no parecen contribuir significativamente a la epidemia (6). Secreción de personas infectadas, principalmente a través del contacto directo con gotitas respiratorias mayores de 5 micrones y manos o venenos contaminados con estas secreciones.

Luego entra en contacto con las membranas mucosas de la boca, a nariz o los ojos. Se ha detectado SARS-CoV-2 en secreciones nasofaríngeas, incluida la saliva. (7), sin embargo, se observa con frecuencia que las personas no cumplen principalmente con el distanciamiento social, con el uso adecuado de la mascarilla y otras formas de prevención publicitadas por el estado.

Ante esta situación, este estudio tiene como objetivo Identificar la relación entre los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a) PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta asociados a infección por covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca - Cerro de Pasco, ¿octubre a diciembre del año 2020?

b) PROBLEMA ESPECÍFICOS

PROBLEMA ESPECÍFICO 1

¿Cuál es la prevalencia de la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?

PROBLEMA ESPECÍFICO 2

¿Cuáles son los factores demográficos asociados con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?

PROBLEMA ESPECÍFICO 3

¿Cuáles son los factores socio-económicos asociados a la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?

PROBLEMA ESPECÍFICO 4

¿Cuáles son los factores relacionados con la conducta asociados a la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?

c) DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

-Delimitación Espacial: este estudio se realizó en el CS Túpac Amaru en la región de Cerro de Pasco, la provincia y el distrito Chaupimarca.

-Delimitación Temporal: el estudio se realizó en el periodo de octubre a diciembre del 2020.

2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a) JUSTIFICACION

Este estudio se justifica desde la perspectiva metodológica, dado que está debidamente estructurada bajo un diseño descriptivo correlacional entre variables consideradas de riesgo y como variable de interés principal el diagnóstico de COVID19, las que serán tratadas con herramientas estadísticas como chi cuadrado y OR, la que informarán la relación entre estas variables, cuyos resultados son de oportuno interés científico en la actualidad.

Desde la perspectiva teórica, el estudio del tema abre la posibilidad de incrementar el conocimiento de las variables que ponen más en riesgo de contagio al poblador de las zonas altoandinas de nuestro país.

Desde la perspectiva práctica, el fenómeno abordado, posibilita la aplicación a corto plazo de los resultados a las poblaciones afectadas, a fin de revertir esta situación en mejora de la sociedad, sugiriendo implementación de programas preventivos más objetivos

b) IMPORTANCIA

Es importante destacar que este resultado abre la posibilidad de beneficiar a los residentes de la región andina de nuestro país y permitir a los profesionales de la

salud, conocer el perfil demográfico, socioeconómico y conductual de las personas de esta parte del país que se encuentra con más probabilidades de riesgo de contagio, lo que a su vez permitirá dirigir programas de promoción e intervención.

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a) OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Estimar la prevalencia de la infección por Covid-19 entre los pacientes atendidos en CS Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Identificar los factores demográficos que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Identificar los factores socio-económicos que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Identificar los factores relacionados con la conducta que presentan asociación con la

infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

2.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

A) HIPÓTESIS GENERAL

Los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta están asociados a la infección por COVID-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

B) HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

La estimación de la prevalencia es un objetivo de investigación de carácter estrictamente descriptivo, en tal sentido no se plantea hipótesis.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Los factores demográficos presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

Los factores socio-económicos presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

Los factores relacionados con la conducta presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLES DEPENDIENTES

Infección por COVID-19

VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad

Sexo

Lugar de residencia

Condición Laboral

Estado Civil

Grado de Instrucción

Ingresos económicos

Tenencia de seguro

Hacinamiento

Número de hijos

Tipo de hogar

Consumo de alcohol

Consumo de tabaco

Uso de mascarilla

Distanciamiento social

Lavado de manos

b) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Subvariables	Nivel de medición	Categorías
Variables demográficas	Edad	Cuantitativa discreta	1, 2, 3, ...
	Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
	Lugar de residencia	Cualitativa nominal	1= Urbano 2= Rural
Variables socio-económicas	Condición laboral	Cualitativa nominal	1= Sin trabajo 2= Eventual 3= Estable
	Estado civil	Cualitativa nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Viudo 4= Divorciado
	Grado de instrucción	Cualitativa nominal	1= Sin estudios 2= Primaria completa 3= Secundaria completa 4= Superior
	Ingresos económicos	Cualitativa ordinal	1= Menos de 930 ns 2= 930 a 1500 ns 3= Más de 1500 ns
	Tenencia de seguro	Cualitativa nominal	1= Si presenta 2= No presenta
	Hacinamiento	Cualitativa nominal	1= Si presenta 2= No presenta
	Número de hijos	Cuantitativa numérica	1,2,3, ...
Variables relacionadas con la conducta	Tipo de hogar	Cualitativa nominal	1= Monoparental 2= Biparental
	Consumo de alcohol	Cualitativa nominal	1= No consume 2= A veces 2= Si consume
	Consumo de tabaco	Cualitativa nominal	1= No consume 2= A veces 2= Si consume
	Uso de mascarilla	Cualitativa nominal	1= No usa 2= A veces 3= Si usa
	Distanciamiento social	Cualitativa nominal	1= Siempre 2= A veces 3= Nunca
Infección por COVI-19	Lavado de manos	Cualitativa nominal	1= Siempre 2= A veces 3= Nunca
	Univariable	Cualitativa nominal	1= Dx/virus confirmado 2= Dx/virus no confirmado 3= No presenta infección

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

-Tipo de Investigación: Se desarrolló una investigación de tipo aplicada, dado que su objetivo es brindar nuevos aportes científicos como un aporte de carácter inmediato para enfrentar el problema de la pandemia.

-Nivel de la Investigación de la tesis: El nivel de esta investigación es descriptivo, observacional y de asociación.

-Diseño de la Investigación: no experimental, de corte transversal

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio

La población fue conformada por pacientes diagnosticados con COVID-19 y no COVID -19 atendidos en el Centro de Salud Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

TAMAÑO MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 224 pacientes diagnosticados con COVID-19 y no COVID -19 atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

La muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

Dónde: Z^2 es el nivel de significancia estadística

P es el valor de la proporción esperada

Q es el valor de 1 – P

d² es el valor del error

Reemplazando:

$$SCI = \frac{1.96^2 * 0,18 * 0,82}{0,05^2} = 226.80 \rightarrow 227$$

La muestra calculada fue de 227 pacientes, sin embargo, se eliminaron 3 encuestas por falta de datos, quedando finalmente conformada la muestra con 224 pacientes encuestados.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Se incluyeron a todos los pacientes que estén de acuerdo con su participación en el estudio.
- Se incluyeron a los pacientes de ambos sexos atendidos en el período de estudio.
- Se incluyeron a los pobladores de 18 a 65 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyeron a los pobladores que no estén de acuerdo con su participación en el estudio.
- Se excluyeron a pobladores mayores de 65 años de edad.
- Se excluyeron a pobladores menores de 18 años de edad.

CAPITULO IV: TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este estudio se utilizaron técnicas de encuesta, en este sentido se utilizó un formulario de recolección especialmente elaborado para este estudio, que se dividió en tres partes: la primera incluyó variables demográficas, la segunda incluyó variables socioeconómicas y, finalmente, se incluyó las variables relacionadas con la conducta del paciente. Dadas las características de la población de investigación, en la estructura de la muestra se utilizó una técnica de muestreo no aleatorio adoptada por conveniencia hasta completar el tamaño de muestra calculado.

4.2 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos fueron procesados mediante el uso del programa Microsoft Excel y luego importados desde el programa estadístico SPSS versión 25 en español. En primer lugar, se describió la muestra de estudio con el uso de tablas de frecuencia, a continuación, se construyó tablas de contingencia, las que permitió identificar la prevalencia y la asociación de variables mediante el cálculo del chi cuadrado.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se consideró el anonimato de los atendidos en el CS Túpac Amaru del distrito de Chaupimarca. También se solicitará el consentimiento informado, se velará de la participación voluntaria, la confidencialidad y el buen trato hacia el encuestado.

CAPÍTULO V: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis estadísticas planteadas en el estudio.

5.1.1. Prueba de hipótesis para evaluar los factores demográficos y la infección por Covid-19.

H₀: Hipótesis nula:

La edad no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

La edad presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: La edad y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: La edad y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.

2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 2 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 5.991.

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 03 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 8,662.

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 8,662 > 5.991.



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es falsa y que sí hay relación entre la edad y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El sexo no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El sexo presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. Ho: El sexo y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; Ha: El sexo y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.

2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando Ho es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza Ho si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 04 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 39,888.

6. Decisión estadística. Se rechaza Ho porque 39,888 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que Ho es falsa y que sí hay relación entre el sexo y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El lugar de residencia no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El lugar de residencia presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El lugar de residencia y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El lugar de residencia y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 05 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 11,379

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 11,379 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es falsa y que sí hay relación entre el lugar de residencia y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

5.1.2. Prueba de hipótesis para evaluar los factores socio-económicos y la infección por Covid-19.

H₀: Hipótesis nula

La condición laboral no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

La condición laboral presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: La condición laboral y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: La condición laboral y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 2 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 5.991
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 06 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 2,143

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 2,143 < 5.991



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es verdadera y que no hay relación entre la condición laboral y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El estado civil no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El estado civil presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El estado civil y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El estado civil y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

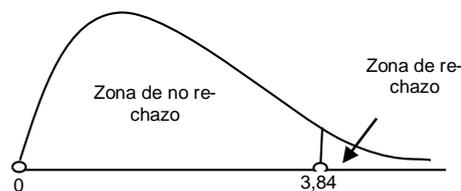
3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 07 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 7,684

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 7,684 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es verdadera y que sí hay relación entre el estado civil y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El grado de instrucción no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El grado de instrucción presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El grado de instrucción y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El grado de instrucción y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

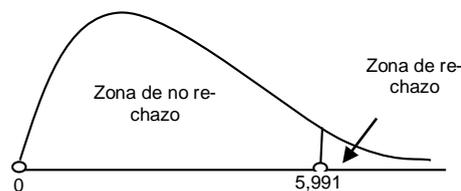
3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 2 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 5.991

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 08 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 0,534

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 0,534 < 5.991



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es verdadera y que no hay relación entre el grado de instrucción y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

Los ingresos económicos no presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

Los ingresos económicos presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: Los ingresos económicos y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: Los ingresos económicos y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

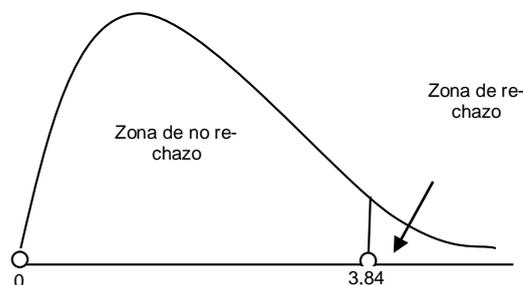
3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 09 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 0,049

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 0,049 < 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ es verdadera y que no hay relación entre los ingresos económicos y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

La tenencia de seguro no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

La tenencia de seguro presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: La tenencia de seguro y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: La tenencia de seguro y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 10 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 17,386

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 17,386 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ no es verdadera y que hay relación entre la tenencia de seguro y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El hacinamiento no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El hacinamiento presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

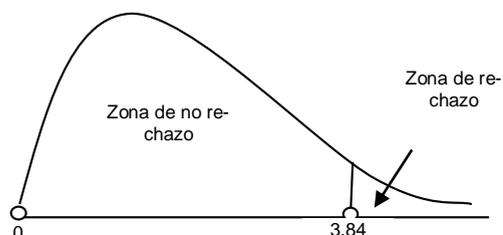
1. Hipótesis. Ho: El hacinamiento y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; Ha: El hacinamiento y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando Ho es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza Ho si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 11 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 0,538

6. Decisión estadística. Se rechaza Ho porque 0,538 < 3.84



7. Conclusión. Se concluye que Ho es verdadera y que no hay relación entre el hacinamiento y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El número de hijos no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El número de hijos presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El número de hijos y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El número de hijos y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 2 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 5.991
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 12 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 13,286

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 13,286 > 5.991



7. Conclusión. Se concluye que H₀ no es verdadera y que hay relación entre el número de hijos y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El tipo de hogar no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El tipo de hogar presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. Ho: El tipo de hogar y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; Ha: El tipo de hogar y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.

2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

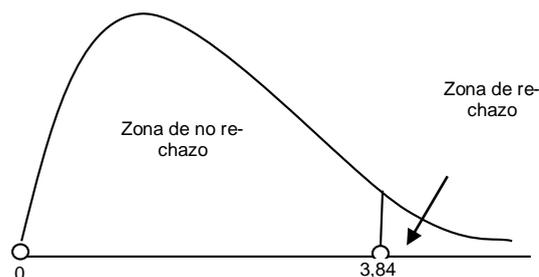
3. Distribución de la prueba estadística. Cuando Ho es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 2 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza Ho si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 13 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 1,520

6. Decisión estadística. Se rechaza Ho porque 1,520 < 3.84



7. Conclusión. Se concluye que Ho es verdadera y que no hay relación entre el tipo de hogar y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

5.1.3. Prueba de hipótesis para evaluar los factores relacionados con la conducta y la infección por Covid-19.

H₀: Hipótesis nula

El consumo de alcohol no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El consumo de alcohol presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

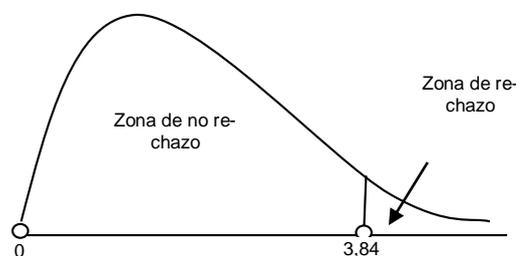
1. Hipótesis. H₀: El consumo de alcohol y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El consumo de alcohol y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 14 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 46,205

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 46,205 < 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ no es verdadera y que hay relación entre el consumo de alcohol y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El consumo de tabaco no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El consumo de tabaco presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

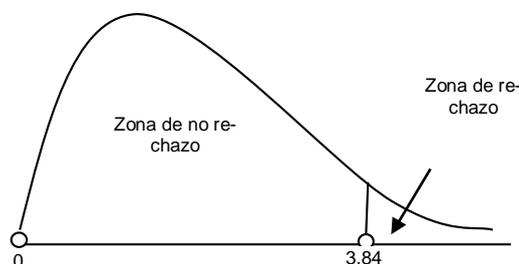
1. Hipótesis. Ho: El consumo de tabaco y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; Ha: El consumo de tabaco y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando Ho es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza Ho si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 15 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 32,819

6. Decisión estadística. Se rechaza Ho porque 32,819 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que Ho no es verdadera y que hay relación entre el consumo de tabaco y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El uso de mascarilla no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El uso de mascarilla presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El uso de mascarilla y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El uso de mascarilla y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.

2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

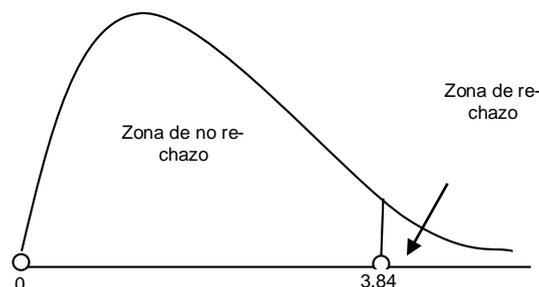
3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.

4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84

5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 16 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 19,086

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 19,086 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ no es verdadera y que hay relación entre el uso de mascarilla y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El distanciamiento social no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El distanciamiento social presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. H₀: El distanciamiento social y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; H_a: El distanciamiento social y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando H₀ es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza H₀ si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 17 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 39,899

6. Decisión estadística. Se rechaza H₀ porque 39,899 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que H₀ no es verdadera y que hay relación entre el distanciamiento social y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

H₀: Hipótesis nula

El lavado de manos no presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

H₁: Hipótesis alternativa

El lavado de manos presenta asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.

Pasos para la prueba

1. Hipótesis. Ho: El lavado de manos y diagnóstico clínico de Covid-19 son independientes; Ha: El lavado de manos y el diagnóstico clínico de Covid-19 están asociadas.
2. Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

3. Distribución de la prueba estadística. Cuando Ho es verdadera, X² sigue una distribución aproximadamente X² con 1 grados de libertad.
4. Regla de decisión. Se rechaza Ho si el valor calculado de X² es mayor o igual que 3.84
5. Cálculo de la estadística de prueba.

En la tabla Nro. 18 se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 41,996

6. Decisión estadística. Se rechaza Ho porque 41,996 > 3.84



7. Conclusión. Se concluye que Ho no es verdadera y que hay relación entre el lavado de manos y el diagnóstico clínico de Covid-19 en la muestra de estudio.

CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Presentación e interpretación de resultados

6.1.1. Prevalencia de la infección por Covid-19 en la muestra de estudio

Tabla 01. Prevalencia de infección por Covid-19 según diagnóstico clínico en la muestra global de estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	Si presenta	94	42,0
	No presenta	130	58,0
	Total	224	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 42% de los pacientes presentan infección por COVID-19, es decir, 4 de cada 10 pacientes atendidos presentan este problema de salud.

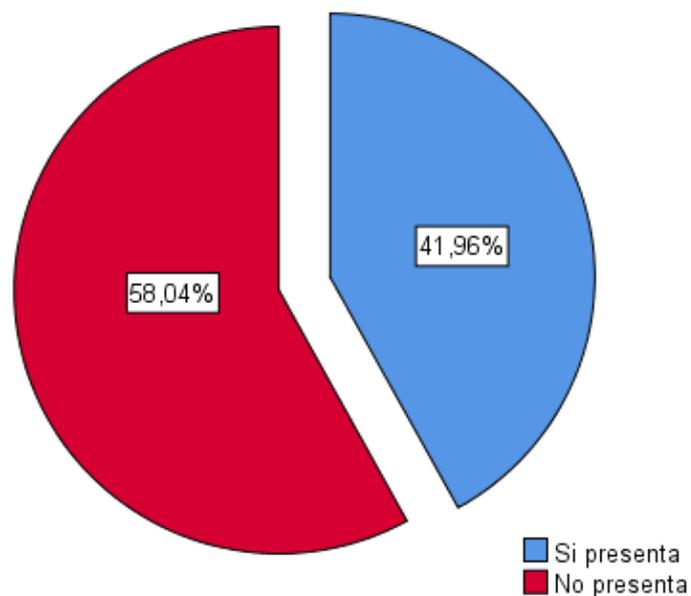


Gráfico 01. Prevalencia de infección por Covid-19 en la muestra global de estudio

Tabla 02. Prevalencia de infección por Covid-19 según diagnóstico en la muestra global de estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	Diagnóstico confirmado	66	29,5
	Diagnóstico no confirmado	28	12,5
	No presenta infección	130	58,0
Total		224	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 29,5% de los pacientes presentan diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, mientras que el 12,5% presentan diagnóstico clínico no confirmado, es decir, 4 de cada 10 pacientes atendidos presenta este problema de salud.

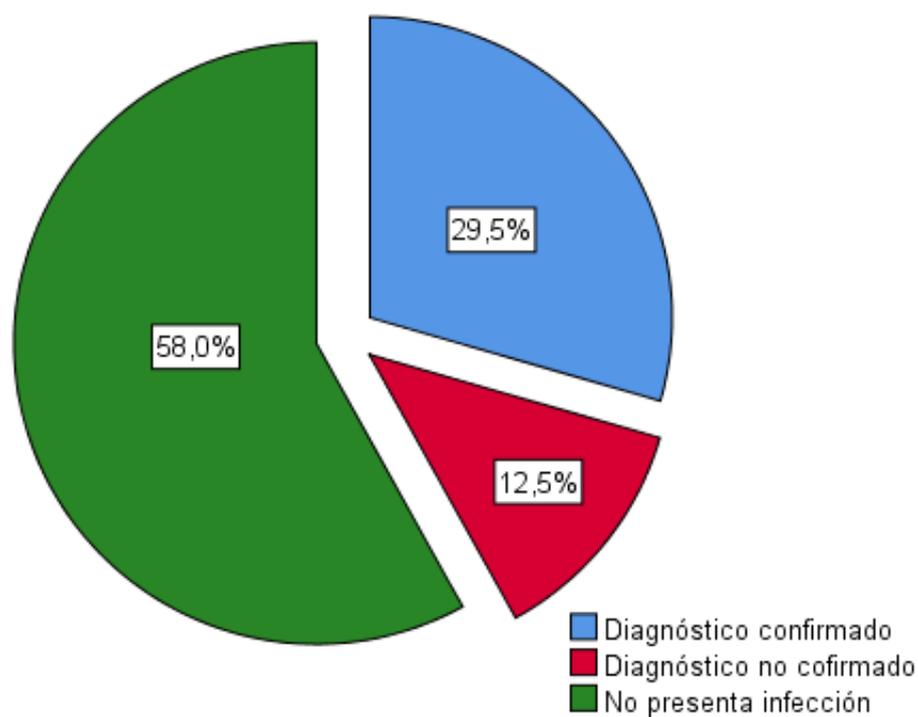


Gráfico 02. Prevalencia de infección según diagnóstico por Covid-19 en la muestra global de estudio

6.1.2. Factores demográficos asociados a la infección por Covid-19.

Tabla 03. La edad y su relación con el diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Edad		Diagnóstico clínico		Total	p- valor
		Si presenta	No presenta		
18 a 30 años	f	47	85	132	0,013
	%	35,6%	64,4%	100,0%	
31 a 50 años	f	26	33	59	
	%	44,1%	55,9%	100,0%	
51 a 65 años	f	21	12	33	
	%	63,6%	36,4%	100,0%	
Total	f	94	130	224	
	%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 63,6% de los pacientes de 51 a 65 años presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 35,6% de los pacientes de 18 a 30 años presentan diagnóstico clínico confirmado. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

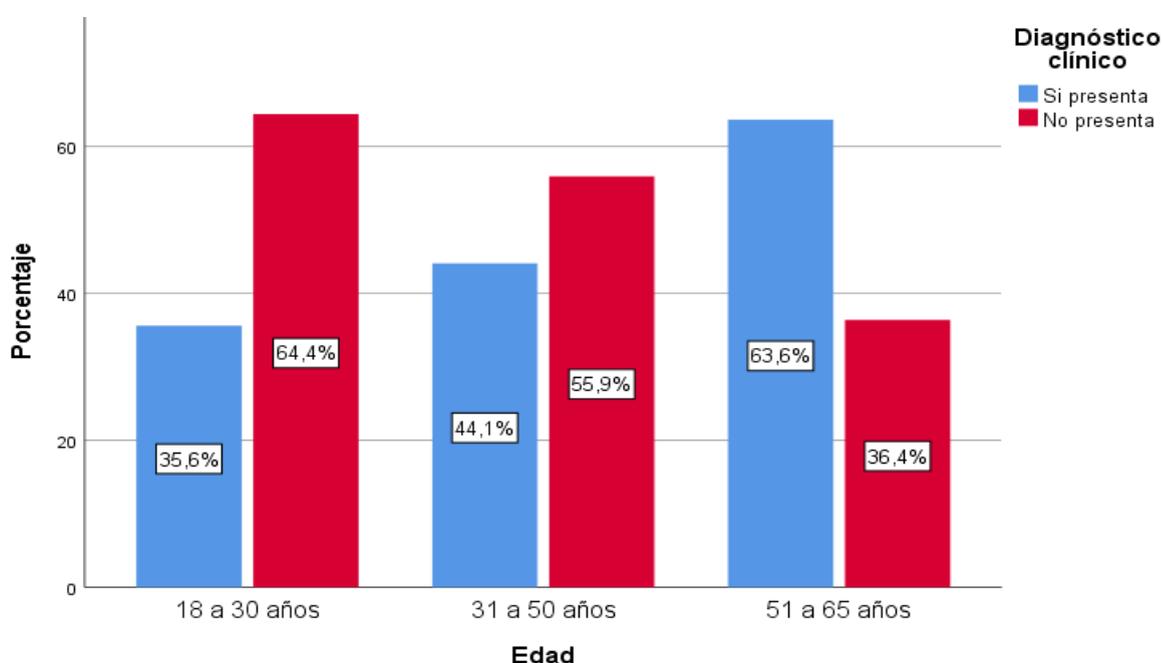


Gráfico 03. La edad y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio

Tabla 04. El sexo y su relación con el diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Sexo	Masculino	F	52	20	72	0,000
		%	72,2%	27,8%	100,0%	
	Femenino	F	42	110	152	
		%	27,6%	72,4%	100,0%	
Total		F	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 72,2% de los pacientes varones presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 27,6%% de las pacientes presentan diagnóstico clínico confirmado. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

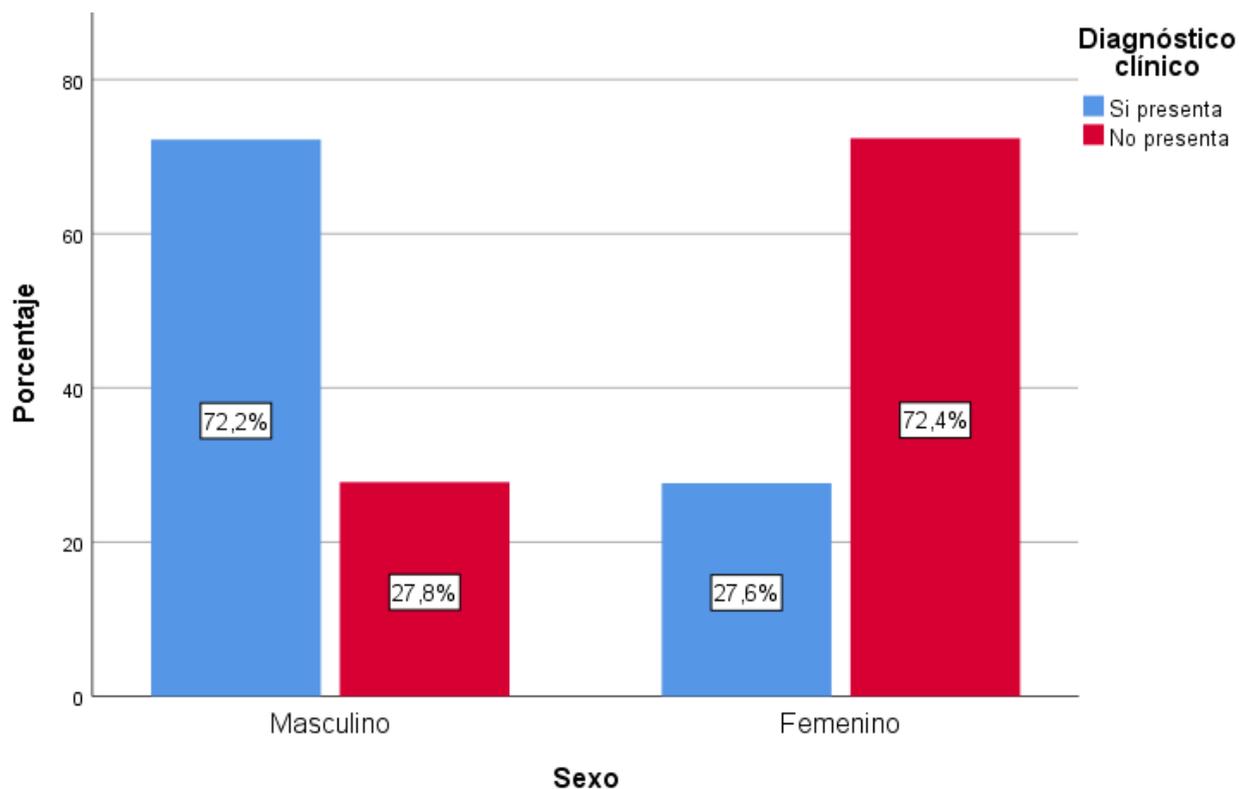


Gráfico 04. El sexo y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 05. El lugar de residencia y su relación con el diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor	
		Si presenta	No presenta	Total		
Lugar de residencia	Urbano	f	84	129	213	0,001
		%	39,4%	60,6%	100,0%	
	Rural	f	10	1	11	
		%	90,9%	9,1%	100,0%	
Total		f	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 90,9% de los pacientes de zonas rurales presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 39,4% de las pacientes residentes en zona urbana presentan diagnóstico clínico confirmado. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

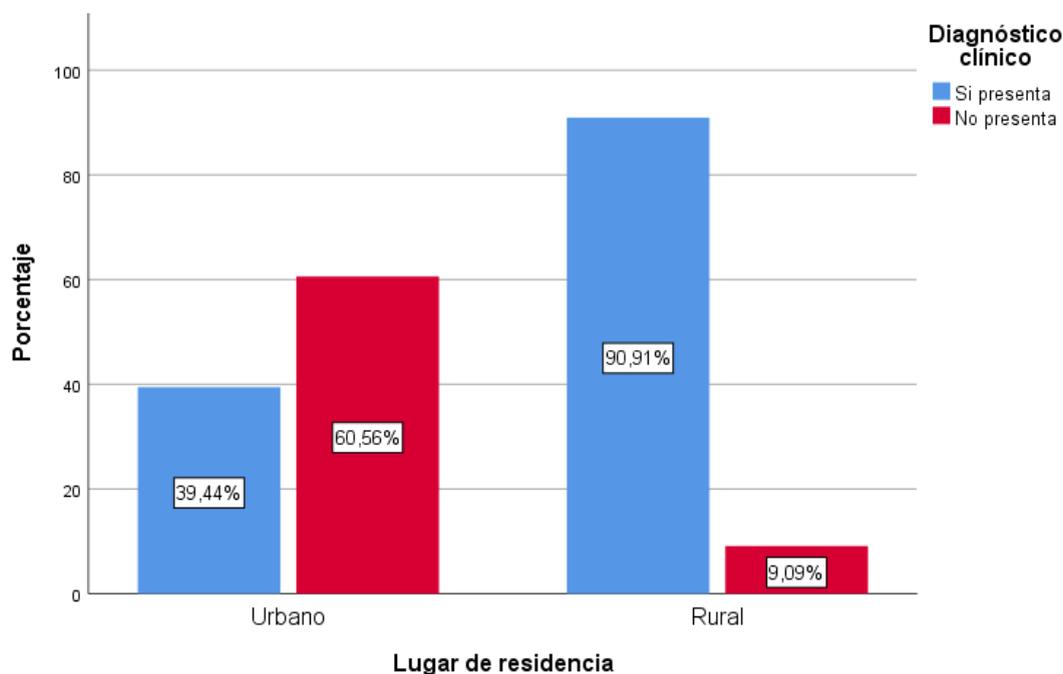


Gráfico 05. El lugar de residencia y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

6.1.3. Factores socio-económicos asociados a la infección por Covid-19.

Tabla 06. Condición laboral y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Condición laboral		Diagnóstico clínico		Total	p-valor
		Si presenta	No presenta		
Sin trabajo	f	46	73	119	0,342
	%	38,7%	61,3%	100,0%	
Eventual	f	43	54	97	
	%	44,3%	55,7%	100,0%	
Estable	f	5	3	8	
	%	62,5%	37,5%	100,0%	
Total	f	94	130	224	
	%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 62,5% de los pacientes con trabajo estable presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 38,7% de pacientes sin trabajo presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

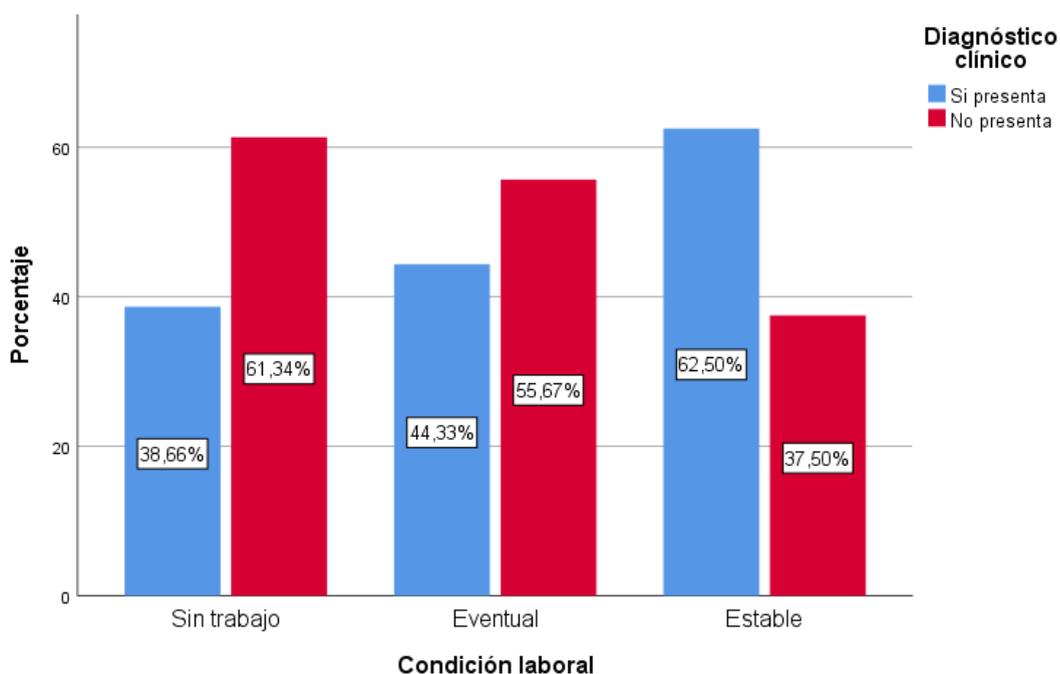


Gráfico 06. La condición laboral y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 07. El estado civil y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Estado civil	Soltero - Viudo	f	53	49	102	0,006
		%	52,0%	48,0%	100,0%	
	Casado - Conviviente	f	41	81	122	
		%	33,6%	66,4%	100,0%	
Total		f	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 52% de los pacientes solteros o viudos presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 33,6% de pacientes casados o convivientes presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

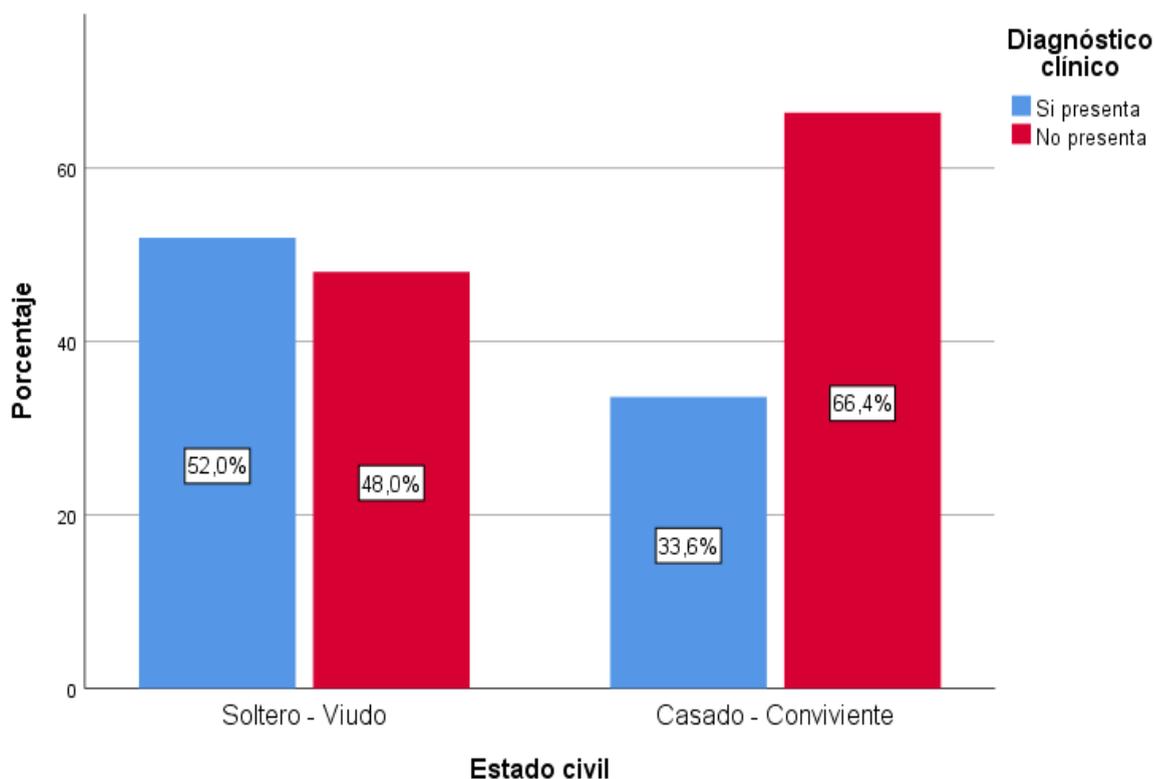


Gráfico 07. El estado civil y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 08. El grado de instrucción y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Grado de instrucción	Sin estudios	f	11	16	27	0,766
		%	40,7%	59,3%	100,0%	
	Primaria completa	f	55	81	136	
		%	40,4%	59,6%	100,0%	
	Secundaria completa	f	28	33	61	
		%	45,9%	54,1%	100,0%	
Total		f	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 45,9% de los pacientes con secundaria completa presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 40,4% de pacientes con primaria completa presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

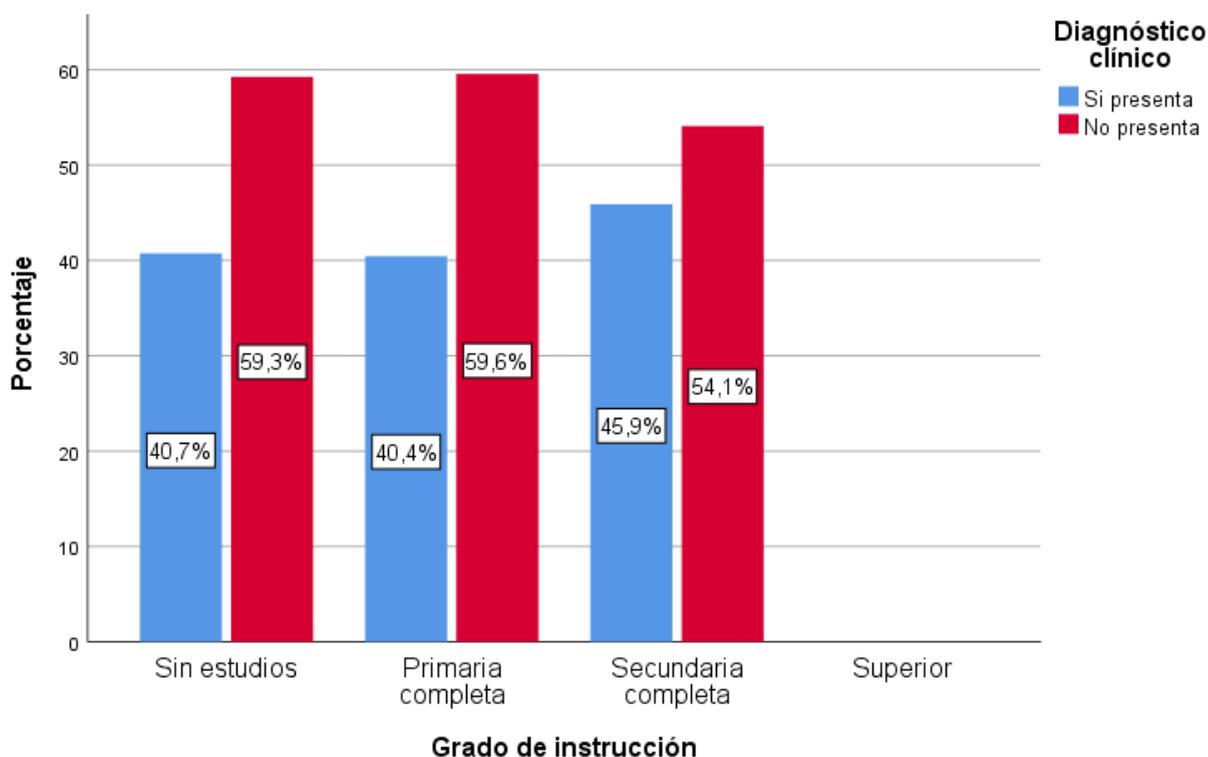


Gráfico 08. El grado de instrucción y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 09. Los ingresos económicos y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Ingresos económicos	Menos de 930 nuevos soles	f	86	120	206	0,824
		%	41,7%	58,3%	100,0%	
	930 a1500 nuevos soles	f	8	10	18	
		%	44,4%	55,6%	100,0%	
Total		f	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 44,4% de los pacientes con ingresos de 930 a 1500 nuevos soles presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 41,7% de pacientes con ingresos de menos de 930 nuevos soles presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

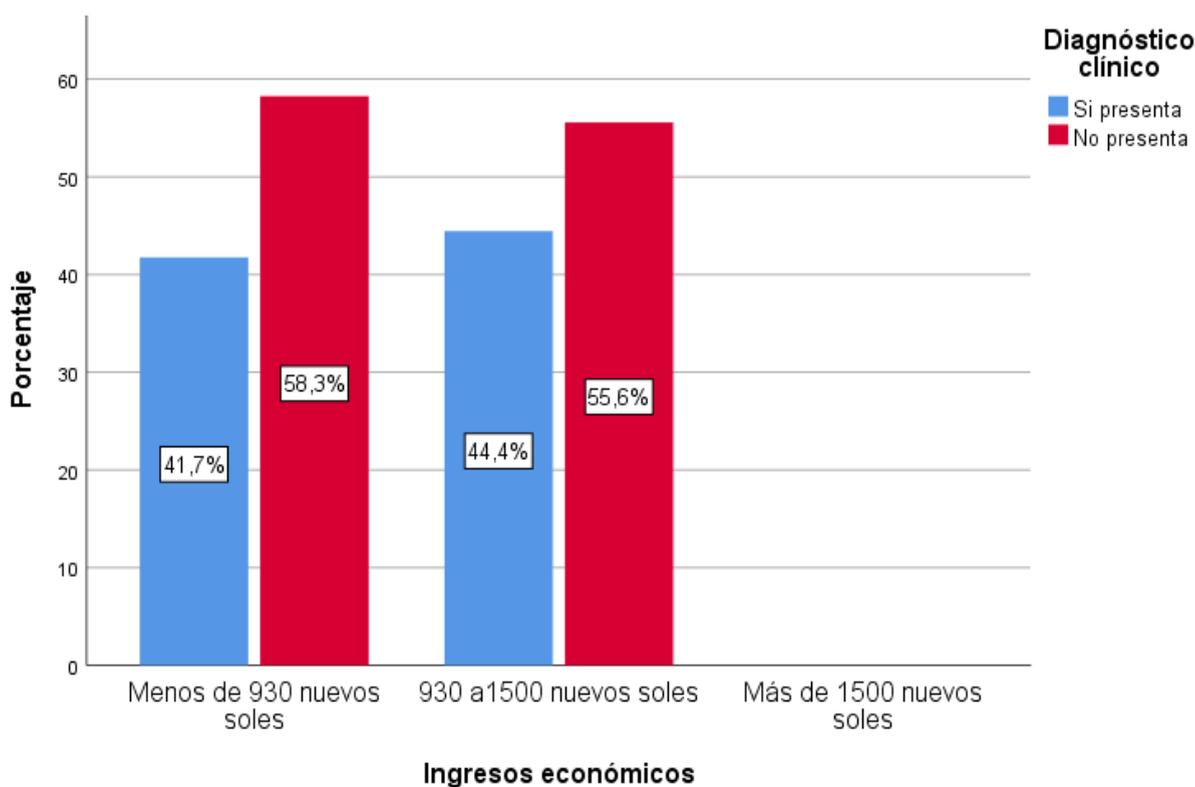


Gráfico 09. Los ingresos económicos y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 10. Tenencia de seguro y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor	
		Si presenta	No presenta	Total		
Tenencia de seguro	No presenta	f	19	4	23	0,000
		%	82,6%	17,4%	100,0%	
	Si presenta	f	75	126	201	
		%	37,3%	62,7%	100,0%	
Total	f	94	130	224		
	%	42,0%	58,0%	100,0%		

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 82,6% de los pacientes que no tienen seguro presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 37,3% de pacientes sin seguro presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

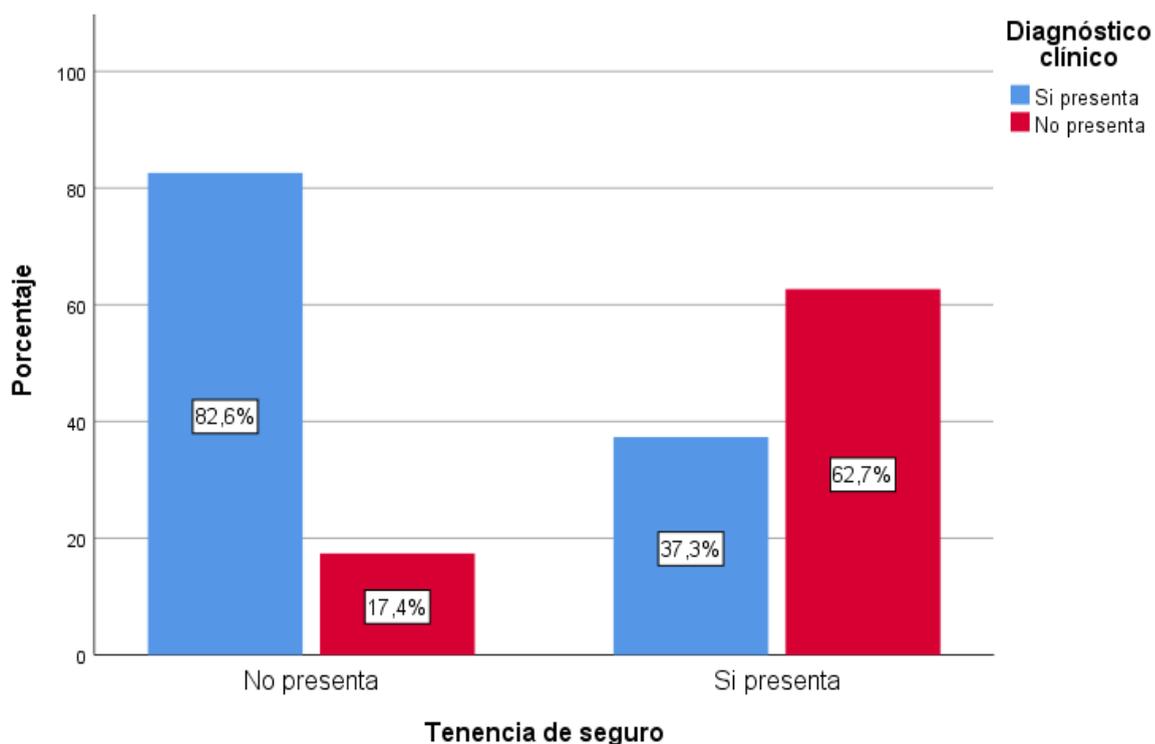


Gráfico 10. La tenencia de seguro y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 11. Hacinamiento y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Hacinamiento	Presenta	f	40	50	90	0,538
		%	44,4%	55,6%	100,0%	
	No presenta	f	54	80	134	
		%	40,3%	59,7%	100,0%	
Total	f	94	130	224		
	%	42,0%	58,0%	100,0%		

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 44,4% de los pacientes que viven hacinados presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 40,3% de pacientes que no viven hacinados presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

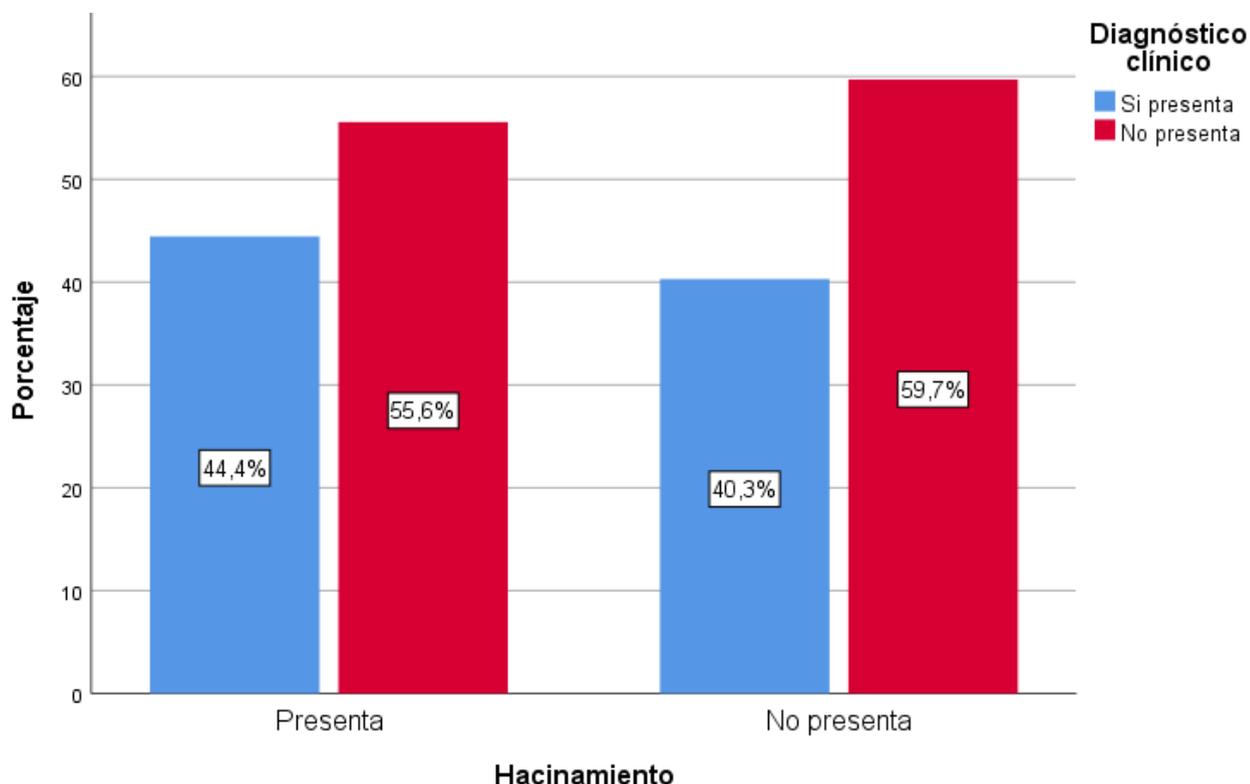


Gráfico 11. Hacinamiento y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 12. El número de hijos y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Número de hijos		Diagnóstico clínico			p-valor
		Si presenta	No presenta	Total	
Sin hijos	f	43	31	74	0,001
	%	58,1%	41,9%	100,0%	
1 a 2 hijos	f	40	68	108	
	%	37,0%	63,0%	100,0%	
3 a más hijos	f	11	31	42	
	%	26,2%	73,8%	100,0%	
Total	f	94	130	224	
	%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 58,1% de los pacientes sin hijos presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 26,2% de pacientes con tres o más hijos presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

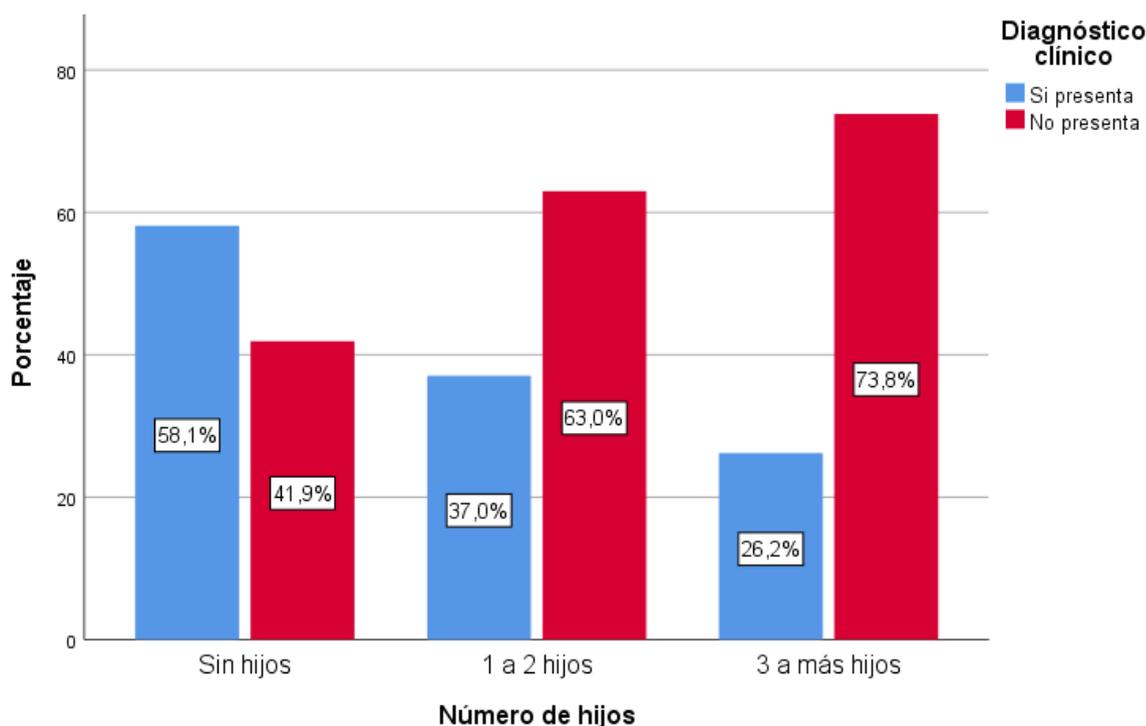


Gráfico 12. El número de hijos y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

Tabla 13. El tipo de hogar y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Tipo de hogar		Diagnóstico clínico		Total	p-valor
		Si presenta	No presenta		
Monoparental	f	27	28	55	0,218
	%	49,1%	50,9%	100,0%	
Biparental	f	67	102	169	
	%	39,6%	60,4%	100,0%	
Total	f	94	130	224	
	%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 49,1% de los pacientes con hogar monoparental presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 39,6% de pacientes con hogar biparental presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

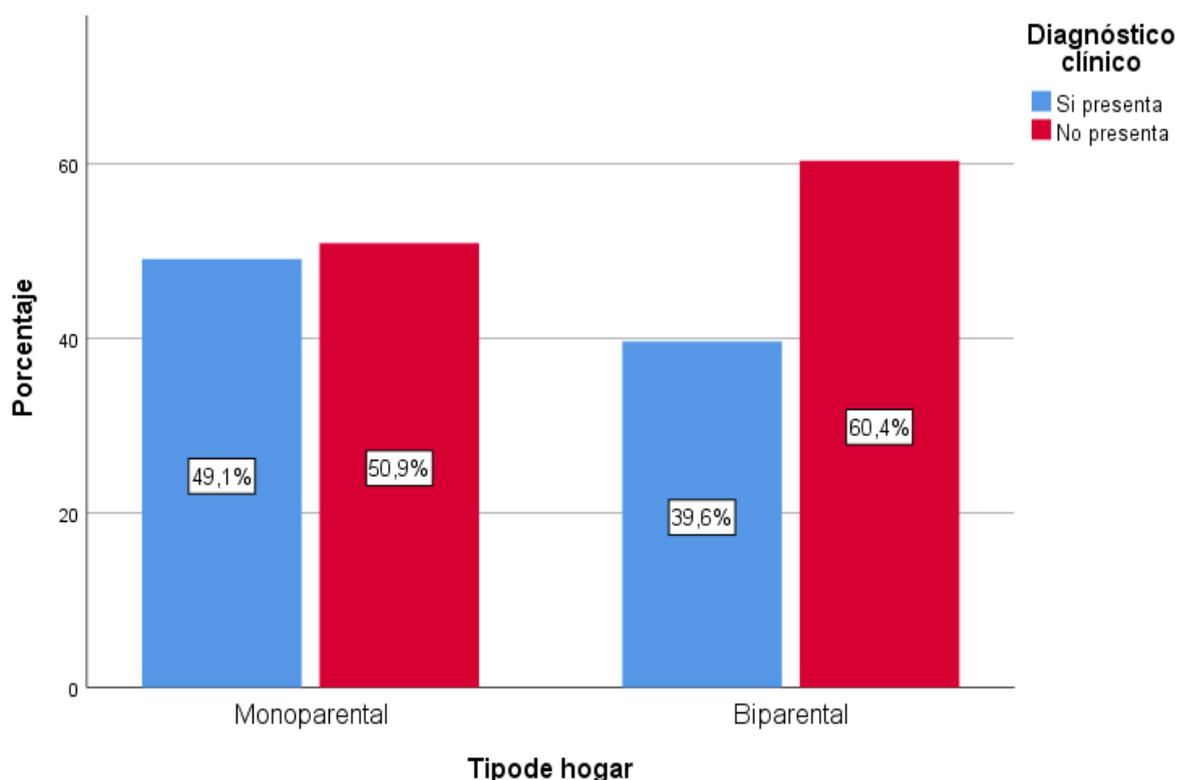


Gráfico 13. El tipo de hogar y su relación con el diagnóstico clínico en la muestra global de estudio.

6.1.4. Factores relacionados con la conducta asociados a la infección por Covid-19.

Tabla 14. Consumo de alcohol y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor
		Si presenta	No presenta	Total	
Consumo de alcohol	A veces	f	39	6	0,000
		%	86,7%	13,3%	
	No consume	f	55	124	
		%	30,7%	69,3%	
Total		f	94	130	
		%	42,0%	58,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 86,7% de los pacientes que refieren consumir a veces consumir alcohol presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 30,7% de pacientes que no consumen alcohol presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

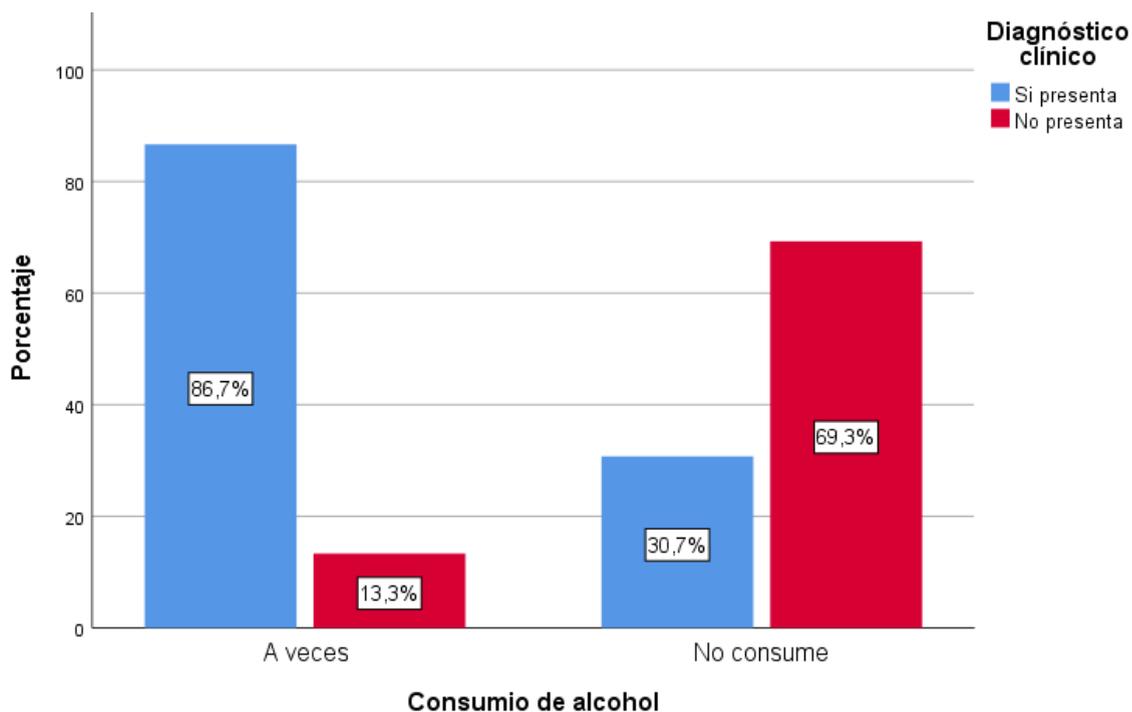


Gráfico 14. El consumo de alcohol y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Tabla 15. Consumo de tabaco y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor
		Si presenta	No presenta	Total	
Consumo de tabaco	A veces	f	27	3	0,000
		%	90,0%	10,0%	
	No consume	f	67	127	
		%	34,5%	65,5%	
Total		f	94	130	
		%	42,0%	58,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 90% de los pacientes que refieren consumir a veces consumir tabaco presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 34,5% de pacientes que no consumen tabaco presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

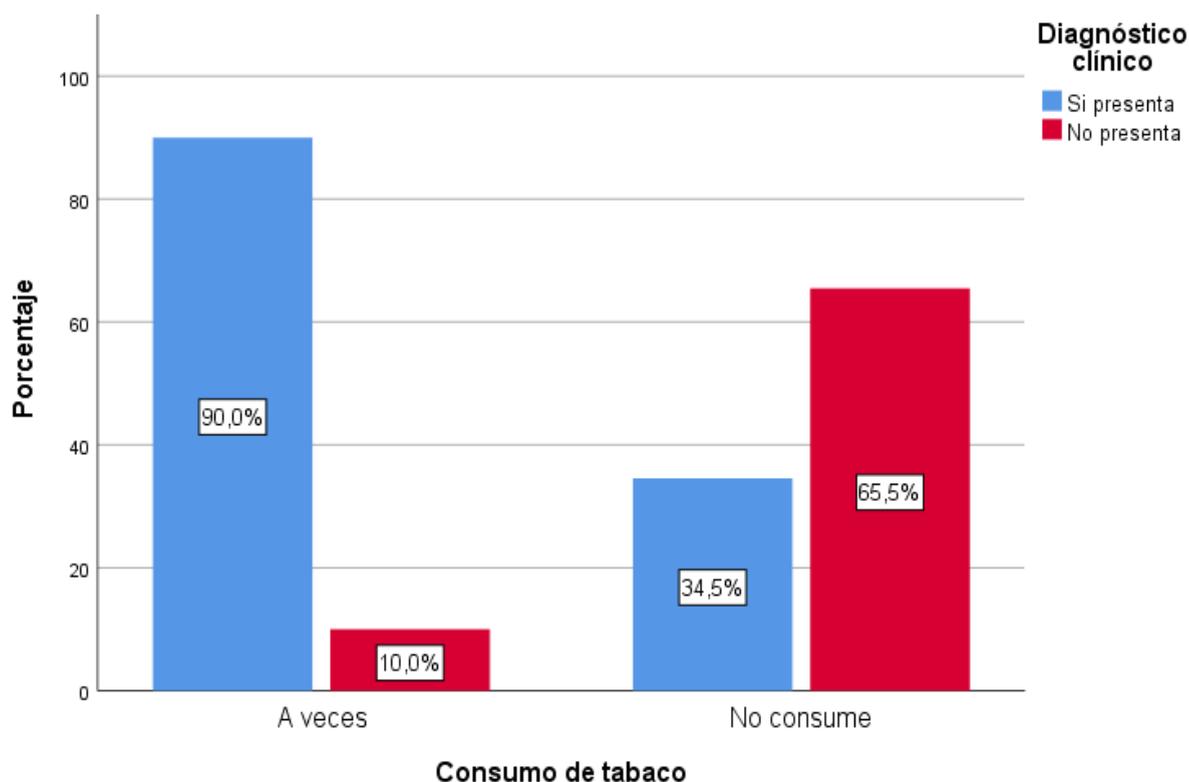


Gráfico 15. El consumo de tabaco y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Tabla 16. El uso de mascarilla y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor
		Si presenta	No presenta	Total	
Uso de mascarilla	A veces	f	13	0	0,000
		%	100,0%	0,0%	
	Si usa	f	81	130	
		%	38,4%	61,6%	
Total	f	94	130	224	
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 100% de los pacientes que refieren usar mascarilla a veces presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 38,4% de pacientes que usan mascarilla presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

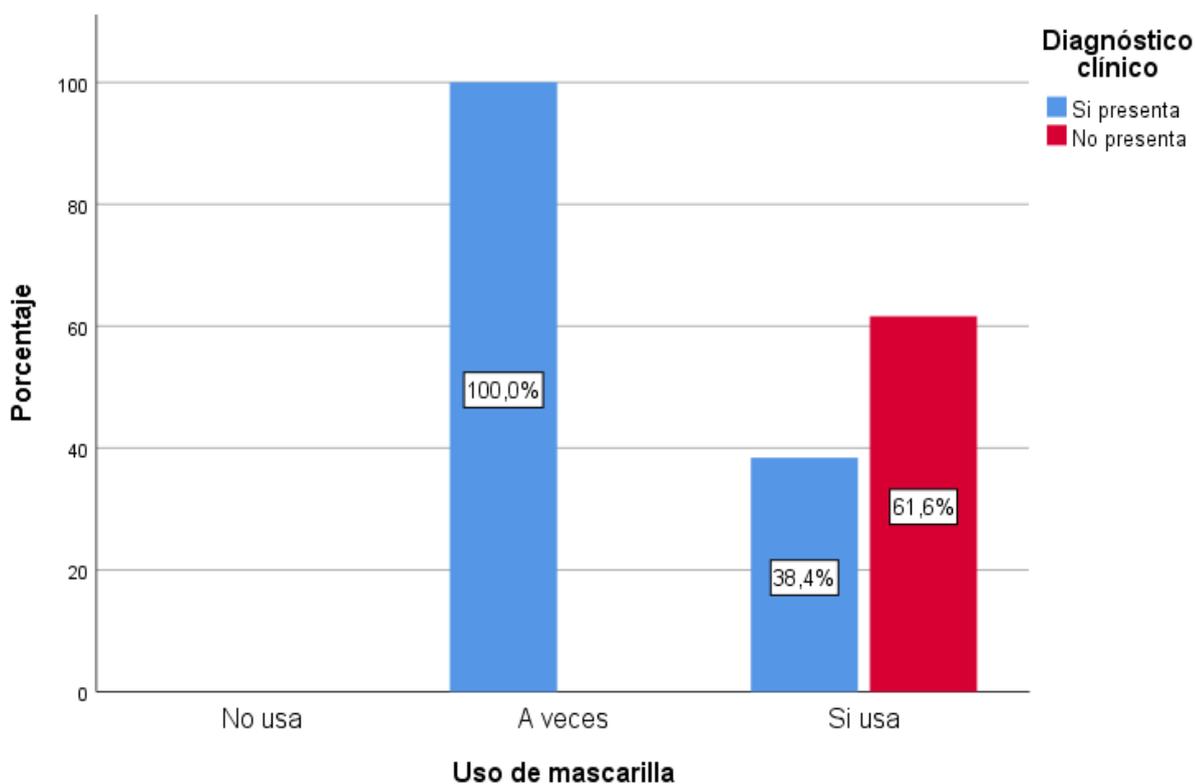


Gráfico 16. El uso de mascarilla y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Tabla 17. El distanciamiento social y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

			Diagnóstico clínico		Total	p-valor
			Si presenta	No presenta		
Distanciamiento social	A veces	f	37	7	44	0,000
		%	84,1%	15,9%	100,0%	
	Siempre	f	57	123	180	
		%	31,7%	68,3%	100,0%	
Total	f	94	130	224		
	%	42,0%	58,0%	100,0%		

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 84,1% de los pacientes que refieren cumplir a veces con el distanciamiento social presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 31,7% de pacientes que siempre cumplen con el distanciamiento social presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

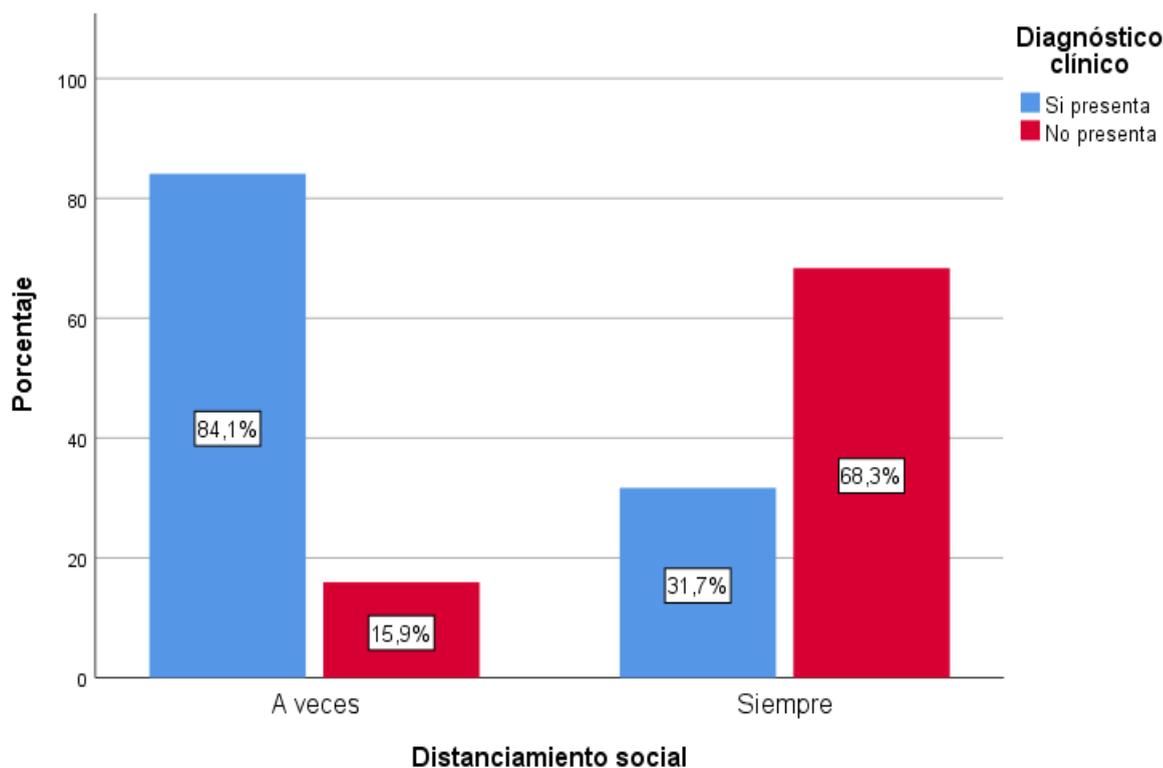


Gráfico 17. El distanciamiento social y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

Tabla 18. El lavado de manos y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

		Diagnóstico clínico			p-valor
		Si presenta	No presenta	Total	
Lavado de manos	A veces	f	49	16	65
		%	75,4%	24,6%	100,0%
	Siempre	f	45	114	159
		%	28,3%	71,7%	100,0%
Total	f	94	130	224	
	%	42,0%	58,0%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

El 75,4% de los pacientes que refieren cumplir a veces con el lavado de manos presentan diagnóstico de infección por COVID-19, asimismo, el 28,3% de pacientes que siempre cumplen con el lavado de manos presentan diagnóstico clínico positivo. El p-valor indica que hay diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones.

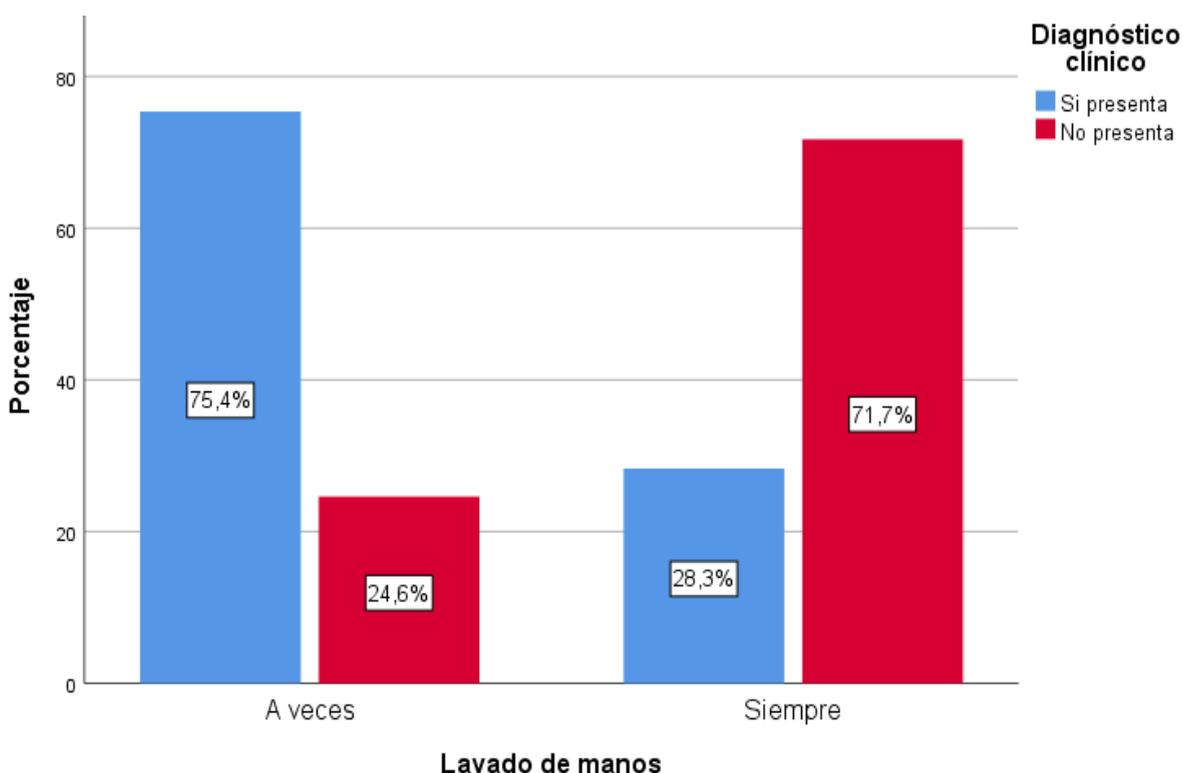


Gráfico 18. El lavado de manos y su relación con diagnóstico clínico de infección por Covid-19.

6.2 Discusión de resultados

La infección por Covid-19 es un tema que ha tomado importancia en este año, frente a las alarmantes noticias diarias en nuestro país y el deficiente sistema de salud así mismo como la poca información acerca de este nuevo virus, la cual ha sido causa de miles de muertes en nuestro País y millones a nivel mundial. En la actualidad pese a los estudios que se están realizando para hallar pronto una vacuna efectiva contra el nuevo coronavirus, siguen muriendo cientos de peruanos en todo nuestro territorio más aun en los pobladores alto andinos que no cuentan con una información adecuada sobre el nuevo ente biológico, así como las dificultades que presentan para acceder a una Posta o Centro de Salud cercano.

En esta presente investigación, se muestra los principales factores demográficos y socioeconómicos asociados a la infección por la Covid -19 en los pacientes que han sido atendidos en el Centro de Salud de Tupac Amaru – Chaupimarca de Cerro de Pasco en el periodo de octubre a diciembre del 2020. Se realiza comparaciones entre factores demográficos y socioeconómicos por contar con escasa información de antecedentes nacionales e internacionales.

La prevalencia de infección por Covid-19 en el Centro de Salud de Tupac Amaru fue del 42%, esta cifra ha llegado a este porcentaje debido a la apertura en las empresas de transporte y minería. Solo el 29.5% de los pacientes presentan diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, hay datos estadísticos que demuestran que desde el primer caso reportado en el Perú que correspondía a un joven de 25 años que estuvo en algunos países de Europa hasta la actualidad ha ido en aumento, la cifra en marzo del 2020 llegó a los 100 000 infectados en todo el Perú y en la región Pasco solo había 1 caso confirmado en una mujer de 46 años de edad que reside en la provincia de Daniel Alcides Carrión y que desde hace 1 semana había llegado de viaje de Lima, desde el primer caso confirmado hasta febrero

del 2021 el MINSA ha reportado un total de 1 196 778 de casos positivos con una letalidad de 3.56%, en el Caso del Departamento Pasco la DIRESA PASCO reporto que hasta la fecha llegaban a un acumulado de 18 115 casos positivos y 325 defunciones (Corte al 11.02.2021)(27), siendo la provincia de Pasco la que registro el mayor número de casos con un total de 11 452 casos positivos COVID-19. Asimismo, los distritos con mayores casos positivos fueron: CHAUPIMARCA: 2 931, YANACANCHA: 2 733, HUAYLLAY: 1 039, SIMON BOLIVAR: 967, TIN-YAHUARCO: 965, HUARIACA: 796 y PAUCARTAMBO: 795 (FUENTE: DIRESA PASCO, corte al 11.02.2021. (27)

Con respecto a la edad, el porcentaje de pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru de octubre a diciembre del 2020 fue mayor el grupo etario de 51 a 65 años, siendo del 63.6% mientras que el reporte del MINSA da como cifra mayor al grupo etario de 30 a 50 años con un porcentaje de 61.2% y esto debido al factor Sociodemográficos y económicos. (27)

El sexo también tiene significancia en el estudio siendo los pacientes varones con la mayor tasa de diagnóstico clínico confirmado con una cifra de 72.2%, teniendo relación directa con la apertura de las empresas de transporte y minera en septiembre del 2020, el reporte de la DIRESA – PASCO da como resultado un aproximado del 68% de casos masculinos confirmados según sexo en la región Pasco. (Corte al 11.02.2021).

El lugar de residencia también es importante el 90.9% de los pacientes que viven en zonas rurales presentaron diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, y esto se debe a que el 95% de pobladores de Chaupimarca se encuentran en zona urbana y solo el 5% en zona rural, siendo este último el que más dificultad presenta de acudir a un centro de salud, ya que solo acuden cuando la enfermedad está en estadio más avanzado.

La condición laboral de los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru de Chaupimarca, presento un factor importante ya que el 62,5% de los pacientes con trabajo estable presentan diagnóstico clínico positivo, que coincide con el incremento de casos confirmados de COVID-19 en la Región Pasco debido a la reapertura de las empresas de transporte y minera.

El estado civil de los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru con diagnostico positivo de COVID-19 en su mayoría fueron solteros o viudos siendo del 52% del total, asimismo el mayor número son los que tienen entre 50 a 65 años de edad.

El grado de instrucción no hubo mucha diferencia significativa entre los pacientes atendidos con secundaria completa dando un porcentaje de 45.9% en comparación de los 40.7% de los que no tienen estudios.

Los ingresos económicos de los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru no tuvieron diferencia estadística entre las proporciones.

La tenencia de Seguro de los pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud de Túpac Amaru, los que tienen seguro SIS dieron diagnostico positivo de un 37.3% a comparación de los que no presentaron seguro siendo este mayor con una cifra de 82.6%, siendo este último los que presentaron la mayor cantidad de pacientes atendidos que viven hacinados.

El número de hijos de los pacientes atendidos en el Centro de salud de Tupac Amaru, fueron de 58.1% de los que no tienen hijos, guardando relación que dichos pacientes vienen de familias mono parenterales.

El consumo de Alcohol y tabaco es un factor muy importante, debido a que los que toman y fuman presentan una mayor proporción de casos diagnosticados de infección por COVID-19 con un porcentaje de 86.7% y 90% respectivamente.

El uso de mascarilla, el distanciamiento social y el lavado de mano, fueron los factores de mayor importancia para la propagación de la COVID-19, siendo los pacientes atendidos en el centro de Salud de Túpac Amaru los que solo a veces respetaban las medidas de bioseguridad y protocolos sanitarios propuestos por el MINSA los que presentan la mayor tasa de pacientes diagnosticados con COVID-19.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de infección por COVID19 es del 42% en los pacientes, es decir, 4 de cada 10 pacientes atendidos presentan este problema de salud. El 29,5% de los pacientes presentan diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, mientras que el 12,5% presentan diagnóstico clínico no confirmado, es decir, 4 de cada 10 pacientes atendidos presenta este problema de salud.
- Los factores demográficos edad, sexo y lugar de residencia presentan asociación con la infección por Covid-19 en la muestra de estudio.
- Los factores socio-económicos estado civil, tenencia de seguro y el número de hijos presentan asociación con la infección por Covid-19 en la muestra de estudio.
- Los factores relacionados con la conducta consumo de alcohol, consumo de tabaco, uso de mascarilla, distanciamiento social y lavado de manos presentan asociación con la infección por Covid-19 en la muestra de estudio.

RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal de salud sobre todo los que ofrecen atención asistencial sobre las medidas de bioseguridad, asimismo como promoción y prevención en la Infección por Covid-19.
- Que haya un mayor énfasis por parte de la DIRESA-PASCO, en el Tamizaje de los pacientes sintomáticos respiratorios de mayor edad con pruebas moleculares.
- Brindar información a la población en general sobre el apoyo que ofrece el centro de salud y demás entidades con respecto a los pacientes con diagnóstico confirmado de Covid-19.
- Crear programas dedicadas a las visitas domiciliarias de los pacientes que no cuenten con recursos económicos y una barrera demográfica para ser atendidos en un centro de salud cercano.
- Realizar más estudios e investigaciones con respecto al tema de factores demográficos y socioeconómicos relacionados con la infección por Covid-19, pero con mayor profundidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Coronavirus [Internet]. Septiembre, 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
2. Guías temáticas, sistema de bibliotecas USM. Coronavirus (Covid-19) [Internet]. Junio 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://bibliotecas.usm.cl/coronavirus>
3. Saif LJ (Saif LJ). Coronavirus animal: lecciones del SARS [Internet]. National Academy of Sciences Press (Estados Unidos); 2004 [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2020]. Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92442/>
4. Lanza (Laiza), Darío de La Mancha (Diario de La Mancha). El Ministerio de Salud confirmó que los murciélagos son el reservorio del virus [Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperarse de: <https://www.lanzadigital.com/covid19/el-ministerio-de-sanidad-confirma-que-los-murcielagos-son-el-origen-reservorio-del-virus/>
5. Bazar, periódico de agua. Health dijo que ha habido algunos casos de infección por coronavirus [Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperarse de: <https://www.elagoradiario.com/coronavirus/las-personas-si-pueden-contagiar-el-coronavirus-a-perros-y-gatos-dice-ahora-sanidad/>
6. BMJ, mejores prácticas. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperarse de: <https://best-practice.bmj.com/topics/es-es/3000168/aetiology>
7. Ministerio de Sanidad. Enfermedad por Coronavirus, Covid-19 [Internet]. España. 2020. [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>

8. Munster VJ, Koopmans M, van Duérmanle N, van Riel D, de WitE. Un nuevo tipo de coronavirus que apareció en China [Internet]. Enero de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020].
9. Ministerio de Salud. Alerta epidemiológica sobre la evolución de la pandemia COVID-19 en Perú [Internet]. Marzo de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Obtenido de: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2020/AE014.pdf>
10. Fistera. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Julio de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Obtenido de: <https://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/enfermedad-por-coronavirus-2019-covid-19/>
11. Díaz F, Toro A. SARS-CoV-2 / COVID-19: Virus, Enfermedades y Pandemias [Internet]. 2020 [citado el 30 de septiembre]. Obtenido de: <http://docs.bvsalud.org/biolioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de CO-VID-19 [Internet]. Mayo de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperado de: WHO / 2019-nCoV / Clinical / 2020.5
13. Mamiko Onoda (Mamiko Onoda), María José Martínez Chamorro. Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Prueba de diagnóstico de laboratorio COVID-19. [La Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Restaurar desde: <https://aepap.org/groups/grupo-de-Patologiainfecciosa/contente/documentos-del-gpi>
14. Acción Internacional para la Salud. MINSA: Cloroquina, Hidroxicloroquina, Azitromicina, para COVID-19 [Internet]. Abril 2020 [citado 30 de septiembre del 2020].

Recuperado a partir de: <http://aisperu.org.pe/nuestro-trabajo/noticias/item/117-peru-minsa-aprueba-uso-de-cloroquina-hidroxiclороquina-azitromicina-para-el-coronavirus>

15. MINSA. Prevenir, diagnosticar y tratar a las personas afectadas por Covid-19 en Perú. Lima abril 2020. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/668361/RM_240-2020-MINSA.PDF
16. Boletín Oficial del Bicentenario. Se revisaron los documentos técnicos aprobados por R.M .: Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en Perú. N ° 193-2020-MINSA [Intranet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperar del siguiente sitio web: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modificar-el-documento-tecnico-prevencion-diagnostico-y-tr-resolucion-ministerial-n-240-2020-minsa-1865873-1/>
17. Seguro social de salud-ESSALUD. Instituto de Investigación y Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Obtenido de: https://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/covid_19/RB_09_V6_CLOROQUINA_HCQ_v25Abril.pdf
18. Enciclopedia médica ilustrada de Doland. 29ª edición. Madrid: McGraw-Hill International Americas, 2003.
19. Diccionario medico TEIDE. 2da edición. Barcelona: Editorial Teide S.A., 2010.
20. Vera Soul [Internet]. La gran amenaza del coronavirus; 16 de marzo del 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.verasoul.com/la-gran-amenaza-del-coronavirus.html>
21. Castro R. Coronavirus, una historia en desarrollo [Internet]. Febrero, 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200143
22. Escritura médica. Origen, evolución y razones por las que el SARS y el MERS son

- diferentes [Internet]. Marzo de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperarse de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-origen-evolucion-por-que-no-es-igual-sars-mers-1429>
23. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información básica sobre el SARS [Internet]. Enero de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Obtenido de: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars-sp.html> Historia Biografía. Historia del coronavirus [Internet]. Enero 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://historia-biografia.com/historia-del-coronavirus/>
24. Organización Panamericana de la Salud. Coronavirus [Internet]. Septiembre, 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
25. Lanza (Laiza), Darío de La Mancha (Diario de La Mancha). El Ministerio de Salud confirmó que los murciélagos son el reservorio del virus [Internet]. Abril de 2020 [citado desde el 30 de septiembre de 2020]. Recuperarse de: <https://www.lanza-digital.com/covid19/el-ministerio-de-sanidad-confirma-que-los-murcielagos-son-el-origen-reservorio-del-virus/>
26. Organización Mundial de Sanidad Animal. Preguntas y respuestas sobre COVID-19 [Internet]. Mayo, 2020 [citado 30 de septiembre del 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.oie.int/fileadmin/Home/esp/Ourscientificexpertise/docs/pdf/COV19/EQ%26ACOV19-19.pdf>.
27. Escenario de riesgo por covid-19 en el departamento de Pasco. Febrero 2021 [citado 20 de febrero del 2021] Recuperado a partir de: https://sigrid.cene-pred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//10519_escenario-de-riesgo-por-covid-19-para-la-ciudad-de-cerro-de-pasco-provincia-y-departamento-de-pasco.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta asociados a infección por covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Túpac Amaru, Chaupimarca - Cerro de Pasco, octubre a diciembre del año 2020?</p> <p>Problemas específicos Problema específico 1 ¿Cuál es la prevalencia de la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?</p> <p>Problema específico 2 ¿Cuáles son los factores demográficos asociados con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?</p> <p>Problema específico 3 ¿Cuáles son los factores socio-económicos asociados a la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020?</p> <p>Problema específico 4 ¿Cuáles son los factores relacionados con la conducta asociados a la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru-Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre - 2020?</p>	<p>Objetivo general Identificar la relación entre los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Objetivos específicos Objetivo específico 1 Estimar la prevalencia de la infección por Covid-19 entre los pacientes atendidos en CS Túpac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Objetivo específico 2 Identificar los factores demográficos que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Objetivo específico 3 Identificar los factores socio-económicos que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Objetivo específico 4 Identificar los factores relacionados con la conducta que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p>	<p>Hipótesis general Los factores demográficos, socio-económicos y los relacionados con la conducta están asociados con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Hipótesis específicas Hipótesis específica 1 La estimación de la prevalencia es un objetivo de investigación de carácter estrictamente descriptivo, en tal sentido no se plantea hipótesis.</p> <p>Hipótesis específica 2 Los factores demográficos presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Hipótesis específica 3 Los factores socio-económicos presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Hipótesis específica 4 Identificar los factores relacionados con la conducta que presentan asociación con la infección por Covid-19 en pacientes atendidos en el CS de Tupac Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTES Infección por COVID-19</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES Edad Sexo Lugar de residencia Condición Laboral Estado Civil Grado de Instrucción Ingresos económicos Tenencia de seguro Hacinamiento Número de hijos Tipo de hogar Consumo de alcohol Consumo de tabaco Uso de mascarilla Distanciamiento social Lavado de manos</p>	<p>Tipo de investigación. Se desarrollo una investigación de tipo aplicada, dado que su objetivo es brindar aportes científicos de carácter inmediato a la práctica médica.</p> <p>Nivel de investigación. El nivel de esta investigación será descriptivo observacional y de asociación.</p> <p>Diseño de investigación. No experimental, de corte transversal.</p> <p>Población y muestra. Población. La población fue conformada por pacientes diagnosticados con COVID-19 y no COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Túpac- Amaru, Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p> <p>Muestra. La muestra estuvo conformada por 224 pacientes atendidos en el Centro de Salud de Tupac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco, octubre a diciembre – 2020.</p>

Anexo 2

No.

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

HOJA EPIDEMIOLÓGICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Propósito: Evaluar la prevalencia de pacientes tratados en Tupac Amaru Chaupimarca de Cerro de Pasco CS y determinar factores relacionados con la infección por Covid 19., octubre a diciembre – 2020.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

1. Edad _____ 2. Sexo 0. Masculino 1. Femenino
3. Lugar de residencia 1. Zona urbana 2. Zona rural

VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS

4. Condición laboral 1. Sin trabajo 2. Eventual 3. Estable
5. Estado civil 1. Soltero 2. Casado
3. Viudo 4. Divorciado
6. Grado de instrucc 0. Sin estudios 1. Primaria completa
2. Secundaria completa 3. Estudios superiores
7. Ingresos económicos: 0. Menos de 930 ns 1. 930 ns a 1500 ns
2. Más de 1500 ns
8. Tenencia de Seguro: 1. Si presenta 2. No presenta
9. Hacinaamiento 1. Si presenta 2. No presenta
10. Número de hijos _____
11. Tipo de hogar 1. Monoparental 2. Biparental

VARIABLES RELACIONADOS CON LA CONDUCTA

12. Consumo de alcohol 1. No consume 2. A veces 3. Si consume
13. Consumo de tabaco 1. No consume 2. A veces 3. Si consume
14. Uso de mascarilla 1. No usa 2. A veces 3. Si usa
15. Conservación del distanciamiento social: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
16. Lavado de manos: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
17. Lavado de manos en número de veces al día: _____

VARIABLE DE INTERES PRINCIPAL

18. Diagnóstico de COVID-19:
1. Diagnóstico virus confirmado
2. Diagnóstico virus no confirmado
3. No presenta infección por COVI-19

Anexo 3

GARTA DE AUTORIZACION

SEÑOR(A) JEFE DEL CENTRO DE SALUD TUPAC AMARÚ DEL DISTRITO DE
CHAUPIMARCA – CERRO DE PASCO

Dra. Lilia Beatriz Vizconde Linares

Estimada doctora, Yo David Giordano Bendezu Astocaza, Bachiller en Medicina Humana de la Facultad de medicina "Dr. Daniel Alcides Carrión" de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga de Ica" solicito autorización para realizar encuestas a los pacientes atendidos en el CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU del distrito de Chaupimarca – Cerro de Pasco y con lo obtenido desarrollar el PROYECTO DE TESIS titulado " FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS A INFECCIÓN POR COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CS DE TUPAC AMARU, CHAUPIMARCA-CERRO DE PASCO" OCTUBRE A DICIEMBRE, 2020".

Agradezco su colaboración a la realización de este trabajo, sin mas que exponer, tenga de mi persona la máxima gratitud.


.....
Lilia B. Vizconde Linares
MÉDICO CIRUJANO
CMP 88633
.....
FIRMA DEL AUTORIZANTE
JEFE DEL CENTRO DE SALUD
TUPAC AMARU




.....
FIRMA DEL AUTORIZADO
DAVID G. BENDEZU ASTOCAZA

Cerro de Pasco, 1 de octubre del 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a)

Poblador de Chaupimarca

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para informarle que por motivo de realizar mi tesis de pregrado me encuentro realizando un estudio titulado:

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS A INFECCIÓN POR COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL "CS DE TU-PAC AMARU, CHAUPIMARCA-CERRO DE PASCO" OCTUBRE A DICIEMBRE, 2020.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación por esta razón solicito su colaboración para participar de la encuesta, quien lo entrevista es un estudiante universitario de la Carrera Profesional de Medicina Humana. Le aseguramos que la información proporcionada será estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente para orientar los programas educativos y de atención a desarrollarse.

Yo,, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO, que he sido debidamente INFORMADA por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de mi participación en una encuesta y entrevista para contribuir al trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, sobre la naturaleza y propósito de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que han surgido. Así mismo se garantizará la confidencialidad y anonimato de mi participación.

Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, POR LO CUAL OTORGO CONSENTIMIENTO para participar de la encuesta. Para que así conste, firmo el presente documento.