



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA DE MARZO A DICIEMBRE DEL 2020

ÁREA ACADÉMICA
Ciencias de la salud
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Salud pública y conservación del medio ambiente

AUTOR:

JIMMY SERVULO ROJAS HILARIO

ASESOR:

Dr: HARRY LEVEAU BARTRA *Ph. D.*

Ica – Perú

2022

DEDICADO A:

Mi madre

AGRADEZCO A:

Mi asesor

ÍNDICE

CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CONTRACARÁTULA.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO.....	3
1.1.- Antecedentes	3
1.1.1.- Internacionales	3
1.1.2.- Nacionales.....	6
1.1.3.- Locales	9
1.2. Marco teórico	9
1.2.1. COVID-19	9
1.2.1.1. Transmisión animal/animal y animal/humano	9
1.2.1.2. Orígenes del coronavirus	10
1.2.1.3. Estructura del coronavirus	11
1.2.1.4. Tipo de coronavirus.....	11
1.2.1.5. Sintomatología del Covid-19	12
1.2.1.6. Trasmisión por secreciones respiratorias.....	12
1.2.1.7. Trasmisión por superficies contaminadas (fómites)	14

1.2.1.8. Factores de riesgo para Covid-19	15
1.2.1.9. Signos de alarma para Covid-19	16
1.2.1.10. Diagnóstico del Covid-19.....	17
1.2.1.11 Clasificación clínica de Covid-19.....	17
1.2.1.12. Fases de evolución.....	18
1.2.1.13. Evolución.....	18
1.2.1.14. Mortalidad.....	19
1.3. Marco conceptual.....	20
1.4. Marco Filosófico	20
CAPÍTULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
2.1. Situación problemática	22
2.2. Formulación del problema	23
a.- Problema General	23
b.- Problemas Específicos	23
c.- Delimitación del problema.....	24
2.3. Justificación e importancia.....	25
2.4. Objetivos de la investigación.....	26
a) Objetivo general	26
b) Objetivos específicos.....	26
2.5. Hipótesis	27
2.5.1. Hipótesis	27
2.6. Variables	27
a) Identificación de variables	27
CAPÍTULO III – METODOLOGICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación	29

3.2. Población y muestra	29
3.2.1. Población.....	29
3.2.2. Muestra	30
CAPÍTULO IV – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	32
4.1. Técnicas de recolección de datos.....	32
4.2. Instrumentos de recolección de datos	32
4.3. Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de resultados	32
CAPÍTULO V – PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
5.1. Presentación, interpretación.....	34
5.2. Discusión de resultados	41
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACION	46
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pag
Tabla N° 1. Distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020	34
	35
Tabla 2. Distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020	
	36
Tabla 3. Síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020.	
	38
Tabla 4. Distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020	
	39
Tabla 5. Distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020.	
	40
Tabla 6. Tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020.	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Pag
Figura N° 1. Distribución según edad de los pacientes con covid-19	34
Figura 2. Distribución según sexo de los pacientes con covid-19	35
Figura 3. Síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19	37
Figura 4. Distribución según estadio de los pacientes con covid-19	38
Figura 5. Presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19	39
Figura 6. Tasa de letalidad de los pacientes con covid-19	40

RESUMEN

Objetivo Determinar las características clínico epidemiológicas de la enfermedad por Covid-19 en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020. **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal, descriptiva en 380 pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Regional de Ica. **Resultados:** El 16.1% de los pacientes corresponden a edades de entre 20 a 39 años, el 37.6% de edades entre 40 a 59 años y el 46.3% de edades de 60 a más años. El 58.9% de los pacientes son de sexo masculino. Respecto a la sintomatología el 38.4% de los pacientes presentó fiebre al momento de su ingreso al hospital, 63.9% presentó tos, 38.9% presentó congestión nasal, 23.9% presentó ageusia, 30.5% anosmia, 16.1% diarreas y 29.2% presentó cefalea. En relación al estadio el 23.4% de los pacientes presentaron COVID leve al momento de su atención en emergencia, 37.6% presentaron estadio moderado y 38.9% presentaron estadio grave. El 17.1% de los pacientes presentó como comorbilidad la hipertensión arterial, diabetes el 25% y 47.4% presento sobrepeso y el 24.2% tuvo obesidad. La tasa de letalidad de los pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Regional de Ica entre Marzo a diciembre del 2020 es de 8.9% en **conclusión** el COVID-19 afecta sobre todo a las personas masculinas de edades avanzadas con una tasa de mortalidad de 8.9% sobre todo a las personas adultas mayores con comorbilidades como obesidad, diabetes e hipertensión arterial

Palabras clave: Clínica, epidemiología, COVID-19

ABSTRACT

Objective To determine the clinical and epidemiological characteristics of the Covid-19 disease in patients treated at the Ica Regional Hospital from March to December 2020. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study in 380 patients with COVID-19 treated in the Regional Hospital of Ica. **Results:** 16.1% of the patients correspond to ages between 20 to 39 years, 37.6% from ages 40 to 59 years and 46.3% from ages 60 to more years. 58.9% of the patients are male. Regarding the symptoms, 38.4% of the patients presented fever at the time of their admission to the hospital, 63.9% presented cough, 38.9% presented nasal congestion, 23.9% presented ageusia, 30.5% anosmia, 16.1% diarrhea and 29.2% presented headache. Regarding the stage, 23.4% of the patients had mild COVID at the time of their emergency care, 37.6% had a moderate stage and 38.9% had a severe stage. 17.1% of the patients presented as comorbidity arterial hypertension, diabetes, 25% and 47.4% were overweight and 24.2% had obesity. The fatality rate of patients with COVID-19 treated at the Regional Hospital of Ica between March and December 2020 is 8.9% **in conclusion**, COVID-19 affects mainly male people of advanced ages with a mortality rate of 8.9%, especially older adults with comorbidities such as obesity, diabetes, and high blood pressure

Keywords: Clinic, epidemiology, COVID-19

MAGÍSTER EN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO

**CARACTERÍSTICAS CLINICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON
COVID-19 TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MARZO A
DICIEMBRE DEL 2020**

AUTOR:

BACH. *JIMMY SERVULO ROJAS HILARIO*

ÁREA ACADÉMICA

Ciencias de la salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública y conservación del medio ambiente

ASESOR:

Dr: *HARRY LEVEAU BARTRA Ph.D.*

INTRODUCCIÓN

Las epidemias han ocurrido desde la antigüedad incluso desde los orígenes de la humanidad pues la peste de Atenas se atribuye a la fiebre tifoidea, la de Antonina que se atribuye a que fue por la peste bubónica, las epidemias de la edad media la más grande se atribuye a la peste negra o bubónica, y otras como la viruela, la malaria, el cólera, el ébola las epidemias provocadas por el SARS , la gran pandemia de 1918 H1 N1 la poliomielitis, fiebre amarilla, y actualmente nos encontramos ante la pandemia del SARS-COV-2.(1)

Este virus es un virus de la familia de los coronavirus y es diferente a los demás, es el séptimo coronavirus, y se descubrió en un brote epidémico de neumonías atípicas en el distrito de Wuhan en China en la provincia de Hubei en el 2019 por el mes de diciembre, este virus es del género de virus beta y la enfermedad que produce fue designado por la OMS como la enfermedad del COVID-19, el brote se le declaró como pandemia el 11 de marzo en el 2020, con síntomas de neumonía atípica que produce rápidamente dificultad respiratorias y con una letalidad que varía según los países.(1)

Desde entonces el mundo no encuentra la manera de frenar el avance de la enfermedad, así como las muertes que va dejando tras su paso, por ello es que en la ciudad de Ica en Perú se cuenta con una alta tasa de mortalidad por esta enfermedad que sin bien la sintomatología de la enfermedad tienen mucho en común en los diferentes partes del mundo, en Ica por la peculiar tasa de muertes que presenta es que se diseña este estudio para caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico de los casos de enfermos por Covid-19 a fin de tener un acercamiento a nuestra realidad y poder entender los motivos de la alta tasa de casos y muertos en esta zona del país.

Este estudio se desarrolla en 10 ítems, el primer capítulo se define el marco teórico la que consta de la revisión bibliográfica de estudios relacionados al tema a nivel internacional nacional y local, así como el marco conceptual, en el capítulo dos se detalla el planteamiento del problema, los objetivos, y se justifica la investigación. En el capítulo tres se diseña la investigación indicando el tipo el método, la población y se determina el tamaño de la muestra, en el capítulo cuatro están las técnicas de recolección de datos y se muestra los instrumentos y en el capítulo cinco se presentan los resultados y la discusión conclusiones y recomendaciones terminando con indicar la bibliografía revisada según normas de Vancouver y anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Medina (2) realizó su estudio sobre las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con COVID-19 tratados en el policlínico Joaquín de Agüero y Agüero, en Cuba en el año 2020 específicamente en Camagüey, la metodología fue observacional, transversal descriptiva desarrollada entre los meses de marzo-mayo del 2020 en 13 pacientes con diagnóstico de COVID-19 por RT-PCR, entre los resultados encontrados son de importancia que las edades mayores de 60 años fueron el 38.4%, mientras que el 30.8% eran pacientes menores de 20 años, siendo el sexo femenino el más predominante alrededor de 69.2%, el contacto positivo con pacientes con COVID-19 manifestaron el 76.9%, más frecuente en los de 60 a más años (50%). El 30.7% fueron asintomáticos, y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, concluyéndose que los síntomas más frecuentes fueron tos, falta de aire, fiebre, rinorreas, siendo diferentes según el grupo de edad analizada.

Villagrán (3) en su estudio sobre características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con COVID-19 atendidas en el Hospital Mexicano de Sinaloa en el 2020. Metodología. Estudio de tipo no experimento, transversal, retrospectiva, descriptiva para conocer las características sintomatológicas de los pacientes afectados por esta enfermedad. Los

resultados muestran que de los 192 pacientes que formaron parte del estudio, siendo la mayoría de edades que fluctúan entre 40 a 65 años y los que pertenecen al sector salud fueron el 16.7%, la fiebre fue el síntomas más frecuente en 84.4% de los casos, tos en el 83.8%, dolor de cabeza en el 74.8%, falta de aire en el 65.1%, fueron obesos el 33.3% de los pacientes estudiados, mientras que la hipertensión lo presentaron el 31.7% y diabetes mellitus tipo 2 lo presentaron el 21.9%, presentándose una letalidad en los casos analizados del 31.2% y en los casos intubados de 75%, el 56.6% de los pacientes fallecidos pertenecía a edades de 60 años a más, concluyéndose que la clínica de los pacientes con COVID-19 no difieren de los que se presentan en otras partes del país.

Zuccone (4) desarrollo su tesis titulada características epidemiológicas-clínicas de los pacientes con COVID-19 tratadas en el Hospital de Emergencias Barros Luco en Chile en el 2020, estudio de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva, en 164 sujetos diagnosticados de COVID-19, los pacientes tenían edades de entre 16 a 92 años, teniendo como resultados que el síntoma más incidente fue la tos sin expectoración la que se presentó en el 47% de los evaluados, el dolor de cabeza se presentó en el 42% de los evaluados, y dolores musculares en el 42%; de los antecedentes epidemiológicos, tenemos que el 45% de los pacientes refiere haber tenido contacto con un casos positivo de COVID-19, el 33% necesitaron ser hospitalizados, y de ellos el 5% necesitaron intubación por lo que se concluye que los síntomas más comunes fueron la tos, cefalea, y mialgias.

Ferrer (5) en su trabajo de investigación de caracterización de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 desde el punto de vista epidemiológico y clínico en Cuba en el 2020, se trata de una investigación no experimental, transversal, retrospectiva, descriptiva, en 74 sujetos con dicha enfermedad, dentro de los resultados están que el 52.7% de los pacientes eran de sexo masculino, el 50% de los paciente tenían edades de entre 1 a 17 años, el 94.5% tuvieron alta satisfactoria, los síntomas más frecuentes fueron la tos en el 60% de los pacientes, fiebre presentó el 34.5%, disnea el 21.8%, concluyéndose que la sintomatología más frecuente es tos, fiebre y falta de aire.

Casas (6) en su estudio trata sobre clínica de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en la ciudad de España en el 2020. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con COVID-19, se trata de un estudio de corte transversal, retrospectiva observacional, descriptiva de pacientes hospitalizados por esta enfermedad confirmada por alguna de las pruebas diagnósticas a quienes se les hizo un seguimiento de 30 días. El estudio se desarrolló en 15,111 pacientes de 150 nosocomios, los resultados muestran que la media de edad de los pacientes fue de 69.4%, el 57.2% son varones, las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial en el 50.9%, dislipidemias en el 39.7% y diabetes mellitus tipo 2 en el 19.4%, siendo la sintomatología más prevalente la tos en el 73.5% de los pacientes, la fiebre en el 84.2%, existiendo una tasa de mortalidad de 21% sobre todo en los de 60 a más años, por lo que se concluye que la mayoría de los pacientes se

hospitalizan en estado grave y uno de cada cinco fallece, siendo esto más frecuente en los mayores de edad.

Marín (7) desarrollo un estudio sobre caracterización de los pacientes con COVID-19 en la Colombia en el 2020, 100 paciente fallecido conformaron la muestra, según los resultados el 63% fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 65.7 años, 22% no habían tenido comorbilidad, y los que tienen comorbilidad estas fueron hipertensión arterial el 35%, 21% diabetes mellitus, cardiopatías en 19% de los fallecidos, EPOC en el 16%, siendo los pacientes mayores de 60 años los fallecidos más frecuentes con una OR de 10.3 con valor de p de 0.0001, concluyéndose que la mortalidad es más incidente en los adultos mayores.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Llaro (8) realiza su estudio sobre caracterización epidemiológica y clínica y análisis de sobrevivencia de los pacientes fallecidos por COVID-19 en la Red Sabogal del Callao en Iquima Perú en el 2020. Metodología: Estudio de tipo no experimento, transversal, retrospectiva descriptiva, en 23 sujetos fallecidos por la enfermedad, entre los resultados fueron que el sexo que más incidencia tiene es el masculino, de edad entre 60 a 79 años con comorbilidades a predominio de diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial, siendo la sintomatología más frecuente al ingreso al Hospital de falta de aire, tos, fiebre. Los PaFi de ingresos fueron en su mayoría menores de 300, con linfopenia, el 60.8% de los pacientes fallecieron en UCI a los 20 días de su hospitalización solo sobrevivieron 43.4%, por lo que se concluye

que los pacientes ingresan al hospital en su mayoría en estado grave y moderadamente graves.

Narro (9) su estudio trató sobre caracterización epidemiológica-clínica de los pacientes con enfermedad del COVID-19 en un Hospital del Perú en el 2020 Red de salud de Virú. Metodología estudio de tipo no experimento, transversal, descriptiva, retrospectiva de enfoque cuantitativo, los pacientes presentaron pruebas moleculares de positividad, los resultados del estudio indican que el 67.7% de los pacientes eran mayores de 60 años, predominantemente de sexo masculino 57.4%, los síntomas más prevalentes fueron de tos en el 48.7%v de los pacientes, malestar general en el 48.2%, odinofagia en el 39.1%, fiebre en el 37.5% y la congestión de las fosas nasales en el 22%, cefalea en el 21.3% de los pacientes, falta de aire en el 17% y mialgias en el 12% y dolor en el tórax región precordial en el 8% de los evaluados. Las náuseas y vómitos ocurrió en el 5.6%, con diarrea en el 5.2%, dolores articulares en 1.9%, se concluye que la comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus 3.7% de los pacientes, cardiopatías en el 3.5%, gestación en el 1.9% EPOC en el 0.5% hepatopatías en el 0.2%.

Taype (10) desarrollo su estudio sobre la caracterización clínica y epidemiológica de los enfermos de COVID-19 tratados en el Hospital Nacional de Lima en el 2021, en el Hospital Rebagliati con diagnostico confirmado por RT-PCR, los restados muestran que de los 14 casos estudiados el 78.6% eran de sexo masculino, con edad promedio de

73.4%, el 21.4% se infectaron en el exterior del país los factores de riesgo más encontrados fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y obesidad en el 92.9% de los fallecidos, la sintomatología más frecuente en los pacientes fue de tos, falta de aire fiebre con un tiempo de enfermedad de 8 días en promedio, se concluye que los que más necesitaron ventilación mecánica fueron los paciente con alto compromiso de ambos pulmones y con antecedentes de tener diabetes, obesidad o hipertensión arterial.

Mejía (11) en su estudio de factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19 y sus características clínicas y epidemiológicas, en 369 pacientes siendo el 65% masculinos, con una edad media de 59 años, el 68% tenía por lo menos una comorbilidad siendo entre las frecuentes la obesidad en el 42.5%, diabetes mellitus en el 22%, hipertensión arterial en 21.7%, el tiempo medio de ingreso al hospital desde el inicio de los síntomas fue de 7 días, la mortalidad fue de 49.5%, el factor de riesgo para mortalidad más relevante fue la saturación de oxígeno menos de 80, la edad fue el otro factor de riesgo para la mortalidad pues los de 60 a más años son los de mayor riesgo con OR de 1.9, por lo que concluye que la edad más de 60 años y una baja saturación de oxígeno son los factores de riesgo para mortalidad por COVID-19.

Velásquez (12) en su trabajo sobre características clinico-epidemiologicas de los pacientes fallecidos por COVID-19 en un Hospital Público del Perú en el 2020. La muestra fue de 14 fallecidos, los resultados demuestran que el 65.7% de los pacientes fueron de sexo masculino, el 74.7% tuvieron

comorbilidades del tipo de diabetes mellitus el 17.5%, hipertensión arterial el 49% y obesidad el 15.8%, la saturación media de oxígeno fue de 81%, siendo la clínica más frecuente la falta de aire en el 90.4%, tos en el 57% y fiebre en el 47%, se concluye que la clínica de los pacientes fallecidos más frecuentes fueron la disnea, tos fiebre con lesión pulmonar bilateral y las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes, hipertensión arterial y obesidad.

1.1.3. Antecedentes Locales

No se encuentran estudios publicados desarrollados en Ica.

1.2. Marco teórico

1.2.1. COVID-19

En diciembre del 2019 se detectó una nueva enfermedad que brotó en la ciudad de Wuhan en Hubei en China, se trata de una enfermedad que cursa con un cuadro rápido de distrés respiratorio con lesiones bilaterales en los pulmones, con una mortalidad no acostumbrada para cuadros de neumonía, el agente identificado es un coronavirus del tipo beta semejante a los coronavirus del MERS y del SarCov o síndrome del distrés respiratorio (13,14).

La característica de este virus es de atacar a las células del árbol respiratorio, causando una reacción inflamatoria que en algunos pacientes es de tipo tormenta de citoquinas lo que pone en riesgo la vida de los pacientes (15,16).

1.2.1.1. Transmisión animal/animal y animal/humano

El modo como apareció este nuevo virus es desconocido, pero teoriza que mutó de los virus del murciélago a los humanos pasando por un huésped intermediario que podría ser el Pangolín, y ello se produce por el contacto de secreciones nasales de estos animales (17).

Los canes también pueden desarrollar la enfermedad, pero de manera mas leve, los cerdos patos y gallinas no desarrollan la enfermedad incluso con inoculación experimental. En los gatos analizados en China se determinaron que de los 102 felinos el 14% tenía anticuerpos para el SarCov-2 pues los gatos tenían contacto con pacientes enfermos de COVID19, por lo que se cree que la transmisión humano gato es posible, así como gato a gato o a hurones. (17)

1.2.2.2. Orígenes del coronavirus

La similitud del genoma de los coronavirus del murciélago que es de hasta el 96% con las del coronavirus del humano sugiere que este virus procede los murciélagos, mientras que el virus del MERS por su similitud con el virus del camello sugiere que procede de este animal (18).

Al estudiar el brote ocurrido en Wuhan se documenta que la mayoría de los pacientes que presentaron el cuadro del COVID-19 procedían o habían visitado el mercado de animales de Wuhan, sugiriendo el origen zoonótico del virus (18).

Así mismo, estudios desarrollados en este distrito de China indican que los pacientes tuvieron síntomas desde el 12 de diciembre lo que sugiere

un periodo de incubación relativamente largo lo que favorece su diseminación (18).

1.2.2.3. Estructura del coronavirus

Su tamaño va de 80 a 120 nm de diámetro, y está compuesto por un ARN monocatenario con glicoproteínas en su superficie a modo de espículas por lo que se le llama spike S y así como los demás betacoronavirus tiene dímeros de proteínas del tipo hemaglutinina esterasa (HE), su envoltura tiene dos proteínas la M y la E, siendo la M la mas abundante, mientras que la E es hidrofóbico, ambos están fusionadas con las membranas de lípidos del hospedador, el núcleo se compone de ARN de una cadena no segmentado y de polaridad + con 27-32 kilobases las que codifican 16 proteínas no estructurales, la nucleoproteína mientras tanto se une al ARN por lo que se le llama nucleoproteína proteína N.(15)

Su tamaño del su genoma del virus es de 26000 a 32000 bases, además la secuencia genómica del SarCov2 es similar⁵ al del SarCov aunque el SarCov no tiene la región que codifica la proteína 8 por lo que su patogénesis es menor que la del SarCov-2. (18)(19)

1.2.2.4. Tipo de coronavirus

Son virus que pertenecen a la orden de los Nidovirales y a la familia de los coronaviridae, y son de 4 géneros alfa, beta, delta y gamma, siendo el alfa y el beta las que pueden infectar a los seres humanos donde pueden producir enfermedades respiratorias tipo resfriados común desde leve a hasta severas como el MERS y SARS pudiendo producir miles de fallecidos (19,20).

La proteína Spike le permite al virus adherirse a la célula huésped e ingresar en ella esta proteína Spike se une al receptor ACE2, se ha observado que la proteína S del SarCov2 tienen mayor afinidad por el receptor ACE2 que el SarCov lo que explicaría su mayor virulencia (20).

Los receptores ACE 2 también existen en las células del tracto respiratorio superior, digestiva, vascular y en otros órganos, la replicación viral se produce usando el ARN polimerasa que es dependiente de ARN (20).

La vía de transmisión principal es la respiratoria a través de la tos o eliminación de micropartículas de saliva, pero también puede ser por eliminación por las heces, aunque su llegada a las vías respiratorias es menos probable, por lo que el uso de mascarillas es la principal medida de prevención para no contraer este virus, así como el lavado de manos. Los pacientes infectados por este virus pueden permanecer infectantes hasta 14 días o tal vez más pues aún no se conoce muchos datos de este virus (15).

1.2.2.5. Sintomatología del Covid-19

Se estima que el virus tiene un periodo de incubación de 4 días a 7 días, aunque la mayoría es de 12 días. La mayoría de los pacientes alrededor de los 80% cursan asintóticamente y pueden ser contagiantes o pueden tener una sintomatología muy leve de tos esporádica, con leve malestar general febrículas sin cuadros de neumonías, el 15% hace cuadros moderados y el 5% hace cuadros severos que se caracterizan por tos, falta de aire, neumonía severa, daño multiorgánico e incluso muerte (15).

1.2.2.6. Trasmisión por secreciones respiratorias

Se sabe que al hablar se elimina micropartículas de saliva, que van de menos de 5 micras llamadas aerosoles o mayores de 5 micras o gotas, las que pueden ser los que transporta una gran cantidad de virus que pueden ingresar a las vías respiratorias de los otros sujetos (17).

Se considera que las partículas mayores de 100 micras pueden caer al suelo pero además pueden ingresar al otro huésped como si se tratara de un comportamiento balístico, pues puede recorrer hasta 2 metros de distancia, por lo que puede impactar en los ojos, cara, nariz o boca desde donde ingresa a la vía respiratorias altas, cualquier partícula menor de 100 micras se considera aerosol pues puede quedar en suspenso en el aire por espacio de tiempo que va desde segundos hasta horas que puede ser respirado por otra persona en distancias que pueden ser más de dos metros incluso en ausencia de la persona que dejó o eliminó los aerosoles pues aún permanecen en suspenso (17).

Respecto al tamaño se sabe que los aerosoles de 15 a 100 micras pueden llegar hasta las vías respiratorias altas, mientras que los aerosoles de entre 5 a 15 micras pueden llegar hasta los bronquios menores y los aerosoles de menos de 5 micras pueden llegar incluso hasta los alveolos (17).

Las micropartículas de saliva o aerosoles que son expulsadas al hablar o respirar son en alrededor del 80 a 90% del tamaño de menos de 2.5 micras, que proceden desde los pulmones, y como al respirar se elimina 500cc de aire ello puede contener hasta 3000 partículas y al estornudar

hasta 40000 que son partículas que van desde 1 a 10 micras que proceden de las vías respiratorias superiores (17,21).

También se han encontrado partículas virales en las heces por lo que la transmisión por vía feco oral también es posible sobre todo los asintomáticos (22).

1.2.2.7. Trasmisión por superficies contaminadas (fómites)

Los experimentos con alto inóculo (10^4 a 10^7 copias de ARN viral) con SARS-CoV-2 (mucho más grande que los contenidos por gotas de secreciones respiratorias después de toser o estornudar) muestran que en la superficie de cobre, los virus viables podrían identificarse en cartón y acero inoxidable, plástico, 4, 24, 48, 72 horas, a 21-23 ° C, humedad relativa 40%, respectivamente. En otro experimento similar, a 22 ° C, 60% de humedad, después de 3 horas en la superficie del papel (papel de impresión), después de 1-2 días en madera, ropa, vidrio, etc., el virus ya no es detectado. Y hasta más a 4 días en superficies de acero inoxidable, plástico, billetes y mascarilla quirúrgica (21).

Se publicó recién un experimento que simula las condiciones naturales en las que se puede encontrar el virus en una superficie inanimada cerca del paciente. Específicamente, la concentración de proteína que se encuentra normalmente en las secreciones del tracto respiratorio superior se simuló e inoculó con la misma cantidad de virus que se encuentra en las secreciones. La persistencia del virus, la viabilidad y la carga viral se midieron en tres materiales diferentes: vidrio, plástico de poliestireno y aluminio. Se observó una gran estabilidad del virus en tres superficies,

con más proteína en plástico y cantidades similares de proteína encontradas en el tracto respiratorio, lo que le permitió crecer en células Vero 96 horas después de la inoculación. El experimento no consideró otros componentes presentes en las secreciones respiratorias que pudieran afectar la viabilidad reducida del virus, como las enzimas y la mucina (17,21).

En situaciones de la vida real, en un entorno con pacientes con COVID-19, el virus SARS-CoV-2 se encuentra repetidamente en superficies inanimadas (camas, baños, picaportes) cerca del paciente, tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar. Después de un proceso de desinfección normal, el material genético del virus rara vez se detecta incluso en la unidad de cuidados intensivos, y si se detecta, no se puede cultivar y, en principio, indica ausencia. Estas observaciones parecen indicar que, en condiciones del mundo real, las infecciones por vectores son extremadamente raras con los métodos de limpieza y desinfección recomendados (23).

En un hospital de Singapur, después de lavar la superficie dos veces al día con 5000 ppm de dicloroisocianurato de sodio y el piso una vez al día con 1000 ppm de dicloroisocianurato de sodio, el virus no se detectó. Sin embargo, en otra habitación, el muestreo se realizó antes limpieza, y el virus se detectó en 13 de las 15 superficies analizadas (17).

1.2.2.8. Factores de riesgo para Covid-19

La insuficiencia respiratoria grave puede desarrollarse a cualquier edad, la mortalidad está relacionada con la edad, con una tasa de mortalidad

más alta del 14 al 20% por encima de los 80 años y los niños con potencial de enfermedad grave menor a 5,2% (21).

Ha marzo del 2020, no informó muertes directas de niños menores de 9 años por COVID, pero ahora hay informes de muertes infantiles. En los medios de comunicación, la mortalidad ronda el 50% en casos críticos. Pacientes con enfermedades graves que incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión y cáncer. Con estas enfermedades, la población pediátrica desarrolla una forma muy leve y el riesgo de muerte es muy bajo. Hasta el 14 de abril de 2020, se habían reportado muy pocas muertes infantiles en todo el mundo en relación con la infección por SARS-CoV-2 (23).

La tasa de transmisión vertical parece ser baja (similar a la del SARS-CoV). La infección por SARS-CoV-2 no parece estar asociada con una mayor incidencia de resultados adversos en las madres, a diferencia de la pandemia de influenza H1N1, que sobrestimó la mortalidad materna. Hay poca evidencia directa de los efectos de la infección por COVID-19 en pacientes inmunodeprimidos (15).

Los factores de riesgo individuales asociados con el desarrollo de complicaciones asociadas con COVID-19 son:

- Edad: 60 a más
- Comorbilidades: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, asma, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia crónica renal, enfermedad inmunosupresora o en tratamiento (24).

1.2.2.9. Signos de alarma para Covid-19

Estas son:

- Falta de aire que se intensifica rápidamente
- Confusiones o desorientaciones
- Temperaturas mayores a 38°C que persiste más de dos días
- Dolor pectoral o en región precordial
- Presencia de cianosis (25)

1.2.2.10. Diagnóstico del Covid-19

Se realiza según la epidemiología del paciente pues el contacto con personas positivas, la edad, los síntomas orientan al diagnóstico la que es confirmada con las pruebas de laboratorio o tomográficos (26).

1.2.2.11. Clasificación clínica de Covid-19

Permite determinar la conducta terapéutica a seguir con el paciente o incluso a que ambiente de hospitalización debe derivarse:

1. Caso leve: Que tenga por lo menos 2 de estos:

- Que presente tos
- Que tengan malestar
- Odinofagia
- Temperatura mayor de 38°C
- Nariz congestionada

El tratamiento es ambulatorio (29).

2. Caso moderado: Que tenga lo siguiente:

- Falta de aire
- Taquipnea
- Afeción de la conciencia tipo desorientación

- Baja de la presión arterial
- Tomografía compatible con enfermedad de COVID
- Linfopenia menos de 1000 cel/cc

Paciente debe hospitalizarse (24,26)

3. Caso severo: Que tenga 2 o más de lo siguiente:

- Taquipnea más de 22 resp. x minuto o Pa CO₂ menor de 32 mmHg.
- Afecciones del sensorio
- PAs menos de 100 mmHg o PAM menos de 65 mmHg.
- Pa O₂ menos de 60 mmHg o PaFi < 300.
- Cansancio
- Lactato sérico más de 2 mosm/L.

Requiere cuidados críticos (24,26)

1.2.2.12. Fases de evolución

En la 1ª semana (Fase 1), la prueba de RT-PCR nasofaríngea es positiva y los anticuerpos (IgM, IgG) son generalmente negativos. Por otro lado, la denominada Fase 2 (denominada pulmones), que comienza el día 15, es una fase en la que la neumonía se complica y hay signos de consolidaciones bilateral en la distribución periférica. La serología IgM / IgG por RT-PCR por lavado broncoalveolar comienza a ser positiva el día 6. La tercera etapa (inflamatoria) que ocurre entre los días 10 y 15 no ocurre en todos los casos. Cuando esto ocurre, sucede especialmente en pacientes mayores de 65 años, pacientes inmunosuprimidos u otros factores de riesgo, lo que conduce a una desregulación agravada. Reacción inflamatoria. La autopsia de muertos en Italia mostró que

algunos pacientes tenían trombosis venosa en varias áreas como los pulmones y las extremidades inferiores (15,25).

1.2.2.13. Evolución

El COVID-19 suele presentarse de manera leve o moderada, con algunas formas graves (fiebre alta, > 30 respiraciones / min, SpO₂ <93%, FiO₂ > 300), con una mortalidad en la UCI de Wuhan del 61% (22).

Los síntomas que se observan en los pacientes peruanos incluyen tos seca, odinofagia o garganta con dolor, malestar y fiebre. De las características de 138 pacientes hospitalizados según la serie de Wang, la edad promedio fue de 56 años, y el 46.40% presentaba alguna comorbilidad: 31,20% hipertensión arterial, 14,50% enfermedad cardiovascular, 10% diabetes mellitus, 7% neoplasias y Enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC) 3%, 40 miembros del equipo de salud fueron infectados en este estudio, con los síntomas más frecuentes: Fiebre, tos, malestar general, astenia, pérdida de apetito, dolores musculares, disnea, diarrea y náuseas en el 1-10% (27).

1.2.2.14. Mortalidad

La letalidad es de 0,25 a 3% según el CDC. Varían según el lugar. Está en el rango de 1.2% en Corea del Sur, 2.30% en China y 7.20% en Italia. Las altas tasas de mortalidad por fallas del sistema o la reducción de recursos para llevar a cabo programas de detección ambulatoria pueden conducir a tasas más altas de letalidad en el epicentro.

Las estimaciones de mortalidad subestiman el denominador debido a las diferencias demográficas (Italia tiene una distribución de edad más alta

que China) y los programas de detección, como se describió anteriormente, y sobreestiman la mortalidad si no se analizan los casos leves (27).

1.3. Marco conceptual

Aislamiento en domicilio: Permanencia en su domicilio por 14 días desde que se inician los síntomas sin tener contacto con personas para evitar el contagio.

Área de atención crítica: Áreas donde se da soporte ventilatorio que pueden ser UCI, UCIN o trauma shock.

Caso sospechoso: Paciente que cumple con los criterios epidemiológicos

Caso leve: Persona con infección respiratoria que tiene por lo menos dos síntomas respiratorios.

Caso moderado: Persona con cuadro agudo respiratorio que requiere hospitalización.

Caso severo: Persona con cuadro crítico de proceso respiratorio que requiere apoyo ventilatorio.

Cuarentena: Paciente que permanece aislado en su casa por 14 días luego de iniciado sus síntomas.

Factores de riesgo: Entidades que incrementan la probabilidad de tener un evento adverso generalmente una enfermedad.

1.4. Marco Filosófico

Las discusiones sobre bioética se centran en analizar los temas que establecen la cuarentena. El confinamiento y el cierre de fronteras son conceptos recientemente cuestionados y cosmopolitistas. Un término que se cree fue acuñado por Diógenes, ha sido defendido y practicado de alguna manera por importantes pensadores como Kant, Leibniz y Hume durante siglos. Hoy hay muchas fronteras cerradas, y es una de las polémicas que ha perdido su esencia. Y en ese sentido, qué hacer, proteger la economía y la vida. Las intervenciones para detener la propagación del COVID-19 deben ser evaluadas y racionales bajo el principio de proporcionalidad, no permitir la discriminación arbitraria, tener las menores restricciones a las libertades civiles y respeto a lo privado (28).

Todavía no sabemos qué precio pagar si limitamos la distribución de movimiento (ya sea de forma voluntaria o no) para permitir nuevas formas de seguimiento de pacientes infectados. Los intentos de salvar vidas a toda costa durante una pandemia no significan necesariamente que esto siempre evitará futuros sacrificios de vidas y libertades futuras (28).

Es pues un reto el manejo de la pandemia, debido a que se rige sobre la problemática de salvar vidas directamente en base al confinamiento o salvar la economía de la población como recurso importante para la salud y nutrición de la gente.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Situación Problemática

La diseminación del virus del SARS-COV-2 por todo el planeta, en un corto periodo de tiempo, sin que siquiera se sepa su origen, y menos la etiopatogenia de esta enfermedad que produce, hace que el sector salud quede vulnerada sobre todo aquellos sistemas de salud no preparadas para gestionar el tratamiento de enormes cantidades de pacientes en poco tiempo, menos aun si se desconoce el tratamiento específico de la enfermedad, por lo que es de utilidad conocer las características epidemiológicas y clínica de los pacientes que son tratados para poder intervenir adecuadamente en los factores de riesgo y en los pacientes que se encuentran más vulnerables ante la enfermedad, que en la primera ola estuvo perfectamente definida en el grupo de los adultos mayores. (29)

Para el 7 de enero del 2020 el virus fue perfectamente identificada por los científicos de China y su secuencia genética fue dado a conocer a toda la comunidad de científicos del mundo (24).

Con el transcurso de los días, los países iban notificando casos en sus países con un alto incremento de casos en un corto periodo de tiempo, así tenemos a Tailandia, Japón, República de Corea entre el 13 y el 15 de enero del 2021. Luego notifican Estados Unidos, Canadá entre el 23 al 27 de enero del mismo año, para que finales del mes de enero la OMS lo declara como brote COVID-19 como emergencia de salud mundial (30,31).

Mientras que el Perú se detecta el primero de los casos el 5 de marzo del 2020 en un sujeto de 25 años procedente de España (30,31).

Para que al final la OMS lo declare pandemia el 11 de marzo del 2020, pues ya había afectados a varios países del mundo en diferentes continentes (30).

En el País la letalidad del virus se ubicaba en 3.7% variable según las regiones siendo en la de Ica la más alta en todo el Perú (31).

La cantidad de fallecido en el Perú es en la actualidad mes de marzo más de 50,000 existiendo diferencias con las notificaciones de la Sinadef que incluso ubican estos valores en más de 100,000, actualmente se está en la segunda ola de la pandemia con una alta mortalidad y de contagios (32).

Por lo todo lo expuesto, Ica es una ciudad azotada severamente por esta pandemia que requiere un estudio científico de los casos ocurridos, a fin de tener un conocimiento más exacto del cuadro clínico, así como de algunos parámetros importantes como son la tasa de mortalidad según aspectos sociodemográficos.

2.2. Formulación del problema

a) Problema General

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de la enfermedad por Covid-19 en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

b) Problemas Específicos

¿Cuál es la distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

¿Cuál es la distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

¿Cuál es la distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

¿Cuál es la distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

¿Cuál es la tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

c) Delimitación del problema

Delimitación espacial. - El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Ica ubicado en jirón Ayabaca S/N.

Delimitación temporal. - La investigación se realizó entre los meses de marzo a junio del 2021 sobre los casos ocurridos en el año 2020 de marzo a diciembre.

Delimitación social. - La investigación se realizó en los pacientes atendidos por esta enfermedad en dicho nosocomio durante el año 2020.

Delimitación conceptual. - La investigación se limitó a precisar los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con Covid19 atendidos en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

2.3. Justificación e importancia

a) Justificación

La enfermedad provocada por el Coronavirus Sarcov2 se está comportando en oleadas, algunos países se encuentran en su tercera ola y el Perú se encuentra atravesando en enero del 2021 la segunda ola, que tienen características observables de mayor capacidad de transmisión del virus así como un aumento en la letalidad en personas de edades medias, es por ello que se justifica la realización de este estudio pues no existen reportes actualizadas del comportamiento de la enfermedad en la ciudad de Ica.

Importancia

Relevancia económica. – La investigación contribuye a conocer con datos locales la realidad de la pandemia en Ica, la que es de importancia pues orienta a una mejor prevención y alertar a la población sobre la gravedad de la pandemia, con lo que se busca disminuir los casos y por ende los gastos tanto de los pacientes como del estado.

Relevancia teórica. - La investigación amplía el estado del arte hasta ahora disponible pues el comportamiento de la enfermedad tiene ciertas particularidades por zonas del país o del mundo.

A nivel metodológico. - La investigación tiene un diseño científico y emplea datos reproducibles, por lo que es de utilidad para futuras comparaciones del comportamiento de la pandemia, pues como es sabido las pandemias tienen a cursar por olas.

Relevancia práctica. – El estudio es de contribución práctica, para tomar decisiones y orientar el tratamiento con un triaje adecuado al conocer las características de esta enfermedad con pacientes locales.

2.4. Objetivos

a) Objetivo General

- Determinar las características clínico epidemiológicas de la enfermedad por Covid-19 en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

b) Objetivo Específicos

- Evaluar la distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020
- Evaluar la distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020
- Establecer los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020
- Precisar la distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?

- Indicar la distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020
- Valorar la tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

2.5. Hipótesis y Variables

a) Hipótesis General

Estudio descriptivo que no considera hipótesis

2.6. Variables

a) Identificación de variables

Variable de estudio

Enfermedad por Covid-19

Variable de caracterización

Edad

Sexo

Síntomas

Estadio clínico

Comorbilidades

Letalidad

Definición conceptual de la variable

Enfermedad por Covid-19. Patología causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.

Edad. Años vividos por una persona contadas desde su nacimiento.

Sexo. Cualidades sexuales que distinguen a la especie humana en masculinos y femeninos.

Síntomas. Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar la naturaleza del covid-19.

Estadio clínico. Clasificación por gravedad según sintomatología que presenta el paciente.

Comorbilidades. Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario

Letalidad. Cociente entre el número de fallecimientos a causa del Covid-19 en un período de tiempo y el número de afectados por esa misma enfermedad en ese mismo período.

Definición operacional de la variable

Enfermedad por Covid-19. Variable obtenida a partir de presentar cuadro clínico, radiológico, epidemiológico, serológico o molecular de covid-19

Edad. Variable obtenida de los datos registrados en la ficha de admisión por Covid-19

Sexo. Variable obtenida de los datos registrados en la ficha de admisión por Covid-19

Síntomas. Variable obtenida de los datos registrados en la historia clínica.

Estadio clínico. Variable obtenida de los datos registrados en la historia clínica.

Comorbilidades. Variable obtenida de los datos registrados en los antecedentes patológicos en la historia clínica.

Letalidad. Variable obtenida a partir de los datos de morbimortalidad registrados en la historia clínica.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo de Investigación

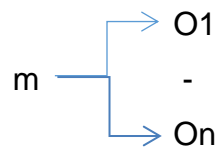
Estudio observacional porque no existió intervención sobre las variables, transversal pues las medidas de las variables fueron una vez, retrospectiva debido a que los datos son de casos ocurridos en el 2020.

Nivel de la Investigación

Descriptiva, pues se describió el comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad producido por el coronavirus SarCov2.

Diseño de la investigación

Cuantitativo



m: Muestra

O1: Observación

On: n observaciones

3.2 Población y muestra

Población

La población corresponde a los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 por Covid-19 que son 31, 591

Muestra

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 31,591$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{31,591 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (31,591 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 380 \text{ casos}$$

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de Covid-19 atendidos en el Hospital Regional de Ica en cualquier área, de ambos sexos y mayores de 19 años entre Marzo y Diciembre del 2020.

Paciente que tenga completos los datos necesarios para el estudio en su historia clínica.

Criterios de exclusión:

Paciente atendido por Covid-19 fuera del periodo de estudio.

Paciente que no tenga completos los datos necesarios para el estudio en su historia clínica.

Muestreo. Las historias clínicas a estudiar serán seleccionados aleatoriamente, previa elaboración del marco muestral.

ASPECTOS ÉTICOS

La autonomía de los datos se mantiene mediante la identificación del número. Esta encuesta se basa en la recopilación de datos estadísticos y respeta el anonimato de los participantes. No se esperan daños a las personas, ya que el estudio trata sobre sus registros médicos.

Los datos se analizan globalmente y los resultados solo son útiles para la investigación. Las actitudes responsables al realizar la recolección de los datos incluyen alguna forma de preocupación por mantener los registros históricos intactos. Por lo tanto, se mantendrá los aspectos éticos en el manejo de los datos y de los resultados.

CAPITULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1.- Técnicas de recolección de información

Técnica.- La técnica a emplear será la documental, pues se solicitará el acceso a los datos estadísticos del hospital previa presentación de una solicitud presentada a la dirección ejecutiva donde está consignada los alcances y objetivos del estudio y del compromiso ético del manejo de datos.

4.2.- Instrumentos De Recolección De Información

El instrumento es una ficha epidemiológica construida por el autor donde se consigna los datos a obtener según los indicadores de cada variable.

4.1. Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de resultados

Los datos serán tabulados en el programa estadístico SPSS v23 de donde se analizarán y obtendrán los estadísticos descriptivos, como son la media, desviación estándar, valores absolutos y porcentuales.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Presentación, Interpretación

Tabla 1
Distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 39 años	61	16.1%
40 a 59 años	143	37.6%
60 a más años	176	46.3%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra que el 16.1% de los pacientes corresponden a edades de entre 20 a 39 años, el 37.6% de edades entre 40 a 59 años y el 46.3% de edades de 60 a más años

Figura N° 1

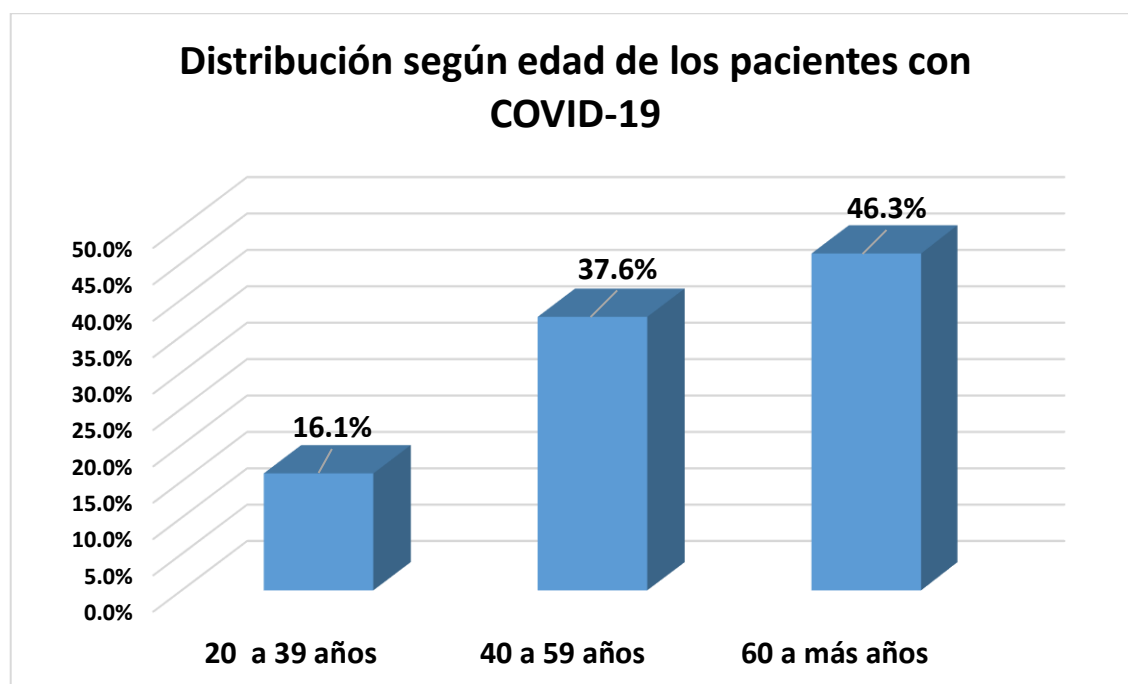


Tabla 2
Distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el
Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	224	58.9%
Femenino	156	41.1%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra que el 58.9% de los pacientes son de sexo masculino.

Figura N° 2

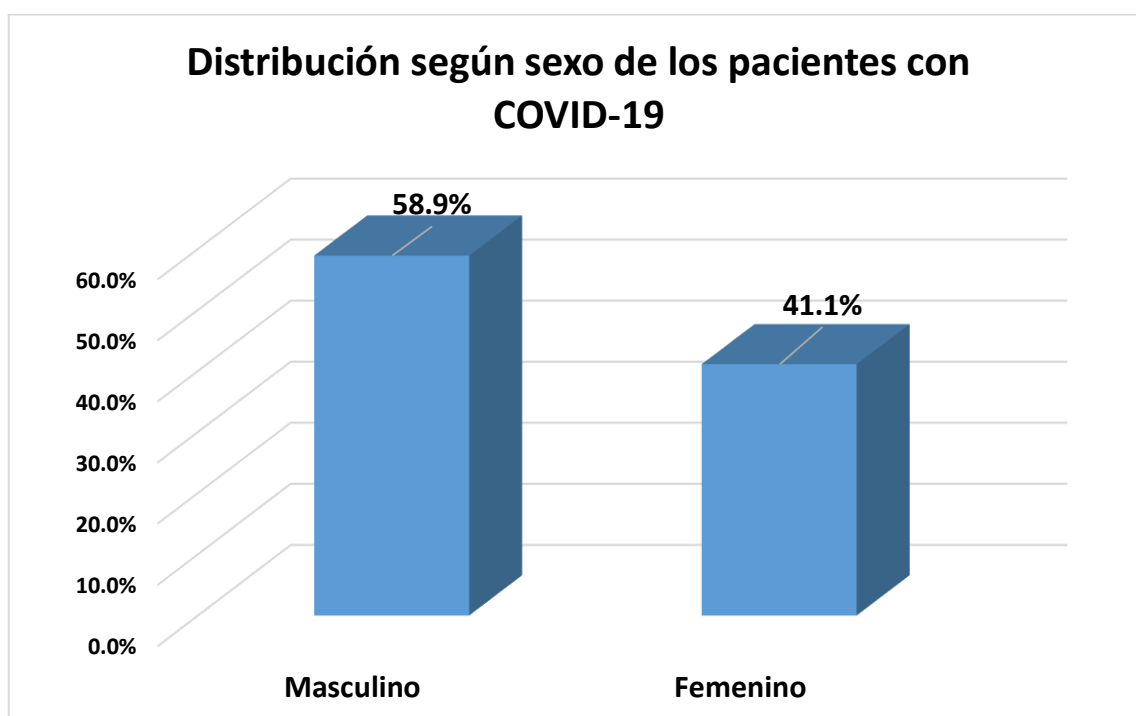


Tabla 3**Síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19
tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020**

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Presente	146	38.4%
Ausente	234	61.6%
Tos		
Presente	243	63.9%
Ausente	137	36.1%
Congestión nasal		
Presente	148	38.9%
Ausente	232	61.1%
Ageusia		
Presente	91	23.9%
Ausente	289	76.1%
Anosmia		
Presente	116	30.5%
Ausente	264	69.5%
Diarrea		
Presente	61	16.1%
Ausente	319	83.9%
Cefalea		
Presente	111	29.2%
Ausente	269	70.8%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra que el 38.4% de los pacientes presentó fiebre al momento de su ingreso al hospital, 63.9% presentó tos, 38.9% presentó congestión nasal, 23.9% presentó ageusia, 30.5% anosmia, 16.1% diarreas y 29.2% presentó cefalea.

Figura N° 3

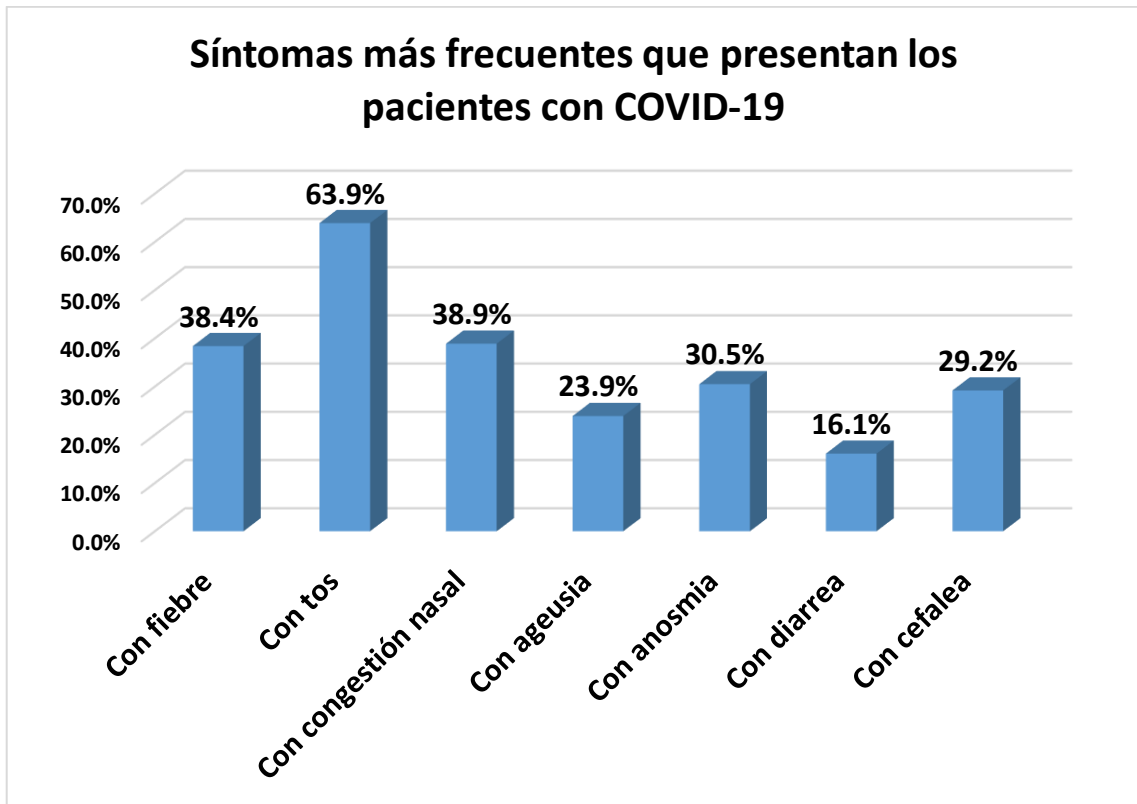


Tabla 4
Distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

Estadio	Frecuencia	Porcentaje
Caso leve	89	23.4%
Caso moderado	143	37.6%
Caso grave	148	38.9%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra que el 23.4% de los pacientes presentaron COVID leve al momento de su atención en emergencia, 37.6% presentaron estadio moderado y 38.9% presentaron estadio grave.

Figura N° 4

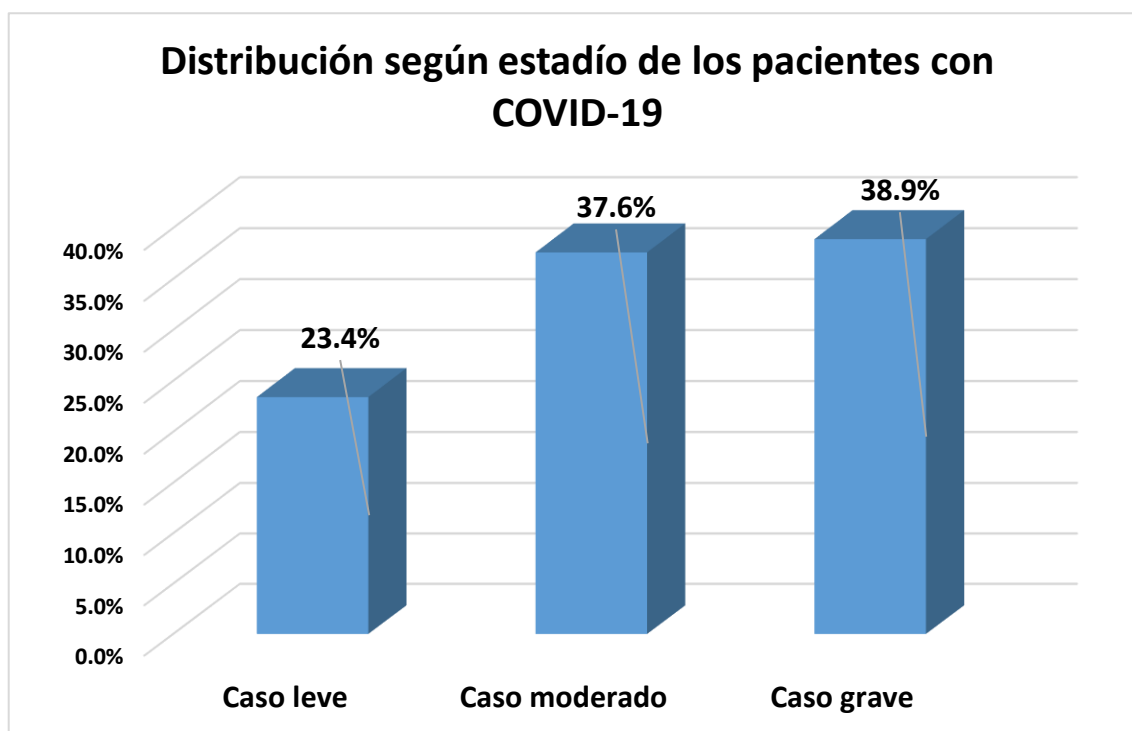


Tabla 5

Distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Con HTA	65	17.1%
Sin HTA	315	82.9%
Diabetes		
Con diabetes mellitus	95	25.0%
Si diabetes mellitus	285	75.0%
Estado nutricional		
Normopeso	108	28.4%
Sobrepeso	180	47.4%
Obeso	92	24.2%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra que el 17.1% de los pacientes presentó como comorbilidad la hipertensión arterial, diabetes el 25% y 47.4% presento sobrepeso y el 24.2% tuvo obesidad.

Figura N° 5

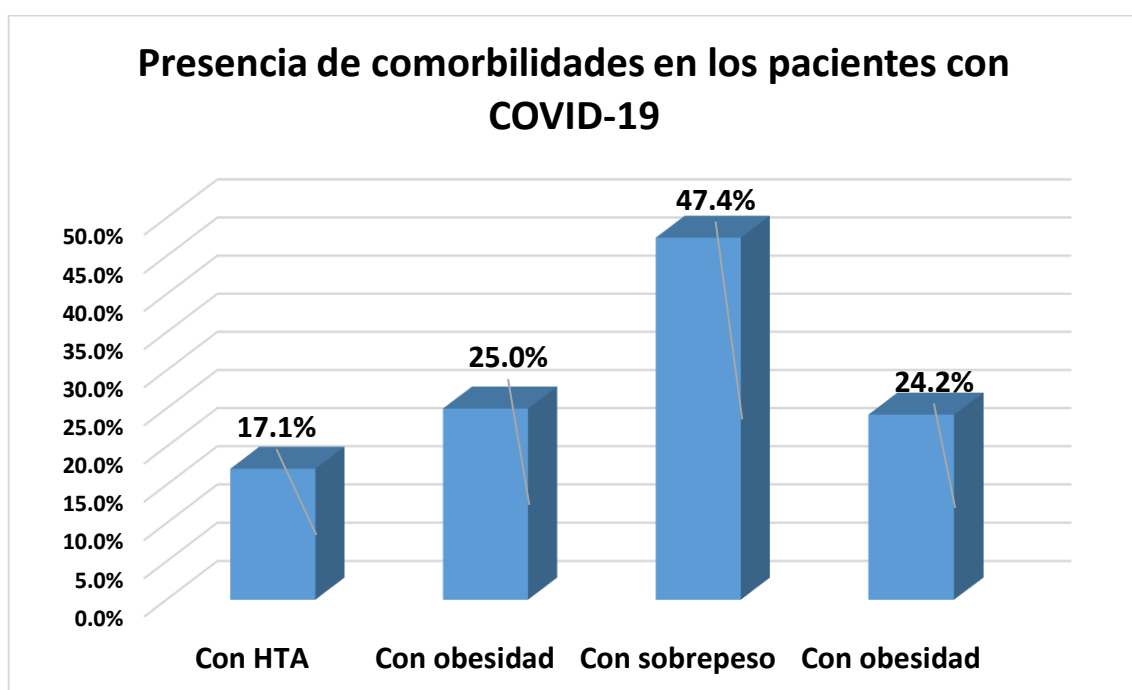


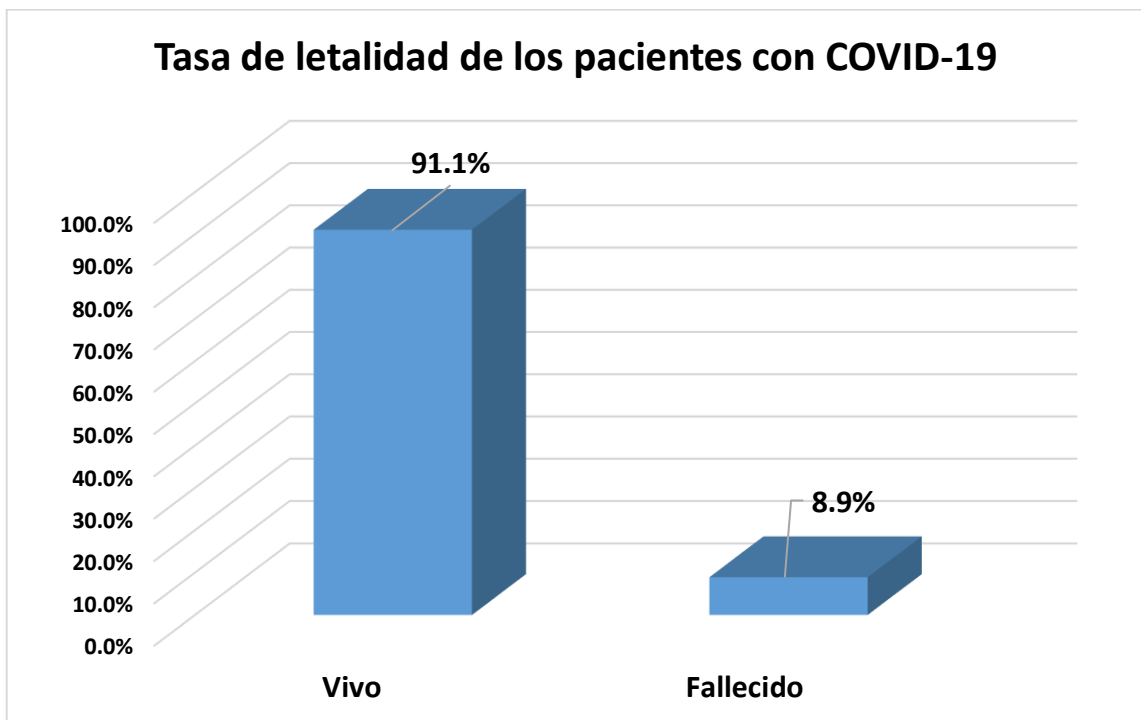
Tabla 6
Tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital
Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020

Condición de alta	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	346	91.1%
Fallecido	34	8.9%
Total	380	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La tabla muestra una tasa de letalidad de 8.9% de los pacientes con COVID-19.

Figura N° 6



5.2. Discusión de Resultados

El estudio se enfocó en determinar el perfil del paciente con COVID-19 desde los aspectos clínico y epidemiológicos, en tal sentido se demostró como indica la tabla N° 1 que la mayoría de los pacientes tenían edades de 40 a más años, y específicamente aquellos con edades de 60 a más años, que por su estado inmunitario deprimido y alta proporción de comorbilidades tienen tendencia a desarrollar enfermedad del COVID-19 más severos y por consiguiente acudir a los hospitales para su atención. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Medina(2) donde concluye que existe una alta prevalencia de enfermedad en los grupos de edad de 60 a más años.

Mientras que en la tabla N° 2 se determinó una prevalencia mayor de la enfermedad en el sexo masculino, atribuido a que es este sexo el que más expuesto está al contagio por razones de trabajo y descuido al no llevar las medidas de protección personal adecuadas. Esta proporción mayor en los varones es encontrada también en el estudio de Ferrer siendo la fiebre el síntoma más frecuente (5). Así mismo encuentra Casas (6) en España. Marin (7) en su estudio determina una alta prevalencia en el sexo masculino.

En la tabla N° 3 se determina la sintomatología más frecuente que presentan los pacientes a su ingreso al hospital encontrándose como síntomas más frecuentes a la tos, seguido de la fiebre, congestión nasal, anosmia, cefalea, ageusia y diarreas. Mientras que el estudio de Villagrán (3) encuentra que el síntoma más frecuente es la fiebre y dolor de cabeza, la que se debería a las variantes de coronavirus circulando en todo el mundo. Zuccone (4) en Chile en su estudio encuentra que el síntoma más frecuente es la cefalea y dolores musculares, aunque por lo general todos los pacientes a nivel mundial presentan síntomas

similares, diferenciándose solamente en la proporción con que se presentan en cada lugar. Narro (9) en su estudio encuentra también los mismos síntomas, pero en diferente proporción determinando también que el malestar general, la odinofagia, náuseas y vómitos y diarreas también están entre sus hallazgos. Velasquez (12) encuentra también que los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y la tos sobre todo en el sexo masculino.

Además, en la tabla N° 4 se determinó el estado en la que el paciente ingresa al hospital por el servicio de emergencia, encontrándose que la mayoría llega en esta de moderado a grave casi en la misma proporción, lo que indica que los pacientes acuden al hospital en estadio de compromiso de su salud que ponen en riesgo de muerte debiéndose ello habitualmente a tratamiento previos en sus domicilios. Casas (6) encuentra que la mayoría de los pacientes se hospitalizan en estados graves.

En la tabla N° 5 se determina que los paciente tiene algunas comorbilidades previas lo que agrava su estado de salud y empeora el pronóstico de vida, siendo la presión arterial presente en el 17.1% de los pacientes mientras que la diabetes en un cuarto de los pacientes, el sobrepeso en el 47.4% y la obesidad en el 24.2%, estas comorbilidades poner en riesgo la vida de los pacientes pues se tratan de enfermedades crónicas, que en el caso de la diabetes inmuno deprime al paciente así como el sobrepeso y la obesidad que se asocia a una hipoventilación por la infiltración grasa de los tejidos musculares y disminución de la amplexación del tórax. Al respecto el estudio de Villagrán (3) determina que las comorbilidades más frecuentes son la diabetes hipertensión arterial y obesidad las que incrementan la tasa de letalidad, concordando con los resultados del estudio. Casas (6) también demuestra que las comorbilidades

más frecuentes son los indicados, así como las dilipidemias. Las mismas comorbilidades son encontradas también por Llaro (8). Taype (10) encuentra también las mismas comorbilidades que incrementan significativamente el riesgo de morir por esta enfermedad. Del mismo modo lo determina Mejía (11) en su estudio en 369 pacientes

Finalmente, en la tabla N° 7 se indica la tasa de letalidad de esta enfermedad ubicándose ello en un 8.9% atribuido a factores propios del paciente como es la presencia de comorbilidades y la edad del paciente, así como de acudir al hospital en estadios avanzados de la enfermedad, a factores institucionales por ausencia de múltiples necesidades por la alta demanda pacientes como son medicamentos y disponibilidad de ambientes adecuados para el tratamiento de los mismos como son las camas UCI. Mientras que Villagrán(3) encuentra en su estudio una tasa de letalidad de 31.25% muy por encima de lo que se determinó en el estudio lo que estaría en relación a que la tasa de letalidad corresponde a pacientes graves. Casas (6) encuentra una tasa de letalidad de 21% superior al encontrado en la investigación atribuyendo a que la mayoría de los pacientes se hospitalizan en estados graves y son de edades mayores.

CONCLUSIONES

- El 16.1% de los pacientes corresponden a edades de entre 20 a 39 años, el 37.6% de edades entre 40 a 59 años y el 46.3% de edades de 60 a más años.
- El 58.9% de los pacientes son de sexo masculino.
- Respecto a la sintomatología el 38.4% de los pacientes presentó fiebre al momento de su ingreso al hospital, 63.9% presentó tos, 38.9% presentó congestión nasal, 23.9% presentó ageusia, 30.5% anosmia, 16.1% diarreas y 29.2% presentó cefalea.
- En relación al estadio el 23.4% de los pacientes presentaron COVID leve al momento de su atención en emergencia, 37.6% presentaron estadio moderado y 38.9% presentaron estadio grave.
- El 17.1% de los pacientes presentó como comorbilidad la hipertensión arterial, diabetes el 25% y 47.4% presento sobrepeso y el 24.2% tuvo obesidad.
- La tasa de letalidad de los pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Regional de Ica entre Marzo a diciembre del 2020 es de 8.9%

RECOMENDACIONES

- Reforzar las medidas de protección personal sobre todo en los pacientes de edades mayores, concientizando a los familiares a que no sean los contagiantes de sus seres queridos, para ello es necesario acudir casa por casa con las medidas de protección personal informado a la población.
- Informar a las empresas que el sexo masculino es el más afectado por esta pandemia, por lo que se deben tomar las medidas de distanciamiento y protección personal en las labores que desarrollan.
- Los síntomas son diversos y en diferentes proporciones, por lo que informar a la población por todos los medios posibles sobre estos síntomas para que acudan a los centros de atención sin esperar que el cuadro empeore, por ello es necesario una coordinación permanente entre las distintas entidades.
- Realizar actividades preventivas y promocionales a la comunidad a fin de que se detecte casos iniciales de COVID-19 y sean trasladados a los centros de salud donde se realizaran los descartes correspondientes, con lo que se lograría tratar a los pacientes en estadios iniciales de la enfermedad.
- Proteger sobre todo a los pacientes de edades mayores, y a los que presentan comorbilidades, informándose la importancia que tienen llevar una vida saludable y un control adecuado de las enfermedades que sufren, con el apoyo familiar correspondiente.
- Mejorar los establecimientos de salud según las necesidades de la demanda de paciente a fin de que no falten insumos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuero C. La Pandemia del COVID-19. Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X, 2020 – Disponible en: ww.revistasmedicas.org
2. Medina-Fuentes G. Características clínico epidemiológicas de pacientes positivos a la COVID-19 pertenecientes al policlínico “Joaquín de Agüero y Agüero”, Camagüey Cuba 2020. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Volumen 45, Número 4. Disponible en: www.revzoilomarinello.sld.cu
3. Villagrán-Olivas K. Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México 2020. Disponible en: DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n2.003>
4. Zuccone G. Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco: los primeros 164 pacientes Chile 2020. Rev. méd. Chile vol.148 no.8. Disponible en: scielo.conicyt.cl
5. Ferrer-Castro J. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN, vol. 24, núm. 3, 2020. Disponible en: www.redalyc.org ›
6. Casas-Rojo J. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con covid-19 en España: resultados del registro semi-covid-19. España 2020. Revista Clínica Española 220, (8), November 2020, pp 480-494. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003>
7. Marín-Sánchez A. Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia 2020. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44: e87. Disponible en: doi: [10.26633/RPSP.2020.87](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87)

8. Llaro-Sánchez M. Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevivencia en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020. Disponible en: www.horizontemedico.usmp.edu.pe
9. Narro-Cornelio, K. Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico COVID-19 Perú 2020. Red de Salud Virú, Disponible en: URL: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6845>
10. Taype W. Características clínicoepidemiológicas de pacientes fallecidos por covid-19 en un hospital nacional de lima, Perú 2021. Disponible en: DOI: 10.25176/RFMH.v20i2.2940
11. Mejía F. Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima, Perú. 2020. Disponible en: [preprints.scielo.org › scielo](http://preprints.scielo.org/scielo)
12. Velásquez-Escurrea, S. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un Hospital Nacional, del Perú 2020. URI: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1920>. Disponible en: www.repositorio.upla.edu.pe
- 13.- Garmendia-Lorena F. La evolución y características de la pandemia de COVID-19 en el Perú. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i3.233>
14. Ortiz-Soto, D. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en el Centro Médico Naval, de marzo a mayo del 2020. Disponible en: URI: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7885>
15. Maguiña-Vargas C. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev Med Hered. 2020; 31:125-131 Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>.

16. MINSA 2021. Plan de la preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú / Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. -- Lima: Ministerio de Salud; 2020. 55 p.; ilus
17. Ministerio de la Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Información científica-técnica España 2021. Disponible en: www.mscbs.gob.es
18. Palacios-Cruz M, et al. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clin Esp. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
19. Peña-López B, Rincón-Orozco B. Generalidades de la pandemia por COVID-19 y su asociación genética con el virus del SARS. Salud UIS; 2020; 52(2): 83-86. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v52n2-2020001>
20. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatr 2019; 86(6):213-218. doi: 10.35366/91871 [COVID-19 by SARS-CoV-2: the new health emergency]. Disponible en: www.medigraphic.com
21. OMS. 2020. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. Disponible en: [apps.who.int › iris › bitstream › handle](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/)
22. Ruiz-Bravo A. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Ars Pharm. 2020; 61(2): 63-79. Disponible: http://dx.doi.org/10.30827/ars.v61_i2.15177
23. Cabrera-Gaytán D. Concepción Infección del nuevo coronavirus: nuevos retos, nuevos legados Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 52, núm. 4, 2014, pp. 438-441

24. MINSA. Prevención y atención de personas afectadas por covid-19 en el Perú. Documento Técnico. Disponible en: www.gob.pe
25. Díaz-Castrillón F. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Volumen 24, Número 3, 2020. Disponible en: bvsalud.org › biblioref
26. Mendoza-Ticona A, Valencia-Mesias G, Quintana-Aquehua A, Cerpa-Chacaliza B, García-Loli G, Álvarez-Cruz C, et al. Clasificación clínica y tratamiento temprano de la COVID-19. Reporte de casos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2020;37(2):186-91. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.968>
27. Accinelli R, Zhang-Xu C, Ju-Wang J, Yachachin-Chávez J, Cáceres-Pizarro J, Tafur-Bances K, et al. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):302-11. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
28. Loewe D. Ética y coronavirus. Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile, 2020. 228 págs. ISBN: 978-956-289-206-3. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl>
29. OMS. Investigaciones epidemiológicas y clínicas precoces sobre el COVID-19 para una respuesta de salud pública 2021. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
30. INS. Perú 2020. Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) Serie Revisión Rápida N° 02-2020 Página 2 de 86. Disponible en: ins.gob.pe ›

31.- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) - MINSA. (Sala situacional Covid -19 Perú del 09/01/2021, Actualizado 10/01/2021). Disponible en: www.indeci.gob.pe

32. MINSA. Incremento de positividad a pruebas diagnósticas, casos, defunciones y hospitalizados por COVID-19. CODIGO: AE-001-2021 Disponible en: www.gob.pe › minsa

ANEXOS

b) Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBVARIABLES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable de estudio Enfermedad por Covid-19.	Enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.	Variable obtenida a partir de presentar cuadro clínico epidemiológico, serológico o molecular de covid-19	- Cuadro clínico - Hallazgo radiológico - Antecedente epidemiológico - Prueba radiológica - Prueba serológica - Prueba molecular	Enfermedad por Covid-19.	Ficha epidemiológica	Historia clínica
VARIABLES de caracterización Edad	Años vividos por una persona contadas desde su nacimiento.	Obtenida de datos registrados en la ficha de admisión por Covid-19	UNIVARIABLE	20 a 39 años 40 59 años 60 a más años	Ficha epidemiológica	Historia clínica
Sexo	Cualidades sexuales que distinguen a la especie humana en masculinos y femeninos.	Obtenida de datos registrados en la ficha de admisión por Covid-19	UNIVARIABLE	Masculino Femenino		
Síntomas	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para	Variable obtenida de los datos registrados en la historia clínica.	Respiratorio Digestivos Otros	Fiebre Tos Congestión nasal Disnea Ageusia Anosmia		

	determinar la naturaleza del covid-19.			Diarrea Cefalea		
Estadio clínico	Clasificación por gravedad según sintomatología que presenta el paciente.	Variable obtenida de los datos registrados en la historia clínica.	Caso leve	Toda persona con infección respiratoria aguda que tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Tos. • Malestar general. • Dolor de garganta. • Fiebre. • Congestión nasal. • CORADS TAC menor de 5 		
			Caso moderado	Toda persona con infección respiratoria aguda que cumple con alguno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Disnea o dificultad respiratoria. • Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto. • Alteración del nivel de conciencia. • Hipotensión arterial o shock. • Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía. • Recuento linfocitario menor de 1000 células/pL. • CORADS TAC de 5 a 15 		
			Caso severo	Toda persona con infección respiratoria aguda, con dos o más de los siguientes criterios:		

				<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto o PaCO2 < 32 mmHg. • Alteración del nivel de conciencia. • Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o PAM < 65 mmHg. • PaO2 < 60 mmHg o PaFi < 300. • Signos clínicos de fatiga muscular. • Lactato sérico > 2 mosm/L. • CORADS TAC mayor de 15 		
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario	Variable obtenida de los datos registrados en los antecedentes patológicos en la historia clínica.	Enfermedades concomitantes	Ninguna Diabetes Hipertensión Obesidad		
Letalidad	Cociente entre el número de fallecimientos a causa del Covid-19 en un período de tiempo y el número de afectados por la enfermedad en ese mismo período.	Variable obtenida a partir de los datos de morbimortalidad registrados en la historia clínica.	- Número de fallecido - Número de infectados por Covid-19	Número de fallecido/Número de infectados por Covid-19 x 100		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Metodología
<p>Variable de estudio</p> <p>Enfermedad por Covid-19</p> <p>Variables de caracterización</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Síntomas</p> <p>Estadio clínico</p> <p>Comorbilidades</p> <p>Letalidad</p>	<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de la enfermedad por Covid-19 en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>¿Cuál es la distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>¿Cuál es la distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional</p>	<p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las características clínico epidemiológicas de la enfermedad por Covid-19 en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la distribución según edad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 Evaluar la distribución según sexo de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 Establecer los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 Precisar la distribución según estadio de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020? 	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Tipo de Investigación observacional, transversal, retrospectiva</p> <p>Nivel de la Investigación Descriptiva</p> <p>Diseño de la investigación Cuantitativa</p> <p>Población La población corresponde a los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 por Covid-19 que son 31, 591</p>

	<p>de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>¿Cuál es la distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p> <p>¿Cuál es la tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar la distribución según presencia de comorbilidades de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 • Valorar la tasa de letalidad de los pacientes con covid-19 tratados en el Hospital Regional de Ica de Marzo a Diciembre del 2020 		<p>Muestra 380 casos</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha_____

Enfermedad por Covid-19

- Cuadro clínico compatible (SI) (NO)
- Hallazgo radiológico compatible (SI) (NO)
- Antecedente epidemiológico compatible (SI) (NO)
- Prueba radiológica compatible (SI) (NO)
- Prueba serológica positivo (SI) (NO)
- Prueba molecular positivo (SI) (NO)

Edad

(20 a 39 años) (40 59 años) (60 a más años)

Sexo

(Masculino) (Femenino)

Síntomas

Fiebre (SI) (NO)

Tos (SI) (NO)

Congestión nasal (SI) (NO)

Disnea (SI) (NO)

Ageusia (SI) (NO)

Anosmia (SI) (NO)

Diarrea (SI) (NO)

Cefalea (SI) (NO)

Otros _____

Estadio

Caso leve. Persona con infección respiratoria aguda que tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas:

- Tos. _____
- Malestar general. _____
- Dolor de garganta. _____
- Fiebre. _____
- Congestión nasal. _____

Caso moderado. Persona con infección respiratoria aguda que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Disnea o dificultad respiratoria. _____
- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto. _____
- Alteración del nivel de conciencia. _____
- Hipotensión arterial o shock. _____
- Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía. _____
- Recuento linfocitario menor de 1000 células/pL. _____

Caso severo. Persona con infección respiratoria aguda, con dos o más de los siguientes criterios:

- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto o PaCO₂ < 32 mmHg.____
- Alteración del nivel de conciencia._____
- Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o PAM < 65 mmHg._____
- PaO₂ < 60 mmHg o PaFi < 300._____
- Signos clínicos de fatiga muscular._____
- Lactato sérico > 2 mosm/L._____

Comorbilidad

Ninguna_____ Diabetes (SI) (NO)

Hipertensión (SI) (NO) Obesidad (SI) (NO)

Otros (SI) (NO)

Letalidad

Condición al alta (VIVO) (FALLECIDO)

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MARZO A DICIEMBRE DEL 2020

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Eva María Juan Herrera Sandoval
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Cirujano Doctora Salud Pública
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: JIMMY SERVULO ROJAS HILARIO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 17 de Junio del 2021

Firma del Experto

Eva M.J. Herrera Sandoval
 Dra. Eva M.J. Herrera Sandoval
 CIRUJANO GENERAL
 CMP 30356 RNE 18855
 M00168 D00238

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MARZO A DICIEMBRE DEL 2020

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Vladimir Vasquez Rosales
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Universidad San Juan Bautista
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: JIMMY SERVULO ROJAS HILARIO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 16 de Julio del 2021

Firma del Experto

Vladimir Vasquez Rosales
 Vladimiro Vasquez Rosales
 MEDICO CIRUJANO C.M.P. 20000
 DOCTOR EN SALUD PUBLICA
 M.D. EN MEDICINA HUMANA
 DIPLOMADO EN ECOCARDIOGRAFIA
 MEDICINA HIPERTENSIVA

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MARZO A DICIEMBRE DEL 2020

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Harry Leveau Bartra
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Univer de Pau Luis Gonzaga
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: JIMMY SERVULO ROJAS HILARIO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 17 de Julio del 2021

Firma del Experto

Harry Leveau Bartra Ph. D.
 CMP. 27304 RNE. 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
 Mg. y Dr. en Salud Pública
 Ph. D. en Investigación Bioestadística