

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

PREVALENCIA DEL COVID-19 EN EL CENTRO DE
SALUD LA ESPERANZA, TACNA 2020 - 2021

TESIS

Presentada por:

Bach. Carlos Augusto Anquise Vilca

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA – PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**PREVALENCIA DEL COVID-19 EN EL CENTRO DE SALUD LA
ESPERANZA, TACNA 2020 - 2021**

TESIS

Presentada por:

Bach. CARLOS AUGUSTO ANQUISE VILCA

Para optar el Título Profesional de:

Aprobado por: Unanimidad, ante el siguiente jurado:



Dr. Juan José Evaristo Changllio Roas
Presidente



Mgr. Mónica Karina Chipana Flores
Miembro



Mgr. Orlando Agustín Rivera Benavente
Miembro



Mgr. Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra
Asesor

DEDICATORIA

A mi papá Agustín y mamá Daisy, quienes me apoyan sin condiciones; con caridad, tolerancia y esfuerzo permiten que termine con mi profesión. Este triunfo es por ustedes.

Y por su gran apoyo a mi tía Wilda, siempre le estaré agradecido por toda su ayuda.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra, por orientar y asesorar este trabajo y por brindarme confianza, tiempo y apoyo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Descripción del problema.....	03
1.2 Formulación del problema.....	06
1.2.1 Problema principal.....	06
1.2.2 Problemas secundarios.....	06
1.3 Justificación e importancia de las investigación	07
1.4 Alcances y limitaciones de las investigación	08
1.5 Objetivos	09
1.5.1 Objetivo general	09
1.5.2 Objetivos específicos	09
1.6 Hipótesis	09
1.6.1 Hipótesis general.....	09
1.6.2 Hipótesis específica	09
1.7 Variable.....	10

1.7.1 Variables X	10
1.7.3 Variables Y	10
1.7.5 Definiciones operacionales de la Variable	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedente del estudio	12
2.1.1 Antecedentes en ámbitos internacionales	12
2.1.2 Antecedentes en ámbitos nacionales	17
2.1.3 Antecedentes en ámbitos regionales	20
2.2. Bases Teóricas	20
2.2.1. Definición	20
2.2.2 Fisiopatología.....	22
2.2.2.1. Interacción con el sistema renina-angiotensina-aldosterona.	22
2.2.3. Determinantes de salud.....	23
2.2.4. Sintomatología de COVID-19.....	24
2.2.5. Desarrollo de la enfermedad	27
2.2.6. Complicaciones	28
2.2.7. Métodos de diagnóstico.....	30
2.2.7.1. Ensayos serológicos en el diagnóstico de COVID-19	30
2.2.7.2. Ensayos moleculares en el diagnóstico de COVID-19.....	31
2.2.8. Comorbilidades	33
2.2.8.1. Mayores de 60 años.....	34
2.2.8.2. Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.....	34
2.2.8.3. Diabetes.....	35
2.2.8.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	36

2.2.8.5. Cáncer.....	37
2.2.8.6. Mujeres embarazadas y neonatos.....	37
2.2.8.7. Obesidad.....	38
2.2.9. Tratamiento farmacológico.....	40
2.2.9.1. Inhibición de la entrada de virus.....	40
2.2.9.2. Inhibición de la replicación del virus.....	42
2.2.9.3. Agentes inmunomoduladores	43
2.2.9.4. Terapia de inmunoglobulina.....	43
2.2.10. Prevalencia.....	44
2.2.11. Centro de Salud la Esperanza.....	44
2.3. Definiciones de término	45

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipos y diseños de investigaciones.....	48
3.1.1 Diseños de Investigaciones.....	48
3.1.2 Niveles de investigaciones.....	49
3.2. Población, muestra y muestreo.....	49
3.2.1. Población	49
3.2.2. Muestra.....	49
3.2.3. Muestreo.....	49
3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión	49
3.2.5. Criterios éticos.....	50
3.3. Material y/o instrumento	52
3.4. Métodos y técnicas de recolección de datos	52
3.5. Procesamiento de datos.....	53
3.6. Consideraciones éticas.....	53

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultado	54
DISCUSIÓN	124
CONCLUSIÓN	128
RECOMENDACIONES	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
ANEXOS.....	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Paciente que asistió al Centro de Salud La Esperanza según características sociodemográficas54
Tabla 02	Paciente que asistió al Centro de Salud La Esperanza según condición, compañía y condición de contacto59
Tabla 03	Característica clínica del paciente con sospecha de COVID-19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza ...62
Tabla 04	Paciente que asistió al Centro de Salud La Esperanza según los métodos auxiliares de diagnóstico de COVID-19.....90
Tabla 05	Tratamiento farmacológico del paciente que asistió al Centro de Salud La Esperanza..... 100
Tabla 06	Prevalencia de COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza.....123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el grupo etáreo	55
Gráfico 02	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según sexo	56
Gráfico 03	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según su ocupación	57
Gráfico 04	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según su distrito de procedencia	58
Gráfico 05	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según con quién asistió	60
Gráfico 06	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si estuvo en contacto con paciente COVID-19 confirmado.....	61
Gráfico 07	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presento fiebre	65
Gráfico 08	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó tos seca	66
Gráfico 09	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó cansancio.....	67
Gráfico 10	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó cefalea	68
Gráfico 11	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó dolor de garganta	69
Gráfico 12	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó diarrea.....	70
Gráfico 13	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según si presentó conjuntivitis	71

Gráfico 14	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia pérdida del olfato	72
Gráfico 15	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia pérdida del gusto	73
Gráfico 16	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia deficiencia respiratoria	74
Gráfico 17	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia dolor de pecho	75
Gráfico 18	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia dificultad para respirar.....	76
Gráfico 19	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de saturación	77
Gráfico 20	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de temperatura	78
Gráfico 21	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de presión diastólica	79
Gráfico 22	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de presión sistólica	80
Gráfico 23	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó síntomas de orofaringe.....	81
Gráfico 24	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó congestión.....	82
Gráfico 25	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó placas	83
Gráfico 26	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó diabetes mellitus	84
Gráfico 27	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó hipertensión arterial.....	85
Gráfico 28	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó obesidad	86

Gráfico 29	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó tuberculosis.....	87
Gráfico 30	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó alergia	88
Gráfico 31	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó asma	89
Gráfico 32	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según presentó otras patologías.....	91
Gráfico 33	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el diagnóstico presuntivo	92
Gráfico 34	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de prueba rápida	93
Gráfico 35	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de prueba rápida	94
Gráfico 36	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de IgM	95
Gráfico 37	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de IgG	96
Gráfico 38	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Rayos X.....	97
Gráfico 39	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Laboratorio	98
Gráfico 40	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Tomografía.....	101
Gráfico 41	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Ecografía.....	102
Gráfico 42	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Azitromicina 500mg	103
Gráfico 43	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ciprofloxacino 500mg	104

Gráfico 44	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Paracetamol 500mg.....	105
Gráfico 45	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Hidroxicloroquina	106
Gráfico 46	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ivermectina 3mg	107
Gráfico 47	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el tratamiento agua tibia	108
Gráfico 48	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Loratadina.....	109
Gráfico 49	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ibuprofeno 400mg.....	110
Gráfico 50	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Clorfenamina 4mg	111
Gráfico 51	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Metamizol 1gr	112
Gráfico 52	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento naproxeno 550mg.....	113
Gráfico 53	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Salbutamol 4mg.....	114
Gráfico 54	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ambroxol 4mg	115
Gráfico 55	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Dexametasona 5mg.....	116
Gráfico 56	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Omeprazol.....	117
Gráfico 57	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Hidroclorotizida	118
Gráfico 58	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Cloruro de sodio	119

Gráfico 59	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Oxígeno medicinal	120
Gráfico 60	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Acetilcisteína	121
Gráfico 61	Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Cefalexina 500mg	122
Gráfico 62	Prevalencia del COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza.....	123

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de COVID-19 en el Centro de salud La Esperanza Tacna en el 2020-2021. **Marco Metodológico:** Investigación descriptiva, observacional, prospectivo, transversal y analítica. La población fue de 1633 pacientes atendidos en el establecimiento de salud. Se utilizó las historias clínicas y ficha de recolección donde se consolidó la información requerida: características socio demográficas, condiciones clínicas y medicamentos usados en el tratamiento **Resultados:** El número mayor de pacientes fueron de 912 personas de 30 a 59 años con (55,8 %), y 853 personas (52,2 %) del sexo femenino, la ocupación predominante fueron 377 pacientes amas de casa con (23,1 %), en cuanto al tratamiento farmacológico; 244 pacientes (14,9 %) fueron medicados con Azitromicina 500mg, (4,5 %) con Ciprofloxacino 500mg, (75,3 %) fueron tratados con Paracetamol 500mg, (29,6 %) con Ivermectina 3mg, (18,4 %) con Loratadina, el (11,9 %) con Ibuprofeno 400mg, (5,8 %) con Clorfenamina 4mg, (4,7 %) con Metamizol 1gr y (5 %) con naproxeno 550mg. **Conclusión:** La prevalencia del COVID-19 fue (8,48 %) siendo el dato más elevado en el mes de febrero con (26,2 %) y el más bajo (1,83 %) en el mes de diciembre.

Palabras clave: COVID-19 / prevalencia / pandemia/ establecimiento del primer nivel

ABSTRACT

Objective: Determine the incidence of COVID-19 in the La Esperanza Tacna Health Center in 2020-2021. **Methodological:** Descriptive, observational, prospective, cross-sectional and analytical research. The population was 1633 patients treated at the health facility. The medical records and data collection form were used where the required information was consolidated: sociodemographic characteristics, clinical conditions and medications used in the treatment. **Results:** The largest number of patients were 912 people from 30 to 59 years old with (55,8%), and 853 people (52,2%) of the female sex, the predominant occupation was 377 patients housewives with (23,1%), in terms of pharmacological treatment; 244 patients (14,9%) were treated with Azithromycin 500mg, (4,5%) with Ciprofloxacin 500mg, (75,3%) were treated with Paracetamol 500mg, (1,3%) with (29,6%) with Ivermectin 3mg, (18,4%) with Loratadine, (11,9%) with Ibuprofen 400mg, (5,8%) with Chlorphenamine 4mg, (4,7%) with Metamizol 1gr, y (5%) with naproxen 550mg. **Conclusion:** The prevalence of COVID 19 was (8,48%) being the highest data in the month of February with (26,2%) and the lowest (1,83%) in the month of December.

Keywords: COVID 19 / prevalence / pandemic / establishment of the first level

INTRODUCCIÓN

Para diciembre del año 2019, es informado en Wuhan, China, una infección por (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. La enfermedad se ha extendido mundialmente y se declaró emergencia de salud pública de relevancia internacional por (OMS) 30 de enero de 2020. (1)

Recomienda a las autoridades nacionales implementar vigilancia epidemiológica, adquirir prueba diagnóstica, estrategia para los manejos clínicos integrales del paciente y comunicar los riesgos a la comunidad. El propósito de implementar estas estrategias es prepararse para posibles casos importados. (1)

Un 11 de marzo 2020, la OMS determina la COVID-19 como pandemia, Perú notificó su primer caso el 5 de marzo de 2020 y desde entonces los diagnósticos de la enfermedad han ido en aumento (1).

El portal de datos World Meter registra diariamente los casos globales de COVID-19, con aproximadamente 123.000.000 contagios y 2.700.000 muertes reportadas a la fecha; Perú ocupa el 5to lugar en Latinoamérica, por delante de Chile y Bolivia, con 1.460.000 contagios y muertes de más de 50.000 personas. (2)

La gran parte de la gente con COVID-19 no presenta síntomas similares al resfriado común, tos seca, dolor de garganta y fiebre, los cuales se solucionan de forma espontánea. Aunque, en menores proporciones deriva en complicación como shock séptico, neumonía grave, trombosis y dificultad respiratoria (3), especialmente en aquellos con riesgos relacionados al sobrepeso, mayores de 60 años y factores de enfermedad cardiovascular en los pacientes. (4).

En este contexto, dada la actividad de promocionar la salud, prevención de riesgo, tratamiento inicial y vigilancia que se realizan en estos establecimientos, identificar el perfil COVID-19 del paciente que llega al centro de salud de atención es prioridad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La Atención Farmacéutica surgió en principios de la década de 1990 para abordar y responder al aumentar la morbilidad y mortalidad por terapia con medicamentos, la complejidad de la terapia con medicamentos y aumento en esperanza de vida, que resultó en una mayores prevalencias de enfermedad crónica (1). La experiencia demostró que los problemas entre prescripción, dispensación y el uso de medicamentos conducen a un uso incorrecto de los medicamentos o efectos adversos (2), molestias para los pacientes que no pueden abordar el problema de manera efectiva y mayores gastos para los sistemas de salud. (3)

Se ha determinado que el sistema de salud tiene como objetivo brindar una asistencia integral al paciente de la mayor calidad posible, lo que requiere coordinar entre profesionales relevantes; aunque, se observó que los farmacéuticos comunitarios tienen poca o nula relación y comunicación con los demás, por lo que se organizan nuevas

perspectivas. atención a las drogas en la integridad del sistema de salud, en especial la atención primaria. (4)

El cuidado de medicamentos conocido como monitoreo de medicamentos brinda distintos servicios para mejorar la vida del paciente, como profesional médico químico, con el apoyo de guías educativas, materiales didácticos que abarcan información de la enfermedad, este realiza el diagnóstico de diferentes patologías del paciente. Educación sanitaria, medicación, reacciones adversas, precauciones, contraindicaciones y cuidados que deben tener durante la medicación, ayudando a conocer mejor su patología y prescripción del tratamiento, y disipar sus dudas durante el tratamiento. Recuperar la salud. Es nuevo concepto en la práctica de la salud y significa la interacción directa entre los químicos médicos y los pacientes para satisfacer sus necesidades de medicamentos y otras terapias. (5)

Hepler y Strand la atención de medicamentos como "administración responsable terapéutico con medicamentos para lograr un resultado de salud establecido que mejore la vida de los pacientes". En España, esto está cobrando fuerza, con diferentes asociaciones farmacéuticas proponiendo estrategias para su implementación, a las que denominan monitorización farmacoterapéutica, destacando que como actividad clínica, la variable clínica puede determinar si la terapia con medicamentos es requerida, eficaz y segura.(6)

En Perú, el término de enfermería farmacéutica ha creado expectativa y dinamismo en la misión de la farmacia, no solo por implicar nuevo orden profesional, además esta filosofía de praxis farmacéutica permite que los médicos (ley 16447) se conviertan en profesionales de la medicina, contribuye en gran medida a resolver el principal problema que aqueja a las sociedades, en especial lo que es salud. (7)

El querer implementar atención farmacéutica se fundamenta en 3 razones primordiales: al paciente, porque el sistema de salud presenta deficiencia que afecta su atención; la profesión, por el rol de salud que le toca desempeñar, es imperativo a Hay un mayor valor social; finalmente se trata de recursos financieros, ya que la participación activa de los farmacéuticos puede reducir los costos al reducir el problema relacionado con el medicamento. (8)

Es necesario señalar que, en su aplicación, se basa en términos, aspecto filosófico y metodología de atención farmacéutica, todo lo cual en la formación y formación aboga por modificar praxis diaria del químico médico para ser parte de su cultura, por lo que se requiere nuevo conocimiento, asumir nueva responsabilidad, desarrollar nueva competencia, y cambiar algún comportamiento, ya que la dificultad que pueda surgir pueden retrasar el proceso de re-transformación. Aunque

la mayoría de ellos no están respaldados por evidencia objetiva y son parte de la resistencia a cualquier cambio significativo, se deben hacer esfuerzos para lograr un cambio de actitud. Es por esto que es importante evaluar 2 componentes básicos, los conocimientos por una parte y la actitud que pueda surgir del ejecutivo técnico de las empresas farmacéuticas por el otro, sobre todo si estos figuraban como peruanos en el último censo de hogares. El primer lugar para ir antes un problema de salud para buscar el consejo de un químico médico. (5)

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la prevalencia de COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020 - 2021?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las características socio-epidemiológicas de los pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza?
- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con sospecha de COVID-19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?
- ¿Cuáles son los métodos auxiliares de diagnóstico de COVID-19 que se aplicaron a los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?

- ¿Cuál fue el tratamiento farmacológico de COVID-19 de los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?

1.3 Justificación e importancia de la investigación

En la pandemia, cómo cualquier situación de salud pública, el sistema de información tiene un rol fundamental en gestionar información necesaria según lo requiera la situación. Asimismo, son fundamentales para proporcionar evidencias para las acciones, decidir lo más informada posible y ajustar la política para mejorar la sabiduría de la acción de salud. Por otra parte, la posibilidad que ofrece la tecnología emergente y automatización podrían traer beneficio en salud pública sin precedente en la historia humana. El sistema de información permite intercambiar datos de manera inmediata, flexible, coordinada y priorizan atención, acceso y respuesta, especialmente para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. La información de salud debidamente desagregada puede planificar acción para reducir la inequidad en salud en distinto nivel de atención y facilitar implementar estrategia para abordarla. (5)

Cuan mejor sea el sistema de salud, mejor será su resultado y más sólida su continuidad en atención para proporcionar la mejor calidad médica, durante mucho tiempo, a la gente.

Hace mucho tiempo, el experto científico de cualquier país ha acordado en algo: compartir el estudio sobre COVID-19 es base”.

1.4 Alcances y limitaciones de la investigación

Como toda búsqueda de información, la principal limitación es la información completa y oportuna que nos pueda brindar el Centro de Salud La Esperanza. Estos limitarán la recopilación de datos relacionados con la investigación.

Una limitación de este estudio está relacionada con la disponibilidad de documentos fuente. Además, para algunas variables (datos incompletos), la disponibilidad de información puede ser heterogénea. Este aspecto está implícito, debido a que la letra del médico no es buena, el impacto en los resultados se tendrá en cuenta en el análisis estadístico.

Expuestos estos puntos, se toman medidas oportunas para minimizar impacto negativo que pueda interferir en realizar los esfuerzos de investigación.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Estimar la prevalencia del COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020-2021

1.5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes socio-epidemiológicas que asisten al Centro de Salud La Esperanza
- Describir las Características clínicas de los pacientes con sospecha de COVID-19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza
- Describir los métodos auxiliares de diagnóstico de COVID 19 que se aplicaron a los pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza
- Conocer el tratamiento farmacológico de los pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

No aplica. Dado que una hipótesis siempre se formula como una proposición, y en este trabajo descriptivo no se pretende predecir un número o proporción exacta, este trabajo no contiene hipótesis.

1.6.2 Hipótesis específica

No Aplica

1.7 Variables

1.7.1 Variable x

Pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza

1.7.2 Dimensiones de la Variable X

- Características socio demográficas
- Tratamiento farmacológico

1.7.3 Variable Y

Prevalencia del COVID-19

1.7.4 Dimensiones de la Variable Y

- Características clínicas
- Métodos auxiliares de diagnóstico
- Condición de salud

1.7.5 Definiciones operacionales de la Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Variable X Pacientes que asisten al Centro de Salud "La Esperanza"	El síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) es una enfermedad respiratoria vírica provocada por un nuevo coronavirus (el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio o MERS-CoV) que fue detectado por primera vez en Arabia Saudita en 2012.	El virus SARS-CoV-2 es muy contagioso y se transmite rápidamente de persona a persona a través de la tos o secreciones respiratorias, y por contactos cercanos.	Características socio demográficas	Edad Sexo Ocupación Procedencia	Cualitativa	Nominal
Tratamiento farmacológico			Azitromicina Paracetamol Ivermectina Hidroxicloroquina Corticoide Anticoagulante Ceftriaxona Oxigeno			
Características clínicas			Sintomatología Comorbilidad Valores vitales Probable contagio			
Métodos auxiliares de diagnóstico			Prueba rápida de anticuerpo Prueba Molecular			
Condición de salud			Leve Moderada Grave			
Variable Y Prevalencia del Covid19						

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Se buscó el trasfondo empírico del tema de investigación, en el sentido de que se ha tenido en cuenta antecedentes relevantes al tema de investigación.

2.1.1. Antecedentes en el ámbito internacional

El riesgo y la vulnerabilidad de los adultos mayores ante el COVID-19 fue identificado en un estudio del Dr. Luis Alcides Vázquez-González en Cuba, un estudio de atención primaria. Sienta las bases para el adulto mayor muy vulnerable y con mayor riesgo de desarrollar la gravedad del COVID-19 y tiene como objetivo determinar el riesgo y la vulnerabilidad ante el COVID-19 del adulto mayor de 65 años del Policlínico Universitario “Manuel Piti Fajardo Rivero”, de Las Tunas, su muestra de 130 adultos mayores de abril de 2020 a junio de 2020, es un trabajo observacional, descriptivo y transversal en el período de tiempo señalado, variable que incluye: edad , género, convivencia con otra persona, antecedente médico personal, estado nutricional, asistencia a los servicios de emergencia, cumplir medidas de

protección, evaluación de la investigación activa del estudiante, etc. Los resultados fueron más mujeres (65,38%) y adultos de 65 a 70 años (40,77%). Predominan quienes viven con 1 o más personas (71,53%), tienen antecedente patológico personal de enfermedad cardiovascular (69,23%), son de peso normal (56,15%), informa cumplimiento de restricciones de circulación (40,79%) e incumplimiento de emergencia visitas al servicio Urgencias (83,07%). Todos usaban mascarillas, seguían el tratamiento de rutina para enfermedades de base (64,61%) y tomaban la iniciativa de buscar atención médica cuando presentaban síntomas como fiebre (90,76%). Predominó el criterio de que los estudiantes investigaban activamente de forma adecuada (97,69%). Como conclusión final se determina que la edad avanzada y las comorbilidades de la enfermedad cardiovascular suponen un riesgo establecido ante el COVID-19. (6).

Huang C, et al. (China, 2020) especifican la característica sociodemográfica del paciente infectado con COVID-19; realizan el trabajo de cohortes revisando historia clínica, hallazgos de laboratorios y radiografía, y registro de enfermeros(as); incluyeron 41 pacientes hospitalizados: 49% diagnosticados con COVID-19 tenían entre 25 y 49 años, el 34% entre 50 y 64 años, edad promedio de 49 años, y 73% con COVID-19 eran de sexo masculino; Conclusiones

que las edades avanzadas y sexo masculino tienen impacto en la evolución de la COVID-19.(7).

Cummings M et al. (Nueva York, 2020) evalúan las epidemiologías, los cursos clínicos y resultado en adulto críticamente enfermo con COVID-19; estudio de cohorte observacional prospectivo de 257 pacientes de 2 hospitales de Nueva York: edad media de 62 años, 5 de los cuales tenían entre 51 y 72 años, 67% de pacientes con COVID-19 eran masculinos (OR: 1,13; IC 95%: 0,71-1,81); concluyó que debido al COVID-19 pacientes adultos mayores y del sexo masculino hospitalizados asociados con el desarrollo de enfermedad crítica.(8).

Sarfaraz S. et al. (Pakistán, 2020) describen el determinante de las mortalidades hospitalarias por COVID-19; estudio de cohorte prospectivo de 186 pacientes: las regresiones logísticas multivariada mostraron edad mayor a 60 años (OR: 4,27; IC del 95 %: 1,08-16,8), con edad promedio 61,4 años, el paciente de sexo masculino tenía mayor probabilidad de fallecer (76,5%, $p < 0,05$), concluyendo que los mayores de 60 y masculino tenían mayor tasa de mortalidad hospitalaria con los pacientes de COVID-19 Correlación significativa.(9).

Un estudio de la Dra. Viviana Parra Izquierdo publicado actualmente en el Columbia Medical Journal titulado: Síntoma gastrointestinal de la

COVID-19 y su impacto en las enfermedades inflamatorias intestinales muestra que el síntoma respiratorio de la COVID-19, como fiebres, tos, sequedad e inclusive disneas son la presentación más común en consejería, similar al SARS en 2003 y al (MERS) en 2012. Las diarreas fueron síntomas comunes del SARS durante brotes de 2003. La diarrea ocurre en el 20% de pacientes con SARS en Hong Kong. La diarrea tuvo una duración promedio de 3,7 días, fue en su mayoría auto limitada y se presentó a lo largo de cursos de las enfermedades. El síntoma gastrointestinal también fue común en MERS, con diarreas, náuseas, vómitos y dolores abdominales informados en 11,5% a 32% de la cohorte. Se concluyó que el síntoma gastrointestinal es común en paciente con COVID-19 y más común en la última etapa de la reciente epidemia en China. El SARS-CoV-2 puede ingresar a la célula epitelial del tracto gastrointestinal e infectar en heces del paciente con COVID-19. Se necesitan más evidencias para guiar el manejo del paciente, pero hasta ahora el consenso es no interrumpir la terapia inmunosupresora en ausencia de infección documentada. (10).

En un estudio COVID-19 de pacientes hipertensos de la Dra. C. María Eugenia García. Las personas con COVID-19 y otras enfermedades tienen mayores tasas de complicaciones (mortalidad por el brote en Wuhan, China, 10,5 % para personas con enfermedad cardiovascular,

7,3 % para personas con diabetes, muerte por enfermedad respiratoria) tasa de 6,3 % (6 % de pacientes hipertensos y 5,6% de pacientes con cáncer). (11).

En Universidad Católica de Santiago Guayaquil, Ecuador: Se evaluó el estado respiratorio de los pacientes post-COVID-19 y su impacto en la calidad mediante un entorno virtual Los pacientes que requieren hospitalización son de fácil acceso para la evaluación, seguimiento y fisioterapia de los pacientes porque de complicaciones de la enfermedad que afectan la respiración y la función corporal debido a la hospitalización prolongada. (28). Su propósito es determinar el impacto en la salud del estado de la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con COVID-19 después de la hospitalización mediante el uso de medios virtuales. Sus métodos son métodos cuantitativos, alcance descriptivo, no experimental, diseño transversal y herramientas de evaluación como: historia clínica, pruebas de enlace y evaluación medidas a través de la aplicación WhatsApp. Muestra: 82 pacientes de 20 a 65 años. Sus resultados fueron; el 71% de los pacientes evaluados presentaba baja capacidad aeróbica (sentado), el 30% disnea grado 2 (moderada), en cuanto al 70% la fatiga interfería con la actividad general del paciente (FCI), el 35% manifestó que su estado de salud La calidad de vida relacionada con la enfermedad (CAT, por sus siglas en inglés) se había visto

significativamente afectada antes del alta por COVID-19, y su dependencia se confirmó en términos de la relación entre CAT y mMRC, ya que aquellos con disnea de grado 3 y pacientes con disnea de grado 4 tienen una gran y muy alto impacto en su calidad de vida. Conclusiones: Los datos obtenidos sugieren que la disnea y la fatiga en los pacientes evaluados por COVID-19 afectan la calidad de vida del individuo, la cual está relacionada con la edad, la historia clínica y el tiempo de evolución antes de la hospitalización. (12).

Philipose Z et al. (Reino Unido, 2020) identifican factor de riesgo independiente de muerte en paciente diagnosticado con COVID-19; trabajo observacional de registro médico electrónico que incluyó a 466 pacientes: análisis multivariado para hombres (OR: 1,66; IC 95%: 0,96-2,87); y edad por año (OR: 1,07; IC 95%: 1,05-1,09) se asoció con mortalidad por COVID-19; concluyen que el sexo masculino y edad avanzada fueron factores de riesgo independiente de la mortalidad por COVID-19. (13)

2.1.2. Antecedentes en el ámbito nacional

En la Universidad de Los Andes, Perú, en Huancayo, se investigó en la Universidad de Los Andes, Perú, la característica clínica y epidemiológica del paciente que falleció por COVID-19 en un hospital

nacional en 2020. Su objetivo fue determinar la característica clínica y epidemiológica del paciente fallecido por COVID-19 en hospital nacional. Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 14 pacientes con diagnósticos de COVID-19 identificado por muestreo por conveniencia en base a criterio de inclusiones y exclusiones. Utilizando el formulario de recopilación de información, análisis de datos en SPS 22.0. Resultados mostraron que la mayoría de fallecidos eran ancianos (65,7%), con predominio masculino (74,65%). La comorbilidad más frecuente fue hipertensiones arteriales (49,0%), diabetes (17,5%) y obesidades (15,8%). La saturación de oxígenos promedio fue (81,06%). La manifestación clínica más frecuente fueron: disneas (90,4%), tos (57,0%) y fiebres (47,4%). En las tomografías se encontró alteración bilateral (84,2%) con patrones intersticiales en vidrios deslustrado (75,4%). Los exámenes de laboratorios mostraron media de 116,46 mg/dl para PCR, 833,04 ng/dl para linfocitos que contienen ferritina y 1159,57 ug/ml para dímero D. Los tratamientos utilizados fueron anticoagulaciones (87,7%), corticoide sistémico (94,7%), azitromicina (78,1%), ivermectina (68,4%).

En conclusión, sí, la característica más importante del paciente que falleció por COVID-19 fue la edad avanzada, con predominio de disnea, tos y/o fiebre al ingreso, y una alta proporción de afectación

pulmonar bilateral. Además, la comorbilidad más frecuente fue las hipertensiones arteriales y la diabetes. (14).

Acosta G et al. (Perú, 2020) evaluó variable sociodemográfica, clínica y de tratamientos en paciente diagnosticado con COVID-19; estudio observacionales retrospectivos de historia clínica electrónica y hallazgos de laboratorios e imagen, incluyendo 17 pacientes: Las edades promedios fueron 53,5%, rango de 25 a 94 años, 35,3% de pacientes del grupo etario tenían 60 años o más, y 76,5% de estos eran masculinos; se concluyó que las neumonías bilaterales es una enfermedad frecuente en adultos mayores, más común en pacientes del sexo masculino, asociada a comorbilidades y mayor mortalidad.(15).

Escobar G et al. (Perú, 2020) describen característica clínica y epidemiológica de paciente fallecido por COVID-19; estudio observacional retrospectivo basado en registros médicos y hospitalarios para buscar variables sociodemográficas, antecedentes médicos, presentación clínica y radiológica, tratamiento y evolución ; identificó 14 pacientes: 78,6% masculino, edad media 73,4 años, rango de edad 26-97 años; concluyó que los hombres mayores con

factores de riesgo fallecieron por COVID-19 con mayor frecuencia.(16).

2.1.3. Antecedentes en el ámbito regional

No se consiguieron investigaciones en el ámbito Regional

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Definición

El coronavirus es miembro de la subfamilia Orthocoronaviridae de Coronaviridae (orden Nestoviridae). (17). Estas subfamilias incluyen 4 géneros de acuerdo las estructuras genéticas: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Los coronavirus alfa y beta contagian solo a mamíferos y generalmente causan infección respiratoria en personas y gastroenteritis en el animal. Antes de aparecer el SARS-CoV-2, se había descrito 6 coronavirus en personas, y estos abundaban en el adulto inmunocompetente con síntoma leve causa de infección respiratoria, pero esto causa síntoma más severo en niño y anciano, generalmente en invierno. (18).

Tanto SARS-CoV como MERS-CoV son patógeno emergente de huésped animal que causa infección respiratoria epidémica grave con enormes impactos internacionales por sus morbilidades y mortalidades. El SARS-CoV-2 es 7mo coronavirus aislado y con característica en infectar gente. (19)

Su estructura, son virus esférico de 100-160 nm de diámetros con envoltura que contiene ARN monocatenario (ARNss) de polaridades positivas entre 26 y 32 kpb de longitud. Los genomas del virus SARS-CoV-2 codifican 4 proteínas estructural: proteína S, E, M y N. La N está dentro del virión asociada con ARN viral y la otra está asociada con la envoltura viral. La S se ensambla en homotrímeros, formando estructura que sobresale de la envoltura viral. La S contiene dominios de uniones con receptores celulares, por lo que es una proteína que determina el tropismo del virus, y también tiene la actividad de fusionar las membranas virales con célula, para que el genoma viral pueda ser liberado en célula infectada (20-21).

2.2.2. Fisiopatología

2.2.2.1 Interacción con el sistema renina-angiotensina-aldosterona

El SARS-CoV-2 penetra en la célula utilizando las enzimas convertidoras de angiotensinas 2 (ACE-2), peptidasas extramembranas que se encuentran principalmente en el riñón, pulmón y corazón, como receptores. Las funciones de ACE2 es convertir las angiotensinas I en angiotensinas 1-9 y las angiotensinas II en angiotensinas 1-7. Este producto tiene efecto vasodilatador, antifibrótico, antiinflamatorio y facilita las natriuresis. Por ende, reduce las presiones arteriales y contrarresta el efecto de las angiotensinas II. ACE2 se implicó en las prevenciones de las hipertensiones, las arteriosclerosis y otro proceso vascular y pulmonar. En modelo animal, se observó que las pérdidas de ACE2 conducen a mayores daños pulmonares en ARDS, y las sobreexpresiones de ACE2 evitan que ocurran. Al contrario, las enzimas convertidores de angiotensinas (ECA), que convierten las angiotensinas I en angiotensinas II, favorecen las producciones de péptido secundario con efecto vasoconstrictor, proinflamatorio y de retenciones de sodios,

que implico en las fisiopatologías de las hipertensiones arteriales. Se observó casos graves de COVID-19 con nivel muy alto de angiotensinas II. El nivel de angiotensinas II se correlaciona con las cargas virales del SARS-CoV-2 y las lesiones pulmonares. Estos desequilibrios de sistemas renina-angiotensina-aldosterona pueden estar relacionados con las inhibiciones de las ACE2 por parte del virus (22).

2.2.3 Determinantes de salud

La pandemia del SARS-CoV-2 y los determinantes socioeconómicos del Perú plantean en conjunto un verdadero desafío en el campo de la salud pública. La enfermedad infecciosa COVID-19 constituye una situación especial para la comunidad médica y los formuladores de políticas. Los pacientes con enfermedades crónicas, como las comorbilidades, representan una población vulnerable con características clínicas específicas, lo que destaca más que nunca la importancia de la medicina del estilo de vida. En la era del COVID-19, es atractivo desarrollar estrategias para la reducción y gestión del riesgo personal. La pandemia de COVID-19 puede ser la mayor crisis de salud pública desde la pandemia de

influenza de 1918. La crisis ha creado desafíos sin precedentes en el manejo de las poblaciones afectadas, ha abrumado los sistemas de salud y ejercido una enorme presión sobre el personal de salud. Durante tales crisis, generar evidencia real y oportuna es fundamental para la prevención y la respuesta efectiva.

Queda mucho por aclarar sobre las interacciones entre el COVID-19, el medio ambiente y las diferentes poblaciones con sus respectivos genomas. Se necesitan datos reales sobre el tema y un enfoque pragmático del desafío. Colegios, universidades y organismos científicos son aliados estratégicos en la lucha contra el coronavirus y sus secuelas (23).

2.2.4 Sintomatología del COVID-19

Los informes de las delegaciones de China por OMS describió los síntomas y signos comunes de 94,954 casos confirmados por laboratorio, entre ellos: fiebres (87,9%), tos secas (67,7%), debilidades (38,1%), expectoraciones (33,4%), disneas (18,6%), dolores de gargantas (13,9%), dolores de cabezas (13,6%), mialgias o artralgias (14,8%), escalofrío (11,4%), náusea o vómito

(5%), congestiones nasales (4,8 %), diarreas (3,7%), hemoptisis (0,9%) e hiperemias conjuntivales (0,8%). (24).

En Europa, 13 países (97% de Alemania) reportaron 63 millones de casos confirmados al (TESS), síntomas comunes fueron: fiebres (47%), tos secas o productivas (25%), dolores de gargantas (16%), debilidades (6%) y dolores (5%). En España, con 4 millones de casos, los síntomas fueron: fiebres (68,7%), tos (68,1%), dolores de gargantas (24,1%), dificultades para respirar (31%), escalofrío (27 %), vómito (6%), diarreas (14%) y otro síntoma respiratorio (4,5%). (25).

También se describen otros asociados a diferente órgano y sistema:

- Sistema nervioso: un estudio de 214 pacientes en un hospital de Wuhan, 36 % experimentó síntomas neurológicos: mareos (17 %), alteraciones de niveles de conciencias (7 %), ictus (2,8 %), ataxias totales (0,5 %), epilepsias (0,5%) y neuralgias (2,3%) (26).

- Cardiología: Inclusive en ausencias de fiebres y síntoma respiratorio, las enfermedades pueden presentarse con síntoma asociado con insuficiencias cardíacas o lesiones miocárdicas agudas (27).

- Oftalmología: entre 534 pacientes confirmados en Wuhan, los ojos secos representó 20,9 %, las visiones borrosas 12,7 %, sensaciones de cuerpos extraños 11,8 % y las congestiones conjuntivales 4,7 % (el 0,5 % fue el primer síntoma) (28).

- ORL: dolores faciales, congestiones nasales y disfunciones de olfato y gusto (29). Presentan las frecuencias de hiposmias - información científica y técnica. La anosmia y la disminución del gusto representan alrededor del 5 % cada una y son los primeros síntomas en alrededor del 11 % de la gente (26-29).

- Dermatología: Se observan manifestación muy diversa, que va desde erupción exantemática, hasta erupción vesicular parecida a la varicela. Pequeña lesión cianótica parcheada en dedos de manos y pies, a veces fusionadas, a veces acompañadas de ampollas. Estas se asemejan a los sabañones y son más comunes en jóvenes que no tienen otros síntomas (30).

- Hematología: Se describió una mayor incidencia del fenómeno trombótico asociado al caso de COVID-19, manifestándose como infartos cerebrales, isquemias cardíacas, muertes súbitas, embolias, trombosis venosas profundas. También hay mayores incidencias en sangrar. (31).

2.2.5. Desarrollo de la enfermedad

La patogenia de la infección humana por SARS-CoV-2 se manifiesta como síntoma leve de insuficiencias respiratorias graves. Después de unirse a la célula epitelial de la vía respiratoria, el SARS-CoV-2 comienza a replicarse y migrar por la vía respiratoria hacia la célula epitelial alveolar. Las rápidas replications del SARS-CoV-2 en el pulmón pueden desencadenar fuertes respuestas inmunitarias. El síndrome de tormentas de citoquina, que causan síndromes de dificultades respiratorias agudas e insuficiencias respiratorias, se consideran principal causante de muerte en paciente con COVID-19. El paciente de edad avanzada (>60 años) y aquel con afección médica grave tiene un mayor riesgo de desarrollar este síndrome anteriormente mencionado y muerte. También se informaron insuficiencias orgánicas múltiples en algún caso de COVID-19.

El cambio histopatológico en paciente con COVID-19 ocurre principalmente en el pulmón. El análisis histopatológico mostró daños alveolares difusos bilaterales, formaciones de membrana hialina, descamaciones de células pulmonares y depósito de fibrinas en paciente grave con COVID-19. La inflamación exudativa también estuvo presente en algún caso.

Las detecciones inmunohistoquímicas detectó antígenos del SARS-CoV-2 en el tracto respiratorio superior, los epitelios bronquiolares y de la glándula submucosa, así como en el neumocito tipo I y II, el macrófago alveolar y la membrana hialina del pulmón. (32).

2.2.6 Complicaciones

La mayor parte de la experiencia con COVID-19 proviene de los brotes en China. Ese contexto, 80% de casos presentaban síntomas leves a moderados, y el 13,8% presentaba cursos clínicos graves (disneas, taquipneas $\geq 30/\text{min}$, saturaciones de $\text{O}_2 \leq 93\%$, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$, y/o 24-48 % del campo de radiación ≥ 50 % de los infiltrados pulmonares) y el 6,1 % de los pacientes experimentaron cursos graves de la enfermedad. En este caso, no pudo determinar porcentaje poblacional asintomático.

Según información acumulada hasta la fecha en UE y Reino Unido, de casos, el 30% de los pacientes con COVID-19 requieren ingreso hospitalario y el 4% se consideran críticos, definidos como que requieren ventilación mecánica u otros criterios de emergencia. Recibiendo tratamiento en la UCI. Asimismo, en España, primeros 18.609 casos con informaciones

completas, 43% precisó ingresos hospitalarios y 3,9% ingresos en UCI. Hay que tener en cuenta que muchos países europeos tienen sistemas sanitarios muy saturados, con mayor parte de casos leves detectados en casa sin confirmar el diagnóstico. Entre los 1099 hospitalizados en China, 37 tenían dificultad respiratoria adulta, 11 shock séptico, 6 insuficiencia renal, 1 coagulación intravascular diseminada y 1 rabdomiólisis. Veintitrés pacientes requirieron ingreso en la UCI y 17 tenían síndrome de dificultad respiratoria adulta, 3 insuficiencia renal, 8 lesión pulmonar aguda, 4 shock séptico y 1 neumonía relacionada con ventilaciones mecánicas. Al momento en que Wang y Guan publicaron la serie, había 58 y 1029 hospitalizaciones, respectivamente, se subestimó la cifra de letalidad.

En casos severos el tiempo desde su inicio hasta las disneas fue de 5 a 7 días de hospitalización y 8 al inicio hasta el SDRA (33).

2.2.7 Métodos de diagnóstico

2.2.7.1 Ensayos serológicos en el diagnóstico de la COVID-19

El componente molecular y celular del sistema innato y adquirido está involucrado en las respuestas inmunes antivirales contra el virus que afecta la vía respiratoria, incluidos el SARS-CoV-2. Esto incluye mediador molecular como el interferón tipo I y el anticuerpo IgA, IgM e IgG, así como neutrófilo, macrófago y linfocito con actividades citotóxicas contra la célula infectada, como la célula asesinas natural y la célula T CD8+. Además, las células dendríticas y el linfocito T auxiliar CD4+ está fuertemente asociado con las activaciones de respuestas inmunitarias eficaces. Específicamente, las secreciones de anticuerpo son indicadores altamente correlacionados y fácilmente detectables que reflejan las respuestas inmunes al antígeno viral.

La prueba rápida de serología es prueba inmunocromatográfica o inmunoensayos de flujos laterales simple y muy fácil de realizar que detecta

anticuerpo contra los virus en solo pasos. Para esta prueba, se puede usar muestra de sueros, plasmas o sangres completas. Estas pruebas rápidas son complementarias y no puede sustituir a las RT-PCR para las detecciones de materiales genéticos virales. Este sentido, una limitación del diagnóstico basado en las detecciones de inmunoglobulina para antígeno específico es la dificultad para determinar cuándo esta inmunoglobulina está presente en la muestra de sangre, dando lugar a diagnósticos falsos negativos. Incluso Dong et al. Argumentan que los síntomas característicos de la COVID-19 son tan complejos que la prueba serológica de IgG e IgM específica del SARS-CoV-2 no debería utilizarse como diagnósticos definitivos, pero es necesario análisis genético molecular. (34)

2.2.7.2 Ensayos moleculares en el diagnóstico de COVID-19

La prueba molecular utilizada a nivel mundial para las detecciones directas de las infecciones por SARS-CoV-2 son las detecciones por RT-PCR de gen expresado por el virus. Liu et al. Usando RT-PCR,

analizaron la expresión génica de fragmentos de SARS-CoV-2 en esputo, líquido de lavado broncoalveolar y muestras de hisopos respiratorios de 4.880 pacientes con síntoma de infecciones respiratorias o exposición cercana al virus.

Se realizó la secuencia de los fragmentos de los genes ORF1ab y de las proteínas en nucleocápside (NP). Para la confirmación de los diagnósticos, los investigadores consideraron a las personas que presentaban ambos segmentos génicos como pacientes SARS-CoV positivos. Para el esputo, el 49,12 % de pacientes expresaron el fragmento NP, el 50,88 % expresaron fragmento ORF1ab y la proporción que expresaron ambos fue 49,12 %. En líquido de lavado broncoalveolar, el fragmento NP se expresó en 80 % de pacientes, mientras que ORF1ab se expresó en el 100 %, y el porcentaje que expresaron ambos fue 80 %. Tomando como ejemplo hisopos respiratorios, el fragmento NP se expresó en el 39,8 %, mientras que el ORF1ab se expresó en 40,98 %, y ambos se expresaron en 38,42 %. A partir de los resultados, encontraron que los más expuestos eran adultos mayores de 70 años,

con tasa de incidencia 61,81%. Por otro lado, un grupo de pacientes presentó algunos síntomas relacionados con el coronavirus pero fueron descartados por resultados negativos, demostrando la efectividad de la técnica para identificar el SARS-CoV-2. (34).

2.2.8 Comorbilidades

Las personas con mayores riesgos de desarrollar comorbilidad por COVID-19 son:

- Más de 60 años
- Enfermedad cardiovascular e hipertensión
- Diabetes
- Afección pulmonar obstructiva crónica
- Cáncer
- Embarazada
- Obesidad

La gente que vive o trabaja en organización privada también se considera más vulnerable, con especial preocupación para el adulto mayor que vive en residencia. Otro, como la gente que fuma o es obesa, también parece tener mayores riesgos de enfermedad. (35)

2.2.8.1. Mayores de 60 años

No está claro por qué esta edad es de riesgo por COVID-19. El factor que puede contribuir a esto incluye mayores prevalencias de comorbilidad, concentración de receptor ACE2, fenómeno de inmunosenescencias y vivir en casa cerrada. (35)

2.2.8.2. Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial

La persona con enfermedad cardiovascular e (HTA) tiene altos riesgos de desarrollar síntoma grave de COVID-19. El nivel de ACE2 puede estar elevado en paciente con enfermedad cardiovascular. Se observó que los tratamientos con inhibidor de las enzimas convertidoras de angiotensinas (IECA) y antagonista de las angiotensinas II (ARA II), que se utiliza para tratar (HTA) e insuficiencias cardíacas, aumentan las expresiones y las actividades de RCT2. Estos podrían explicar las hipótesis de que esta persona es más susceptible al SARSCoV-2.

Por otra parte, las disminuciones del receptor ACE2 y el nivel elevado de angiotensinas II se asocia con insuficiencias respiratorias agudas. En caso severo de COVID-19, se observó nivel más alto de angiotensinas II, puede relacionarse con las inhibiciones de ACE2 por parte del virus. Estos efectos se observaron en otra infección que usa los mismos receptores, sugiriendo que los tratamientos con ARB pueden ser beneficiosos en caso grave de COVID-19. (35)

2.2.8.3. Diabetes

La presencia de diabetes ha sido descrita en otro estudio durante la pandemia de COVID-19 como una comorbilidad más frecuente en paciente que desarrolla neumonía grave o fallece a causa de las enfermedades. Las razones por las cuales la diabetes son factores de riesgos para las enfermedades graves por COVID-19 no están claras, pero también se sugirió que las sobreexpresiones de ACE2 en paciente diabético pueden estar involucradas en estos procesos. Las sobreexpresiones de ACE2 en paciente diabético parecen ser mecanismos compensatorios que

retardan los deterioros de las microvasculaturas renales involucradas en las nefropatías diabéticas a largos plazos y limitan los daños cardiovasculares a largos plazos en paciente diabético al activar ejes ACE2/Ang. 1-7) / Maas. Por otra parte, los grupos de fármaco hipoglucemiante oral tiazolidinediona también se asocian con altas expresiones de ACE2. (35)

2.2.8.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Como se vio en brotes de SARS-CoV-1, las proporciones de paciente con EPOC/asma COVID-19 son muy bajas comparativamente con las prevalencias de las poblaciones. Aunque, en un caso, las EPOC se han asociado con peores cursos clínicos y mayores mortalidades por COVID-19. En revisiones sistemáticas que analizaron el síntoma y comorbilidad que predice los empeoramientos clínicos, se encontró que las prevalencias de las EPOC eran muy bajas en el caso grave y crítico (4,5% y 9,7%, respectivamente), pero estas eran las enfermedades graves más significativas. (36).

2.2.8.5. Cáncer

En China, se descubrió el COVID-19 es común en pacientes con cáncer. Aunque se observó mayores proporciones de paciente con cáncer en caso fallecido, este efecto no se observaron en los casos de COVID-19 en España. También se observó que, a comparación con el paciente con cáncer, tenía mayores riesgos de desarrollar complicación respiratoria grave que requería ingresos en las UCI. Este caso tiene mayores riesgos si el paciente se sometió a cirugía o recibió quimioterapia en el mes anterior a la infección. Finalmente, estos se deterioraron más rápido que pacientes sin cáncer. (36)

2.2.8.6. Mujeres embarazadas y neonatos

Esta sufre cambio fisiológico e inmunológico que lo hace más susceptible a cualquier infección viral y bacteriana. La infección con otro virus respiratorio u otro tipo de coronavirus se ha asociado con complicación durante el embarazo. Por ello, esta mujer se ha incluido en población susceptible del SARS-CoV-2 y es una población clave de estudio. (36).

2.2.8.7. Obesidad

El posible papel de la obesidad no se consideró en el primero estudio que evaluó el factor de riesgos de enfermedades graves y/o muertes por COVID-19. Actualmente, se piensan que es un factor que ha influido en la diferencia de mortalidades observada en China. Al igual que otra enfermedad respiratoria, esta puede desempeñar un rol importante en las infecciones por COVID-19. Otro factor puede influir en aumentos de riesgos de infecciones por COVID-19 y complicación en paciente obeso, los primeros de estos es su obesidad se asocia a otra comorbilidad y es propensa a fenómeno tromboembólico en comparación con las poblaciones generales, factor ya asociado con empeoramientos de COVID-19. Por otra parte, se observó que las expresiones de ACE2 en la célula grasa pueden ser importantes, poniendo a la persona obesa en mayor riesgo en infectarse. En análisis retrospectivos de 112 pacientes en Wuhan por COVID-19, el IMC del paciente crítico fue significativamente mayores que de grupos generales, y las prevalencias de obesidades (IMC>25) entre paciente fallecido fue 84,8 %. El 9% de pacientes supera la enfermedad. En

este paciente, el fenómeno tromboembólico es causa importante de exacerbación. Análisis retrospectivos del IMC estratificados por edades de 3615 pacientes con COVID-19 en UCI de un hospital en Nueva York encontró que las prevalencias del IMC >30 eran similares en el caso de COVID-19 a las poblaciones generales. Aunque, el estudio encontró, en comparación con el paciente no obeso, el paciente menor de 60 con IMC entre 30 y 34 tenía 2 y 1,8 veces más probabilidad de ser admitido en hospital general y en UCI, respectivamente. Estos efectos no se observó en persona mayor de 60. En análisis de 124 pacientes consecutivo ingresado en las UCI debido a COVID-19 en hospital francés, se encontró que 47,5% de pacientes en UCI era obeso (IMC> 30). Las proporciones de paciente de la historia ingresado en las mismas UCI por enfermedades respiratorias en año anterior fue de 25,8%, similar a las prevalencias generales de obesidades en Francia. Este estudio también se observó mayores necesidades de ventilaciones mecánicas en función del IMC, alcanzando 90% con IMC > 35. En análisis multivariantes, las obesidades fueron factores de riesgos independientes de las edades, las diabetes y las hipertensiones. (36)

2.2.9 Tratamiento farmacológico

Hasta la fecha, no hay terapia probada universalmente para COVID-19 o medicamento antiviral para SARS-CoV-2, aunque alguno ha mostrado un beneficio en cierto subgrupo de paciente o criterio de valoración. El investigador y fabricante está realizando ensayo clínico a grandes escalas para probar tratamiento variado para la COVID-19. Al 2 de octubre de 2020, hay aproximadamente 405 tratamientos para la COVID-19 en desarrollo y casi 318 en ensayo clínico en personas. En la siguiente sección, resumimos la posible terapia contra el SARS-CoV-2 según experiencia y dato clínico publicado. (37)

2.2.9.1 Inhibición de la entrada de virus

SARS-CoV-2 utiliza ACE2 como receptor y proteasa humana también activador de entrada; después combina las membranas virales con las celulares y permite invadir. Por ende, el medicamento que interfiere con su acceso podría ser tratamiento potencial para COVID-19. Umifenovir (Arbidol) es aprobado en Rusia y China para tratar influenza y otra

infección viral respiratoria. Se dirige a interactuar entre proteína S y ACE2 para inhibir combinación de membrana. El experimento in vitro ha demostrado que hay acción contra SARS-CoV-2 y dato clínico actual sugiere que es más eficaz que lopinavir y ritonavir para tratar COVID-19. Aunque, otro estudio sugiere la posibilidad que umifenovir no mejore el resultado ni elimine el SARS-CoV-2 en paciente de leve a moderado. Pero, muchas pruebas clínicas en curso evalúan su eficacia como tratamiento para COVID-19. El mesilato de camostat se aprobó en Japón para tratar esofagitis por reflujo y pancreatitis postoperatorias. Estudio anterior ha demostrado que evita al SARS-CoV ingrese a la célula al bloquear la acción de TMPRSS2 y protege al ratón del SARS-CoV letal en modelo de ratón patógeno. Recientemente, estudios mostraron que el mesilato de camostato bloqueaba al SARS-CoV-2 en la célula pulmonar. Por esto, es un antiviral potente contra contagio por este virus, aunque hasta el momento no hay suficiente información clínica que respalde su eficacia.

(37)

2.2.9.2. Inhibición de la replicación del virus.

El inhibidor de réplica incluye remdesivir, favipiravir, ribavirina, lopinavir y ritonavir. Todo el RNA diana, excepto el último, que inhibe 3CLpro. Remdesivir ha mostrado acción contra SARS-CoV-2 tanto in vitro como in vivo. Un estudio muestra que los pacientes con COVID-19 tienen una necesidad reducida de soporte de oxígeno. Los resultados preliminares de un ensayo clínico (ACTT) realizado por el NIAID informan que remdesivir reduce la recuperación en 2 días en adulto hospitalizado con COVID-19 comparativamente con el placebo. Pero su distinción en mortalidad no es relevante a nivel estadístico. La FDA autorizó por emergencia a remdesivir para tratar paciente hospitalizado. También es primera opción aprobada por la UE para tratar neumonía en adulto y adolescente que requiere respiración asistida. Una que otra prueba clínica internacional de Fase III evalúa seguridad y eficacia de remdesivir en tratar la COVID-19. (36)

2.2.9.3. Agentes inmunomoduladores

El SARS-CoV-2 tiene fuerte reacción inmunitaria que conduce al síndrome de tormentas de citoquinas. Por ende, el inmunomodulador que suprime la respuesta inflamatoria excesiva puede ser posible terapia complementaria para la COVID-19. La dexametasona es un corticosteroide comúnmente utilizado en una variedad de condiciones para desinflamar por medio de su efecto inmunosupresor. Más actualmente, El Recovery mostró la dexametasona reduce mortalidad un aproximado del tercio en paciente hospitalizado con COVID-19 que recibió respiración asistida y posiblemente la quinta parte que recibió oxigenoterapia. Al contrario, no encuentra beneficio en paciente sin respiración asistida. (37)

2.2.9.4. Terapia de inmunoglobulina

La terapia de plasma convaleciente es una complementaria potencial para COVID-19. Un hallazgo preliminar mostró el estado clínico mejoró después de tratarlo. La FDA orientó para usar plasma convaleciente de

COVID-19 en la solicitud de nuevo fármaco en investigación emergente. Aunque, este tiene efecto secundario al aumentar infección mediado por anticuerpo, lesión pulmonar aguda relacionada con transfusión y reacción alérgica a esta.

2.2.10. Prevalencia

Es la expresión epidemiológica utilizada para planificar política de salud del país, comunidad, etc.

Es medida del grupo que está enfermo, condición o factor de riesgo en un momento o período específico, sin distinguir si una nueva el caso está presente

La fórmula es 39

$$:= \frac{N^{\circ} \text{ de afectados total de personas que pueden llegar a padecer la enfermedad}}{N} \times 100 = P: \text{Prevalencia}$$

2.2.11 Centro de Salud La Esperanza

El Centro de Salud La Esperanza, es un establecimiento de primer nivel de atención de salud categorizado en el Nivel 1-4, pertenece a la microred Cono Norte, se ubica en Av. Jorge

Basadre Grohmann 1100, frente a la plaza Quiñones del distrito Alto de la Alianza, provincia Tacna, región Tacna.

Se creó el 28 de marzo de 1978. En la actualidad cuenta con una plana de 60 profesionales nombrados; entre ellos 10 médicos cirujanos, 12 licenciados en enfermería, 9 licenciados en obstetricia, 10 técnicos en enfermería (triaje) y 2 Técnicos en Farmacia. Un Químico farmacéutico Contratado.

2.3. Definición de términos

COVID-19:

Enfermedad por causa del SARS-CoV-2. La OMS se dio cuenta del virus el 31 de diciembre de 2019 cuando un grupo de casos de "neumonía viral" anunciados en Wuhan (China). (38)

PREVALENCIA:

Es la razón que expresa frecuencia del evento. Generalmente, es definido como proporción poblacional con enfermedad en estudio en un momento dado. En relación con la población general. Porque una persona solo puede estar sana o enferma por cualquier cosa. (39)

ASIS TACNA:

Es un documento de información estadística sobre multi-interacción factor social, económico, político, cultural, biológico, psicológico y ambiental sobre salud pública. (40)

DEMID:

Es la institución descentralizada, parte de DIGEMID, que logra los mismos objetivos. (41)

DIGEMID:

Es una institución técnica normativa cuyo objetivo fundamental es posibilitar que las personas cuenten con medicamentos seguros, efectivos y de calidad y los utilicen racionalmente. (41)

DIRESA TACNA:

Es el ente regulador cuyo objetivo es dirigir y coordinar la actividad técnica administrativa de alto nivel en programas de línea asignado al Ministerio de Salud y el área de competencia del Gobierno Regional de Tacna. (41)

ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

Es un grupo de fármacos utilizados para ser exitoso en farmacoterapia del paciente para determinada patología.

FACTOR DE RIESGO

Es la exposición que aumenta probabilidad para enfermarse, lesionarse o efectos adversos para la salud.

INCIDENCIA

Es medida en casos de enfermedad originada en la población con riesgo en un período establecido. Es indicador de rapidez de la enfermedad en una población y, por tanto, estimación del riesgo absoluto de desarrollarla.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ:

Poder ejecutivo en materia de salud, con misión de proteger la dignidad humana, promover salud, prevenir enfermedad y asegurar atención integral en salud para el país.

MORBILIDAD

Índice de personas enfermas de un lugar y tiempo establecido.

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

Es prueba in vitro utilizada para detectar infección por COVID-19

TASA DE MORBILIDAD

Es una estadística útil para estudiar la evolución de enfermedades y procesos de control. (42)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

➤ **Según la intervención del investigador**

Es observacional y su propósito es observar y registrar eventos sin manipular ninguna variable sin interferir en su proceso natural.

➤ **Según la planificación de las mediciones**

Es retrospectivo, se recogen datos de historia clínica

➤ **Según el número de mediciones**

Es transversal porque la variable se medirá una sola vez, sin seguimiento.

➤ **Según el número de variables**

Es observacional

3.1.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio corresponde a uno epidemiológico, el investigador escoge la población o grupo de paciente, busca información, analizándola e interpretándola sus resultados.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel del estudio es descriptivo.

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.2.1 Población

Son los pacientes que asistieron al área COVID-19 al Centro de Salud La Esperanza 2020 -2021

3.2.2 Muestra

Se utilizará el censo es decir se usará toda la población atendida en el área COVID-19, en el Centro de Salud La Esperanza durante el periodo de estudio.

3.2.3 Muestreo

Registro de paciente con diagnósticos de COVID-19 atendido en el Centro de Salud La Esperanza.

3.2.4 Criterios de inclusión, y exclusión

3.2.4.1 Criterios de inclusión

- Paciente con síntomas para COVID-19.
- Paciente con registros completos.

3.2.4.2 Criterios de exclusión

- Paciente contra referido al centro de atenciones primarias de la red de salud prestacional de EsSalud.

3.2.5 Criterios éticos

Se cumplirá con las siguientes condiciones:

- Cuando no se pueda conseguir el consentimiento informado del involucrado en el trabajo, se puede solicitar el consentimiento de los representantes de la comunidad o grupo; sin embargo, dichos representantes deben ser seleccionados de acuerdo con naturaleza, tradición y filosofías políticas del grupo. Cuando los investigadores trabajan con comunidades, deben considerar los derechos y protecciones de la comunidad como lo harían con los derechos y protecciones de los individuos. En las comunidades donde la toma de decisiones colectiva es común, los líderes comunitarios pueden expresar la voluntad colectiva.
- Cuando los individuos son designados por organismos que no son grupos (como agencias gubernamentales), el investigador y comité de revisión de ética deben considerar la veracidad de las representaciones del organismo y sus declaraciones de esos individuos y, si es necesario, obtener el consentimiento de otros representantes. Los representantes de comunidades o

grupos a veces pueden verse capacitados para participar en el trabajo y valoración ética.

- Definir la comunidad o grupo para su uso en la investigación epidemiológica puede ser un problema ético. Los investigadores deben ser conscientes de cómo se constituyen o definen las comunidades y deben respetar los derechos de los grupos vulnerables.
- A efectos de investigación epidemiológica, los investigadores pueden definir grupos que están relacionados por razón estadística, geográfica u otro y que no interactúa socialmente. Cuando estos grupos se crean artificialmente para la investigación científica, es posible que su miembro no esté claramente identificado como líder o representante, y no se espera que el individuo se arriesgue a estar en desventaja para beneficiar a otro.

3.3 MATERIALES Y/O INSTRUMENTOS

3.3.1 Materiales

Historias Clínicas

3.3.2 Instrumentos

Ficha de recolección elaborada por el Investigador

3.4 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Métodos

La aplicación para este estudio es el "procesamiento de datos", que se basa en aplicar instrumentación y análisis de datos.

Para aplicar cada instrumento, se considera y realiza por etapas del cronograma.

3.4.2 Técnicas

La técnica que se realizó fue de observación y recojo de datos de las historias clínicas que se serán procesadas en fichas de recolección.

3.4.3 Técnicas estadísticas

Descriptivas: Cuadros de frecuencia, gráfico, estadísticas descriptivas: medias, desviaciones estándares Tabla, figura, porcentaje.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

La información se ingresó a la base diseñada en Microsoft Office 2016, y se exportó al (IBM SPSS), versión 22 para procesar resultado en tabla de frecuencia, medida de tendencias centrales.

Estos se discuten por análisis estadístico. Se organizan en orden lógico y metódico de acuerdo con las metas establecidas.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo respeta la dignidad y derecho de la persona, considerando ventajas y desventajas del estudio aplicado, independencia, compromiso hacia las personas, su confidencialidad y consentimiento para participar.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados

Tabla 1: Paciente que asistió al centro de salud la esperanza según características sociodemográficas

GRUPO ETÁREO	Frecuencia	Porcentaje
Niño (de 0 a 11 años)	81	5.0
Adolescente (de 12 a 17 años)	46	2.8
Joven (de 18 a 29 años)	327	20.0
Adulto (de 30 a 59 años)	912	55.8
Adulto mayor (de 60 a más)	267	16.4
SEXO		
Femenino	853	52.2
Masculino	780	47.8
OCUPACIÓN		
Ama de casa	377	23.1
Estudiante	221	13.5
Jubilado	55	3.4
Profesional	201	12.3
Comerciante	340	20.8
Obrero/empleado	193	11.8
Taxista	137	8.4
Policía Nacional del Perú	21	1.3
Sin oficio	88	5.4
DISTRITO DE PROCEDENCIA		
Alto de la Alianza	984	60.3
Tacna	402	24.6
Gregorio Albarracín	111	6.8
Ciudad Nueva	120	7.3
Pocollay	6	0.4
Pachia	1	0.1
Calana	5	0.3
La Yarada	3	0.2
Locumba	1	0.1
Total	1633	100.0

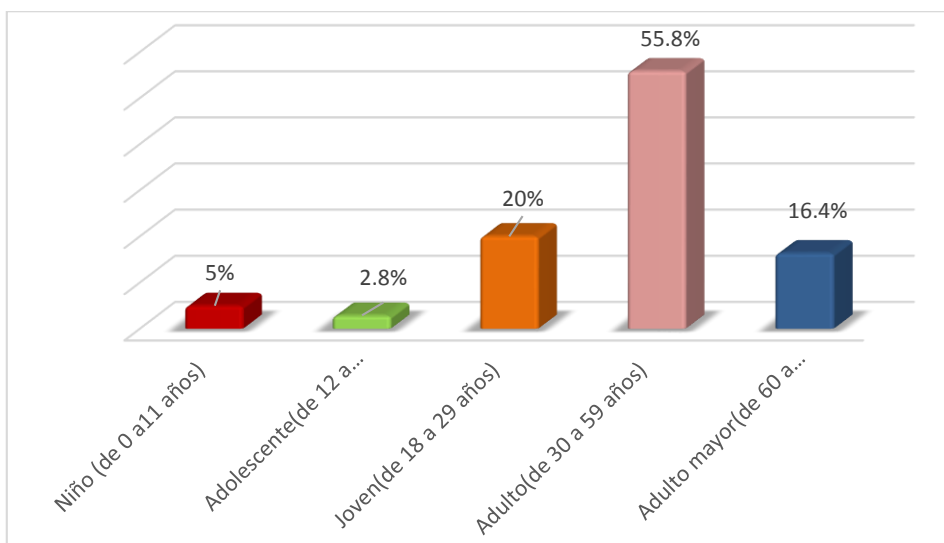


GRÁFICO 1: Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según el grupo de etáreo.

Fuente: Tabla 1

Interpretación:

La tabla y la Figura 1 muestran la distribución por grupos de edad de los pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza. Es claro que en el 100% de la población, el grupo de edad de 30 a 59 años conforma el 55,8%, seguido del grupo de 18 a 29 años con el 20%, y el grupo de mayores de 60 años con el 16,4%, y en menor medida se observó un 5% en el grupo de 0 a 11 años, y finalmente un 2,8% se observó en el grupo de 12 a 17 años.

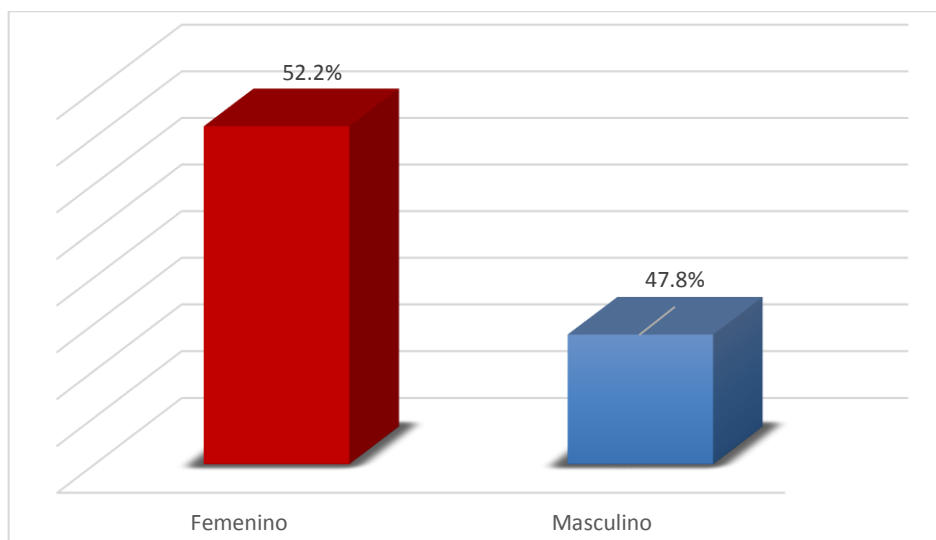


GRÁFICO 2: Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según sexo.
Fuente: Tabla 1

Interpretación:

La Tabla 1 y la Figura 2 muestran la distribución por sexo, correspondiendo la mayor proporción de población al 52,2% de mujeres y en menor medida al 47,8% de hombres.

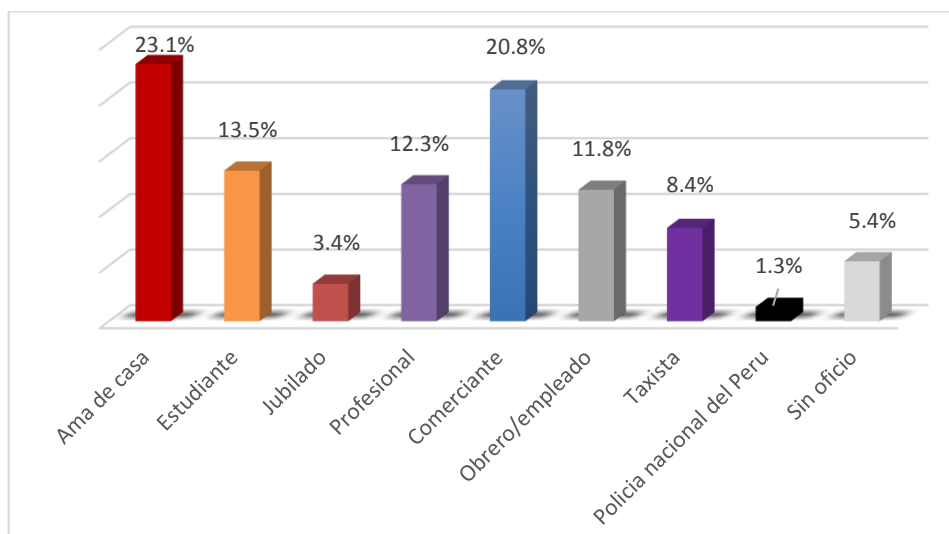


GRÁFICO 3: Paciente del Centro de Salud La Esperanza, según su ocupación.

Fuente: Tabla 1

Interpretación:

En la Tabla 1 y Figura 3 se aprecia la distribución según su ocupación de los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza.

Se nota que del 100% de la población, predomina el grupo de ama de casa con 23,1 %, seguido de los Comerciantes con 20,8 %, los estudiantes el 13,5 %, los obreros/empleados el 11,8 %, los taxistas con 8,4 %, pacientes sin oficio 5,4 %, los jubilados con 3,4 % y por último Policías con 1,3%.

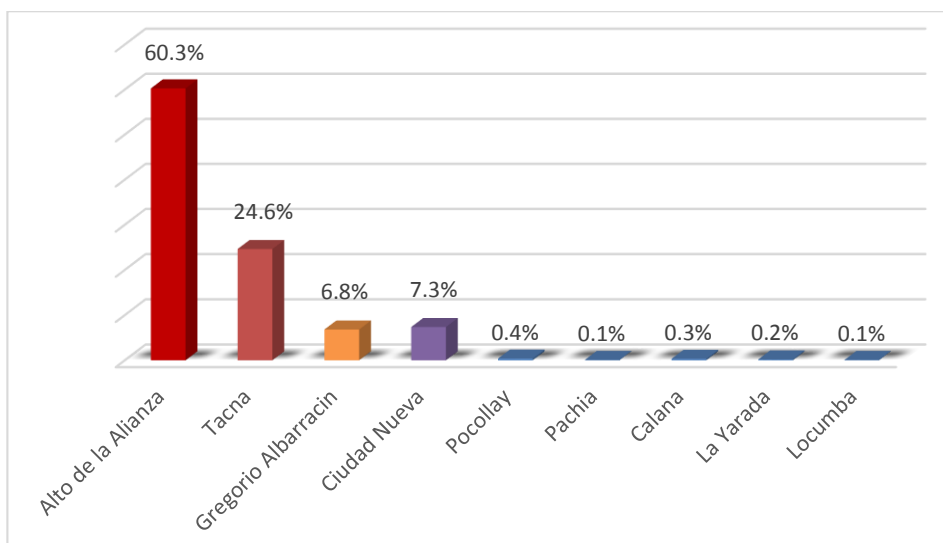


GRÁFICO 4: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según su distrito de procedencia.

Fuente: Tabla 1

Interpretación:

En la Tabla 1 y Figura 4 se aprecia la distribución según su distrito de procedencia. Visualizando que del 100 % de la población el 60,3 % de los pacientes corresponden al distrito de Alto de la Alianza, seguidos del 24,6 %, provienen de cercado, Tacna, en tanto el 7,3 % del distrito de Ciudad Nueva, así como el 6,8% del distrito de Gregorio Albarracín, en menor grado los distritos de Pocollay con un 0,4 %, Calana con 0,3 %, la Yarada con 0,2% y posteriormente Locumba y Pachia con un 0,1%.

Tabla 2: PACIENTE QUE ASISTIO AL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA SEGÚN CONDICIÓN, COMPAÑÍA Y CONDICIÓN DE CONTACTO

ASISTIO EN COMPAÑÍA DE	Frecuencia	Porcentaje
Solo	946	57.9
Padre	211	12.9
Esposo	212	13.0
Hijo	237	14.5
Hermano	11	0.7
Otro	16	1.0
ESTADO QUE LLEGO		
Sin complicaciones	1633	100.0
CONTACTO CON PACIENTE COVID CONFIRMADO		
Negativo	1081	66.2
Positivo	552	33.8
Total	1633	100.0

Fuente: Historia clínica

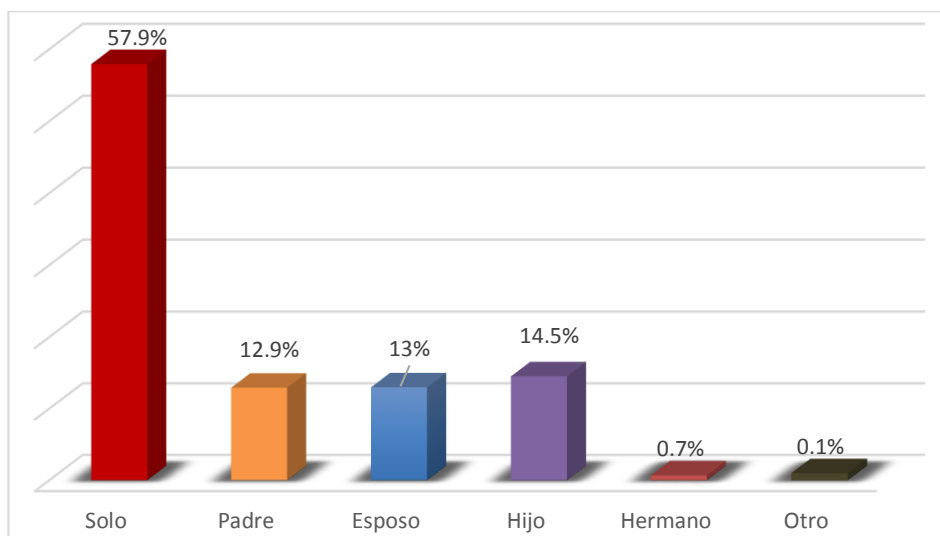


GRÁFICO 5: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según con quién asistió.

Fuente: Tabla 2

Interpretación:

En la Tabla 2 y Figura 5 se aprecia la distribución según con quién asistió al Centro de Salud La Esperanza. Visualizando que del 100 % de la población el 57,9 % de los pacientes asistieron solos, seguidos del 14,5 %, que asistieron con sus hijos, seguidos del 13 % asistieron con su esposo, así como el 12,9 % con sus padres, luego tenemos el 0,7 % que asistieron con su hermano y por último con el 1 % con otras personas.

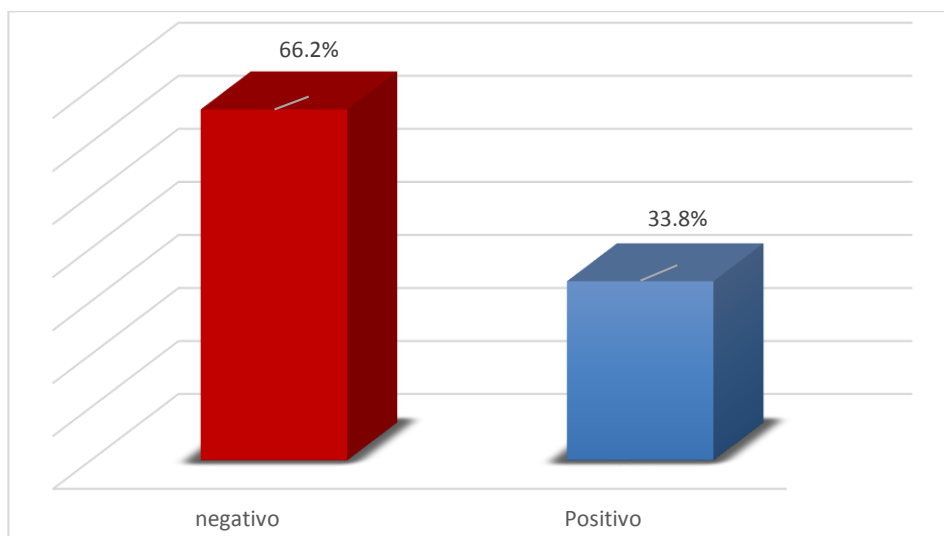


GRÁFICO 6: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí estuvo en contacto con paciente COVID-19 confirmado
Fuente: Tabla 2

Interpretación:

En la Tabla 2 y Figura 6 se aprecia la distribución según sí estuvo con paciente COVID-19 confirmado. Visualizando que del 100 % de la población el 66,2 % de los pacientes no tuvieron contacto con pacientes confirmados, y el 33,8 %, sostuvieron que estaban en contacto con pacientes COVID-19 confirmados.

TABLA 3: Característica clínica del paciente con sospecha de COVID 19 que asistió al Centro de Salud La Esperanza

PRESENTO FIEBRE	Frecuencia	Porcentaje
Si	1583	96.9
No	50	3.1
PRESENTO TOS SECA		
Si	670	41.0
No	963	59.0
PRESENTO CANSACIO		
Si	514	31.5
No	1119	68.5
PRESENTO CEFALEA		
Si	681	41.7
No	952	58.3
PRESENTO DOLOR DE GARGANTA		
Si	649	39.7
No	984	60.3
PRESENTO DIARREA		
Si	310	19.0
No	1323	81.0
PRESENTO CONJUNTIVITIS		
Si	45	2.8
No	1588	97.2
REFIRIO PERDIDA DEL OLFATO		
Si	383	23.5
No	1250	76.5
REFIRIO PERDIDA DEL GUSTO		
Si	383	23.5
No	1250	76.5
EVIDENCIA DEFICIENCIA RESPIRATORIA		
Si	593	36.3
No	1040	63.7
REFIERE DOLOR DE PECHO		
Si	680	41.6
No	953	58.4
EVIDENCIA DIFICULTAD PARA CAMINAR		
Si	474	29.0
No	1159	71.0

NIVEL DE SATURACIÓN DE OXÍGENO

Normal	1525	93.4
Hipoxia leve	63	3.9
Hipoxia moderada	29	1.8
Hipoxia severa	16	1.0

TEMPERATURA CORPORAL

Hipotermia (menos de 35 °C)	167	10,2
Temperatura normal (de 36 a 37.5 °C)	1378	84,4
Fiebre (37,6 a 39,5 °C)	86	5,3
Fiebre alta (más de 39,5 °C)	2	,1

PRESIÓN DIASTÓLICA

Normal (menos de 80 mmg Hg)	1012	62,0
Alta nivel I (de 80 a 89 mmg Hg)	473	29,0
Alta nivel II (más de 90 mmg Hg)	148	9,1

PRESIÓN SISTÓLICA

Normal (de 120 a menos mmg Hg)	814	49,8
Elevada (de 121 a 129 mmg Hg)	351	21,5
Hipertensión nivel I de 130 a 139 mmg Hg)	269	16,5
Hipertensión nivel II (más de 140 mmg Hg)	199	12,2

PRESENTA SINTOMAS DE OROFARINGE

Si	310	19.0
No	1323	81.0

PRESENTA CONGESTION

Si	328	20.1
No	1305	79.9

PRESENTA PLACAS

Si	258	15.8
No	1375	84.2

PRESENTA DIABETES MELLITUS

Si	42	2.6
No	1591	97.4

PRESENTA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Si	66	4.0
No	1567	96.0

PRESENTA OBESIDAD		
Si	554	33.9
No	1079	66.1
PRESENTA TUBERCULOSIS		
Si	16	1.0
No	1617	99.0
PRESENTA ALEERGIA		
Si	6	.4
No	1627	99.6
PRESENTA ASMA		
Si	22	1.3
No	1611	98.7
PRESENTA OTRAS PATOLOGÍAS		
No	1631	99.9
SI	2	.1
Total	1633	100.0

Fuente: Historia clínica

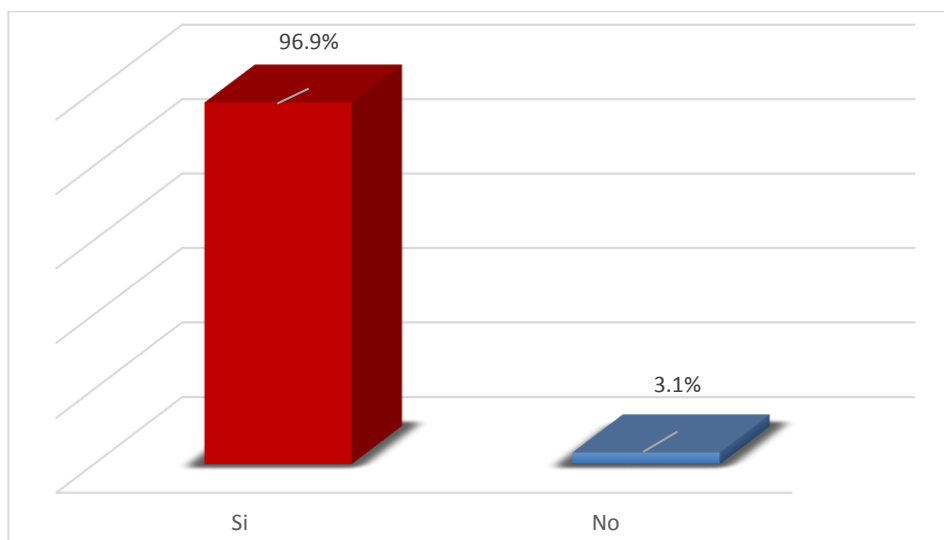


GRÁFICO 7: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento fiebre.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 7 se aprecia la distribución según sí presento fiebre. Visualizando que del 100 % de la población el 96,9 % de los pacientes presentaron fiebre, y el 3,1 %, no presento fiebre.

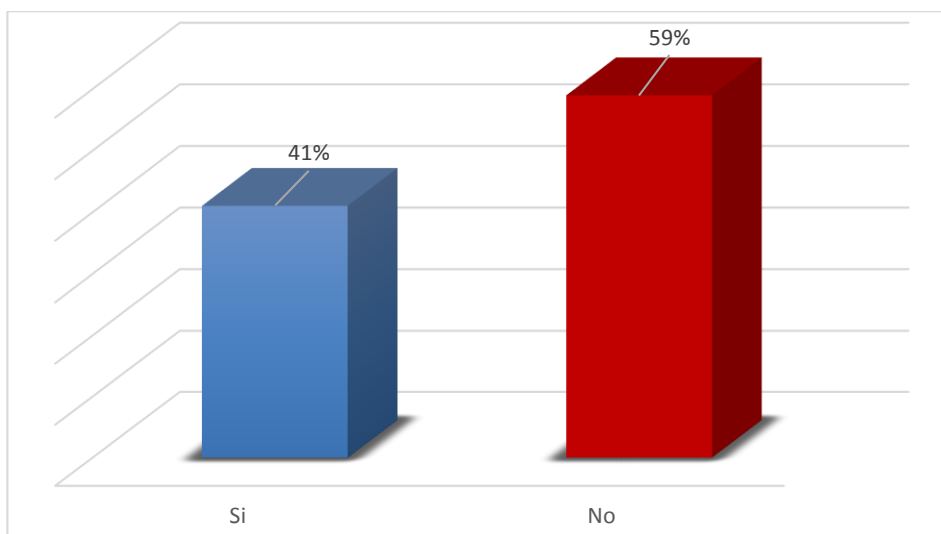


GRÁFICO 8: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento tos seca.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 8 se aprecia la distribución según sí presento tos seca. Visualizando que del 100 % de la población el 59 % de los pacientes no presentaron tos seca, y el 41 %, presento tos seca.

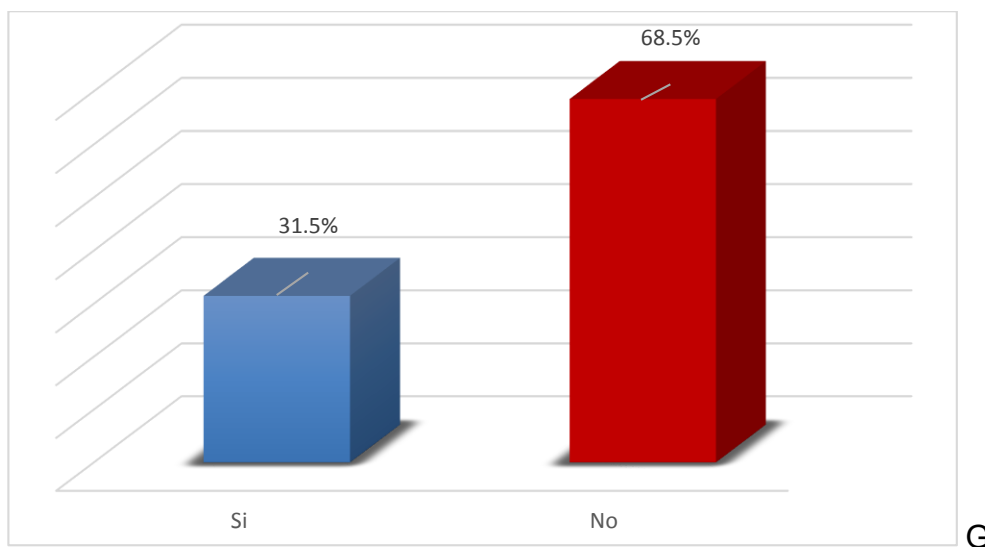


GRÁFICO 9: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento cansancio.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 9 se aprecia la distribución según sí presento cansancio. Visualizando que del 100 % de la población el 68,5 % de los pacientes no presentaron cansancio, y el 31,5 %, presento cansancio.

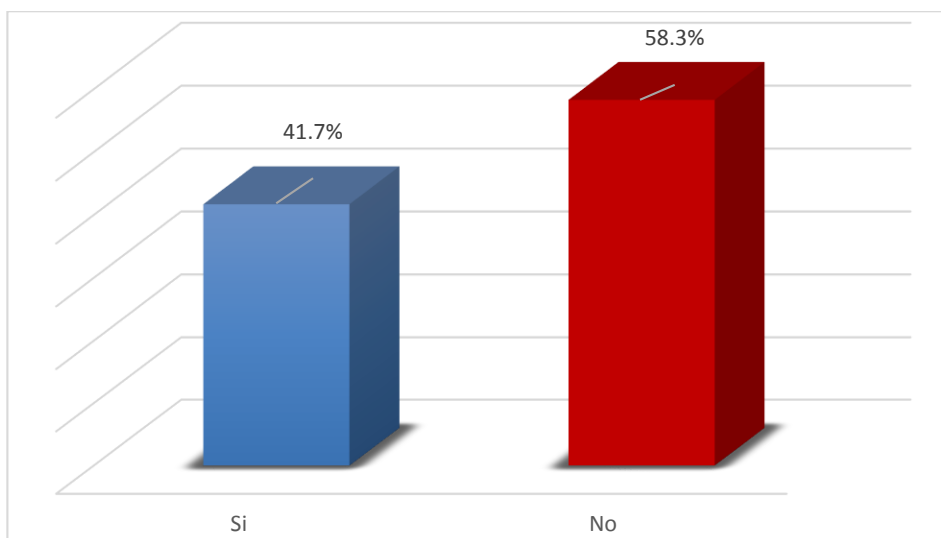


GRÁFICO 10: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento cefalea.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 10 se aprecia la distribución según sí presento cefalea. Visualizando que del 100 % de la población el 58,3 % de los pacientes no presentaron cefalea, y el 41,7 %, presento cefalea.

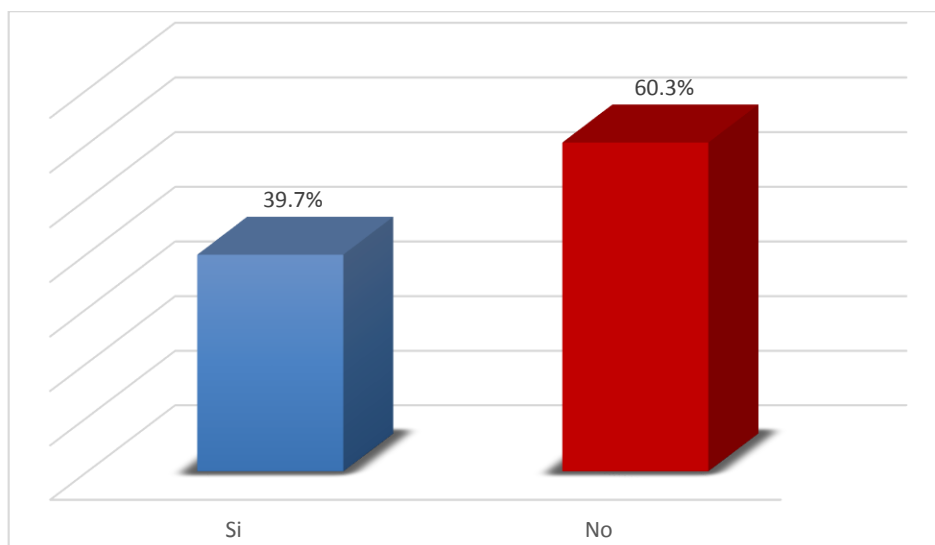


GRÁFICO 11: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento dolor de garganta.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 11 se aprecia la distribución según sí presento dolor de garganta. Visualizando que del 100 % de la población el 60,3 % de los pacientes no presentaron dolor de garganta, y el 39,7 %, presento dolor de garganta.

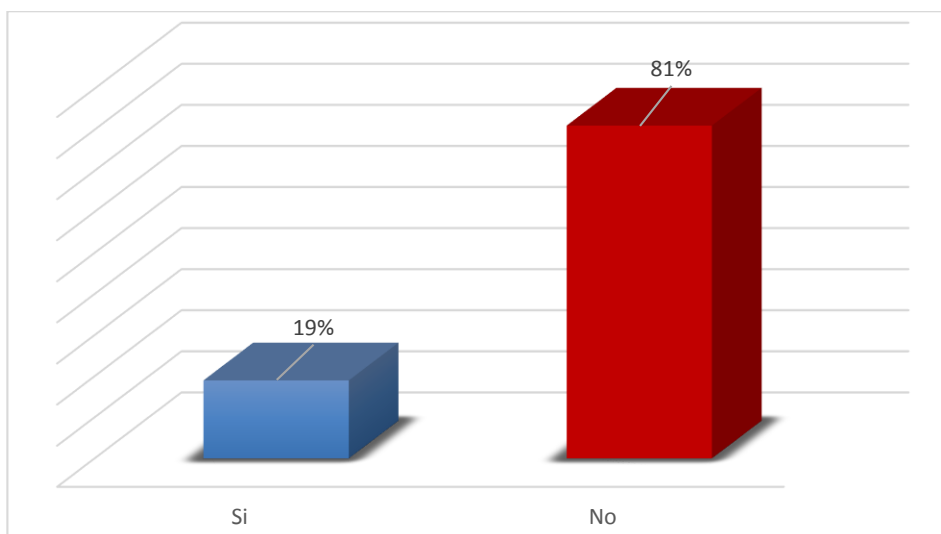


GRÁFICO 12: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento diarrea.
Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 12 se aprecia la distribución según sí presento diarrea. Visualizando que del 100 % de la población el 81 % de los pacientes no presentaron diarrea, y el 19 %, presento diarrea.

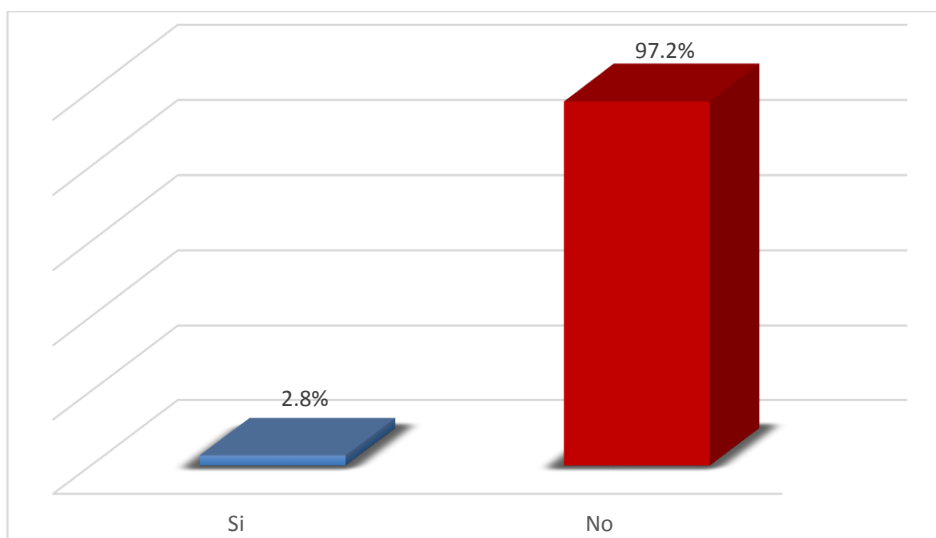


GRÁFICO 13: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según sí presento conjuntivitis.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 13 se aprecia la distribución según sí presento conjuntivitis. Visualizando que del 100 % de la población el 97,2 % de los pacientes no presentaron conjuntivitis, y el 2,8 %, presento conjuntivitis.

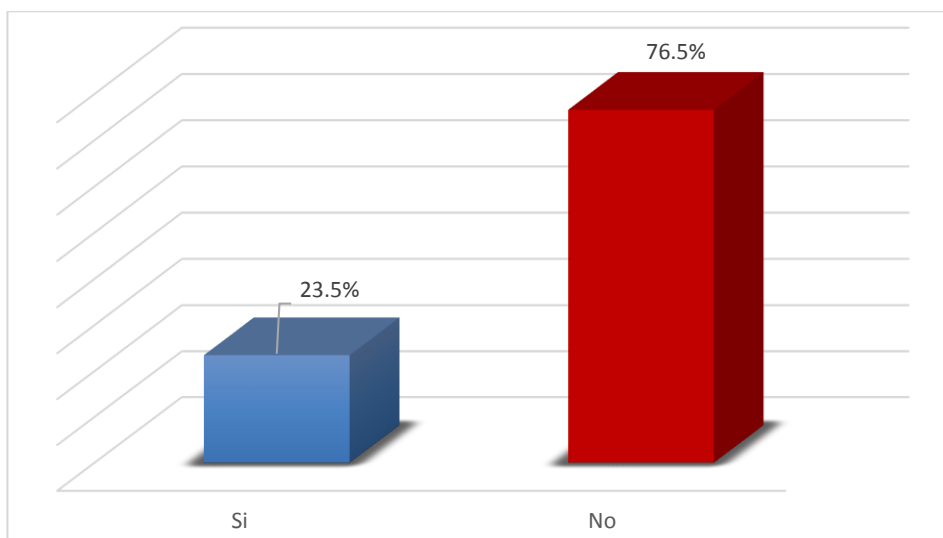


GRÁFICO 14: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia perdida del olfato.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 14 se aprecia la distribución según sí presento perdida del olfato. Visualizando que del 100 % de la población el 76,5 % de los pacientes no presentaron perdida del olfato, y el 23,5 %, presento perdida del olfato.

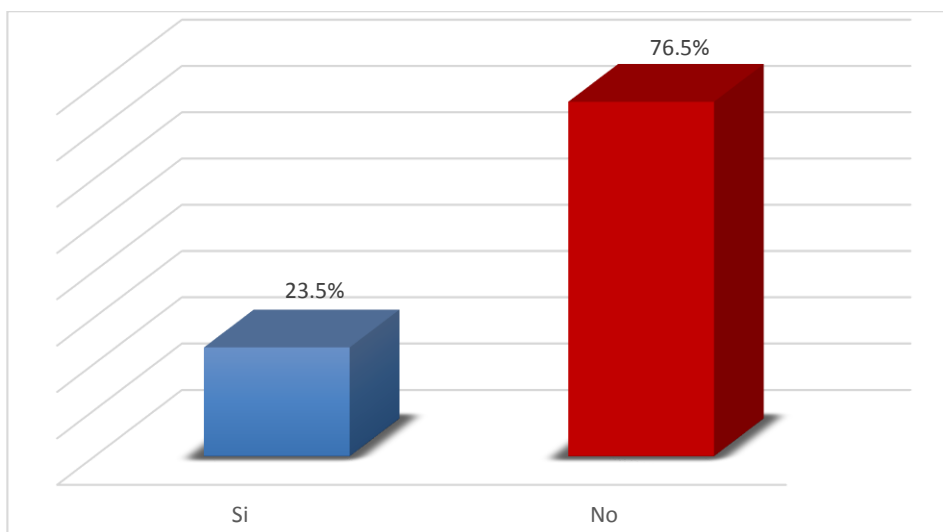


GRÁFICO 15: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia perdida del gusto.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 15 se aprecia la distribución según sí presento perdida del gusto. Visualizando que del 100 % de la población el 76,5 % de los pacientes no presentaron perdida del gusto y el 23,5 %, presento perdida del gusto.

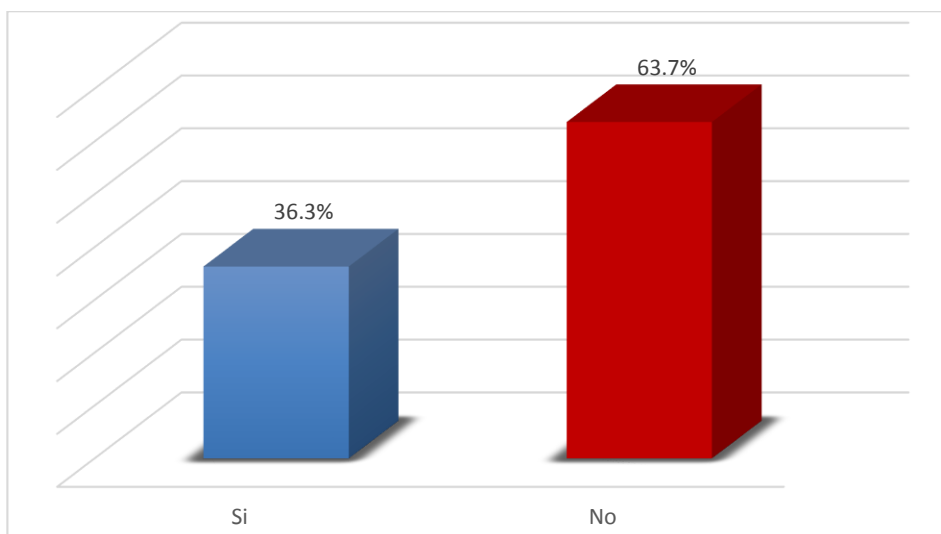


GRÁFICO 16: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia deficiencia respiratoria

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 16 se aprecia la distribución según evidencia deficiencia respiratoria. Visualizando que del 100 % de la población el 63,7 % de los pacientes no presentaron deficiencia respiratoria y el 36,3 %, presento deficiencia respiratoria.

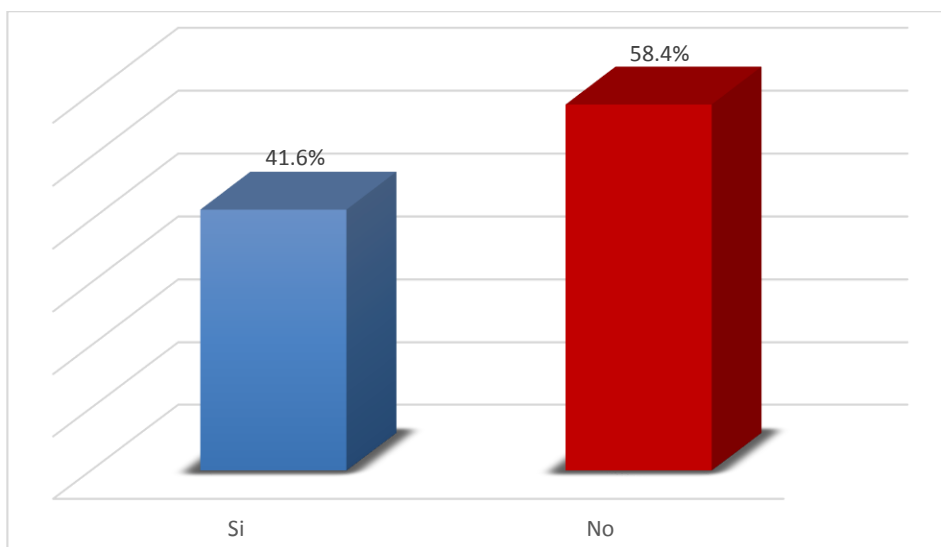


GRÁFICO 17: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia dolor de pecho
Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 17 se aprecia la distribución según evidencia dolor de pecho. Visualizando que del 100 % de la población el 58,4 % de los pacientes no presentaron dolor de pecho y el 41,6 %, presento dolor de pecho.

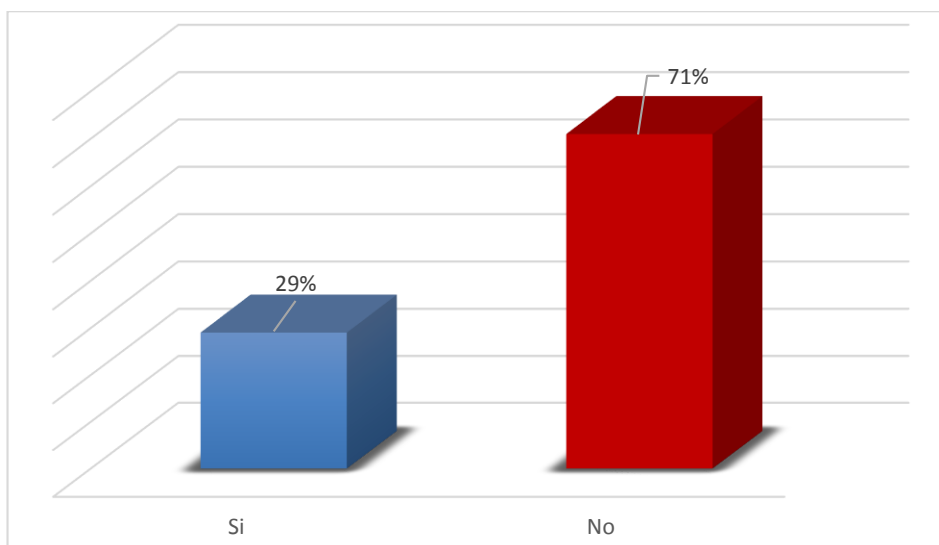


GRÁFICO 18: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según evidencia dificultad para respirar.
Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 18 se aprecia la distribución según evidencia dificultad para respirar. Visualizando que del 100 % de la población el 71 % de los pacientes no presentaron dificultad para respirar y el 29 %, presento dificultad para respirar.

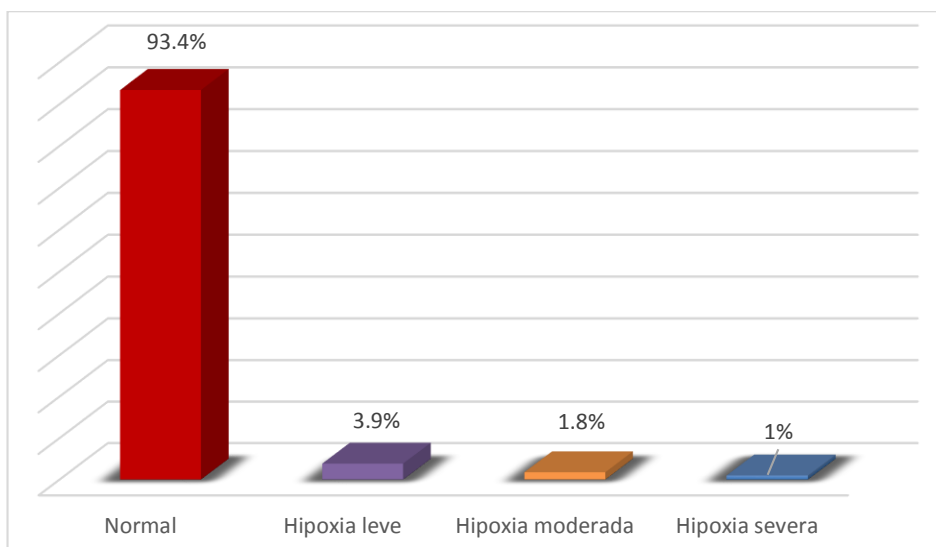


GRÁFICO 19: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de saturación.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 19 se aprecia la distribución según el nivel de saturación. Visualizando que del 100 % de la población el 93,4 % de los pacientes evidenciaron un nivel de saturación normal, el 3,9 %, evidencio hipoxia leve, un 1,8 % presento hipoxia moderada y un 1 % hipoxia severa.

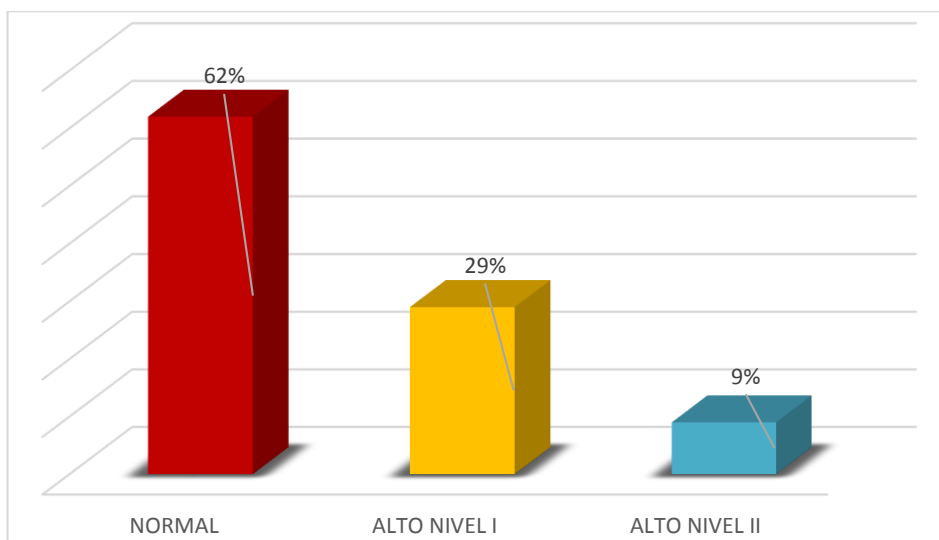


GRÁFICO 20: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de presión diastólica
Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 20 se aprecia la distribución según el nivel de presión diastólica. Visualizando que del 100 % de la población el 62 % de los pacientes evidenciaron un nivel normal de presión diastólica, el 29 % evidencio un alto nivel I y un 9 % presento un alto nivel II.

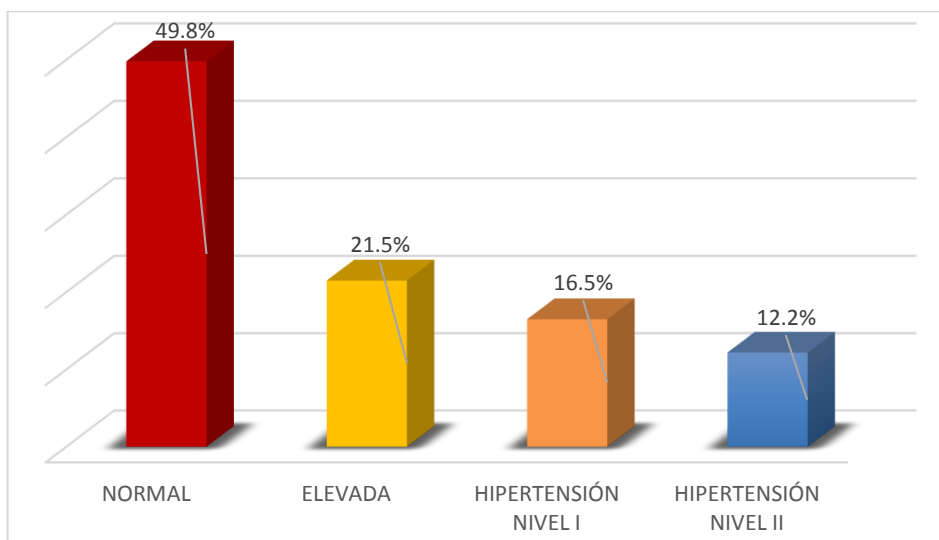


GRÁFICO 21: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el nivel de presión sistólica.
Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 21 se aprecia la distribución según el nivel de presión sistólica. Visualizando que del 100 % de la población el 49,8 % de los pacientes evidenciaron un nivel normal de presión sistólica, el 21,5 % evidencio una elevada presión sistólica, un 16,5 % presento una hipertensión nivel I y por último un 12,2 % presentaron hipertensión nivel II.

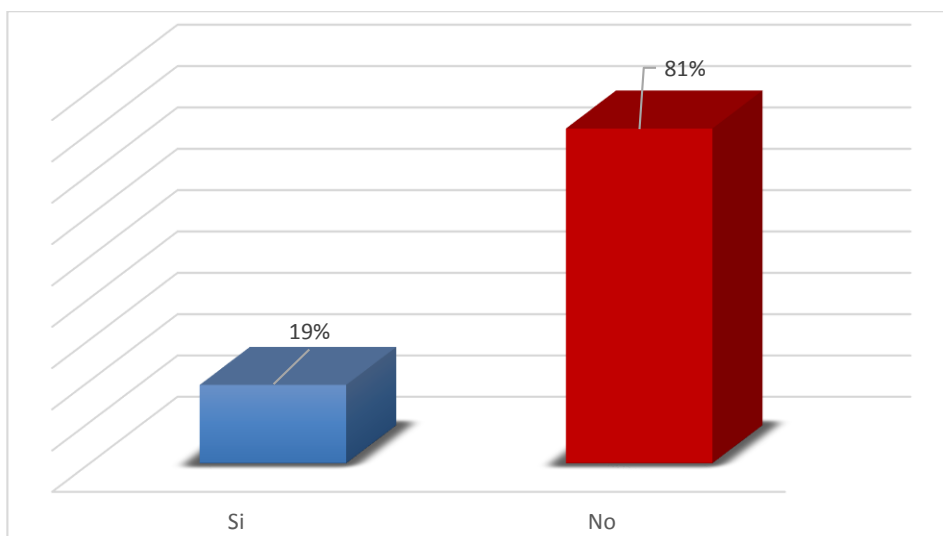


GRÁFICO 22: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presento síntomas de orofaringe.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 22 se aprecia la distribución según presento síntomas de orofaringe. Visualizando que del 100 % de la población el 81 % de los pacientes no presentaron síntomas de orofaringe y el 19 %, presento síntomas de orofaringe.

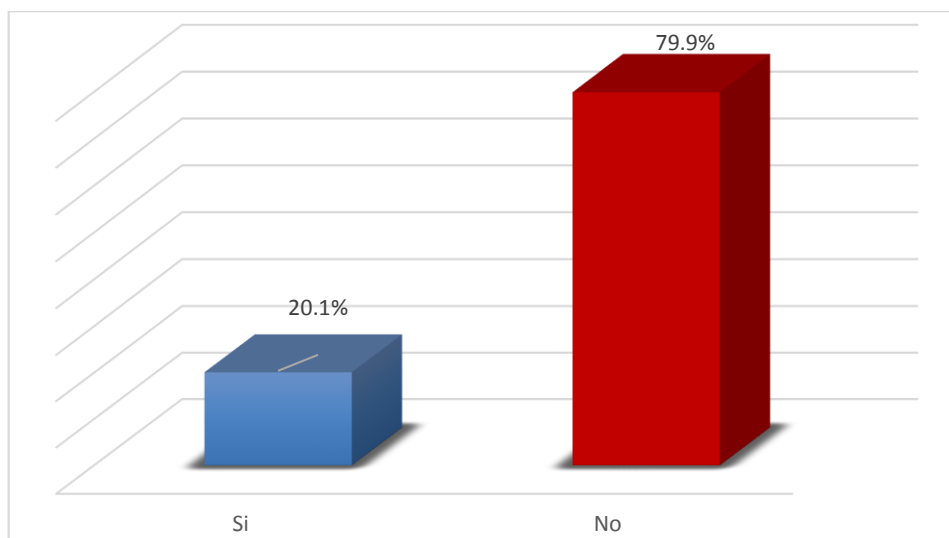


GRÁFICO 23: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presento congestión.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 23 se aprecia la distribución según presento congestión. Visualizando que del 100 % de la población el 79,9 % de los pacientes no presentaron congestión y el 20,1 %, presento congestión.

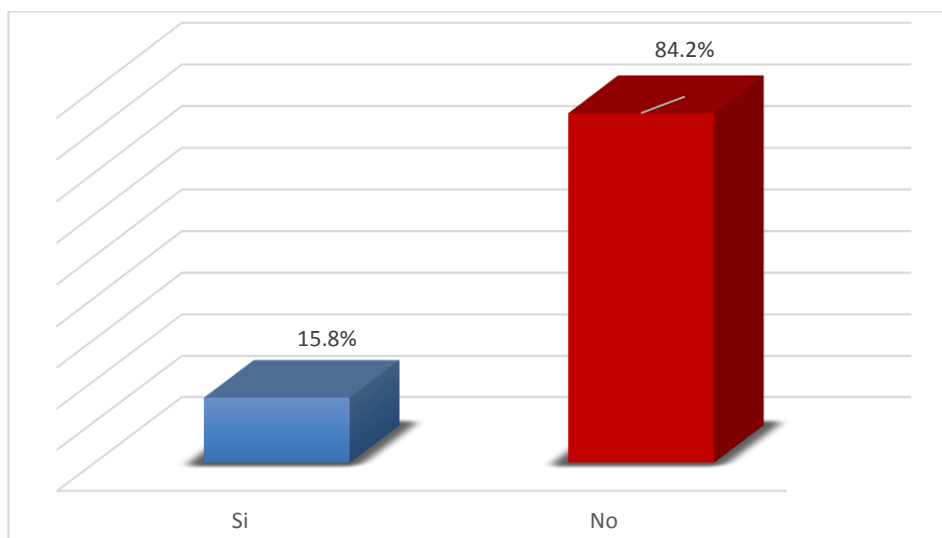


GRÁFICO 24: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presento placas.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 24 se aprecia la distribución según presento placas. Visualizando que del 100 % de la población el 84,2 % de los pacientes no presentaron placas y el 15,8 %, presento placas.

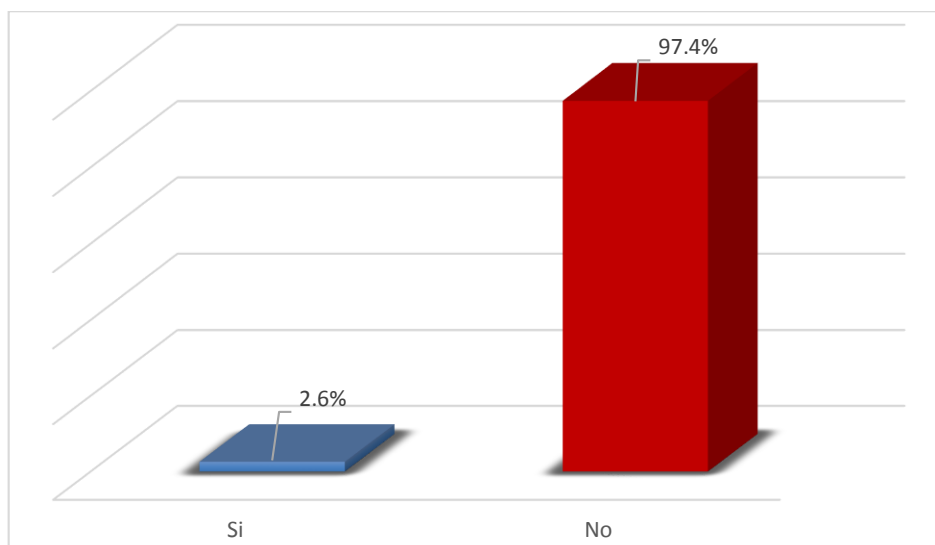


GRÁFICO 25: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta diabetes mellitus.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 25 se aprecia la distribución según presenta Diabetes mellitus. Visualizando que del 100 % de la población el 97,4 % de los pacientes no presentaron Diabetes mellitus y el 2,6 %, presenta Diabetes mellitus.

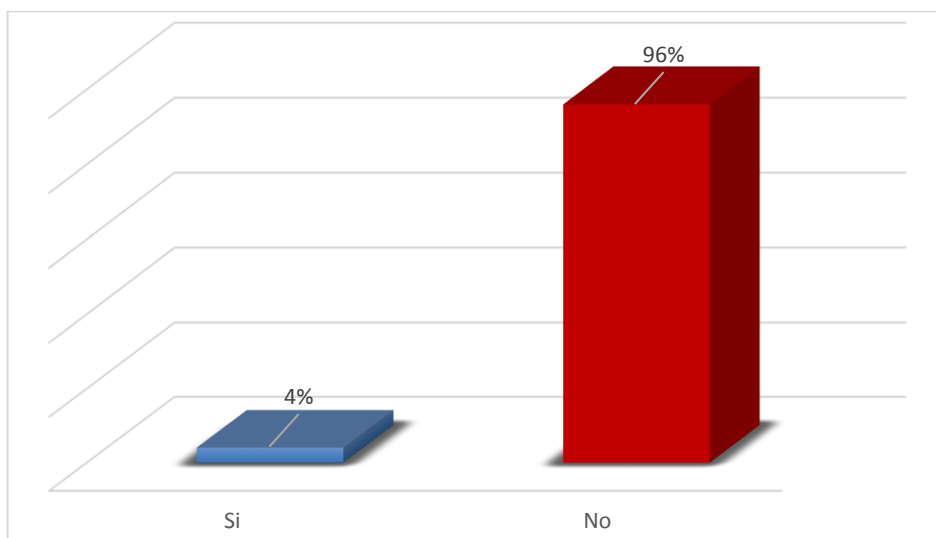


GRÁFICO 26: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta hipertensión arterial.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 26 se aprecia la distribución según presenta hipertensión arterial. Visualizando que del 100 % de la población el 96 % de los pacientes no presentaron hipertensión arterial y el 4 %, presenta hipertensión arterial.

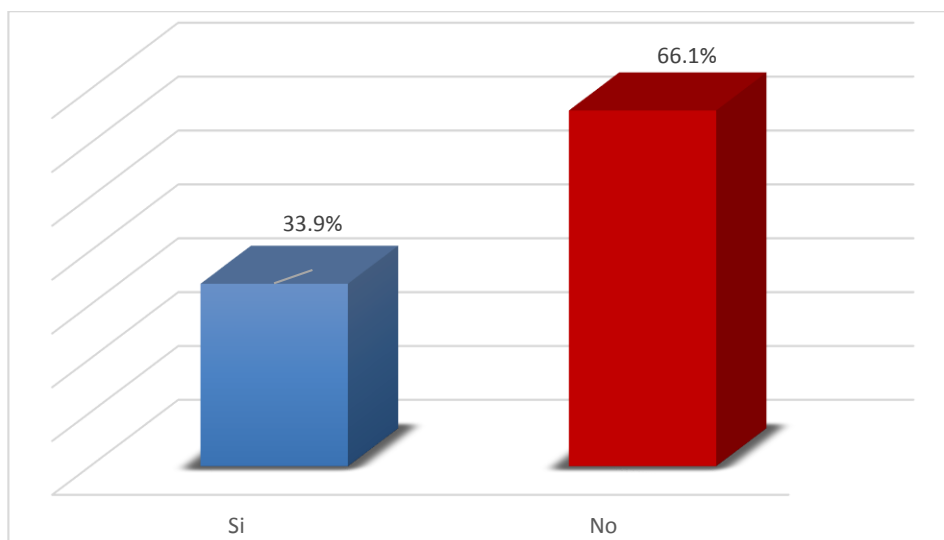


GRÁFICO 27: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta obesidad.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 27 se aprecia la distribución según presenta obesidad. Visualizando que del 100 % de la población el 66,1 % de los pacientes no presentaron obesidad y el 33,9 %, presenta obesidad.

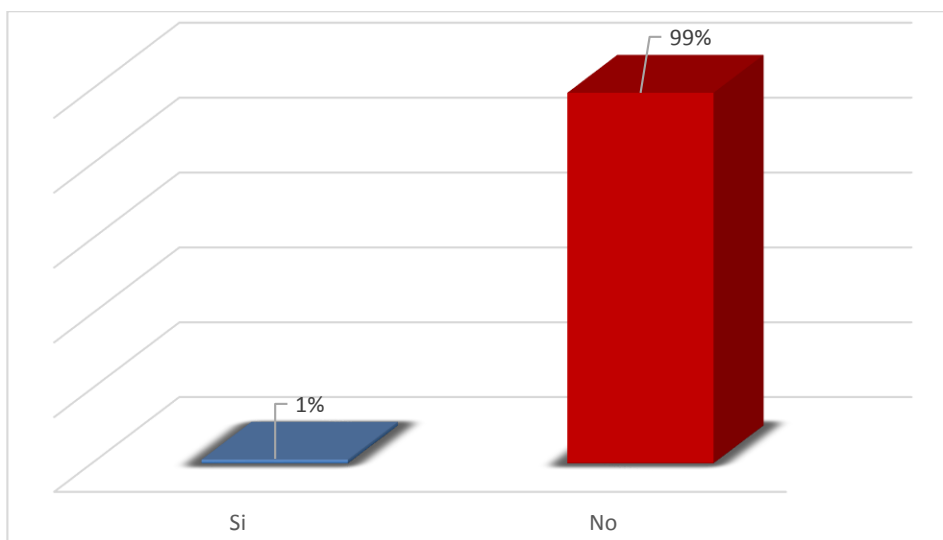


GRÁFICO 28: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta tuberculosis.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 28 se aprecia la distribución según presenta Tuberculosis. Visualizando que del 100 % de la población el 99 % de los pacientes no presentaron tuberculosis y el 1 %, presenta Tuberculosis

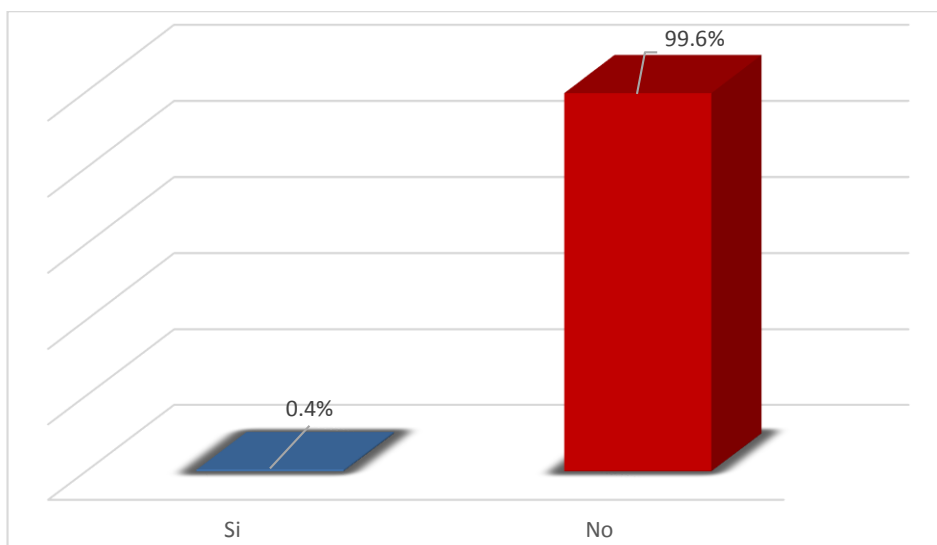


GRÁFICO 29: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta alergia.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 29 se aprecia la distribución según presenta alergia. Visualizando que del 100 % de la población el 99,6 % de los pacientes no presentaron alergia y el 0,4 %, presenta alergia.

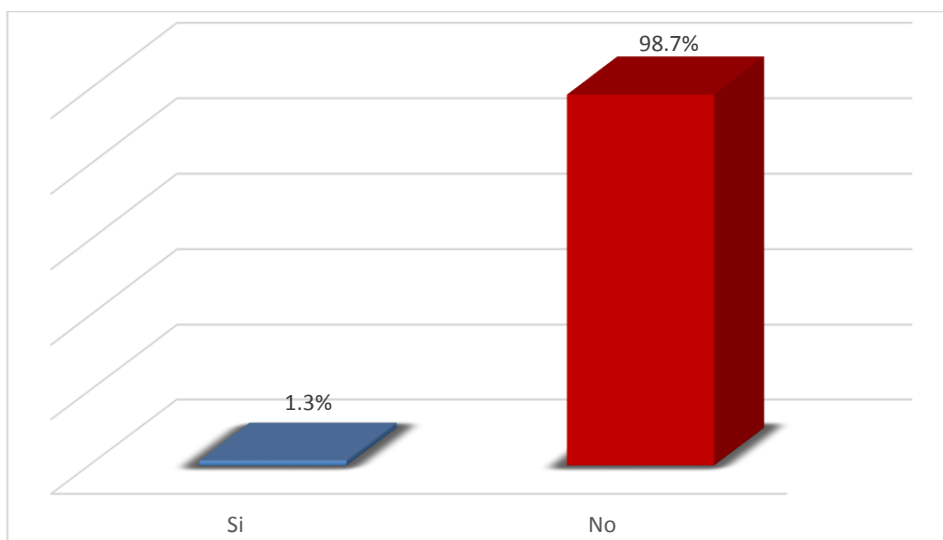


GRÁFICO 30: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta asma.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 30 se aprecia la distribución según presenta asma. Visualizando que del 100 % de la población el 98,7 % de los pacientes no presentaron asma y el 1,3 %, presenta asma.

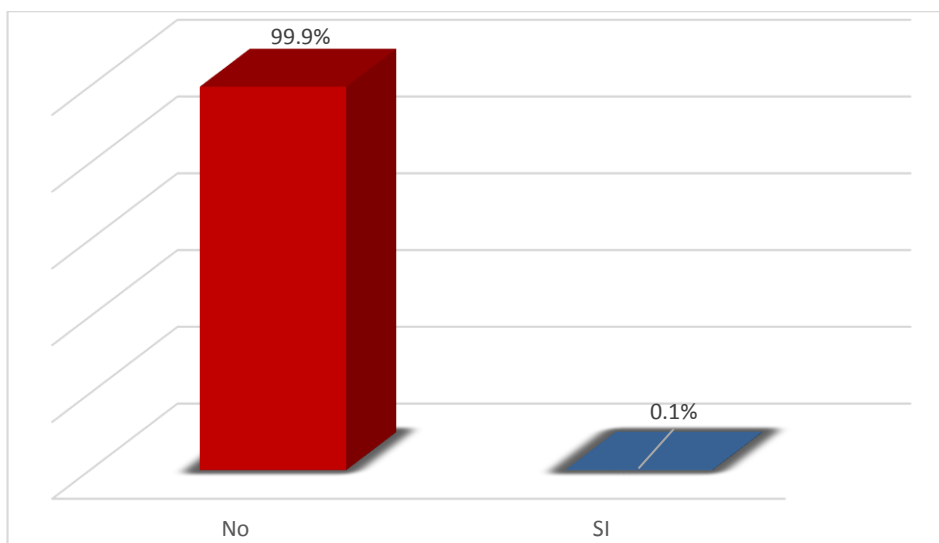


GRÁFICO 31: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según presenta otras patologías.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 31 se aprecia la distribución según presenta otras patologías. Visualizando que del 100 % de la población el 99,9 % de los pacientes no presentaron otras patologías y el 0,1 %, presento VIH, Parkinson.

Métodos auxiliares de diagnóstico de COVID 19 que se aplicaron a los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza

Tabla 4: PACIENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA SEGÚN LOS MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE COVID-19.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Frecuencia	Porcentaje
Covid	763	46.7
Rinofaringitis	361	22.1
Laringitis	252	15.4
Faringitis aguda	251	15.4
Insuficiencia respiratoria	1	.1
Otro	5	.3
PRUEBA RÁPIDA		
Si	502	30.7
No	1131	69.3
IgG		
Si	419	25.7
No	1214	74.3
IgM		
Si	397	24.3
No	1236	75.7
RAYOS X		
Si	118	7.2
No	1515	92.8
EXÁMEN DE LABORATORIO		
Si	151	9.2
No	1482	90.8
TOMOGRAFÍA		
Si	1	.1
No	1632	99.9
ECOGRAFÍA		
Si	4	.2
No	1629	99.8
Total	1633	100.0

Fuente: Historia clínica

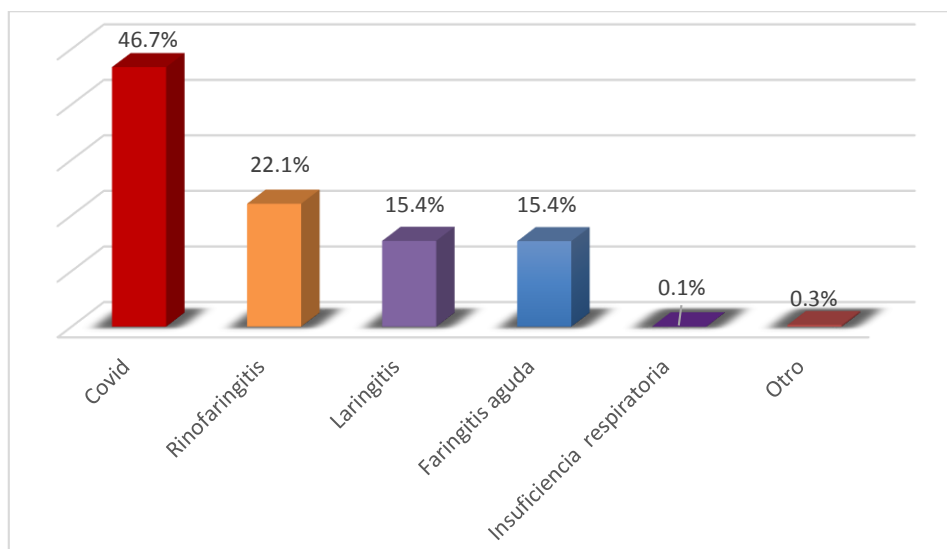


GRÁFICO 32: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el diagnóstico presuntivo.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 32, se aprecia la distribución según el diagnóstico presuntivo de los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza. Se evidencia que del 100 % de la población, el grupo de diagnóstico presuntivo COVID es de mayor proporción, el 46,7 %, seguido de rinofaringitis 22,1 %, mientras que los diagnósticos tales como laringitis y faringitis aguda tuvieron un 15,4 %, por último, esta entre otros diagnósticos presuntivos con 0,3 % e insuficiencia respiratoria con 0,1 %.

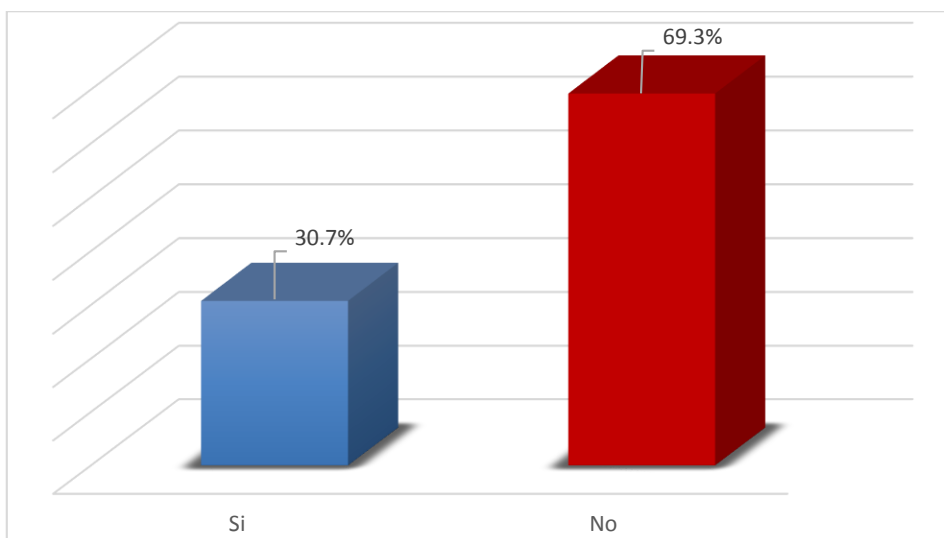


GRÁFICO 33: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de prueba rápida.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 33 se aprecia la distribución según resultado de prueba rápida. Visualizando que del 100 % de la población el 69,3 % de los pacientes presentaron negativo en su prueba rápida y el 30,7 %, presento positivo en su prueba rápida.

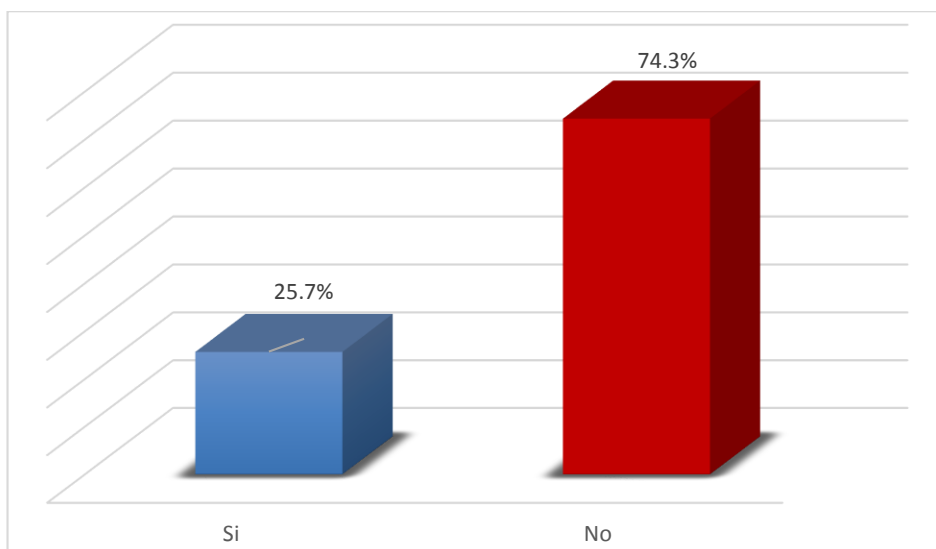


GRÁFICO 34: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de IgM

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 34 se aprecia la distribución según resultado de IgM. Visualizando que del 100 % de la población el 74,3 % de los pacientes no presentaron IgM y el 25,7 %, presento positivo en su resultado de IgM.

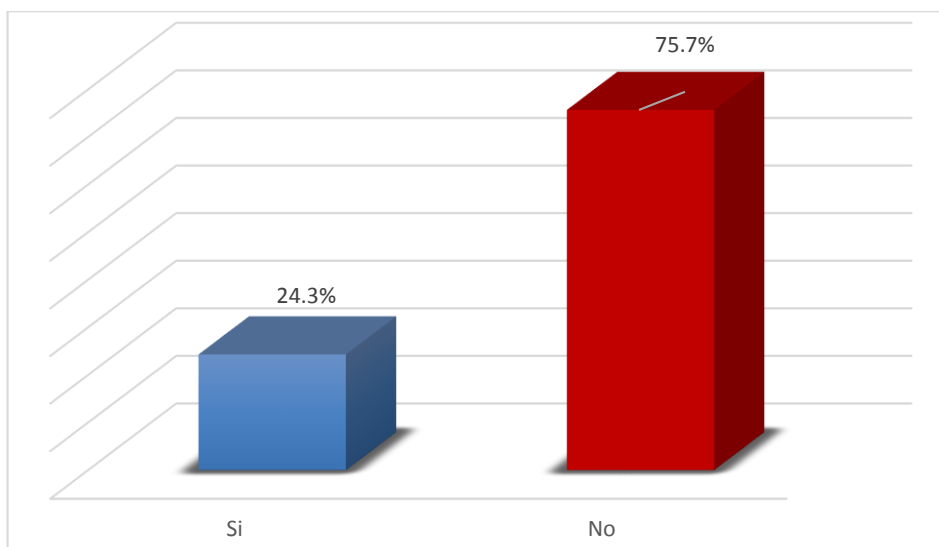


GRÁFICO 35: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según resultado de IgG.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 35 se aprecia la distribución según resultado de IgG. Visualizando que del 100 % de la población el 75,7 % de los pacientes no presentaron IgM y el 24,3 %, presento positivo en su resultado de IgG.

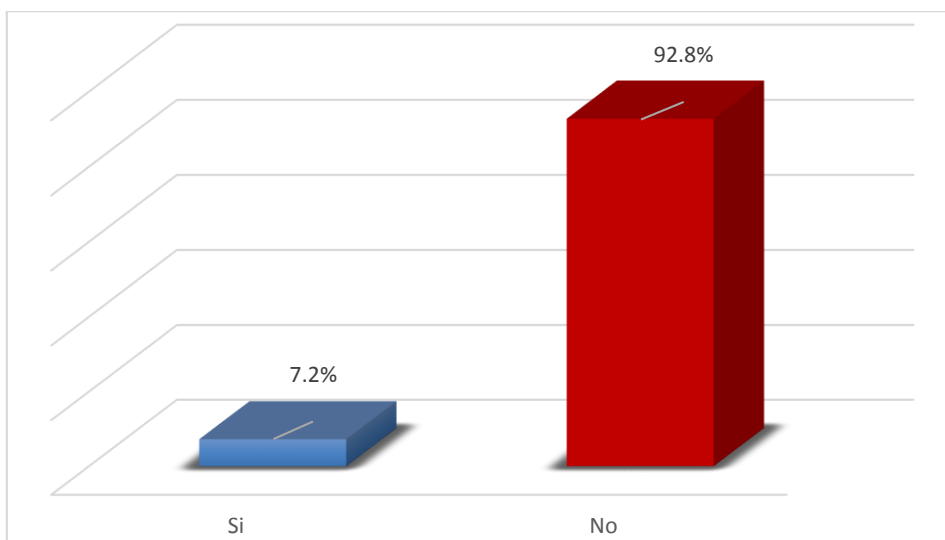


GRÁFICO 36: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Rayos X.
Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 36 se aprecia la distribución según examen de Rayos X. Visualizando que del 100 % de la población el 92,8 % de los pacientes no presentaron examen de Rayos X y el 7,2 %, presento positivo en su examen de Rayos X.

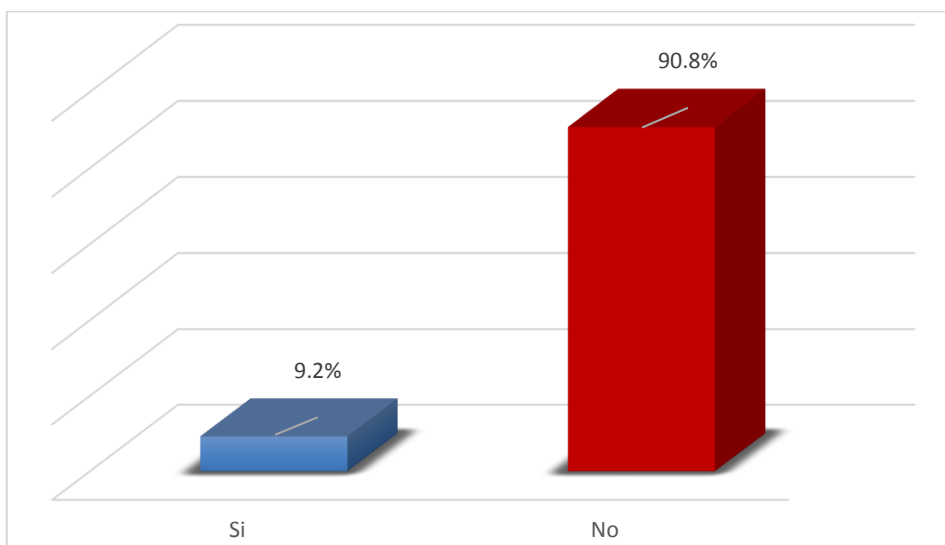


GRÁFICO 37: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Laboratorio.
Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 37 se aprecia la distribución según examen de Laboratorio. Visualizando que del 100 % de la población el 90,8 % de los pacientes no presentaron examen de laboratorio y el 9,2 %, presento positivo en su examen de Laboratorio.

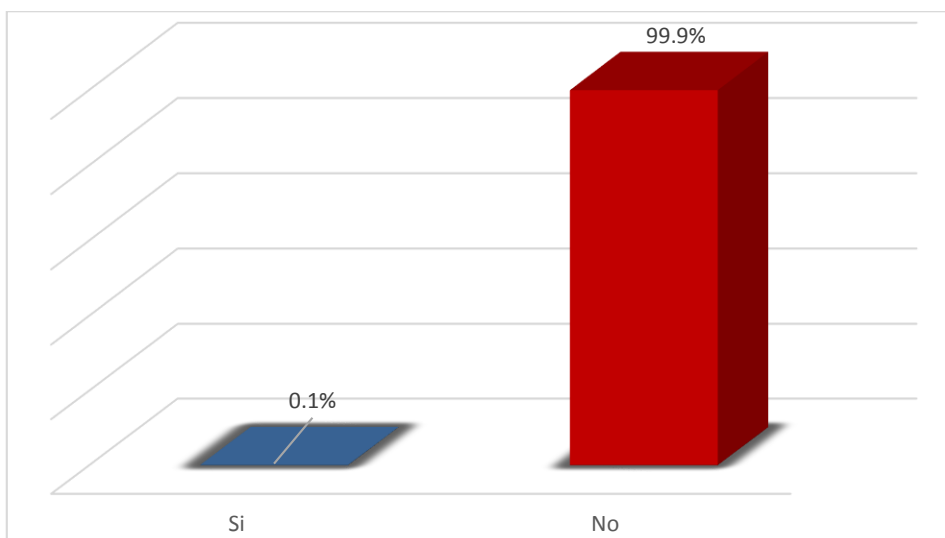


GRÁFICO 38: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Tomografía.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 38 se aprecia la distribución según examen de Tomografía. Visualizando que del 100 % de la población el 99,9 % de los pacientes no presentaron examen de Tomografía y el 0,1 %, presento positivo en su examen de Tomografía.

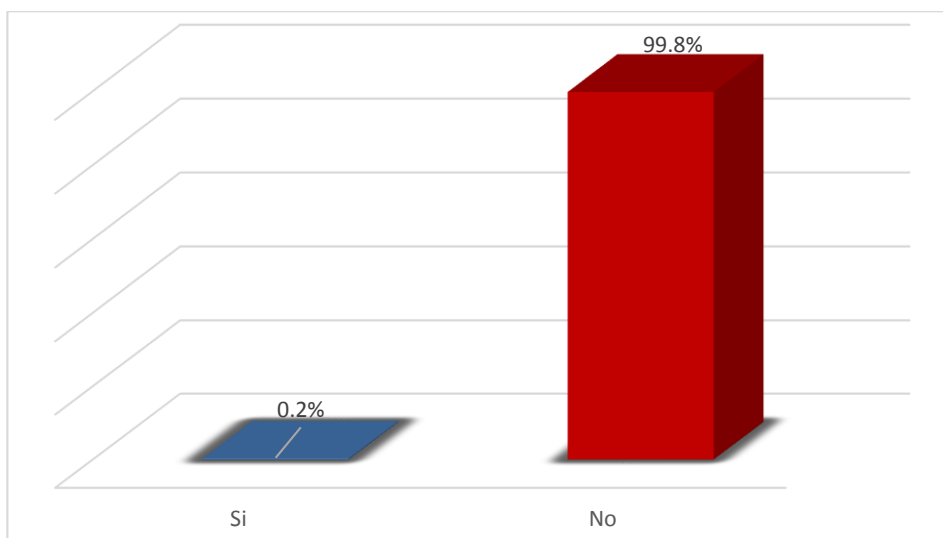


GRÁFICO 39: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según examen de Ecografía.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 39 se aprecia la distribución si fue necesario un examen de Ecografía. Visualizando que del 100 % de la población el 99,8 % de los pacientes no presentaron necesario un examen de Ecografía y el 0,2 %, fue necesario un examen de ecografía.

Tabla 5: Tratamiento farmacológico de los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza.

AZITROMICINA 500mg	Frecuencia	Porcentaje
Si	244	14.9
No	1389	85.1
CIIPROFLOXACINO 500mg		
Si	74	4.5
No	1559	95.5
PARACETAMOL 500mg		
Si	1229	75.3
No	404	24.7
HIDROXICLOROQUINA		
Si	22	1.3
No	1611	98.7
IVERMECTINA 3mg		
Si	484	29.6
No	1149	70.4
LIQUIDOS TIBIOS		
Si	604	37.0
No	1029	63.0
LORATADINA		
Si	300	18.4
No	1333	81.6
IBUPROFENO 400mg		
Si	195	11.9
No	1438	88.1
CLORFENAMINA 4mg		
Si	94	5.8
No	1539	94.2
METAMIZOL 1GR		
Si	76	4.7
No	1557	95.3
NAPROXENO 550mg		
Si	82	5.0
No	1551	95.0
SALBUTAMOL 4mg		
Si	79	4.8
No	1554	95.2

AMBROXOL 4mg		
Si	16	1.0
No	1617	99.0
DEXAMETASONA 5mg		
Si	130	8.0
No	1503	92.0
OMEPRAZOL		
Si	36	2.2
No	1597	97.8
HIDROCLOROTIAZIDA		
Si	8	.5
No	1625	99.5
CLORURO DE SODIO		
Si	164	10.0
No	1469	90.0
ANTICOAGULANTE		
No	1633	100.0
OXIGENO MEDICINAL		
Si	72	4.4
No	1561	95.6
ACETILCISTEÍNA		
Si	31	1.9
No	1602	98.1
CEFALEXINA 500mg		
Si	95	5.8
No	1538	94.2
CAPTOPRIL 25mg		
Si	63	3.9
No	1570	96.1
CEFTRIAXONA 1GR		
Si	63	3.9
No	1570	96.1
Total	1633	100.0

Fuente: Historia clínica

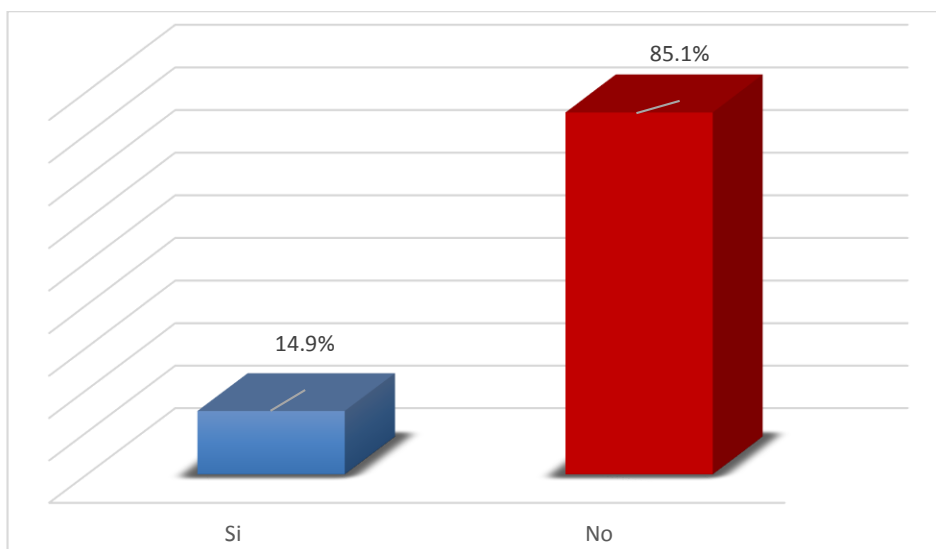


GRÁFICO 40: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Azitromicina 500mg
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 40 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Azitromicina 500mg. Visualizando que del 100 % de la población el 85,1 % no fueron tratados con Azitromicina 500mg y el 14,9 %, fueron medicados con Azitromicina 500mg.

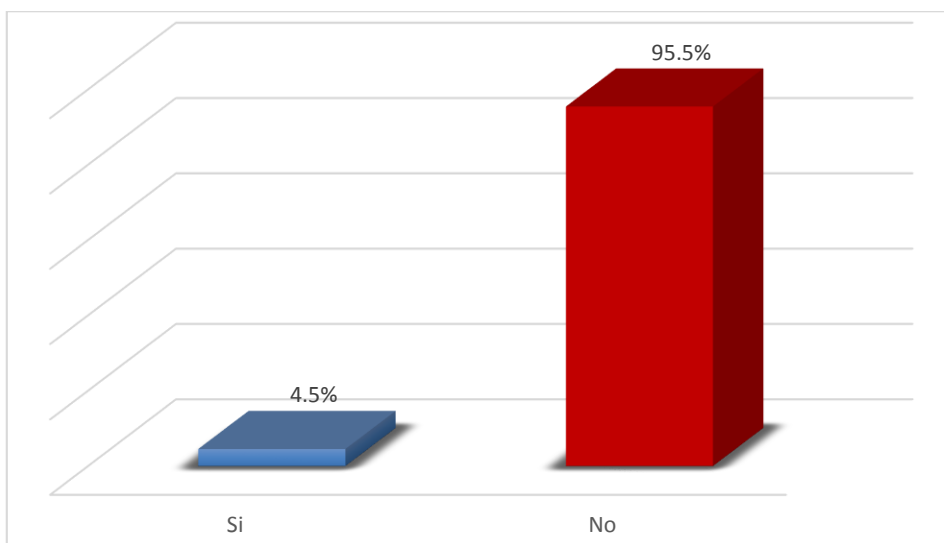


GRÁFICO 41: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ciprofloxacino 500mg
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 41 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Ciprofloxacino 500mg. Visualizando que del 100 % de la población el 95,5 % no fueron tratados con Ciprofloxacino 500mg y el 4,5 %, fueron medicados con Ciprofloxacino 500mg.

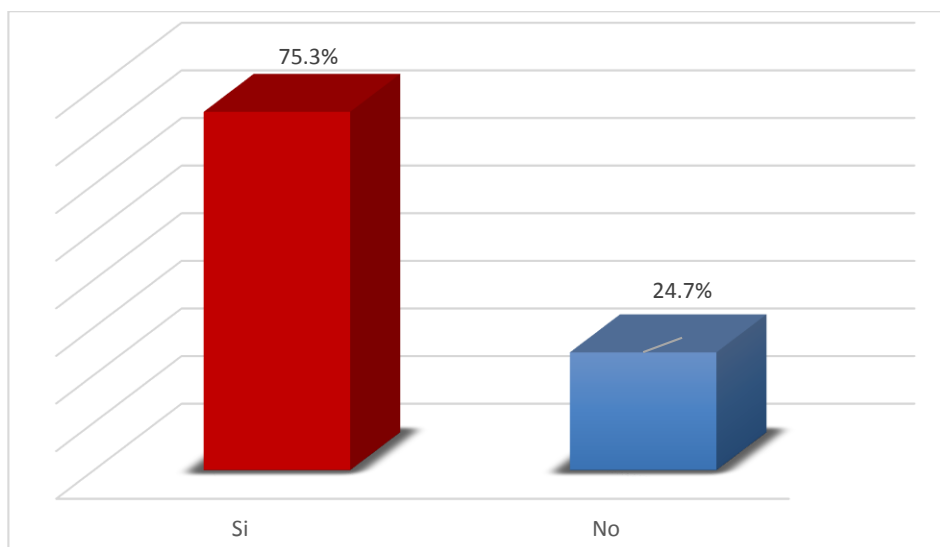


GRÁFICO 42: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Paracetamol 500mg
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 42 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Paracetamol 500mg. Visualizando que del 100 % de la población el 75,3 % fueron tratados con Paracetamol 500mg y el 24,7 %, no fueron medicados con Paracetamol 500mg.

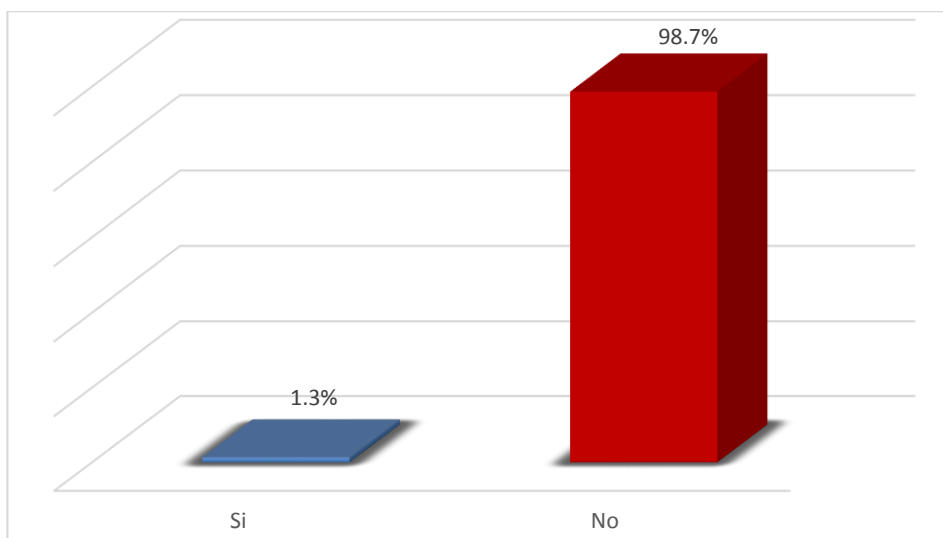


GRÁFICO 43: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Hidroxicloroquina

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 43 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Hidroxicloroquina. Visualizando que del 100 % de la población el 98,7 % no fueron tratados con Hidroxicloroquina y el 1,3 %, fueron medicados con Hidroxicloroquina.

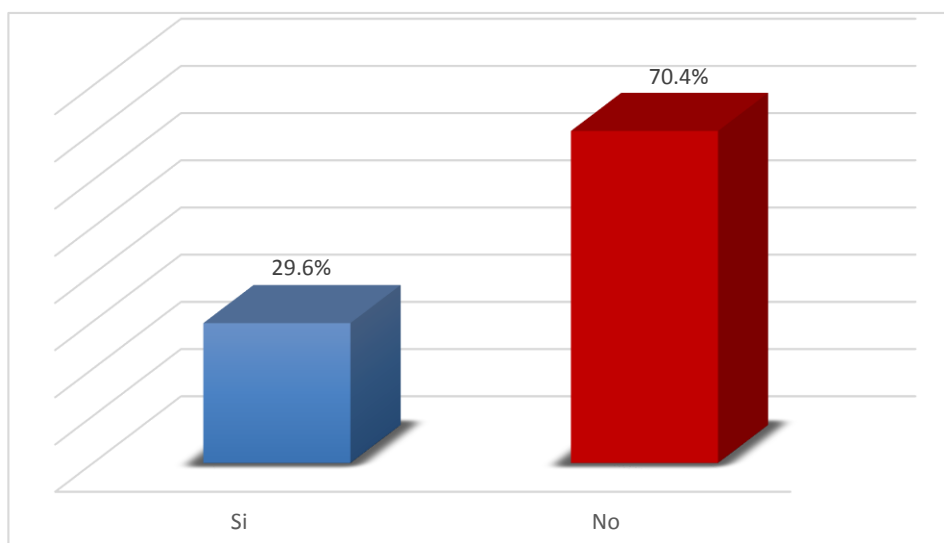


GRÁFICO 44: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ivermectina 3mg
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 44 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Ivermectina 3mg. Visualizando que del 100 % de la población el 70,4 % no fueron tratados con Ivermectina 3mg y el 29,6 %, fueron medicados con Ivermectina 3mg.

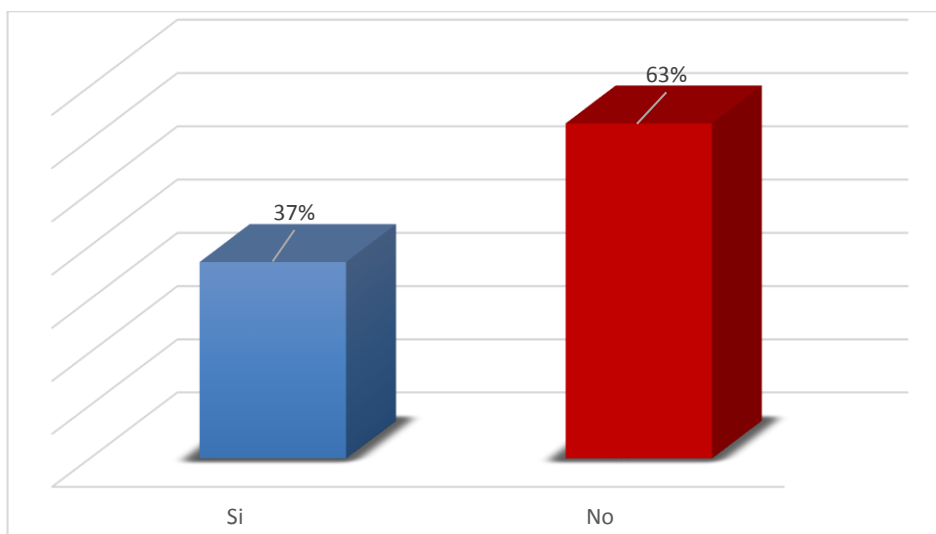


GRÁFICO 45: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el tratamiento agua tibia.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 45 se aprecia en el tratamiento agua tibia. Visualizando que del 100 % de la población el 63 % no fueron tratados con agua tibia y el 37 %, fueron tratados con agua tibia.

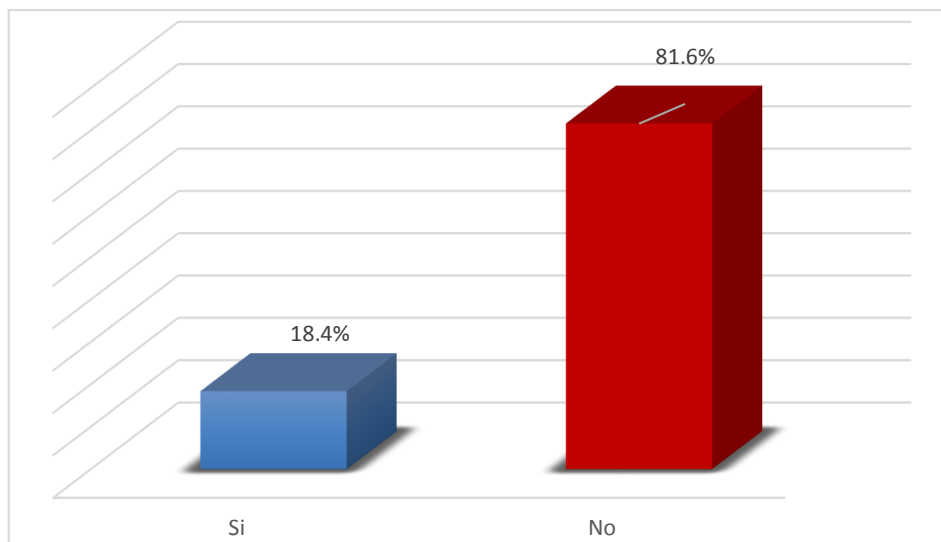


GRÁFICO 46: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Loratadina.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 46 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Loratadina. Visualizando que del 100 % de la población el 81,6 % no fueron tratados con Loratadina y el 18,4 %, fueron medicados con Loratadina.

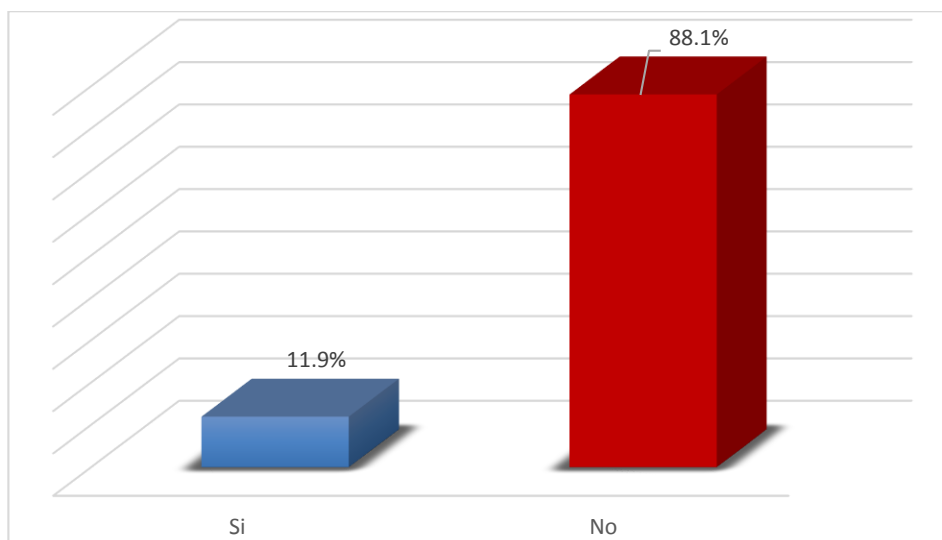


GRÁFICO 47: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ibuprofeno 400mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 47 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Ibuprofeno 400mg. Visualizando que del 100 % de la población el 88,1 % no fueron tratados con Ibuprofeno 400mg y el 11,9 %, fueron medicados con Ibuprofeno 400mg.

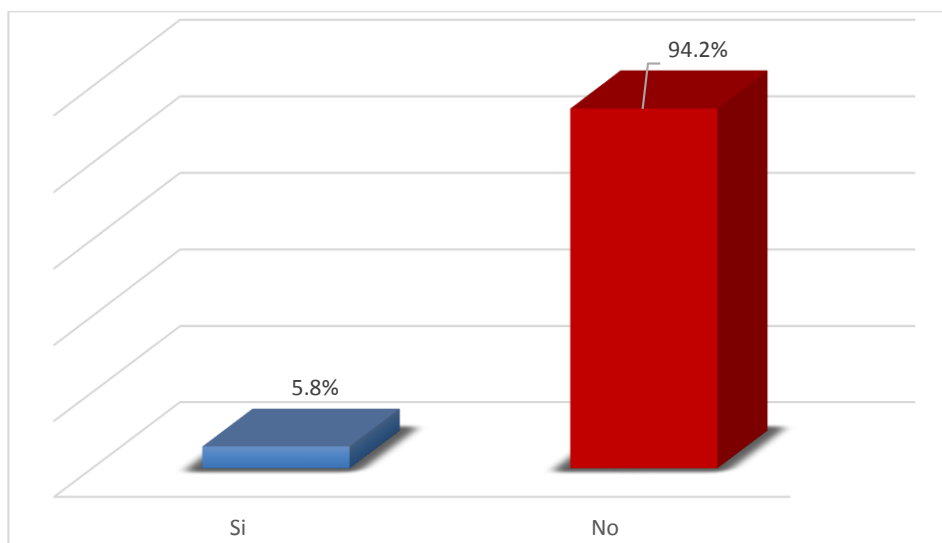


GRÁFICO 48: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Clorfenamina 4mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 48 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Clorfenamina 4mg. Visualizando que del 100 % de la población el 94,2 % no fueron tratados con Clorfenamina 4mg y el 5,8 %, fueron medicados con Clorfenamina 4mg.

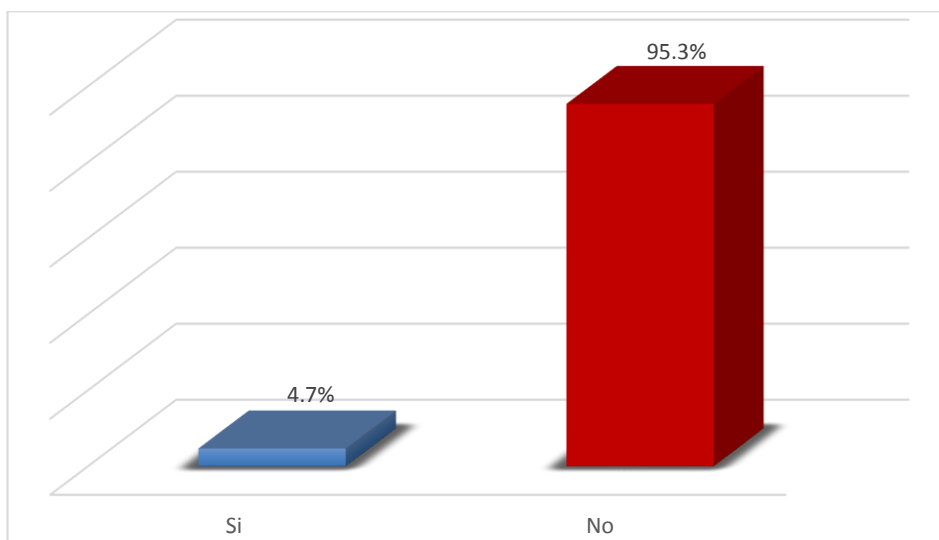


GRÁFICO 49: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Metamizol 1gr.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 49 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Metamizol 1gr. Visualizando que del 100 % de la población el 95,3 % no fueron tratados con Metamizol 1gr y el 4,7 %, fueron medicados con Metamizol 1gr.

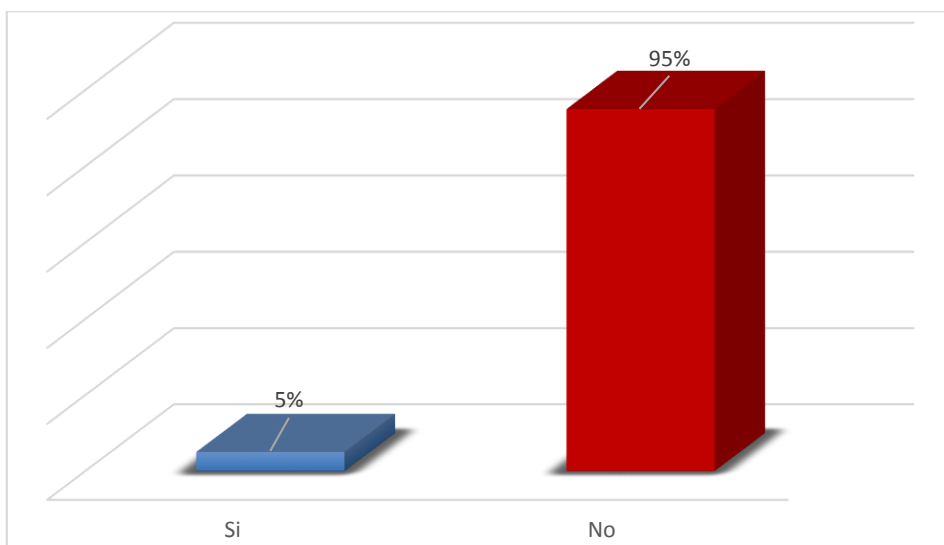


GRÁFICO 50: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento naproxeno 550mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 50 se aprecia en el tratamiento según el medicamento naproxeno 550mg. Visualizando que del 100 % de la población el 95 % no fueron tratados con naproxeno 550 mg y el 5 %, fueron medicados con naproxeno 550mg.

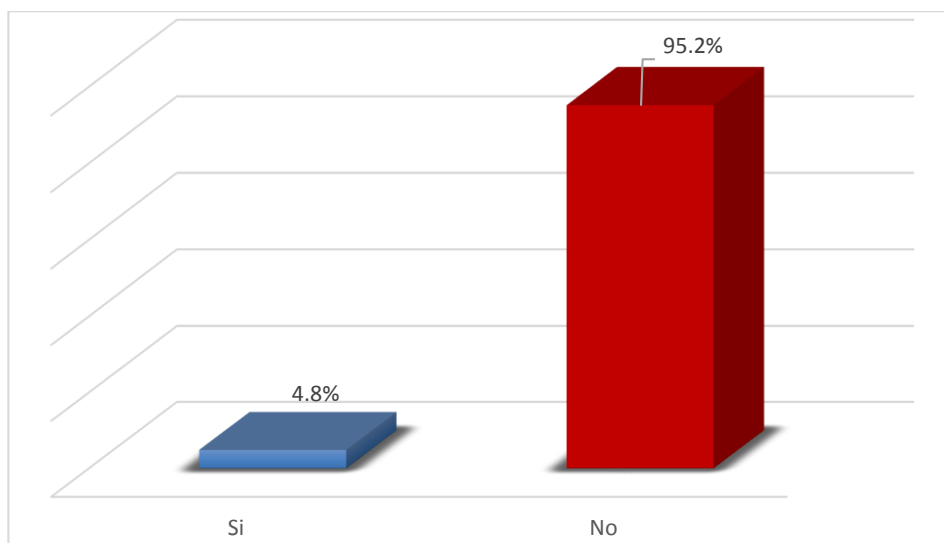


GRÁFICO 51: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Salbutamol 4mg.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 51 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Salbutamol 4mg. Visualizando que del 100 % de la población el 95,2 % no fueron tratados con Salbutamol 4mg y el 4,8 %, fueron medicados con Salbutamol 4mg.

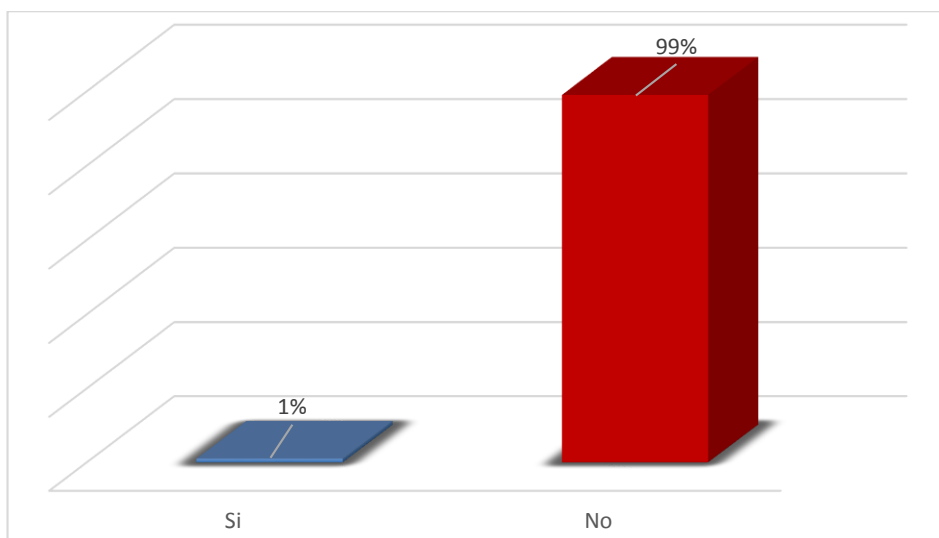


GRÁFICO 52: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ambroxol 4mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 52 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Ambroxol 4mg. Visualizando que del 100 % de la población el 99 % no fueron tratados con Ambroxol 4mg y el 1 %, fueron medicados con Ambroxol 4mg.

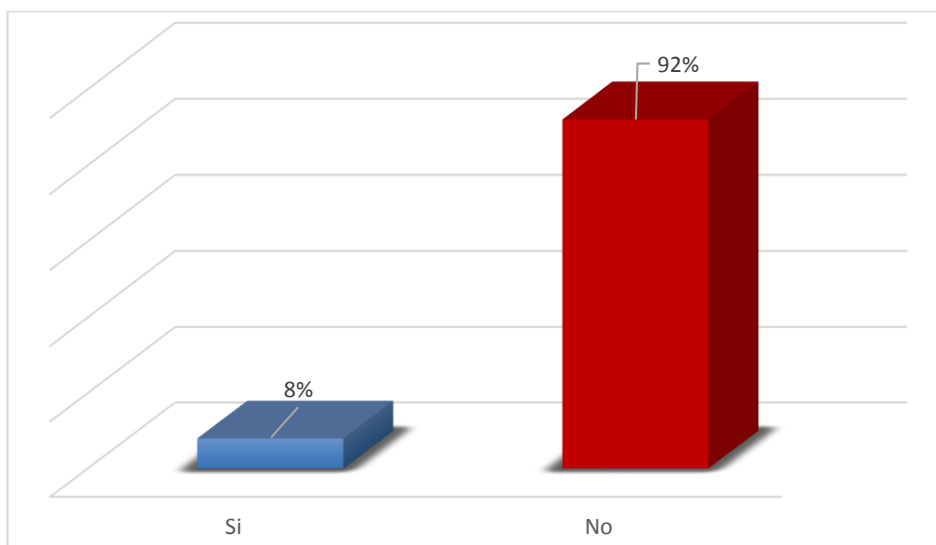


GRÁFICO 53: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Dexametasona 5mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 53 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Dexametasona 5mg. Visualizando que del 100 % de la población el 92 % no fueron tratados con Dexametasona 5mg y el 8 %, fueron medicados con Dexametasona 5mg.

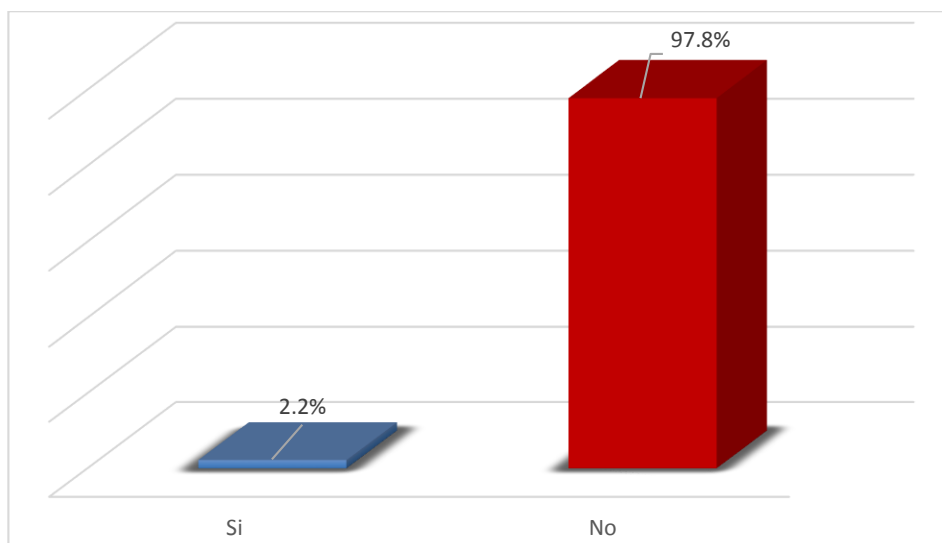


GRÁFICO 54: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Omeprazol
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 54 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Omeprazol. Visualizando que del 100 % de la población el 97,8 % no fueron tratados con Omeprazol 5mg y el 2,2 %, fueron medicados con Omeprazol.

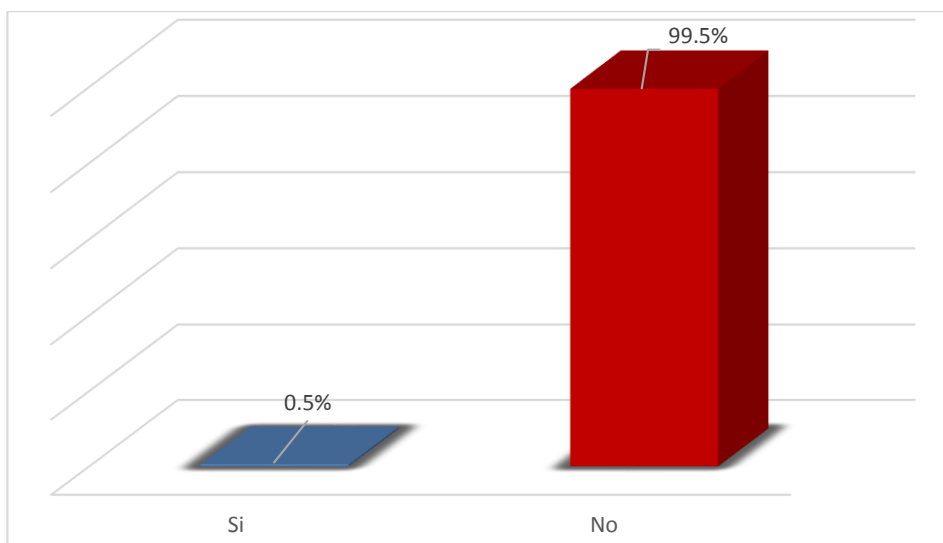


GRÁFICO 55: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Hidroclorotizida.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 55 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Hidroclorotizida. Visualizando que del 100 % de la población el 99,5 % no fueron tratados con Hidroclorotizida 5mg y el 0,5 %, fueron medicados con Hidroclorotizida.

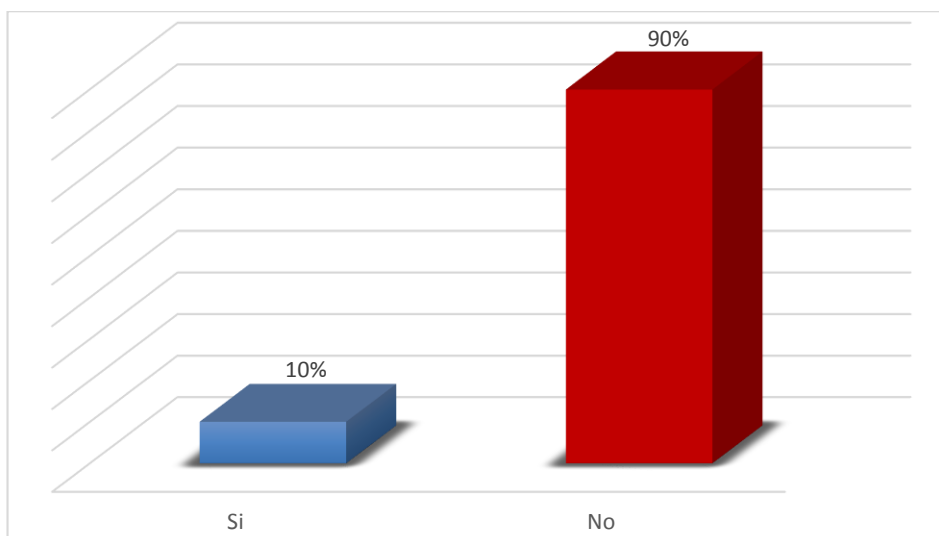


GRÁFICO 56: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Cloruro de sodio.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 56 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Cloruro de sodio. Visualizando que del 100 % de la población el 90 % no fueron tratados con Cloruro de sodio 5mg y el 10 %, fueron medicados con Cloruro de sodio.

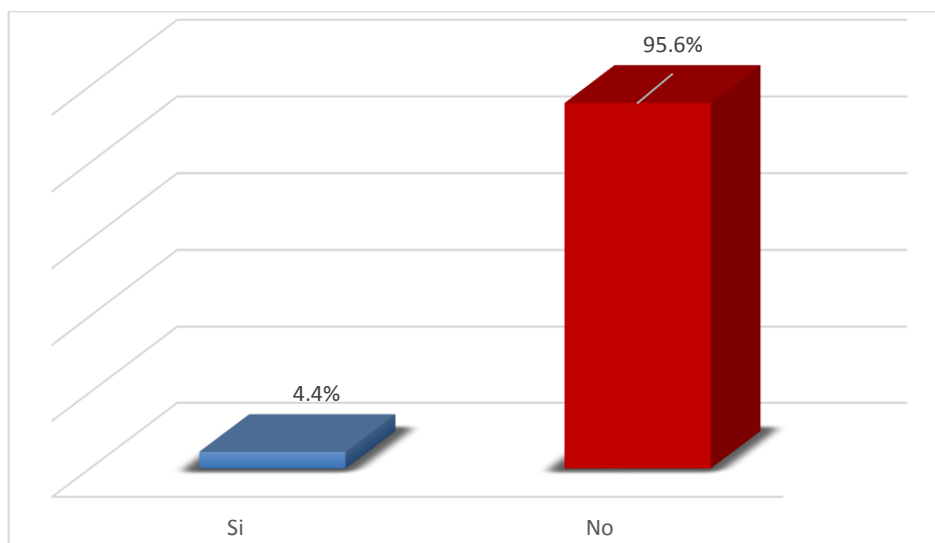


GRÁFICO 57: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Oxígeno medicinal.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 57 se aprecia en el tratamiento según el medicamento oxígeno medicinal. Visualizando que del 100 % de la población el 95,6 % no fueron tratados con Oxígeno medicinal 5mg y el 4,4 %, fueron medicados con Oxígeno medicinal.

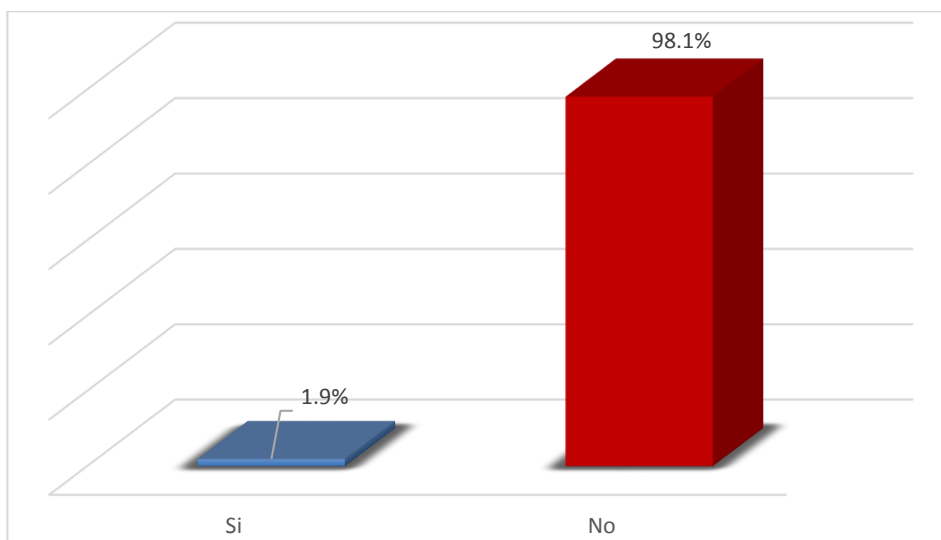


GRÁFICO 58: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Acetilcisteína.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 58 se aprecia en el tratamiento según el medicamento acetilcisteína. Visualizando que del 100 % de la población el 98,1 % no fueron tratados con Acetilcisteína y el 1,9 %, fueron medicados con Acetilcisteína.

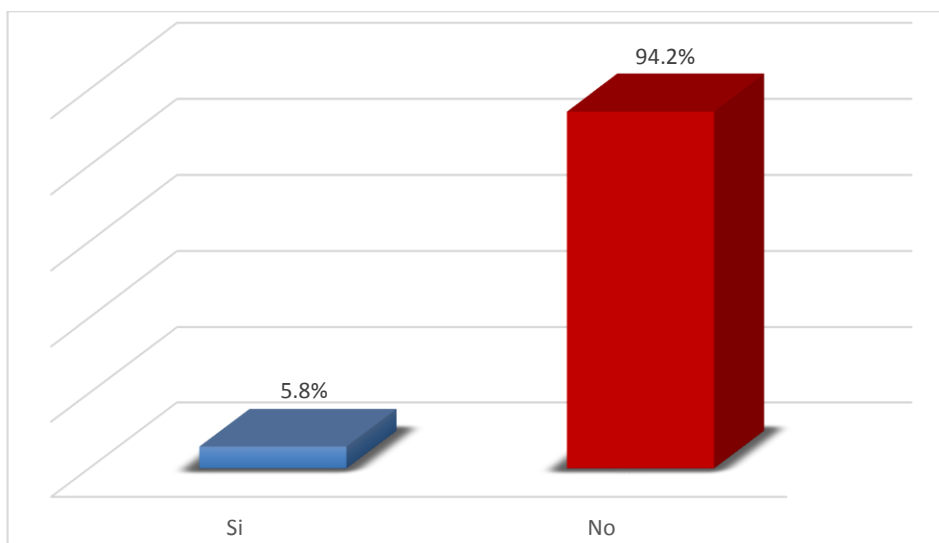


GRÁFICO 59: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Cefalexina 500mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 59 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Cefalexina 500mg. Visualizando que del 100 % de la población el 94,2 % no fueron tratados con Cefalexina 500mg y el 5,8 %, fueron medicados con Cefalexina 500mg.

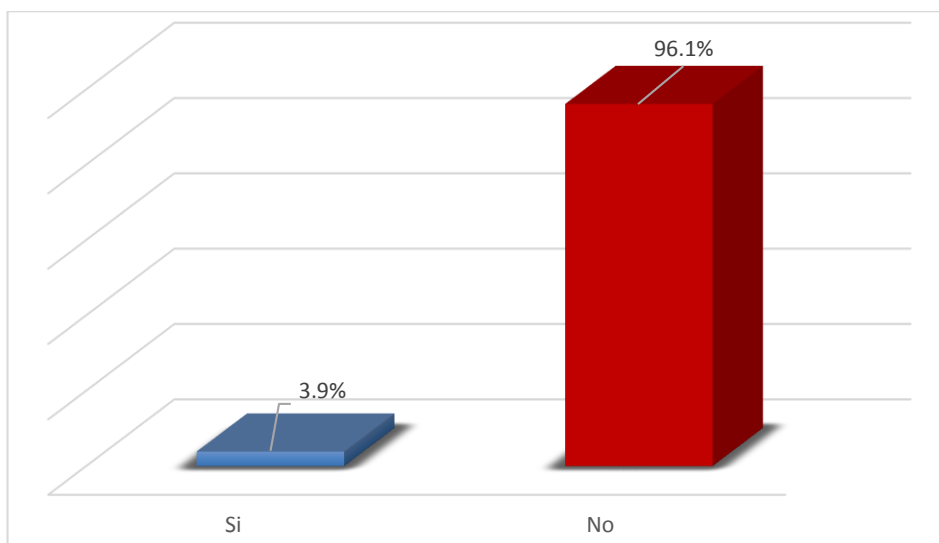


GRÁFICO 60: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Captopril 25mg.
Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 60 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Captopril 25mg. Visualizando que del 100 % de la población el 96,1 % no fueron tratados con Captopril 25mg y el 3,9 %, fueron medicados con Captopril 25mg.

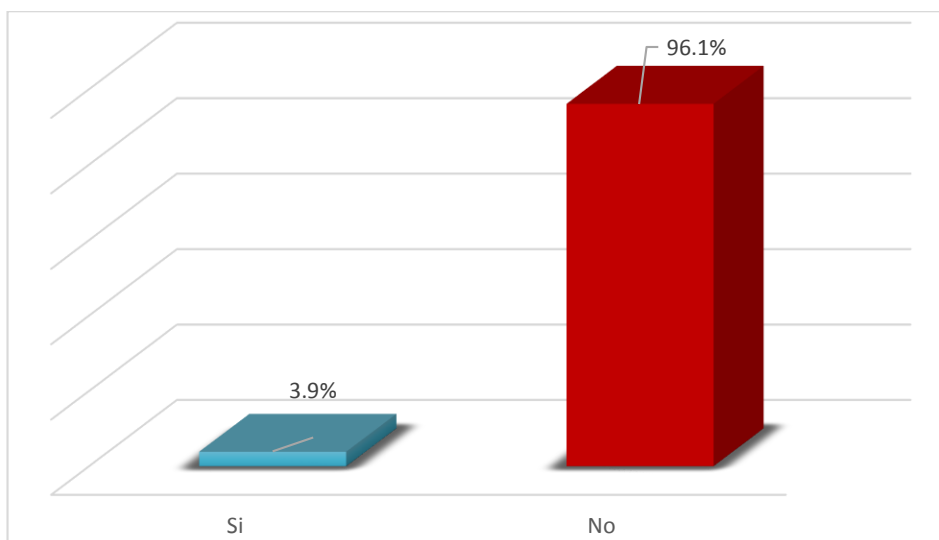


GRÁFICO 61: Pacientes del Centro de Salud La Esperanza, según el medicamento Ceftriaxona 1gr.

Fuente: Tabla 5

Interpretación:

En la Tabla 5 y Figura 61 se aprecia en el tratamiento según el medicamento Ceftriaxona 1gr. Visualizando que del 100 % de la población el 96,1 % no fueron tratados con Ceftriaxona 1gr y el 3,9 %, fueron medicados con Ceftriaxona 1gr.

Tabla 6: Prevalencia de COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza.

	JULIO	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	MAR	ABRIL
NO COVID-19	76	155	256	94	133	146	137	308	212	116
COVID-19	781	689	742	927	1093	1219	255	150	197	239
TOTAL	857	844	998	1021	1226	1365	392	458	409	355
PACIENTES POSITIVOS	22	73	75	22	37	25	52	120	48	28
PREVALENCIA	2.57	8.65	7.52	2.15	3.02	1.83	13.27	26.20	11.74	7.89



GRÁFICO 62: Prevalencia del COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza.
Fuente: Tabla 6

Interpretación:

En la Tabla 6 y Figura 62 se aprecia un aumento significativo de la prevalencia de COVID-19 en el mes de agosto, siendo este la 1era ola. El mes de diciembre se ve el declive más bajo de prevalencia. Y en el mes de febrero se ve un exorbitante aumento de COVID-19.

DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación es descriptivo, transversal y retrospectivo, se aplicó en el total de la población siendo esta 1 633 pacientes que asistieron al Centro de Salud “La Esperanza”, en el periodo 2020-2021, las historias clínicas, y los indicadores: datos generales, condición de los síntomas, complicaciones y tratamiento fueron registrados en una ficha de observación. Se evidenció las características sociodemográficas más resaltantes de los pacientes, el 52,2 % pertenecen al sexo femenino (tabla 2); el 55,8 % pertenecen al grupo etario de 30 a 59 años (tabla 1); el 23,1 % tienen como ocupación ama de casa (tabla 3); y el 60,3 % pertenecen al distrito del Alto de la Alianza en su mayoría (tabla 4). A diferencia de los resultados observados por Cruz S. en un estudio, el año 2021 en una población de 143 historias clínicas encontró un (47,55%) para los mayores a 66 años.

Respecto al género de los participantes el 52,2 % pertenecen al sexo femenino, situación distinta en los resultados de la tesis, Martínez, C. concluye que el 66,5 % correspondían al sexo masculino del total de 374 pacientes.

Además, las amas de casa representan el 23,1 %, seguidas de los comerciantes con el 20,8 %, los estudiantes con el 13,5 %, los trabajadores/empleados con el 11,8 %, los taxistas con el 8,4 %, los

pacientes con el 5,4 %, los jubilados con el 3,4 % y finalmente con el 1,3 %. La policía, Díaz Lazo A. y colaboradores obtuvieron datos similares en el trabajo, apoyando la ocupación de los pacientes diagnosticados con COVID-19, quienes reportaron principalmente amas de casa (21,44%) y empresarios (19,21%), correspondiente a la encuesta, encontraron que el 57.9% de los pacientes asistieron solos, seguidos del 14,5% que asistía a la escuela con sus hijos, seguido del 13% que asistía a la escuela con su esposo, según Amthauer et al. Los centros de bienestar, especialmente el ingreso en uno (UCI), pueden representar factores estresantes adicionales para eventos traumáticos y familiares, en el entendido de que aquellos con los que el paciente tiene una relación significativa, que puede o no tener parentesco consanguíneo.

Entre los principales síntomas se presentó fiebre en el 96,9% de los pacientes, tos seca en el 59%, tos húmeda en el 41%, cefalea en el 58,3%, cefalea en el 41,7%, estudio con Alfonso J. Rodríguez En contraste el 60,3% de los pacientes presentaron sin dolor de garganta, el 39,7% tenía dolor de garganta, el 71% no tenía disnea y el 29% tenía disnea - Morales, el principal síntoma asociado al virus fue fiebre (83-98%), tos (76-82%), disnea (31-55%) y dificultad respiratoria (17-29%),

En otro ejemplo, el 97,4% de los pacientes no tenía diabetes, el 2,6% tenía diabetes, el 4% tenía hipertensión, el 33,9% tenía obesidad y el 1,3% tenía asma. Vemos en un estudio de Wiley J. Se concluyó que

entre un total de 174 pacientes consecutivos diagnosticados con COVID 19, se encontró que aquellos con diabetes (n = 24) padecían neumonía severa, liberación de enzimas asociada con daño tisular y respuestas inflamatorias excesivas y descontroladas Mayor riesgo e hipercoagulables estados asociados con el metabolismo desregulado de la glucosa. Por otro lado, Moscoso, M encontró en un estudio que ambos países tienen una mayor proporción de casos de hipertensión arterial.

Por otro lado, en la prueba de COVID19, el 69,3% de los pacientes dieron negativo en la prueba rápida, el 30,7% dieron positivo en la prueba rápida, el 25,7% dieron positivo a IgM y el 24,3% dieron positivo a IgG. En comparación con el estudio de los autores Santisteban K. y Ventura J., entre 76.045 casos positivos de COVID-19, los tipos de pruebas más comunes para detectar COVID-19 fueron la serología y la persistencia de IgM (0,3 %) e IgG (1,14 %). Anticuerpo.

En cuanto al tratamiento, tenemos un resultado para el grupo antibacteriano, de estos el 85,1% no fueron tratados con azitromicina 500 mg, el 14,9% fueron tratados con azitromicina 500 mg y el 4,5% fueron tratados con ciprofloxacino 500 mg. El 5,8% tomaba cefalexina 500 mg. El 3,9% tomó 1 gramo de ceftriaxona. Por su parte, vimos en el estudio realizado por Quispe Huarhuachi, E. que entre 363 prescripciones médicas, el antibiótico más utilizado fue la ceftriaxona (52,3%), seguido de la azitromicina (36,9%) y el meropenem (3,2%).

Entre otros fármacos destacados en la encuesta, el paracetamol fue el analgésico antipirético más utilizado entre los pacientes del centro de salud "La Esperanza", con un 75,3% de los pacientes utilizando paracetamol 500 mg y un 29,6% utilizando ivermectina 3 mg. El 11,9% tomaba ibuprofeno 400 mg. El 4,7% tomaba Metamizol 1 gramo. 5% toma naproxeno 550 mg. En concordancia con la investigación realizada por Navarrete Mejía, P. y compañía, citados en su estudio, señalaron que antes del inicio de la pandemia, los medicamentos de automedicación más utilizados eran los analgésicos (29,1%), antiinflamatorios (28,1 %) y antibióticos (27,6 %); durante la pandemia, antibióticos/antiinflamatorios (39,2 %), antiinflamatorios (30,9 %), antibióticos (21,6 %), ivermectina (5,7 %) e ivermectina combinada con otros medicamentos (2,6%).

Entre otras medicinas alternativas, el cloruro de sodio se usa en el 10% de los medicamentos. Otro estudio de Mendoza L. y Marín I. mostró que durante el estado de emergencia los medicamentos más autoadministrados por los cajamarquinos fueron la ivermectina (N = 180; 47%) y el paracetamol (N = 137; 35,77%) mientras que el sustituto no farmacológico más utilizado fue el cloruro de sodio, con un 52,22%. Muestra de 383 residentes.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados de la recolección de datos de los casos clínicos se concluye que:

PRIMERA. – La prevalencia del COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020-2021 fue 8,48 %, siendo el pico más elevado en el mes de febrero con 26,2 % y el más bajo 1,83 % en el mes de diciembre.

SEGUNDA.- Las características de los pacientes que asistieron al Centro de salud la Esperanza indican que en su mayoría el grupo de edad 30 a 59 años es de mayor proporción con el 55,8 %, el 52,2 % los pacientes fueron del sexo femenino, la ocupación que predomina es el grupo de ama de casa con 23,1 %, y por último de la población que asistió al Centro de Salud fueron el 60,3 % del distrito de Alto de la Alianza.

TERCERA.- Hacia características clínicas de pacientes con sospecha de COVID 19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza; fue según lo siguiente: de la población el 96,9 % de los pacientes presentaron fiebre, el 41 % presento tos seca, el 31,5 % presento cansancio, el 41,7 % presento cefalea, el

39,7 % presento dolor de garganta, el 19 %, presento diarrea, el 2,8 % presento conjuntivitis, el 23,5 % presento perdida del olfato, el 23,5 % presento perdida del gusto, el 36,3 % presento deficiencia respiratoria, el 41,6 % presento dolor de pecho, el 29 % presento dificultad para respirar.

CUARTA. - Los métodos auxiliares de diagnóstico por COVID-19 que fueron aplicados a pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza el grupo de diagnóstico presuntivo es el COVID-19 con mayor proporción del 46,7 %, Por otro lado, el 30,7 %, presento positivo en su prueba rápida, vemos también que el 25,7 % presentó positivo en su resultado de IgM.

QUINTA. - El tratamiento farmacológico de los pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza; donde vimos que el 14,9 % fueron medicados con Azitromicina 500mg, el 4,5 % fueron medicados con Ciprofloxacino 500mg, el 75,3 % fueron tratados con Paracetamol 500mg, el 29,6 % fueron medicados con Ivermectina 3mg, el 1,3 % fueron medicados con Hidroxicloroquina, el 18,4 % fueron medicados con Loratadina, el 11,9 % fueron medicados con Ibuprofeno 400mg, el 5,8 % fueron medicados con Clorfenamina 4mg, el

4,7 % fueron medicados con Metamizol 1gr. el 5 % fueron medicados con naproxeno 550mg. el 4,8 % fueron medicados con Salbutamol 4mg.

RECOMENDACIONES

Después de analizar resultados y sacar correspondientes conclusiones de este estudio, se recomienda:

PRIMERA. – Mejorar el sistema de salud pública socava la eficacia del gobierno para responder a las emergencias sanitarias.

SEGUNDA. –Apoyo en implementar medidas de recolección de datos en la emergencia sanitaria, tales como mayor personal de salud y administrativos.

TERCERA. – Estandarizar el tratamiento farmacológico en los pacientes que acudían al área COVID-19 del centro de salud La Esperanza.

CUARTA. – Realizar seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes COVID-19, por la gran variedad de medicamentos que se usan.

QUINTO. – Importante que implementen equipos de gases arteriales, y se realicen en pacientes COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlos C. Risikofaktoren im Zusammenhang mit schwerer Infektion und Tod durch Coronavirus-19-Pneumonie bei Patienten der Sozialversicherung, 2020 [Forschungsarbeit [Internet]. Lima: Forschungsdirektion – IETSI; 2020 zitiert: 20. Juli 2021]. Verfügbar unter:
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/direcc_invest_salud/Protoc_Factores_de_riesgo_asociados_COVID_19_ESSALUD.pdf
2. Gemeldete Fälle und Todesfälle nach Land, Gebiet oder Übermittlung (2020). Coronavirus-Krankheit (COVID-19) [Internet]. [Stand vom 20. Juli 2021]. Verfügbar unter:
<https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. Chen N., Zhou M., Dong X. Epidemiologische und klinische Merkmale von 99 Fällen von 2019 neuartiger Coronavirus-Pneumonie in Wuhan, China: eine deskriptive Studie. *Lanzette*. 2020.
4. R. Verity, L.C. Okell, I. Dorigatti, P. Winskill, C. Whittaker, N. Imai, et al. Schätzungen zum Schweregrad der COVID-19-Erkrankung. *MedRxiv* (2020)
5. PAHO COVID-19 UND DIE BEDEUTUNG DER STÄRKUNG VON INFORMATIONSSYSTEMEN, 2020 [Informationsblatt] [Internet]. : Panamerikanische Gesundheitsorganisation, 2020 [Zitiert: Juli 2021]. Verfügbar unter:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52128/COVID-19FactsheetIS4H_spa.pdf?sequence=14s
6. Vázquez-González LA, Gutiérrez-Reyes ME, Tergas-Díaz Ad, Miguel-Betancourt M, Batista-Molina I. Identifizierung von Risiken und Schwachstellen bei älteren Erwachsenen angesichts von COVID-19, eine Studie aus der Grundversorgung. *Rev. Elektron. Zoolo* [Internet]. 2020 [zitiert am 20. Juli]

7. Carcamo L. Tejada M. Castro J. Klinische und soziodemografische Merkmale und soziodemografische Merkmale von Patienten, die von Patienten starben, die an COVID-19 in Kolumbien starben COVID-19 in Kolumbien [online] 1. Auflage. 2020; Juni [Stand: 23. Juli 2021]; 29 (1): 7p. Verfügbar unter: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1077/1248s>

8. Xiaobo Yang, Yuan Yu, Jiqian Xu, et al. Klinischer Verlauf und Ergebnisse kritisch kranker Patienten mit SARS-CoV-2-Pneumonie in Wuhan, China: eine monozentrische, retrospektive Beobachtungsstudie Lancet Resp Med, 24. Februar 2020 Verfügbar unter: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5s](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5s)

9. Sarfaraz S., Shaikh Q., Ghazanfar S., Rahim A., Farooq F., Junejo S., et al. Determinanten der Krankenhaussterblichkeit bei COVID-19; eine prospektive Kohortenstudie aus Pakistan. Med Rxiv. 2020: 1-20.

10. Parra V. Florez C. Garcia F. Romero C. [Magen-Darm-Symptome bei der COVID-19-Krankheit und ihre Auswirkungen auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen [Linie] 1. Auflage. 2020; September [Zitiert: 25. Juli 2021]; 35(1): 11p. Verfügbar unter: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/532/804s>

11. García M. Das Covid-19 bei Menschen mit Bluthochdruck. MEDISAN [online] 3. Auflage. Mai-Juni 2020 [Stand: 26. Juli 2021]; 24 (3): verfügbar unter: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300501s

12. Menéndez G, Gianna B. Bewertung des funktionellen Atemwegszustands und der Auswirkungen auf die Lebensqualität von Post-Covid-19-Patienten durch den Einsatz virtueller Umgebungen. [Abschlussarbeit]. [Internet]. Katholische Universität Santiago de Guayaquil: 2020. [Zitiert: Juli 2021]. Verfügbar unter: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15401s>

13. Philipose Z, Smati N, Shing C, Aspey K, Mendall M. Fettleibigkeit, Alter und Gebrechlichkeit sind die wahren Risikofaktoren für die Sterblichkeit bei COVID-19 und nicht chronische Krankheiten oder ethnische Zugehörigkeit. *Med Rxiv*. 2020:1-18.

14. Velásquez E, Sharonn M. Klinische und epidemiologische Merkmale von Patienten, die in einem nationalen Krankenhaus an COVID-19 starben, 2020. [Thesis to opt for Professional Title]. [Internet]. Los Andes Peruvian University: 2020. [Zitiert: Juli 2021]. Verfügbar unter: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1920s>

15. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Charakterisierung von Patienten mit schwerem COVID-19, die in einem nationalen Referenzkrankenhaus in Peru behandelt wurden. *Rev. Peru Med Exp Public Health*. 2020; 37(2):253-258.

16. G. Escobar, J. Matta, W. Taype, R. Ayal, Amado. Klinisch-epidemiologische Merkmale von an COVID-19 verstorbenen Patienten in einem nationalen Krankenhaus in Lima, Peru. *Re. Fac. Med. Hum*. 2020; 20(2):14-19.

17. Gao Y, Yan L, Huang Y, Liu F, Zhao Y, Cao L, et al. Struktur der RNA-abhängigen RNA-Polymerase aus dem COVID-19-Virus. *Wissenschaft*. [Stand Juli 2021]

18. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus-Infektionen – mehr als nur eine Erkältung. *JAMA*. 20. Juli 2021.

19. Zhang L, Lin D, Sun X, Curth U, Drosten C, Sauerhering L, et al. Die Kristallstruktur der SARS-CoV-2-Hauptprotease bietet eine Grundlage für die Entwicklung verbesserter α -Ketoamid-Inhibitoren. *Wissenschaft*. 2020-24;368(6489):409-12.

20. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomische Charakterisierung und Epidemiologie des neuartigen Coronavirus 2019: Implikationen für Virusursprung und Rezeptorbindung. *Lancet London Engl*. [Stand Juli 2021].

21. Wu C., Liu Y., Yang Y., Zhang P., Zhong W., Wang Y., et al. Analyse therapeutischer Ziele für SARSCoV-2 und Entdeckung potenzieller Medikamente durch Computerverfahren. *Acta Pharm Sin B* [Internet]. 27. Februar 2020 [zitiert Juli 2021]; Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211383520302999s>
22. Maite A. González F. Blocker des Renin-Angiotensin-Systems: Feinde oder Freunde bei Patienten mit Covid-19. *Venezolanische Zeitschrift für Endokrinologie und Stoffwechsel* [online] 2020-1; Mai [Zitiert: Juli 2021]; 18(1): 1-3 Verfügbar unter: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3755/375563116002/375563116002.pdf>
23. De La Cruz V. John COVID-19. Sonderausgabe 2020. *Zeitschrift der Humanmedizinischen Fakultät. Universität Ricardo Palma*. [Internet]. 3. Auflage. 2020; Juli [zitiert am 20. Juli 2021], Band 20. (3): 347-348. Verfügbar in: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-347.pdf>
24. Weltgesundheitsorganisation. Bericht der gemeinsamen Mission der WHO und Chinas zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) [Internet]. 2021. Verfügbar unter: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
25. Liu Y, Eggo RM, Kucharski AJ. Sekundäre Angriffsrate und Superspreading-Ereignisse für SARS-CoV2. *Lancet London Engl*. 27. Februar 2020;
26. Mao L., Wang M., Chen S., He Q., Chang J., Hong C., et al. Neurologische Manifestationen von Krankenhauspatienten mit COVID-19 in Wuhan, China: eine retrospektive Fallserienstudie. *medRxiv* [Internet]. 25. Februar 2020 [zitiert Juli 2021]; 2020.02.22.20026500. Verfügbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.22.20026500v1>

27. Zheng Y-Y, Ma Y-T, Zhang J-Y, Xie X. COVID-19 und das Herz-Kreislauf-System. Nat Rev Cardiol [Internet]. 5. März 2020 [zitiert vom Juli 2021];1-2. Verfügbar unter: <https://www.nature.com/articles/s41569-020-0360-5s>
28. Okulare Manifestationen und klinische Merkmale von 534 Fällen von COVID-19 in China: Eine Querschnittsstudie | medRxiv [Internet]. [Stand Juli 2021]. Verfügbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.12.20034678v1s>
29. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siaty DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Geruchs- und Geschmacksstörungen als klinisches Erscheinungsbild leichter bis mittelschwerer Formen der Coronavirus-Krankheit (COVID-19): eine multizentrische europäische Studie. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 6. April 2020;
30. Spanische Akademie für Dermatologie und Venerologie. Die Covid-Skin-Studie wird die Hautmanifestationen von Covid-19 in Spanien analysieren [Internet]. Verfügbar unter: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2020/04/NP-Primer-Estudio-Nacional-Covid-Piel.pdf>
31. Mei H, Hu Y. [Merkmale, Ursachen, Diagnose und Behandlung von Gerinnungsstörungen bei Patienten mit COVID-19]. Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi Zhonghua Xueyexue Zazhi. 5. März 2020;41(0):E002.
32. Baron C. Anzahl der bestätigten Fälle von Coronavirus (COVID-19) in Lateinamerika [Internet] 2021 [Stand Juli 2021] Verfügbar unter: <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-lateinamerika-karibisches-land/s>
33. Jimenez, Angel Luis. 2020. „Klinische Komplikationen und Faktoren im Zusammenhang mit der Mortalität von Covid-19“. ConSalud.Es. 8. April 2020. Verfügbar unter:

https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/complicaciones-clinicas-factores-asociados-mortality-covid-19_77231_102.htmls

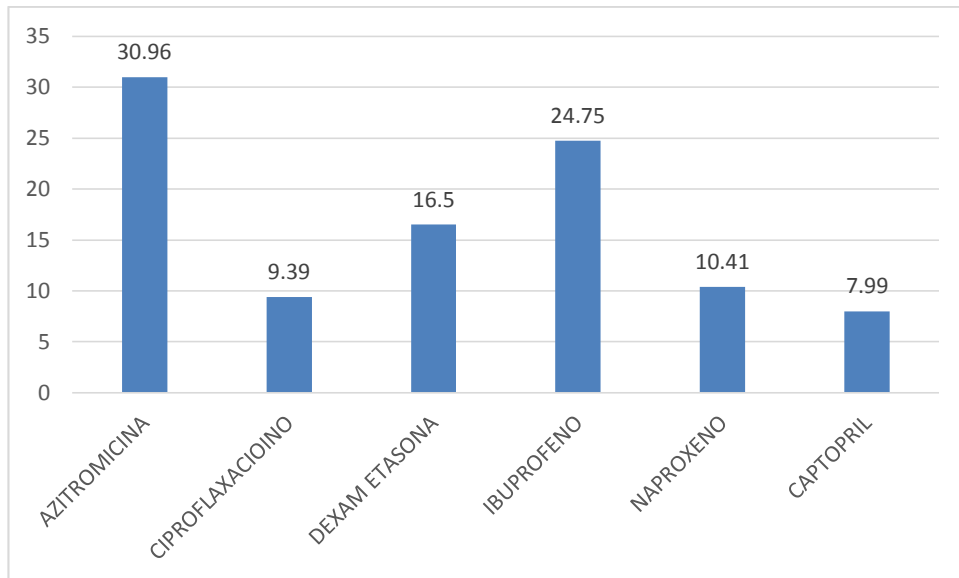
34. Wuhan Seafood Market Lungenentzündungsvirusisolat Wuhan-Hu-1, vollständiges Genom. 23. Januar 2020 [zitiert Juli 2021]; Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide/MN908947.3s>
35. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Lageberichte [Internet]. [Stand Juli 2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports>
36. Gesundheitsministerium. Coronavirus-Krankheit, COVID19 [Internet]. 17. April 2020 [zitiert Juli 2021]; Verfügbar unter: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdfs
37. Weltgesundheitsorganisation. Bericht der gemeinsamen Mission der WHO und Chinas zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Verfügbar unter: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdfs>
38. Mei H, Hu Y. [Merkmale, Ursachen, Diagnose und Behandlung von Gerinnungsstörungen bei Patienten mit COVID-19]. Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi Zhonghua Xueyexue Zazhi. 5. März 2020;41(0):E002.
39. Baron C. Anzahl der bestätigten Fälle von Coronavirus (COVID-19) in Lateinamerika [Internet] 2021 [Stand Juli 2021] Verfügbar unter: <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-lateinamerika-karibisches-land/s>
40. Jimenez, Angel Luis. 2020. „Klinische Komplikationen und Faktoren im Zusammenhang mit der Mortalität von Covid-19“. ConSalud.Es. 8. April 2020. Verfügbar unter: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_tacna.pdfs

41. Wuhan Seafood Market Lungenentzündungsvirusisolat Wuhan-Hu-1, vollständiges Genom. 23. Januar 2020 [zitiert Juli 2021]; Verfügbar unter <https://www.diresatacna.gob.pe/nuevo/directorio.php?d=10s>
42. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Lageberichte [Internet]. [Stand Juli 2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reportss>



ANEXOS

MEDICAMENTOS QUE MAS INTERACCIONES TUVIERON EN EL TRATAMIENTO COVID-19

	Tomaron	Porcentaje
AZITROMICINA	244	30.96
CIPROFLAXACIOINO	74	9.39
DEXAMETASONA	130	16.50
IBUPROFENO	195	24.75
NAPROXENO	82	10.41
CAPTOPRIL	63	7.99
	788	100



INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

AZITROMICINA -- CIPROFLOXACINA	 Importante	Justa	El uso simultáneo de AZITROMICINA y CIPROFLOXACINA puede aumentar el riesgo de prolongación del intervalo QT.
CIPROFLOXACINA -- DEXAMETASONA	 Importante	Excelente	El uso simultáneo de CORTICOSTEROIDES SELECCIONADOS y FLUOROQUINOLONAS SELECCIONADAS puede resultar en un mayor riesgo de ruptura del tendón.
DEXAMETASONA -- IBUPROFENO	 Importante	Justa	El uso simultáneo de CORTICOSTEROIDES y AINE puede resultar en un mayor riesgo de úlcera gastrointestinal o sangrado.
DEXAMETASONA -- NAPROXENO	 Importante	Justa	El uso simultáneo de CORTICOSTEROIDES y AINE puede resultar en un mayor riesgo de úlcera gastrointestinal o sangrado.
IBUPROFENO -- NAPROXENO	 Importante	Justa	El uso simultáneo de IBUPROFENO y AINE Y SALICILATOS puede aumentar el riesgo de hemorragia.
CAPTOPRIL -- IBUPROFENO	 Moderado	Excelente	El uso simultáneo de INHIBIDORES DE LA ECA Y BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA y AINE puede provocar disfunción renal y/o aumento de la presión arterial.
CAPTOPRIL -- NAPROXENO	 Moderado	Excelente	El uso simultáneo de INHIBIDORES DE LA ECA Y BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA y AINE puede provocar disfunción renal y/o aumento de la presión arterial.

ANEXO 01

Apéndice 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Prevalencia del COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020 - 2021.

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	TECNICAS/INSTRUMENTOS
ENUNCIADO GENERAL ¿Cuál es la prevalencia de COVID19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020 - 2021?	OBJETIVO GENERAL Estimar la prevalencia del COVID19 en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna 2020 2021	HIPOTESIS GENERAL No aplica. Dado que las hipótesis siempre están formuladas como proposición, y que en este trabajo descriptivo no se pretende pronosticar una cifra o proporción exacta, el presente trabajo no lleva hipótesis.	Variable X Pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza	TIPO DE ESTUDIO Es un estudio del tipo observacional, prospectivo, trasversal y analítico.	Técnicas Observación y recojo de datos de las historias clínicas que se serán procesadas en fichas de recolección Técnicas estadísticas • Descriptivas: Cuadro de frecuencias, gráficos, estadística descriptiva: media, desviación estándar. Tablas figuras, porcentajes.
ENUNCIADOS SECUNDARIO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS		NIVEL DE INVESTIGACION Es una investigación de nivel descriptivo	
¿Cuáles características socio-epidemiológicas de los pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza?	•Caracterizar a los pacientes que asisten al Centro de Salud La Esperanza	No Aplica	Variable Y Prevalencia del Covid19	DISEÑO DE INVESTIGACION Es una investigación descriptiva y trasversal.	Instrumento 1: Ficha de Recolección
¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con sospecha de COVID 19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?	Describir las Características clínicas de los pacientes con sospecha de COVID 19 que asistieron al Centro de Salud La Esperanza		Dimensiones <ul style="list-style-type: none"> • Características socio demográficas • Características clínicas • Métodos auxiliares de diagnóstico • Condición de salud • Tratamiento farmacológico 	POBLACIÓN: Pacientes que fueron atendidos en el Centro de salud La esperanza	
¿Cuáles son los métodos auxiliares de diagnóstico de COVID 19 que se aplicaron a los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?	Describir los métodos auxiliares de diagnóstico de COVID 19 que se aplicaron a los pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza				

				MUESTRA: Se trabajara con el total de la población	
¿Cuál fue la condición de gravedad de los pacientes con diagnóstico de COVID 19 que asistió al Centro de Salud La Esperanza?	Clasificar a los pacientes con COVID 19 que asistieron al Centro de salud La Esperanza según su condición leves moderados y graves			MÉTODO: <ul style="list-style-type: none"> • Científico • Cualitativo • Cuantitativo 	
¿Cuál fue el tratamiento farmacológico de COVID 19 de los pacientes que asistieron al Centro de Salud La Esperanza?	Conocer el tratamiento farmacológico de los pacientes que asistieron al Centro de salud La Esperanza.				

ANEXO 02

Apéndice 2: MODELO HISTORIA CLÍNICA



SERVICIO DE COVID - TRIAJE DIFERENCIADO
HISTORIA CLÍNICA



COV - 0001132

Rolo	Amarillo	Verde	Negro
------	----------	-------	-------

DATOS DE ADMISIÓN:

Fecha: 16-11-2020 Hora: DNI: 00446592 Nro. H.Cl.: COV-1132

Nombres y apellidos: Martha Casilda Llanos Quispe Edad: 46 Sexo: F
(del paciente)

Fecha de Nacimiento: 13-04-1974 Ocupación: Comerciante

Telf. 1: 954600088 Telf. 2:

Dirección: P.J. La Esperanza Calle el Salvador 132 Distrito: Alto Alianza

Traído por: Elizabeth Llanos Quispe Parentesco: Hermana
(Acompañante o persona responsable)

Estado en que llegó: Conciente

Contacto de caso confirmado (SI) (NO)

ESPECIALIDAD:

Motivo de consulta (anamnesis): Hora: 16:00
 TE → Paciente refiere síntomas de salud al establecerse por resultado positivo de COVID-19.
 pat. Patológico → HTA(-), DM2(-), RPO(-)

Antecedente: PR (.....) Hisopado (.....)

Examen Físico Profesional

Cardíaco → Amigdalas poco congestionadas
 Pulmónes → MV para en RCP, no rales

TIEMPO DE ENFERMEDAD

Presión:	140/80
Pulso:	75 x'
Temper.:	35.8°
Fr. Resp.:	20 x'
Peso:	68 Kg.
SATO:	97%
IMC:	-

Talla: 147 cm.

Diagnóstico Presuntivo:

1. COVID-19 (U07.1)
2. Infancia de VRE (J22)

Tratamiento:

1. Ibuprofeno 600 mg vía oral 1 vez
2. Paracetamol 500 mg vía condicional a dolor y Fiebre
3. paciente con buena salud

Resultado prueba rápida:

13/11/20 → Positivo (IgG/IgM)

HNF (SI) (NO)

Fc. de Riesgo: -DM -HTA -Obesidad -Otro:

Destino posterior de paciente: Su casa () Hospital ()

Hora de salida:

EXÁMENES AUXILIARES:

()	RX
()	LAB.
()	EKG
()	ECO
()	OTROS

(Consignar en Evolución)