

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

**Características sociodemográficas y clínicas de
pacientes con SARS-CoV-19 atendidos en el Servicio
de Emergencia del Hospital EsSALUD Base II en el año
2021 - Moquegua**

Patricia Nicolle Muñoz Estraver

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Dra. Claudia Ugarte Taboada
Decano de la Facultad de ciencias de la salud

DE : Mg. Gaspar Samaniego Juan Aníbal
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 06 de julio de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON SARS-COV-19 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD BASE II EN EL AÑO 2021-MOQUEGUA", perteneciente la estudiante Patricia Nicolle Muñoz Estraver, de la E.A.P. de enfermería; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 10) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Patricia Nicolle Muñoz Estraver, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 71266855, de la E.A.P. de Enfermería de la Facultad de ciencias de la salud la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON SARS-COV-19 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD BASE II EN EL AÑO 2021-MOQUEGUA", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de licenciada en enfermería.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

06 de julio de 2024.



Patricia Nicolle Muñoz Estraver

DNI. No. 71266855

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS DE PACIENTES CON SARS-COV-19 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	vsip.info Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
11	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1 %
14	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
17	bestpractice.bmj.com Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
19	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
20	docs.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %

DEDICATORIA

A mi creador todopoderoso Dios

A mis padres Patricia y Víctor

AGRADECIMIENTOS

La verdad no sabía cómo empezar estos agradecimientos, ya que lo que hizo posible Dios conmigo en el proceso fue tan inimaginable, maravilloso, no cabe duda que es un padre amoroso, misericordioso, estuvo conmigo en todo momento, renovando mis fuerzas cada día.

Así mismo, agradecida con mis padres Patricia y Víctor, por estar conmigo en todo momento, con mucho amor y paciencia, quienes me dieron palabras de aliento, de apoyo cuando más lo necesite, por haberme impulsado a salir adelante y cumplir con todas mis metas.

RESUMEN

La COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, es una enfermedad contagiosa que generalmente provoca síntomas respiratorios leves a moderados en la mayoría de las personas. La mayoría se recupera sin necesidad de atención médica, especialmente los vacunados. Sin embargo, la enfermedad puede volverse grave en individuos no vacunados, requiriendo tratamiento médico. Este estudio analiza a los pacientes atendidos en el servicio de emergencias del Hospital EsSalud Base II en Moquegua por COVID-19 durante 2021. El estudio es descriptivo y retrospectivo, utilizando un diseño transversal. Se analizaron 657 pacientes diagnosticados con COVID-19 mediante pruebas de laboratorio, seleccionando una muestra de 243 para un examen detallado. Los datos sociodemográficos y clínicos se evaluaron para identificar patrones entre los afectados. Los resultados indican que la edad más común de los pacientes estaba entre 41 y 50 años (24.7%), con una mediana de 45 años. Predominaron los hombres (52.7%). Los síntomas más frecuentes fueron malestar general (68.3%), y las comorbilidades más comunes fueron las enfermedades cardiovasculares (39.6%). Además, el 70% de los pacientes había recibido las dos dosis de la vacuna. Este análisis proporciona una visión detallada de los pacientes atendidos en emergencias por COVID-19, destacando la importancia de la vacunación y las características demográficas y clínicas que pueden influir en la gravedad de la enfermedad.

Palabras Claves: Características sociodemográficas, clínicas, pacientes con Sars-Cov-2.

ABSTRACT

COVID-19, caused by the SARS-CoV-2 virus, is a contagious disease that generally causes mild to moderate respiratory symptoms in most people. The majority recover without the need for medical attention, especially those vaccinated. However, the disease can become severe in unvaccinated individuals, requiring medical treatment. This study analyzes patients treated in the emergency service at Hospital EsSalud Base II in Moquegua for COVID-19 during 2021. The study is descriptive and retrospective, using a cross-sectional design. A total of 657 patients diagnosed with COVID-19 through laboratory tests were analyzed, with a sample of 243 selected for detailed examination. Sociodemographic and clinical data were evaluated to identify patterns among those affected. The results indicate that the most common age group of patients was between 41 and 50 years (24.7%), with a median age of 45 years. Men predominated (52.7%). The most frequent symptoms were general malaise (68.3%), and the most common comorbidities were cardiovascular diseases (39.6%). Additionally, 70% of the patients had received two doses of the vaccine. This analysis provides a detailed view of patients treated in emergencies for COVID-19, highlighting the importance of vaccination and the sociodemographic and clinical characteristics that can influence the severity of the disease.

Keywords: Sociodemographic characteristics, clinical characteristics, patients with SARS-CoV-2.

ÍNDICE

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
ÍNDICE	xi
INDICE DE TABLAS	xiv
INTRODUCCION.....	xv

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Delimitación de la Investigación	16
1.1.1. Delimitación Territorial	16
1.1.2. Delimitación Temporal	16
1.1.3. Delimitación Conceptual.....	16
1.2. Planteamiento del Problema	17
1.3. Formulación del Problema.....	18
1.3.1. Problema General.....	18
1.3.2. Problemas Específicos	18
1.4. Objetivos de la investigación.....	19
1.4.1. Objetivo General	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.5. Justificación de la Investigación	19
1.5.1. Justificación Teórica	19
1.5.2. Justificación Práctica.....	20

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes Nacionales	24
2.1.3. Antecedentes Locales.....	26
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Teoría del cuidado de Enfermería.....	27

2.2.2. Factores de riesgo sociodemográficos	31
2.2.3. Factores de Riesgo Clínicos	35

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Diseño de Investigación.....	47
3.2. Población y Muestra	48
3.2.1. Población.....	48
3.2.2. Muestra	48
3.3. Técnica e instrumento de Recolección de Datos	48
3.3.1. Técnica de recolección de datos.....	48
3.3.2. Instrumentos de Recolección de Datos	49
3.4. Procedimiento/Técnicas de Análisis de Datos.....	50
3.5. Aspectos Éticos.....	50

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados	51
4.1.1. Características Sociodemográficas	51
4.1.2. Características Clínicas	53
4.1.3. Signos y síntomas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua–2021.....	55
4.1.4. Comorbilidades de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua–2021.....	57
4.2. Asociación entre las características sociodemográficas y características clínicas de pacientes con Sars Cov 19	59
4.3. Discusión de resultados	80
Conclusiones	87
Recomendaciones	87
REFERENCIAS.....	87
Anexos	97
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	97
Anexo 2. Operacionalización de las Variables	98
Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos.....	99
Anexo 4. Juicio de Expertos	101

Anexo 5. Confiabilidad.....	109
Anexo 6. Data de la Investigación	111
Anexo 7. Documento de Aprobación por el Comité de Ética.....	120
Anexo 8. Permiso Institucional.....	121

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021	51
Tabla 2. Características Clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021	53
Tabla 3. Signos y síntomas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021	55
Tabla 4. Comorbilidad de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021	57
Tabla 5. Tabla de contingencia entre la edad del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS–COV–19	59
Tabla 6. Tabla de contingencia entre el sexo del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS–COV–19	62
Tabla 7. Tabla de contingencia entre el país de residencia del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19.....	65
Tabla 8. Tabla de contingencia entre la ocupación del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19	68
Tabla 9. Tabla de contingencia entre el viaje del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19	71
Tabla 10. Tabla de contingencia entre las visitas a establecimiento de salud del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19	74
Tabla 11. Tabla de contingencia entre la visita al centro de abasto y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19	77

INTRODUCCION

Hasta el 31 de diciembre del año 2021 se registraron 30,424 casos positivos totales para el Covid-19 y 1537 muertes a causa de mencionado virus. Este afecto gravemente a la población Moqueguana dejando secuelas graves o afectando gravemente a familias. Esta investigación tuvo el propósito de identificar los criterios sociodemográficos y clínicos de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia, ya que esta enfermedad es endémica.

Esta tesis está dividida en capítulos, cada uno enfocado en descubrir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital EsSalud Base II Moquegua. El estudio se ha estructurado en dos dimensiones principales: características sociodemográficas y características clínicas. En las características sociodemográficas, se examinan aspectos como sexo, edad, lugar de origen, ocupación, historial de viajes, visitas a mercados y visitas a establecimientos de salud. Mientras tanto, las características clínicas se centran en los síntomas presentados por los pacientes, el desarrollo del cuadro clínico, el inicio de los síntomas, las enfermedades preexistentes y si requirieron ventilación mecánica.

El primer capítulo aborda la presentación del problema, su alcance y limitaciones, la formulación de los objetivos tanto generales como específicos, además de justificar e indicar la importancia de la investigación. El segundo capítulo se centra en el desarrollo del marco teórico, donde se discuten los antecedentes a nivel internacional y nacional, así como los fundamentos teóricos de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. En el tercer capítulo se describe el diseño metodológico, incluyendo el diseño de la investigación, la población y muestra seleccionada, el instrumento utilizado para recopilar datos, las técnicas de análisis de datos y los aspectos éticos considerados. Finalmente, el cuarto capítulo presenta y discute los resultados obtenidos a través de tablas generadas a partir de la fuente de datos utilizada. Se ofrecen conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio.

La autora

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Delimitación de la Investigación

La investigación se llevó a cabo dentro del servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua. Se focalizo en analizar a los pacientes que han dado positivo en la prueba para COVID-19 que fueron sido tratados en dicho servicio.

1.1.1. Delimitación Territorial

La presente investigación se ejecutó en el Hospital EsSalud base II Moquegua, en la provincia de Mariscal Nieto del departamento de Moquegua.

1.1.2. Delimitación Temporal

El estudio comprendió el periodo de enero diciembre del año 2021.

1.1.3. Delimitación Conceptual

Se examinaron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con COVID-19 que recibieron atención en la sala de emergencias del Hospital EsSalud Base II en Moquegua durante el año 2021. El enfoque del estudio se dirigió hacia aquellos pacientes cuyas pruebas de laboratorio confirmaron la infección y que mostraron síntomas de compromiso respiratorio, como una frecuencia respiratoria elevada, alteraciones en el nivel de conciencia, presión arterial baja, niveles bajos de oxígeno en la sangre y signos clínicos de dificultad para respirar.

1.2. Planteamiento del Problema

Según Hussin Rothan y Siddappa Byrareddy, el virus SARS-CoV-2, que causa el COVID-19, es un patógeno altamente peligroso que representa un gran desafío para la salud pública en todo el mundo. Este virus ha tenido un impacto devastador desde que apareció por primera vez en la ciudad de Wuhan, China. La rápida propagación de persona a persona ha llevado a un gran número de hospitalizaciones y muertes, lo que ha generado una crisis en los sistemas de salud a nivel mundial (1).

La Organización Mundial de la Salud emitió un informe sobre la situación en la Región de las Américas, señalando que, desde el inicio de la pandemia en 2020 hasta el 2 de agosto del año 2023, se acumularon 768.983.095 casos de COVID-19, incluyendo 6.953.743 muertes en las seis regiones de la OMS, además que notificaron que las tasas de vacunación disminuyeron a lo largo del 2022. A mediados de julio del 2023 solo 17 países y territorios informaron sus datos de cobertura de la serie primaria completa(2)(3).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron un informe epidemiológico el 28 de diciembre de 2021, en el que sugieren priorizar la vacunación contra la gripe en ciertos grupos vulnerables, considerando los desafíos enfrentados durante la pandemia. Estos grupos vulnerables abarcan mujeres embarazadas, personas de edad avanzada, niños de 6 a 59 meses, personas con enfermedades crónicas y trabajadores de la salud. Se subraya que la finalidad de la vacunación contra la gripe no es controlar los brotes, sino prevenir complicaciones en estos grupos de mayor riesgo(4).

Según la sala situacional de COVID-19 en el Perú, se realizaron 39,055,188 muestras para poder descartar COVID-19, registrándose 4,530,204 total de casos para mencionado virus hasta el 11 de diciembre del año 2023, encabezando Lima metropolitana con 4,530,204 casos confirmados, con 83 hospitalizados, 51 en evolución estacionaria, 22 en evolución favorable y 10 con evolución desfavorable, registrándose así 220,602 fallecidos para la covid-19. Cabe resaltar que durante el año 2023 bajo el número de pacientes vacunados en el esquema de vacunación para mencionado virus(5).

El Centro Nacional de Epidemiología proporcionó un informe sobre la situación del COVID-19 en Moquegua hasta el 31 de diciembre de 2021, señalando que se

registraron un total de 30,424 casos confirmados de coronavirus y 1537 muertes relacionadas con el virus hasta esa fecha(6).

Según el Ministerio de Salud, en la provincia de Mariscal Nieto, que es en donde se está realizando este estudio se registraron desde el año 2022 hasta el 10 de marzo de año 2024, 18,300 casos positivos para Covid-19, además de 327 pacientes hospitalizados y 60 defunciones. Cabe resaltar que en la etapa adulta la mayoría solo recibió la primera dosis desde el año 2021 hasta el año 2024 registrando 80,423 dosis aplicadas(7).

La pandemia nos ha dejado múltiples experiencias, es importante describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con COVID-19, porque permitió conocer en el contexto la realidad. La pandemia ha terminado, se ha convertido en una enfermedad endémica, pero la experiencia adquirida, deja lecciones para el manejo de salud colectiva y pública, también, para futuras emergencias epidemiológicas, donde el reconocimiento a la caracterización de la población, no solo permitirá priorizar las acciones educativas y de salud a aquellos que resulten más vulnerables, quedo demostrado que las acciones de salud básica y primarias, son de alto valor, así como son las medidas generales de prevención para cualquier problema de salud pública.

Por la situación descrita anteriormente, surge la necesidad de realizar la investigación titulada: características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars-CoV-19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars-CoV-19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con Sars-Cov-19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021?

- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars–Cov–19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021.
- Identificar las características clínicas de pacientes con Sars–Cov–19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II Moquegua en el año 2021.

1.5. Justificación de la Investigación

1.5.1. Justificación Teórica

Este estudio es importante desde el punto de vista teórico, porque se producirá un nuevo conocimiento, la información documentaria existe, en los establecimientos de salud, pero no está procesada, ni tampoco analizada, pero es importante analizar esta información para convertirla en conocimiento científico, recordando que el método que usa la ciencia es el método científico.

Este nuevo conocimiento permitirá establecer estrategias de intervención sobre cuidados de salud primaria, recordando que el Covid 19, baso sus cuidados en medidas de prevención básicas.

1.5.2. Justificación Práctica

Realizar este estudio de investigación es importante debido al gran impacto global que ha tenido esta enfermedad, la cual ha causado una pandemia y una considerable morbilidad y mortalidad. Es crucial investigarla para entender mejor su perfil socio-demográfico y clínico de la población estudiada que son los pacientes atendidos en el Hospital EsSalud base II Moquegua, y así poder determinar los factores de riesgo y aplicar medidas preventivas para la población y así poder tomar control de esta endemia ya que esta enfermedad sigue presente hasta hoy como una endemia, por lo que es fundamental continuar estudiándola.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Velázquez, et al., en Paraguay (2023) realizaron un estudio titulado “Características sociodemográficas y factores de riesgo clínico de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el Hospital Regional de Ciudad del Este, 2021-2022”. Se propusieron examinar las características sociodemográficas y los factores de riesgo clínico entre los pacientes analizados. El estudio se basó en una muestraE de 844 pacientes hospitalizados que dieron positivo para COVID-19. Adoptaron un enfoque observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, utilizando un método de muestreo no probabilístico. Los resultados revelaron que el 38,86% de los pacientes fallecidos correspondían a este grupo, siendo el 56,71% de género masculino y el 60,67% mayores de 60 años. Las comorbilidades más prevalentes entre estos pacientes fueron la hipertensión arterial (56,46%) y la diabetes mellitus (51,67%)(8).

Vargas, et al. (2020), en Paraguay realizó un estudio de investigación titulado “Características clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados de Covid-19”. Donde tuvo como objetivo describir clínica y epidemiológicamente los casos confirmados de Covid-19. Esta investigación, retrospectiva y descriptiva, utilizó la prueba de chi cuadrado y contó con una muestra de 1754 casos confirmados. Se examinaron datos demográficos como la edad, el género y el lugar de origen, así como datos clínicos como los síntomas, las comorbilidades

y las hospitalizaciones. Los resultados mostraron que el género femenino fue el más afectado, representando el 53,2% de los casos, y que el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 39 años, constituyendo el 48,5% de los casos, entre los cuales el 16,5% eran trabajadores de la salud. Los síntomas más comunes fueron la cefalea (51,4%) y la tos (49,5%). Además, se encontraron diversas comorbilidades entre los pacientes estudiados, como diabetes (7,7%), la obesidad (7,0%), el cardiopatía crónica (6,9%) y la hipertensión arterial (5,5%). Se observó que el 18,9% de los pacientes necesitó hospitalización, de los cuales el 14,8% ingresó a la unidad de cuidados intensivos, y el 10,8% requirió ventilación mecánica. Por último, se reportó que el 7,3% de los pacientes falleció(9).

Weber, et al., realizaron un estudio titulado “Características clínico–epidemiológicas del SARS–COV–2 en pacientes atendidos en el hospital comunitario de Tabasco, mayo 2020 a agosto 2021”. Este estudio fue comparativo descriptivo y de corte transversal. La muestra incluyó a 319 pacientes con diagnóstico positivo, que presentaban al menos uno de los siguientes síntomas o signos: tos, cefalea, disnea, mialgias, artralgias, disgeusia, dolor torácico o conjuntivitis. Los resultados mostraron que las características clínicas más frecuentes fueron: la mialgias (80,9%), la tos (76,5%), la fiebre (73%), la cefalea (71,2%) y la artralgias (51,7%). Se observó que estos pacientes tenían comorbilidades como la obesidad (23,2%), la hipertensión arterial (22,3%) y la diabetes mellitus tipo 2 (16,9%). El género más afectado fue el femenino (58,3%), y el grupo de edad más común fue de 36 a 43 años (22,6%). Se destacó que las ocupaciones más afectadas fueron ama de casa (31,7%), comerciantes (11,6%) y empleados (11,3%)(10).

Cuevas, et al. (2022) en Argentina, llevaron a cabo un estudio titulado “Factores clínicos y epidemiológicos asociados con la hospitalización por COVID–19”, fue retrospectivo, observacional y analítico. Y tuvo el objetivo de identificar los factores clínicos y epidemiológicos asociados con la hospitalización por COVID–19. La muestra incluyó a 163 pacientes adultos con diagnóstico positivo para COVID–19 que fueron hospitalizados. Los hallazgos revelaron que el 68,1% de los pacientes eran hombres, y que el 49,1% presentaban comorbilidades como obesidad, el 36,2% hipertensión arterial y el 15,3%

diabetes. Además, se encontró que el 89% de los pacientes presentaron fiebre, el 68,1% experimentaron dificultad respiratoria y el 62% tuvieron tos. En cuanto a la gravedad de la enfermedad, el 58,9% de los pacientes requirieron hospitalización, mientras que el 41,1% fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde el 11,7% necesitó ventilación mecánica. El estudio también reportó una tasa de mortalidad del 7,4% entre los pacientes hospitalizados (11).

Olavegogeoascoechea, et al., llevaron a desarrollo un estudio titulado “Características epidemiológicas y clínicas de individuos sobrevivientes a la infección por SARS–COV–2 en Argentina durante el año 2022”. El propósito principal de esta investigación fue comprender dichas características y discernir posibles disparidades según variables como el género, la edad, el año de contagio y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Para este fin, se adoptó un enfoque observacional, descriptivo y analítico de corte transversal, utilizando una muestra no probabilística seleccionada de forma aleatoria, que incluyó a 1655 casos. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario como instrumento. Los resultados revelaron que el género más afectado fue el femenino (72,8%), especialmente en el grupo de edad de 30 a 64 años (65,2%). Las comorbilidades más frecuentes incluyeron hipertensión arterial (11,7%) y enfermedades autoinmunes (9,6%). Entre los signos y síntomas más comunes se destacaron la astenia (83,7%), la anosmia (64,8%) y la cefalea (60,8%), entre otros. La mayoría de los contagios ocurrieron en entornos familiares (34,4%), laborales (16,3%) y sociales (10,5%), con un 22,8% de casos cuyo origen fue desconocido. Además, se observó que la gran mayoría de los pacientes (78,6%) no habían sido vacunados, y solo el 4,7% había recibido al menos una dosis de la vacuna(12).

Defaz, et al., llevaron a cabo un estudio titulado “Cómo se ven los pacientes con COVID–19 en Cantón Salcedo, Ecuador, en 2020”, con el fin de entender mejor cómo afectaba la enfermedad a la gente en esa área. El estudio examinó a 419 pacientes que dieron positivo en la prueba de PCR entre marzo y junio de ese año. Encontraron que las personas de entre 20 y 49 años fueron las más afectadas, especialmente los hombres (33,9%). Los síntomas más comunes fueron tos (91%), malestar general (66%), fiebre (35%), dolor de garganta (16%)

y dificultad para respirar (11%). Los agricultores y comerciantes (20,8%) fueron los más afectados en términos de ocupación, seguidos por amas de casa (15,8%) y personal de salud, policías, militares y bomberos (11,7%). Trágicamente, el 6,9% de los pacientes fallecieron debido al virus, pero el 93,1% logró recuperarse(13).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Quintanilla, et al., en su tesis titulada “Factores asociados con la mortalidad por COVID–19 en pacientes atendidos en un hospital de la selva peruana durante los años 2020–2021”, cuyo objetivo fue de identificar los elementos que contribuyen al riesgo de mortalidad por COVID–19 en pacientes hospitalizados en la selva peruana durante los períodos mencionados. Utilizando métodos observacionales, retrospectivos y correlacionales, analizaron una muestra de 236 pacientes, de los cuales 79 fallecieron debido al virus, mientras que los demás se recuperaron. La selección de los pacientes se realizó mediante un muestreo no probabilístico. Los resultados revelaron que el género masculino representó el 65.3% de los casos fatales, y el grupo de edad más vulnerable fue el de adultos mayores (46.1%). Los síntomas más frecuentes entre los pacientes fueron tos (79%), malestar general (72%) y dificultad respiratoria (47%). En términos de comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más prevalente (7%), seguida de la diabetes mellitus tipo 2 (6%) y la obesidad (3%). En relación con la ocupación, los comerciantes (27.1%), seguidos por las amas de casa (23.3%) y los conductores o transportistas (15.7%), fueron los grupos más afectados(14).

Veliz en estudio de investigación cuyo título fue “Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con COVID–19 de gravedad moderada y severa al ser admitidos en marzo de 2021 en el HNCASE Arequipa”, detalló las particularidades médicas y epidemiológicas de los pacientes en este hospital. Se utilizó un enfoque cuantitativo y descriptivo, junto con técnicas de recopilación de datos. La muestra incluyó a 368 pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico positivo de COVID–19. Se encontró que la mayoría de los pacientes tenían entre 30 y 59 años (49.46%), siendo el sexo más afectado el masculino con (55.43%). Los síntomas y signos más comunes fueron dificultad respiratoria

(73.1%), fiebre o escalofríos (60.60%), tos (58.70%), disnea o taquipnea (68.48%), hallazgos anormales en la auscultación pulmonar (37.23%), y anormalidades en radiografías pulmonares (35.33%). Respecto a las comorbilidades en casos moderados y severos, la hipertensión arterial fue la más frecuente (35.87%), seguida de la diabetes (14.95%) y la obesidad (7.61%). La mayoría de los pacientes hospitalizados tenían ocupaciones independientes (69.29%), y todos tuvieron contacto directo con familiares. Se observó que el 25.54% realizó aislamiento domiciliario, mientras que el 74.46% no lo hizo. Además, el 27.99% de los pacientes había visitado previamente un establecimiento de salud, mientras que el 72.01% no lo había hecho(15).

Flores, et al., llevaron a cabo una investigación titulada “Características clínico–epidemiológicas de adolescentes con COVID–19 en Chota, 2021”, con el propósito de identificar los aspectos clínicos y epidemiológicos de los adolescentes afectados. Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo no experimental. Se examinaron 166 establecimientos de salud en Chota, y se analizaron minuciosamente los casos de COVID–19 registrados desde el 14 de abril de 2020 hasta el 30 de septiembre de 2021. Los resultados revelaron una predominancia del género femenino, con un 65.0%, y una mayor incidencia de casos en adolescentes de 15 a 17 años, representando el 68.9% del total. Las manifestaciones clínicas más frecuentes entre los pacientes estudiados incluyeron tos (40.9%), cefalea (38.2%), malestar general (36.6%), dolor de garganta (33.1%) y fiebre (24.4%). Se destacó que el 96.1% de los pacientes cumplió con el aislamiento, mientras que el 3.9% no lo hizo. Además, el 84.1% de los pacientes no requirió hospitalización, mientras que el 15.9% sí fue hospitalizado(16).

Carranza realizó un trabajo de investigación cuyo título fue “Características clínico–epidemiológicas de los pacientes ingresados en cuidados intensivos por COVID–19 en Moyobamba, 2021”. Se propuso analizar las características clínicas y epidemiológica en su investigación Este estudio, de naturaleza cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y transversal, empleó una ficha para recopilar los datos. La muestra estuvo compuesta por 68 pacientes seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. En resumen, se encontró que los hombres fueron más afectados, representando el 61.8% de los

casos, y que el grupo de edad más vulnerable fue el de pacientes menores de 60 años, constituyendo el 64.7%. Además, se observó que las ocupaciones más comunes entre los pacientes afectados fueron agricultores (31%), seguidos por personal docente (16%), mientras que otras ocupaciones representaron el 46%. Es relevante destacar que el 73.5% de los pacientes se recuperaron, mientras que el 26.5% fallecieron(17).

Choque en su investigación titulada “Características clínico–epidemiológicas de pacientes diagnosticados con COVID–19 en el centro de salud Crucero, Puno, 2022”, tenía como objetivo detallar los síntomas, comorbilidades, rango de edad, género predominante, ocupación más común y etnia de los pacientes con diagnóstico positivo en dicho centro de salud. Este estudio se encuadra como no experimental, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos, y adoptando un enfoque retrospectivo. Se empleó una ficha de investigación clínico–epidemiológica de Covid–19 para recopilar los datos pertinentes. En resumen, se observó que el grupo de edad más afectado abarcaba entre los 30 y 59 años, con una prevalencia del género femenino del 60%. Los síntomas y signos más frecuentes incluyeron la tos (20.00%), la fiebre (20.00%), los escalofríos (20.00%), la cefalea (66.67%), el malestar general (64.81%), la congestión nasal (51.85%), el dolor en el pecho (31.48%), la diarrea (25.93%), la dificultad respiratoria (25.93%), las náuseas y los vómitos (22.22%), y finalmente el dolor muscular (18.52%). Se destacó que el embarazo fue el principal factor de riesgo (3.70%), mientras que solo un paciente presentó enfermedad cardiovascular y diabetes. En cuanto a la ocupación, las más comunes fueron el comercio, minería y ganadería (18).

2.1.3. Antecedentes Locales

Cruz, en su investigación titulada “Perfil sociodemográfico y clínico relacionado con la mortalidad en pacientes por la COVID-19 en el Hospital Regional de Moquegua” en el año 2021, tuvo como objetivo determinar si existe relación entre el perfil sociodemográfico y clínico con la mortalidad en pacientes por la COVID-19 en el Hospital Regional de Moquegua. Este estudio fue de tipo descriptivo-correlacional causal, aplicativa, no experimental, de corte transversal,

teniendo como muestra a 214 casos de personas fallecidas. En conclusión, determino que si existe relación significativa entre el perfil sociodemográfico y clínico con la mortalidad por la COVID-19 registrados en el Hospital Regional de Moquegua. Además, que identifiqué que la edad más afectada fueron los mayores de 66 años con el 47,55%, el género masculino con un 64%, donde también el estado civil casados fue el más afectado (37,06%), los síntomas más comunes fueron la dificultad respiratoria en 65,03%, tos en un 62%, y malestar general 46,85%. Finalmente identifiqué que el 78% tenía enfermedad cardiovascular, obesidad 69%(19).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría del cuidado de Enfermería

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem aborda la situación en la cual el autocuidado del paciente resulta insuficiente debido a una enfermedad que limita su capacidad para realizar acciones de autocuidado en pro de su bienestar. En este contexto, el personal de enfermería interviene para atender las necesidades de autocuidado del paciente(20).

2.2.1.1. Percepción del paciente en 4 dimensiones

- En el ámbito de la dimensión biológica: Según Virginia Henderson, la salud se percibe como un aspecto vital que exige la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Esto incluye priorizar necesidades como la alimentación, la higiene, la eliminación y el sueño, entre otras (21).
- En el ámbito de la dimensión sociocultural, Madeleine Leininger destaca que la esencia fundamental de la enfermería radica en el cuidado. En su teoría, define la dimensión sociocultural como un conjunto de conductas de atención, valores y creencias fundamentados en las necesidades culturales de individuos y grupos, con el fin de proporcionar cuidados de enfermería satisfactorios (21).

- En el ámbito de la dimensión espiritual del ser humano abarca una estructura física (cuerpo), un desarrollo cognitivo (inteligencia) y un espíritu (alma), distinguiéndolo así de otros seres. Para alcanzar un bienestar holístico del paciente, es esencial considerar esta dimensión espiritual. Esta no se limita únicamente a la religión, sino que es inherente a todos los seres humanos, independientemente de sus creencias religiosas. (21).
- La dimensión emocional está intrínsecamente vinculada a los sentimientos y emociones. Los seres humanos experimentan alegría y sufrimiento en diversas circunstancias de la vida. La atención de enfermería debe centrarse en promover la salud emocional, gestionando los sentimientos del paciente y reconociéndolos como seres integrales. Esto implica nombrar, aceptar e integrar sus emociones de manera efectiva (21).

2.2.1.2. Teoría del Cuidado Humanizado de Margaret Jean Watson Harman

Su teoría demanda que la enfermería no se limite solo a realizar procedimientos, tareas y técnicas en la práctica clínica, sino que también destaque la esencia de la profesión. Esto implica crear un vínculo entre el enfermero y el paciente, lo cual da lugar al proceso de cuidado transpersonal (21).

Para el buen entendimiento se debe conocer estas dos conceptualizaciones (21):

- Transpersonal: Se refiere a la capacidad de trascender el propio ego, permitiendo establecer conexiones espirituales más profundas que promuevan el confort y la sanación del paciente.
- Cuidado transpersonal: Este enfoque se centra en conectar y atender el espíritu o alma de los individuos mediante procesos

de cuidado y tratamiento, manteniendo una relación auténtica en el presente. La interrelación entre estos conceptos se manifiesta en la unión espiritual de dos personas, trascendiendo la individualidad, el tiempo, el espacio y la historia de vida. Esta trascendencia permite que tanto el paciente como la enfermera ingresen en el campo fenomenológico del otro, caracterizado por el compromiso moral de la enfermera de proteger y enaltecer la dignidad humana, así como el yo más profundo y elevado, más allá de la situación de salud.

La teoría de Watson promueve una redefinición de la intervención en el paciente, retornando a los fundamentos del cuidado caracterizados por la sensibilidad y la ternura. Esta teoría invita a los profesionales a ser creativos, a amar su profesión, a vivir plenamente el momento del cuidado transpersonal y a fomentar un hábito de aprendizaje continuo en diversas disciplinas y nuevas terapias. Además, enfatiza la importancia de hacer visible lo que normalmente pasa desapercibido en la práctica de la enfermería y de incorporar pausas reflexivas durante el cuidado (22).

Margaret Watson describe esencialmente cómo reconstruir el cuidado humanizado desde una perspectiva que abarca la salud física, mental y espiritual. En el contexto actual, especialmente durante la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, la deshumanización se ha convertido en uno de los principales problemas debido al gran volumen de pacientes (23).

Los centros asistenciales tuvieron que ajustar sus entornos para responder a la elevada demanda de casos de COVID-19, lo que subrayó la escasez de camas en unidades de cuidados intensivos y la insuficiencia de personal sanitario para proporcionar atención continua a la población. Asimismo, se evidenció la carencia de equipos de protección personal en los hospitales y la falta de renovación adecuada de recursos humanos especializados, entre otros desafíos de gestión en el ámbito de la salud (24).

Durante la crisis sanitaria, las enfermeras se vieron limitadas en su capacidad para proporcionar una atención humanizada debido a que la demanda superaba la oferta sanitaria. La persona capacitada resultaba insuficiente para cubrir esta demanda en los servicios de emergencia. Sin embargo, es fundamental que el cuidado de enfermería se mantenga enfocado en ofrecer una atención eficaz y segura, con el objetivo de lograr el inmenso bienestar del paciente (24).

Es esencial reconocer que cada persona es un ser integral. Desde una perspectiva antropológica, el paciente no solo está conformado por una dimensión física, sino también por dimensiones psíquicas y sociales, complementadas por una dimensión espiritual que le otorga individualidad y lo conecta con su entorno, valores y principios de vida fundamentales. Sin embargo, en la práctica profesional, esta visión holística a menudo se descuida. Se observa con frecuencia que no se dedica suficiente tiempo al diálogo, la conversación y la interacción con el paciente de manera integral. No se trata únicamente de desempeñar el rol de cuidador, sino de ofrecer escucha activa, apoyo y consuelo en tiempo de angustia (24).

2.2.1.3. Metaparadigmas:

- Enfermería: Según Watson, el personal de enfermería debe poseer altos valores humanísticos, los cuales deben ser cultivados a lo largo de su carrera profesional para asegurar una atención de calidad. Además, destaca la necesidad de que las enfermeras integren estos valores con conocimientos científicos para contribuir efectivamente a mejorar la atención brindada. Par Watson considera que la enfermería se convierte en un arte, cuando, la enfermera se coloca en el lugar del paciente, comprendiendo así sus sentimientos y emociones (21).
- Entorno: Este concepto se refiere al entorno externo que actúa como espacio de curación para la persona. Watson enfatiza la

importancia de que el entorno del paciente, incluyendo su habitación, proporcione tranquilidad y calma (21).

- Persona: Watson concibe al ser humano como una entidad única que comprende tres dimensiones interrelacionadas: la mente, el cuerpo y el espíritu o alma. Desde esta perspectiva integral, se entiende al individuo como un ser libre y autónomo, con la capacidad de tomar decisiones y participar activamente en su propio cuidado y bienestar. (21).
- Salud: Según Watson, sobre la salud representa la armonía entre el alma y el cuerpo, donde se entrelazan el yo percibido y por otro lado, el yo experimentado (21).

2.2.2. Factores de riesgo sociodemográficos

2.2.2.1. Edad

Con el avance de la edad, se observa una pérdida de fuerza muscular, acumulación de grasa y atrofia de los órganos, fenómenos que están vinculados con la disminución en la actividad hormonal. Otros autores también señalan que la eficiencia del sistema inmunológico tiende a reducirse, lo cual se refleja en una disminución en la producción de células inmunes y en tasas de supervivencia más bajas en personas de edad avanzada, con una expectativa promedio de dos años (25).

La edad ha sido identificada como uno de los factores de riesgo desde el inicio de la pandemia. Las personas mayores suelen tener una reserva funcional reducida y niveles elevados de la enzima convertidora de angiotensina 2, la cual desempeña un papel crucial en las complicaciones multiorgánicas causadas por el SARS-CoV-2 (26).

2.2.2.2. Genero

El factor principal siempre fue la edad, pero el género es importante ya que en aspectos hormonales y genéticos, ya que son ligados

al cromosoma X, que le da especial protección a la mujer en eventos virales(27).

Las mujeres muestran una respuesta inmunitaria más activa en comparación con los hombres, lo que les proporciona una ventaja en la protección y mitigación de enfermedades infecciosas. Estudios indican que esta mejor respuesta inmunitaria frente a patógenos está vinculada con los estrógenos y genes inmunoestimuladores que reducen la infectividad y la mortalidad por SARS-CoV-2. En contraste, en los hombres, la testosterona tiende a aumentar los niveles de dos moléculas críticas, ACE2 y TMPRSS2, que contribuyen a incrementar la carga viral y la severidad de la infección (28).

Según un estudio genético, la mayor prevalencia de COVID-19 en hombres podría atribuirse en parte a la falta de mosaicismo en el cromosoma X. En individuos masculinos, todas las células expresan un único alelo de ACE2 debido a la presencia de un cromosoma X idéntico en todas ellas. En contraste, las mujeres presentan mosaicismo en uno de sus cromosomas X, lo que resulta en una expresión heterogénea del alelo ACE2. Esta variabilidad implica que, en las mujeres, una forma potencialmente más eficaz del receptor ACE2 está presente solo en la mitad de sus células. Esta diferencia podría limitar la infectividad del virus y conferir al sexo femenino una relativa resistencia a la infección por SARS-CoV-2 (29).

La disparidad en la mortalidad entre mujeres y hombres no se debe subestimar, sino que tiene raíces en diferencias biológicas preexistentes en el sexo masculino. Estas diferencias biológicas conllevan una mayor susceptibilidad a desarrollar formas graves de COVID-19 y una tasa de mortalidad más alta en los hombres (28).

2.2.2.3.Ocupación con riesgo a exposición a SARS-CoV-2

Cada empresa, con la aprobación de su comité de seguridad y salud en el trabajo cuando sea necesario, debe determinar la aplicación

específica de medidas de seguridad para los riesgos particulares de cada puesto de trabajo. Esto incluye la identificación de los peligros biológicos relacionados con el SARS-CoV-2, la evaluación de los riesgos para la salud y la vida de los trabajadores, y el establecimiento de controles adecuados. Estas acciones deben seguir la jerarquía establecida en el artículo 21 de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (30).

Los puestos de trabajo se clasifican en Los siguientes niveles:

- **Riesgo Bajo de Exposición:** Son aquellos trabajos donde no se requiere contacto con personas conocidas o sospechosas de estar infectadas con SARS-CoV-2. Además, no implican un contacto cercano y frecuente a menos de 1 metro de distancia con el público en general. En estos casos, se pueden utilizar o establecer barreras físicas para llevar a cabo las actividades laborales de manera segura (30).
- **Riesgo Mediano de Exposición:** Incluye trabajos que implican contacto cercano y frecuente a menos de 1 metro de distancia con el público en general, y donde no es factible utilizar o establecer barreras físicas debido a las condiciones en las que se realiza la labor (30).
- **Riesgo Alto de Exposición:** Se hace referencia a trabajos con un riesgo potencial de exposición a casos sospechosos o confirmados de COVID-19, o a personal que debe ingresar a ambientes donde se atienden pacientes con COVID-19. Aunque en estos entornos no existe exposición a aerosoles. (30).
- **Riesgo Muy Alto de Exposición:** Se refieren a trabajos que implican contacto directo con casos sospechosos y/o confirmados de COVID-19, así como exposición a aerosoles en el ambiente de trabajo. Este contexto es particularmente

relevante para los trabajadores del sector salud que están en la primera línea de atención (30).

2.2.2.4. Viajes

Los viajes se refieren al movimiento de personas de un lugar a otro, ya sea dentro de un mismo país (viajes nacionales) o entre diferentes países (viajes internacionales). Durante la pandemia de COVID-19, los viajes se convirtieron en una variable crítica debido a su papel en la propagación del virus. Las restricciones de viaje, cuarentenas y requisitos de prueba COVID-19 fueron implementados globalmente para controlar la transmisión del virus. Consideraciones importantes(31).

- Propagación del Virus: Los viajes, especialmente los internacionales, fueron una de las principales vías de propagación del SARS-CoV-2 a nuevas regiones(31).
- Control de Brotes: Las políticas de restricción de viajes ayudaron a limitar la expansión del virus, aunque también tuvieron impactos económicos y sociales significativos(31).

2.2.2.5. Visitas a Centro de Salud

Las visitas a centros de salud comprenden cualquier interacción con instalaciones de atención médica, incluidos hospitales, clínicas y centros de atención primaria. Estas visitas pueden ser para pruebas de COVID-19, tratamiento de síntomas, vacunación, o manejo de otras condiciones de salud. Consideraciones e importancia en la Pandemia(32):

- Detección y Diagnóstico: Los centros de salud son esenciales para la identificación de casos positivos de COVID-19 a través de pruebas diagnósticas.
- Tratamiento y Manejo: Proporcionan atención a pacientes con síntomas leves a graves, incluyendo cuidados intensivos.
- Prevención y Vacunación: Actúan como puntos clave para campañas de vacunación masiva contra el COVID-19.

2.2.2.6. Contacto Sospechoso

El contacto sospechoso se refiere a la interacción cercana con una persona que ha sido diagnosticada con COVID-19 o que presenta síntomas compatibles con la infección, sin confirmación de la enfermedad. Esta variable es crucial para rastrear y romper cadenas de transmisión del virus. Con la consideración en la Pandemia(33):

- Rastreo de Contactos: Es fundamental para identificar y notificar a personas que pueden haber sido expuestas al virus, permitiendo así su aislamiento y prueba.
- Prevención de Brotes: Ayuda a prevenir la propagación del virus mediante la cuarentena de contactos sospechosos antes de que puedan infectar a otros.

2.2.2.7. Visitas a Centro de Abasto

Las visitas a centros de abasto incluyen la asistencia a mercados, supermercados, y otros lugares donde se venden bienes esenciales. Durante la pandemia, estas visitas representaron un riesgo de exposición al virus debido a la alta concurrencia de personas. Donde la importancia en Pandemia fue(34):

- Suministro de Bienes Esenciales: Los centros de abasto son cruciales para el acceso a alimentos y otros productos esenciales.
- Riesgo de Exposición: Representan puntos críticos para la transmisión del virus debido a la aglomeración y el contacto frecuente entre individuos.

2.2.3. Factores de Riesgo Clínicos

Las afecciones crónicas que experimentan inflamación repentina debido al COVID-19 incrementan considerablemente la probabilidad de sufrir una inflamación grave y potencialmente mortal, lo que puede conllevar un desenlace grave(35).

2.2.3.1. Sobre los aspectos situacionales

Los coronavirus, que conforman un grupo diverso de virus, pueden ocasionar una amplia variedad de enfermedades que van desde síntomas leves similares al resfriado común hasta condiciones más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV) (36).

2.2.3.2. Complicaciones de la COVID-19

Las complicaciones asociadas al COVID-19 se manifiestan principalmente en individuos con factores de riesgo, como adultos mayores, fumadores y personas que padecen condiciones médicas preexistentes como hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, renales crónicas, pulmonares crónicas, hepáticas crónicas, cáncer, cerebrovasculares e inmunodeficiencias (37)(38).

Las complicaciones principales asociadas con la COVID-19, además de aquellas relacionadas con el sistema respiratorio, abarcan manifestaciones neurológicas como delirio o encefalopatía, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis y alteraciones en los sentidos del olfato como anosmia o disgeusia. Además, se han observado problemas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño entre los pacientes afectados. Es notable que muchas de estas manifestaciones neurológicas se han reportado incluso en pacientes que no presentan síntomas respiratorios. Además, se han documentado casos del síndrome de Guillain-Barré en pacientes diagnosticados con COVID-19. (39).

Además, las mujeres embarazadas con SARS-CoV-2 que desarrollan neumonía como consecuencia pueden llegar a presentar parto pre término, aborto, preclamsia, indicación de cesárea pre término y muerte perinatal(40).

2.2.3.3. Vías de Transmisión

Se enumeran diversas formas de propagación, que incluyen el contacto directo, la transmisión a través de gotas respiratorias, la contaminación de objetos (fómites) y la transmisión por el aire. También se hacen referencia al contagio

mediante la ingesta de alimentos o agua contaminada, la transmisión de madre a hijo, y la posibilidad de infección de animales a humanos(41).

2.2.3.3.1. Transmisión por contacto y por gotículas

Las personas infectadas pueden propagar el virus mediante fluidos contaminados al hablar, toser, cantar o estornudar, ya sea mediante contacto directo, indirecto o proximidad cercana(42). Las gotas respiratorias varían en tamaño, generalmente entre 5 y 10 micrómetros, mientras que los aerosoles tienen alrededor de 5 micrómetros de diámetro(43). La transmisión a través de gotas respiratorias puede ocurrir cuando alguien está a menos de un metro de distancia de una persona diagnosticada positiva en un entorno determinado. Estas gotas pueden alcanzar las vías respiratorias superiores y los ojos de quien esté expuesto(41).

2.2.3.3.2. Transmisión por fómites

Las personas infectadas expulsan pequeñas gotas o secreciones respiratorias que pueden contaminar las superficies, creando puntos de contagio. Utilizando la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RCP-RT), es posible identificar partículas virales viables del SARS-CoV-2 o su ARN, las cuales pueden permanecer en el entorno y diversas superficies durante varios días. Por lo tanto, la propagación ocurre de forma indirecta cuando alguien toca estas superficies contaminadas y luego se lleva las manos a la boca, la nariz o los ojos(41).

2.2.3.3.3. Transmisión aérea

Un microorganismo patógeno puede ser transferido mediante la dispersión de diminutas gotas, las cuales conservan su potencial infeccioso incluso después de permanecer suspendidas en el aire durante largos lapsos. Esta enfermedad puede propagarse por vía aérea durante procedimientos que involucran la generación de aerosoles(44).

2.2.3.3.4. Transmisión fecal–oral

Se detectó ARN viral activo en las muestras de heces de pacientes que dieron positivo en la prueba de diagnóstico(45). Por lo tanto, es plausible suponer que la transmisión a través de la vía fecal–oral es posible, lo que destaca la importancia de mantener altos niveles de higiene en áreas donde el control de desechos fecales no está adecuadamente gestionado(46).

2.2.3.3.5. Transmisión maternofilial

Se realizaron estudios en mujeres embarazadas que tuvieron partos, con el fin de examinar muestras de líquido amniótico, cordón umbilical, leche materna y las vías respiratorias del recién nacido. Los resultados no indicaron la presencia del virus SARS–CoV–2. Se indica que la principal vía de transmisión a los recién nacidos es a través del contagio aéreo procedente de la madre infectada(46).

A pesar de que un análisis científico sobre la lactancia materna y el COVID–19 revela la presencia de fragmentos de ARN viral en muestras de leche de madres infectadas, se concluyó que no había partículas virales viables en dichas muestras, excluyendo así la posibilidad de transmisión directa del virus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que las madres con diagnóstico de COVID–19 pueden continuar amamantando a sus hijos, ya que no hay evidencia de riesgo significativo de transmisión materno–filial del SARS–CoV–2 a través de la leche materna(47).

2.2.3.4. Consideraciones sobre Covid–Sars–19

2.2.3.4.1. Agente Etiológico

Según la secuenciación del genoma completo y el análisis filogenético, se ha determinado que el coronavirus causante del COVID–19 pertenece al grupo de los betacoronavirus. Este virus está constituida, un genoma de ácido ribonucleico (ARN) relacionada a las proteínas y envuelto en una membrana similar a la de las células (48).

El virus tiene una estructura encapsulada que es esférica u ovoide, con un diámetro que oscila entre aproximadamente 60 y 140 nm. La región de unión al receptor celular presenta una notable similitud con la del SARS, y el virus utiliza el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) para penetrar en las células (48).

El SARS-CoV-2 se compone de cuatro proteínas fundamentales: la proteína N, que se asocia con el ARN viral formando el nucleocápside; la proteína M, que conforma la estructura de la membrana viral; la proteína E, que constituye la envoltura del virus; y la proteína S, encargada de la unión a los receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) (49).

El SARS-CoV-2 es sensible a la luz ultravioleta y al calor (56°C durante 30 minutos), así como a solventes liposolubles como éter, etanol al 75%, y desinfectantes que contienen cloro y cloroformo, que pueden inactivarlo. Debido a su naturaleza como virus de ARN, ha desarrollado al menos 30 variantes genéticas distintas a medida que se expande por todo el mundo. Esta capacidad de mutación plantea la posibilidad de que el virus evolucione hacia variantes menos virulentas o potencialmente más peligrosas, representando una amenaza considerable para la humanidad.

Algunas de estas mutaciones han mejorado la capacidad de transmisión del virus, mientras que otras han aumentado su habilidad para infectar células. El SARS-CoV-2 sigue mutando conforme se propaga globalmente. Entender las diferentes cepas virales predominantes en cada región permitirá desarrollar vacunas anuales específicas que puedan adaptarse a las variantes circulantes, similar al enfoque utilizado con las vacunas contra la influenza (49).

2.2.3.4.2. Epidemiología

En la provincia de Hubei, específicamente en la ciudad de Wuhan, se identificó un conjunto de 27 personas que exhibían síntomas de un síndrome respiratorio agudo cuyo origen no se conocía. Este grupo tenía vínculos con un mercado que comercializaba productos del mar. De estos casos, 7 fueron

catalogados como graves. Los síntomas experimentados por estos individuos comprendían fiebre, problemas respiratorios, entre otros(50).

En el año 2021 se acumularon hasta la semana 52 de mencionado año 276,123.213 casos confirmados para COVID-19, también que en la última semana de mencionado año se registraron 2,131 casos de hospitalizados nuevos además que en ese mismo año se registraron en la semana 52, 653 casos de defunciones una cifra muy importante para la población moqueguana, dejando familias afectadas tanto económicamente y emocionalmente. Como dato importante que resaltar es que solo 3.649353 recibieron hasta la tercera dosis de la vacuna para la COVID-19(51).

En el año 2022 se acumularon hasta la última semana del año 1,983,151 casos confirmados para COVID 19 donde la etapa de vida más afectada fueron los adultos, dejando a estos pacientes con secuelas graves. Cabe mencionar que en la semana 52 de mencionado año se registró una cifra de 606 de hospitalizados nuevos, donde 232 pacientes ingresaron al servicio de cuidados intensivos UCI. Como una cifra muy importante para la ciudad de Moquegua se registraron 153 defunciones(51).

En el presente año 2024 hasta la semana 14 se registraron 20,472 casos confirmados para COVID-19 donde la etapa de vida más afectada es la adulta, adulto mayor y joven además que hasta la semana 5, se registraron 1,046 hospitalizados nuevos donde 90 pacientes ingresaron al servicio de cuidados intensivos UCI, dejando como evidencia que la población moqueguana aún no tiene las medidas preventivas de manera clara como también los factores de riesgo siguen afectando a esta población(51).

Hasta fines del año 2023 se registró una cifra de 1,007,813 pacientes vacunados hasta la quinta dosis(51).

2.2.3.4.3. Semiología

La distinción en el ámbito clínico entre los niños y los adultos se encuentra en que los niños tienen una menor afinidad hacia los receptores ACE2, lo que los

hace menos propensos a contraer la infección por el SARS-CoV-2, dado que este virus necesita ese receptor para replicarse(52).

Las señales clínicas del SARS-CoV-2 varían de una persona a otra, por lo que es esencial descartar primero la COVID-19. Algunas personas pueden ser portadoras sin síntomas, mientras que otras pueden presentar señales o síntomas. Se considerará un caso sospechoso si el paciente muestra uno o más signos o síntomas en la última semana(53).

El virus del coronavirus puede presentar una gama de síntomas tanto neurológicos como psiquiátricos en ciertos pacientes. Estos síntomas abarcan desde depresión, ansiedad, mareos y dolores de cabeza, hasta pérdida del sentido del olfato o del gusto, dificultades para dormir, dolores musculares, delirio, convulsiones, coma y el síndrome de Guillain-Barré(54).

2.2.3.4.4. Clasificación según la gravedad por la infección de COVID-19:

1. Leve: Este es el momento de la propagación del virus, donde los síntomas gripales son comunes, como el malestar general, la fiebre y la tos seca(55), Además de la diarrea, se presentan otros síntomas clínicos que incluyen fatiga, dificultad para respirar, inflamación en los ojos (conjuntivitis), dolores musculares, debilidad generalizada, dolor de cabeza, congestión nasal, pérdida del olfato (anosmia), expulsión de flema, dolor de garganta y alteraciones en el sentido del gusto (disgeusia)(56)(57).
2. Moderada neumonía leve: Durante este lapso, los individuos experimentan fiebre ligera y tos, así como la aparición de neumonía viral que afecta los pulmones(56).
3. Neumonía grave: En esta fase, progresa hacia shock, vasoplejia, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y colapso cardiopulmonar(56)(55).

2.2.3.5. Enfermedades que complican la infección de COVID-19

2.2.3.5.1. Hipertensión y enfermedades cardiovasculares

Las personas con presión arterial alta toman medicamentos que incrementan la presencia de receptores ACE2 en el cuerpo, lo que facilita la unión del virus SARS-CoV-2 a las células. Además, las restricciones impuestas por el COVID-19 dificultaban la capacidad de las personas para mantener un estilo de vida saludable, como hacer ejercicio regularmente, lo que fomentaba la inactividad física y reducía el acceso a alimentos nutritivos(58).

2.2.3.5.2. Enfermedad renal crónica

Las personas que padecen esta condición tienen tres veces más riesgo de sufrir síntomas graves de COVID-19 en comparación con aquellos que no tienen enfermedad renal crónica. Además, los pacientes en diálisis deben garantizar la continuidad de sus tratamientos y seguir una dieta adecuada de forma constante(59).

2.2.3.5.3. Diabetes

El virus del COVID-19 se une a las células objetivo utilizando una enzima llamada enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), presente en células epiteliales de órganos como el pulmón, el intestino, el riñón y los vasos sanguíneos. Se ha notado un incremento en los niveles de esta enzima en pacientes diabéticos, especialmente en aquellos que están siendo tratados con inhibidores de la ECA2 o antagonistas de los receptores de angiotensina II tipo 1. Sin embargo, es crucial resaltar que no es aconsejable suspender estos inhibidores en pacientes diabéticos, ya que hacerlo de forma incorrecta puede aumentar el riesgo de complicaciones adicionales(60)(61).

El incremento en los niveles de glucosa en la sangre, denominado hiperglucemia, incrementa la posibilidad de que un paciente desarrolle una forma grave de COVID-19. Las personas que tienen diabetes están en mayor riesgo de enfrentar complicaciones relacionadas con su enfermedad

durante la pandemia. Estas complicaciones abarcan episodios graves de hiperglucemia inducidos por la propia infección, así como la inflamación y el estrés asociados con la enfermedad viral(62). La cetoacidosis diabética, las infecciones de la piel y las úlceras en los pies son problemas que pueden surgir en personas con diabetes. Estas complicaciones pueden ser consecuencia de varios factores, incluida la limitación en el acceso a la atención médica básica, dificultades para obtener medicamentos y la adopción de un estilo de vida sedentario(63).

2.2.3.5.4. Obesidad

Esta situación aumenta la probabilidad de experimentar síntomas graves como el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la necesidad de ventilación mecánica o la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos(64).

En individuos con obesidad, se ha notado una respuesta inmunológica anómala caracterizada por una liberación excesiva de citocinas proinflamatorias, principalmente provenientes del tejido adiposo visceral y subcutáneo. Esto se debe a una mayor actividad del gen del receptor ACE2 y a una disminución en los linfocitos TCD8, lo que conlleva una reducción en la capacidad de respuesta inmunológica del cuerpo. Según una hipótesis, el tejido adiposo podría funcionar como un reservorio del virus debido a la expresión de la proteína ACE2 en este tejido, lo que podría favorecer una mayor infección celular(65).

2.2.3.6. Dimensiones sobre situaciones con el Covid–Sars–19

2.2.3.6.1. Hospitalización

La hospitalización durante la pandemia de COVID–19 implica la admisión de pacientes infectados con el virus en instalaciones de salud, como hospitales y clínicas. Esta medida es necesaria principalmente para pacientes con síntomas moderados a graves que requieren atención médica intensiva, como administración de oxígeno suplementario, monitoreo

continuo de signos vitales y tratamiento de complicaciones. Consideración en la Pandemia(66):

- Cuidado Intensivo: Los pacientes hospitalizados reciben atención especializada y cuidados intensivos, lo cual es crucial para manejar las complicaciones respiratorias y sistémicas asociadas con COVID-19.
- Estrés en Sistemas de Salud: La alta demanda de hospitalizaciones puso a prueba la capacidad de los sistemas de salud, destacando la necesidad de aumentar la capacidad hospitalaria y los recursos.
- Seguimiento y Evaluación: Permite el seguimiento cercano de la evolución del paciente, ajuste de tratamientos según sea necesario y evaluación de respuestas terapéuticas.

2.2.3.6.2. Ventilación Mecánica

La ventilación mecánica es un procedimiento crucial utilizado en el manejo de pacientes con COVID-19 que desarrollan insuficiencia respiratoria aguda, especialmente en el contexto de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Consiste en el uso de un ventilador para ayudar al paciente a respirar cuando los pulmones no pueden hacerlo adecuadamente por sí mismos. Consideración en la Pandemia(67):

- Soporte Respiratorio: Proporciona soporte vital al asegurar una adecuada oxigenación y eliminación de dióxido de carbono en pacientes críticamente enfermos.
- Modos y Estrategias: Existen varios modos y estrategias de ventilación (como la ventilación protectora pulmonar) diseñadas para minimizar el daño pulmonar y mejorar los resultados.
- Cuidados Intensivos: La gestión de ventiladores y la optimización del soporte ventilatorio son áreas críticas de la medicina intensiva durante la pandemia.

2.2.3.6.3. Evolución

La evolución de la enfermedad COVID-19 se refiere al curso clínico y biológico de la infección desde el momento del diagnóstico hasta la resolución o desenlace final. Incluye la progresión de los síntomas, cambios en el estado de salud del paciente, respuesta al tratamiento y posibles complicaciones. Consideración en la Pandemia(68):

- Variedad de Presentaciones Clínicas: COVID-19 puede manifestarse de manera variable, desde síntomas leves hasta enfermedad grave con fallo multiorgánico, lo que requiere una evaluación cuidadosa de la evolución para prever complicaciones.
- Monitoreo y Gestión Clínica: Es esencial para adaptar el manejo clínico, ajustar terapias y optimizar resultados basados en la evolución de la enfermedad en cada paciente.
- Factores Pronósticos: La evolución ayuda a determinar el pronóstico del paciente, prediciendo la recuperación, necesidad de cuidados intensivos o riesgo de mortalidad.

2.2.3.6.4. Aislamiento

El aislamiento es una medida de control de infecciones que separa a personas infectadas o sospechosas de estar infectadas con COVID-19 de las personas sanas para prevenir la transmisión del virus. Puede llevarse a cabo en el hogar, en hospitales o en instalaciones designadas para pacientes con enfermedades contagiosas. Consideración en la Pandemia(69):

- Control de Transmisión: Es fundamental para reducir la propagación del virus al limitar la interacción de individuos infectados con personas sanas.
- Cuarentena y Seguimiento: Permite la observación cercana de individuos expuestos para detectar síntomas y tomar medidas rápidas si se desarrolla la enfermedad.
- Educación y Cumplimiento: Promueve la educación sobre medidas de higiene y seguridad, así como el cumplimiento de directrices de salud pública para prevenir nuevos casos.

2.2.3.6.5. Vacunado

Un individuo vacunado contra COVID-19 ha recibido una o más dosis de una vacuna autorizada diseñada para estimular una respuesta inmune protectora contra el virus SARS-CoV-2. Las vacunas pueden prevenir la infección, reducir la gravedad de la enfermedad y evitar complicaciones graves asociadas con COVID-19. Consideración especial en la Pandemia(70):

- Inmunización Colectiva: Contribuye a la inmunidad de grupo, reduciendo la transmisión del virus y protegiendo a personas no vacunadas.
- Eficacia y Seguridad: Las vacunas autorizadas han demostrado ser seguras y efectivas en ensayos clínicos y estudios de vigilancia post-comercialización.
- Programas de Vacunación: Son fundamentales para controlar la pandemia y permitir la recuperación socioeconómica al reducir la carga de enfermedad y la presión sobre los sistemas de salud.

2.2.3.6.6. Tipo de Prueba

El tipo de prueba se refiere a los diferentes métodos diagnósticos utilizados para detectar la infección por SARS-CoV-2. Las principales pruebas incluyen la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), las pruebas de antígenos, y las pruebas serológicas para detectar anticuerpos. Consideración especial en la Pandemia(71):

- Diagnóstico Preciso: La PCR es el estándar de oro para el diagnóstico debido a su alta sensibilidad y especificidad.
- Detección Rápida: Las pruebas de antígenos permiten la detección rápida del virus, aunque con menor sensibilidad.
- Inmunidad Poblacional: Las pruebas serológicas ayudan a determinar la prevalencia de la infección y la respuesta inmunológica en la población.

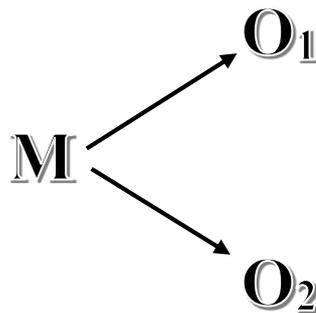
CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Diseño de Investigación

La investigación desarrollada, se desplegó utilizando un diseño de investigación no experimental, descriptivo y observacional de tipo retrospectivo. Esto significa que no hubo una intervención directa con la población objetivo del estudio.

Siendo el esquema empleado el siguiente:



Donde:

M : Muestra de estudio

O₁ : Observación de las características sociodemográficas

O₂ : Observación de las características clínicas

Esta tesis fue de tipo descriptivo, retrospectivo, porque busco ilustrar en una situación natural las variables de estudio. La grafica del diseño es la siguiente:

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población para este estudio estuvo considerada por los pacientes adultos, que fueron atendidos en el servicio de emergencia en el año 2021, la misma que fue documentado a través de la revisión de las historias clínicas. La población estuvo conformada por 657 pacientes

3.2.2. Muestra

La muestra que estuvo constituida por 243 pacientes. Donde la técnica que se empleó para el muestreo fue el probabilística, con un muestreo aleatorio simple, haciendo uso del paquete estadístico SPSS, selección de casos, donde aleatoriamente se seleccionaron 243 casos de un total de 657 pacientes.

Se empleo la siguiente formula de población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

Z= Nivel de confianza de 95% = 1,96

P= Probabilidad de ocurrencia del fenómeno de 50% = 0,5

Q= 100-p = 0,5

E= Error admitido de 5% = 0,05

N= Población = 657

n= ?

3.3. Técnica e instrumento de Recolección de Datos

3.3.1. Técnica de recolección de datos

Ficha de recolección de datos, se utilizó un cuestionario conformado por 18 preguntas donde 3 fueron datos del paciente, 10 de características clínicas y 8 características sociodemográficas.

Luego se procedió, con la codificación de los datos de los pacientes en los programas de Excel y SPSS 25.0 con la data que fue brindada por el personal de estadística, donde una vez seleccionado los casos, se procedió a la búsqueda de historia clínicas, actividad que se contó con el apoyo del personal de estadística del Hospital EsSalud base II Moquegua, donde se recolecto un total aproximado por día de 15 historias clínicas.

3.3.2. Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento que se utilizó fue la ficha clínico epidemiológica de Covid-19, que se encuentra en la Directiva Sanitaria N°122-Minsa/CDC con la Resolución Ministerial N° 905-2020-MINSA, que es la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus en el Perú, los ítems I, II, III, IV, VI, V. Cabe mencionar que esta ficha fue modificada debido a la falta de datos de los pacientes.

A. DISEÑO.

Para la variable de estudio se utilizó como instrumento el cuestionario, conformado por 18 preguntas donde 3 fueron datos del paciente, 10 de características clínicas y 8 características sociodemográfica.

B. PRUEBA DE VALIDEZ

Para el instrumento de recolección de datos se validó por 04 expertos, 02 médicos especialistas en emergencias y desastres, 02 enfermeras especialistas, 01 especialista en unidad de cuidados intensivos UCI, y 01 que es Del Hospital EsSalud Base II Moquegua quienes evaluaron el instrumento como aplicable en el 100% y una validez muy buena (81-100%).

C. PRUEBA DE CONFIABILIDAD.

El cuestionario pasó a una prueba piloto de confiabilidad en una población de 15 pacientes, se aplicó la prueba de confiabilidad de alfa de Cron Bach de 0.86, siendo altamente confiable (ANEXO 5).

3.4. Procedimiento/Técnicas de Análisis de Datos

La data fue constituida en una tabla de Excel 2019, donde se pudo organizar el número de individuos elegidos quienes estuvieron en atención en el año 2021 en el servicio de emergencia, añadiendo el número de historia clínica, DNI, edad, sexo y tipo de diagnóstico.

3.5. Aspectos Éticos

Se presentó el proyecto de tesis a la oficina de grados y títulos, donde evaluaron si el proyecto de tesis cumplía con los requisitos solicitados. Se presentó una solicitud de permiso a la institución donde se hace la investigación de este estudio con los requisitos necesarios para poder aplicar el instrumento y poder recopilar la información de las historias clínicas que fue a través del registro del sistema. Posteriormente fue analizado por el comité de ética de la universidad, donde fue aprobado y emitido por la resolución

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados

4.1.1. Características Sociodemográficas

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021

Características Sociodemográficas	N°	%
Edad Agrupada		
1–10 años	7	2,88%
11–20 años	15	6,17%
21–30 años	26	10,70%
31–40 años	49	20,16%
41–50 años	60	24,69%
51–60 años	45	18,52%
61–70 años	28	11,52%
71–80 años	11	4,53%
81–90 años	2	0,82%
Genero		
Femenino	115	47,33%
Masculino	128	52,67%
Ocupación		
Empleados	152	62,55%
Otros	68	27,98%
Estudiante	19	7,82%
Trabajador de Salud	4	1,65%
Viajes		
No	236	97,12%
Si	7	2,88%
Visitas a Centro de Salud		
Si	2	0,82%
No	241	99,18%
Contacto Sospechoso		
Si	32	13,17%
No	211	86,83%
Visitas a Centro de Abasto		
Si	6	2,47%
No	237	97,53%

Fuente: Base de datos

Según las características sociodemográficas de los pacientes con SARS-CoV-2 Atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021, el análisis de las características de los determinantes sociales de la salud revela que los adultos mayores constituyen el grupo más vulnerable frente a la COVID-19. Debido a ello, el Estado implementó estrategias para asegurar que este grupo etario recibiera todas las vacunas. No obstante, existen personas mayores que, debido a su situación económica precaria, se vieron obligadas a trabajar en la calle y en lugares con gran afluencia de público, como mercados e iglesias. Estas condiciones subyacentes, junto con el envejecimiento, incrementan el riesgo de contagio en este grupo. Además, los adultos mayores representan una parte significativa de la población económicamente activa en Moquegua, ya que muchos continúan trabajando a pesar de su edad. Por otro lado, los niños, adolescentes y jóvenes, así como algunos adultos mayores, permanecieron en casa durante la pandemia.

En cuanto al género, se observó que los hombres fueron más afectados que las mujeres, con un 52.67% de los casos. Esta diferencia sugiere que el género juega un papel importante en la vulnerabilidad al virus. Se ha propuesto que el cromosoma X puede ofrecer una protección especial a las mujeres en eventos virales. Además, en la población moqueguana, los hombres suelen ser los principales trabajadores, lo que aumenta su exposición al virus.

Otro aspecto relevante es la ocupación. Los empleados fueron los más afectados por la COVID-19, dado que muchos trabajos requerían presencialidad, facilitando así la transmisión del virus a sus familias. En el caso del personal de salud, el porcentaje de contagios fue mínimo, ya que era obligatorio que recibieran el esquema completo de vacunación. Sin embargo, hubo casos de contagio entre aquellos trabajadores de salud que no recibieron ninguna dosis de la vacuna.

Este análisis subraya la importancia de considerar las características sociodemográficas y laborales al evaluar el impacto de la COVID-19 y las estrategias de vacunación en diferentes grupos de la población.

4.1.2. Características Clínicas

Tabla 2.
Características Clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021

Características Clínicas	Nº	%
Hospitalización		
Si	68	27,98%
No	175	72,02%
Ventilación Mecánica		
Si	12	4,94%
No	231	95,06%
Evolución		
Si	229	94,24%
No	14	5,76%
Aislamiento		
Si	236	97,12%
No	7	2,88%
Vacunado		
Si	170	69,96%
No	73	30,04%
Tipo de prueba		
Antígeno	133	54,73%
Molecular	27	11,11%
Serológica	83	34,16%
TOTAL	243	100%

Fuente: Base de Datos

La mayoría de los pacientes atendidos en el Hospital EsSalud Base II Moquegua no requirieron hospitalización, con un 72.02% de los casos manejados de forma ambulatoria. Esto sugiere que un gran porcentaje de los pacientes presentaba síntomas leves o moderados que no justificaban la hospitalización. Solo el 27.98% de los pacientes fue admitido al hospital, reflejando una carga moderada sobre los recursos hospitalarios.

En cuanto a la necesidad de ventilación mecánica, solo un pequeño porcentaje de los pacientes (4.94%) requirió este soporte avanzado. La gran mayoría, el 95.06%, no necesitó ventilación mecánica, indicando que los casos severos que comprometían la función respiratoria fueron relativamente pocos.

La evolución clínica de los pacientes fue mayoritariamente favorable, con un 94.24% de los pacientes recuperándose satisfactoriamente. Solo un 5.76% no evolucionó favorablemente, lo que refleja una alta tasa de recuperación entre los atendidos en el servicio de emergencia.

El aislamiento fue una medida casi universalmente implementada, con el 97.12% de los pacientes siendo aislados. Esta práctica es crucial para controlar la propagación del virus y muestra el compromiso del hospital con las medidas de prevención y control de infecciones.

Respecto a la vacunación, un 69.96% de los pacientes había recibido la vacuna contra la COVID-19, lo cual probablemente contribuyó a la alta tasa de evolución favorable observada. Sin embargo, un 30.04% de los pacientes no estaba vacunado, lo que destaca la importancia de continuar los esfuerzos de vacunación.

Finalmente, el tipo de prueba utilizada para el diagnóstico mostró una preferencia por las pruebas de antígeno, utilizadas en un 54.73% de los casos. Las pruebas serológicas y moleculares fueron utilizadas en un 34.16% y 11.11% de los casos, respectivamente. La preferencia por las pruebas de antígeno podría deberse a la necesidad de diagnósticos rápidos y accesibles en el contexto de una emergencia sanitaria.

4.1.3. Signos y síntomas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua–2021

Tabla 3.

Signos y síntomas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021

Signos y Síntomas	N	%
Malestar general	164	68.3%
Dolor de garganta	130	54.2%
Tos	125	52.1%
Cefalea	108	45.0%
Congestión nasal	83	34.6%
Fiebre	77	32.1%
Dificultad respiratoria	49	20.4%
Diarrea	25	10.4%
Nauseas/Vómitos	21	8.8%
Dolor de pecho	14	5.8%
Dolor muscular	12	5.0%
Disnea/Taquipnea	9	3.8%
Escalofrió	6	2.5%
Otros síntomas	4	1.7%
Dolor abdominal	3	1.3%
Irritabilidad/Confusión	2	0.8%
Dolor de articulación	2	0.8%
Exudado faríngeo	2	0.8%
Total	243	100

Fuente: Base de datos

Interpretación:

El análisis de los datos muestra que el **malestar general** fue el síntoma predominante entre los pacientes, afectando al 68.3% de ellos. Este hallazgo es consistente con la naturaleza sistémica de la infección por SARS–CoV–2, que a menudo provoca una sensación generalizada de malestar en el cuerpo, reflejando el impacto global del virus en el organismo.

Los síntomas respiratorios superiores, como el **dolor de garganta** y la **tos**, también fueron comunes, reportados por el 54.2% y 52.1% de los pacientes, respectivamente. Estos síntomas son típicos de muchas infecciones virales, incluidas las infecciones por coronavirus, y su alta prevalencia subraya la importancia de las vías respiratorias superiores como el principal sitio de infección.

La **cefalea** fue otro síntoma frecuente, presente en el 45.0% de los casos. Este dato es significativo, ya que destaca la frecuencia con la que el virus puede provocar síntomas neurológicos, como dolores de cabeza intensos, lo cual es una característica notable de la COVID-19.

La **congestión nasal** y la **fiebre** afectaron al 34.6% y 32.1% de los pacientes, respectivamente. Estos síntomas son indicativos de una respuesta inflamatoria aguda del cuerpo a la infección viral. La fiebre, en particular, es un síntoma clásico que refleja la activación del sistema inmunológico en respuesta al virus.

Un síntoma más preocupante, la **dificultad respiratoria**, fue reportado por el 20.4% de los pacientes. La presencia de este síntoma sugiere una mayor gravedad de la enfermedad en estos casos y puede estar asociado con complicaciones pulmonares, como la neumonía viral, que son características críticas a monitorear en pacientes COVID-19.

Los síntomas gastrointestinales, aunque menos comunes, también estuvieron presentes. **Diarrea** y **náuseas/vómitos** fueron reportados por el 10.4% y 8.8% de los pacientes, respectivamente. Estos síntomas demuestran que la COVID-19 puede afectar no solo el sistema respiratorio sino también el gastrointestinal, ampliando la gama de manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Algunos pacientes presentaron síntomas severos, pero menos frecuentes, como **dolor de pecho** (5.8%), **dolor muscular** (5.0%), y **disnea/taquipnea** (3.8%). Estos síntomas indican una mayor afectación sistémica y pueden requerir una atención médica más intensiva y especializada.

Otros síntomas, aunque menos comunes, como **escalofríos** (2.5%), **dolor abdominal** (1.3%), y **irritabilidad/confusión** (0.8%), reflejan la diversidad de manifestaciones clínicas que puede presentar la COVID-19. Estos síntomas menos frecuentes, junto con casos raros de **dolor de articulación** y **exudado faríngeo** (0.8% cada uno), indican que, aunque infrecuentes, estos signos también pueden presentarse y deben ser considerados en el manejo clínico de la enfermedad.

En conclusión, los datos indican que los pacientes con SARS-CoV-2 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua presentaron una amplia variedad de síntomas, predominando el malestar general, los síntomas respiratorios y la cefalea.

4.1.4. Comorbilidades de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua–2021

Tabla 4.

Comorbilidad de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II Moquegua, 2021

Comorbilidades	Nº	%
Embarazo	1	1.9%
Enfermedad Cardiovascular	21	39.6%
Diabetes	16	30.2%
Enfermedad Hepática	1	1.9%
Enfermedad Neurológica	1	1.9%
Postparto	1	1.9%
VIH	1	1.9%
Enfermedad Renal	1	1.9%
Daño Hepático	1	1.9%
Enfermedad Pulmonar	2	3.8%
Cáncer	2	3.8%
Otras Comorbilidades	5	9.4%
Total	53	100.0%

Fuente: Base de datos

Interpretación:

El análisis de las comorbilidades en pacientes con SARS–CoV–2 revela que una proporción significativa de ellos presentaba condiciones médicas preexistentes, lo cual es un factor crítico a considerar en la gestión clínica y pronóstica de la enfermedad.

La **enfermedad cardiovascular** fue la comorbilidad más común, presente en el 39.6% de los casos. Este alto porcentaje indica que los pacientes con afecciones cardíacas son particularmente vulnerables a la COVID–19, posiblemente debido a la mayor demanda que la enfermedad viral impone sobre el sistema cardiovascular ya comprometido.

La **diabetes** fue la segunda comorbilidad más frecuente, afectando al 30.2% de los pacientes. La diabetes es un factor de riesgo conocido para la gravedad de la COVID–

19, ya que la hiperglucemia y otros desequilibrios metabólicos pueden debilitar el sistema inmunológico y exacerbar la respuesta inflamatoria.

Enfermedades menos comunes, pero presentes en algunos pacientes, incluyeron la **enfermedad pulmonar** y el **cáncer**, cada una con un 3.8% de incidencia. Ambas condiciones pueden complicar el curso de la COVID-19, ya que comprometen la capacidad pulmonar y la respuesta inmunológica, respectivamente.

Otras comorbilidades menos frecuentes fueron el **embarazo**, **enfermedades hepáticas**, **enfermedades neurológicas**, el **postparto**, **VIH**, y **enfermedad renal**, cada una con una incidencia del 1.9%. Aunque estos porcentajes son relativamente bajos, cada una de estas condiciones puede influir significativamente en el manejo y pronóstico de los pacientes con COVID-19. La presencia de **daño hepático** también se reportó en el 1.9% de los pacientes, lo que puede complicar la gestión de la enfermedad debido a la importancia del hígado en la regulación de la respuesta inmunológica y metabólica.

El análisis también identificó que el 9.4% de los pacientes tenía **otras comorbilidades** no especificadas. Esta categoría puede incluir una variedad de condiciones que también pueden afectar la evolución clínica de los pacientes con SARS-CoV-2, subrayando la importancia de un enfoque individualizado en el tratamiento.

En conclusión, los datos indican que una gran proporción de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua tenía comorbilidades significativas, siendo las enfermedades cardiovasculares y la diabetes las más prevalentes. La presencia de estas condiciones médicas preexistentes resalta la necesidad de una atención médica especial y de estrategias de manejo específicas para estos pacientes, dado su mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves asociadas con la COVID-19.

4.2. Asociación entre las características sociodemográficas y características clínicas de pacientes con Sars Cov 19

Tabla 5.

Tabla de contingencia entre la edad del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS-COV-19

		Edad del Paciente				Total	
		Menores de 18 años	de 18 a 30 años	de 31 a 50 años	Mayores de 50 años		
Hospitalización	Si	Recuento	16	17	17	18	68
		% del total	6,6%	7,0%	7,0%	7,4%	28,0%
	No	Recuento	39	43	43	50	175
		% del total	16,0%	17,7%	17,7%	20,6%	72,0%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
Aislamiento	Si	Recuento	54	58	57	67	236
		% del total	22,2%	23,9%	23,5%	27,6%	97,1%
	No	Recuento	1	2	3	1	7
		% del total	0,4%	0,8%	1,2%	0,4%	2,9%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	1	3	3	5	12
		% del total	0,4%	1,2%	1,2%	2,1%	4,9%
	No	Recuento	54	57	57	63	231
		% del total	22,2%	23,5%	23,5%	25,9%	95,1%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	52	55	58	64	229
		% del total	21,4%	22,6%	23,9%	26,3%	94,2%
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	3	5	2	4	14
		% del total	1,2%	2,1%	0,8%	1,6%	5,8%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	23	15	20	22	80
		% del total	9,5%	6,2%	8,2%	9,1%	32,9%
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	19	28	17	22	86
		% del total	7,8%	11,5%	7,0%	9,1%	35,4%
	Más de 4 Síntomas	Recuento	13	17	23	24	77
		% del total	5,3%	7,0%	9,5%	9,9%	31,7%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	19	22	23	17	81
		% del total	7,8%	9,1%	9,5%	7,0%	33,3%
	De 2 a 4 signos	Recuento	19	17	21	21	78
		% del total	7,8%	7,0%	8,6%	8,6%	32,1%
	Más de 4 signos	Recuento	17	21	16	30	84
		% del total	7,0%	8,6%	6,6%	12,3%	34,6%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	15	24	24	27	90
		% del total	6,2%	9,9%	9,9%	11,1%	37,0%
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	18	16	22	23	79
		% del total	7,4%	6,6%	9,1%	9,5%	32,5%
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	22	20	14	18	74
		% del total	9,1%	8,2%	5,8%	7,4%	30,5%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
Vacunación	Si	Recuento	40	35	49	46	170
		% del total	16,5%	14,4%	20,2%	18,9%	70,0%
	No	Recuento	15	25	11	22	73
		% del total	6,2%	10,3%	4,5%	9,1%	30,0%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	25	35	33	40	133
		% del total	10,3%	14,4%	13,6%	16,5%	54,7%
	Molecular	Recuento	5	6	8	8	27
		% del total	2,1%	2,5%	3,3%	3,3%	11,1%
	Serológica	Recuento	25	19	19	20	83
		% del total	10,3%	7,8%	7,8%	8,2%	34,2%
Total		Recuento	55	60	60	68	243
		% del total	22,6%	24,7%	24,7%	28,0%	100,0%

Los datos procesados muestran una visión detallada del estado de los pacientes divididos por grupos de edad y varios indicadores clínicos. En cuanto a la hospitalización, se observa que los pacientes mayores de 50 años tienen la mayor tasa de hospitalización (7.4%), seguidos por los grupos de 31 a 50 años y de 18 a 30 años, ambos con un 7.0%. Los menores de 18 años tienen la menor tasa de hospitalización (6.6%). La mayoría de los pacientes no están hospitalizados (72.0%), con el porcentaje más alto en los mayores de 50 años (20.6%).

El aislamiento es una medida casi universal, con el 97.1% de los pacientes en aislamiento, siendo más frecuente entre los mayores de 50 años (27.6%). Solo un pequeño porcentaje (2.9%) no estuvo en aislamiento, predominando entre los menores de 18 años (0.4%). El uso de ventilación mecánica es bajo (4.9%), con mayor incidencia en los mayores de 50 años (2.1%). La gran mayoría de los pacientes (95.1%) no requirieron ventilación mecánica.

En cuanto a la evolución del paciente, la mayoría se recuperó (94.2%), destacando el grupo de 31 a 50 años con el mayor porcentaje de recuperación (23.9%). Un pequeño porcentaje (5.8%) no se recuperó y falleció, siendo más común entre los pacientes de 18 a 30 años (2.1%). El número de síntomas varía, con un 32.9% de los pacientes presentando menos de 2 síntomas, prevaleciendo entre los menores de 18 años (9.5%). El 35.4% tuvo entre 2 y 4 síntomas, especialmente en el grupo de 18 a 30 años (11.5%), y el 31.7% presentó más de 4 síntomas, con una mayor incidencia en los mayores de 50 años (9.9%).

El análisis de signos clínicos muestra que el 33.3% de los pacientes tuvo menos de 2 signos, siendo más común en los menores de 18 años (7.8%). El 32.1% presentó entre 2 y 4 signos, distribuidos de manera similar entre los grupos de edad, y el 34.6% mostró más de 4 signos, particularmente en los mayores de 50 años (12.3%). En términos de comorbilidades, el 37.0% de los pacientes tenía menos de 2 comorbilidades, siendo más frecuente entre los mayores de 50 años (11.1%). Un 32.5% presentó entre 2 y 4 comorbilidades, predominando en el grupo de 31 a 50 años (9.1%), y el 30.5% tenía más de 4 comorbilidades, con los menores de 18 años siendo los más afectados (9.1%).

La vacunación muestra que el 70.0% de los pacientes estaban vacunados, con el grupo de 31 a 50 años liderando la tasa de vacunación (20.2%). El 30.0% no estaba

vacunado, con los de 18 a 30 años presentando la mayor proporción de no vacunados (10.3%). En relación al tipo de prueba diagnóstica, la prueba de antígeno fue la más común (54.7%), especialmente entre los mayores de 50 años (16.5%). La prueba molecular fue la menos utilizada (11.1%), mientras que la prueba serológica se realizó en el 34.2% de los casos, siendo más común en los menores de 18 años y mayores de 50 años.

En conclusión, los pacientes mayores de 50 años presentan un mayor riesgo de hospitalización, aislamiento, y complicaciones que requieren ventilación mecánica, además de más síntomas y comorbilidades. La vacunación es más común en el grupo de 31 a 50 años, y la mayoría de los pacientes se recuperaron, aunque la mortalidad fue ligeramente mayor en el grupo de 18 a 30 años. La prueba de antígeno fue la más utilizada entre los tipos de pruebas diagnósticas.

Tabla 6.
Tabla de contingencia entre el sexo del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS-COV-19

		Sexo del Paciente		Total		
		Femenino	Masculino			
Hospitalización	Si	Recuento	20	48	68	
		% del total	8,2%	19,8%	28,0%	
	No	Recuento	95	80	175	
		% del total	39,1%	32,9%	72,0%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
Aislamiento	Si	Recuento	114	122	236	
		% del total	46,9%	50,2%	97,1%	
	No	Recuento	1	6	7	
		% del total	0,4%	2,5%	2,9%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	1	11	12	
		% del total	0,4%	4,5%	4,9%	
	No	Recuento	114	117	231	
		% del total	46,9%	48,1%	95,1%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	111	118	229	
		% del total	45,7%	48,6%	94,2%	
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	4	10	14	
		% del total	1,6%	4,1%	5,8%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	35	45	80	
		% del total	14,4%	18,5%	32,9%	
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	43	43	86	
		% del total	17,7%	17,7%	35,4%	
	Más de 4 Síntomas	Recuento	37	40	77	
		% del total	15,2%	16,5%	31,7%	
	Total		Recuento	115	128	243
			% del total	47,3%	52,7%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	34	47	81	
		% del total	14,0%	19,3%	33,3%	
	De 2 a 4 signos	Recuento	37	41	78	
		% del total	15,2%	16,9%	32,1%	
	Más de 4 signos	Recuento	44	40	84	
		% del total	18,1%	16,5%	34,6%	
	Total		Recuento	115	128	243
			% del total	47,3%	52,7%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	40	50	90	
		% del total	16,5%	20,6%	37,0%	
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	42	37	79	
		% del total	17,3%	15,2%	32,5%	
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	33	41	74	
		% del total	13,6%	16,9%	30,5%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
Vacunación	Si	Recuento	83	87	170	
		% del total	34,2%	35,8%	70,0%	
	No	Recuento	32	41	73	
		% del total	13,2%	16,9%	30,0%	
Total		Recuento	115	128	243	
		% del total	47,3%	52,7%	100,0%	
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	55	78	133	
		% del total	22,6%	32,1%	54,7%	
	Molecular	Recuento	13	14	27	
		% del total	5,3%	5,8%	11,1%	
	Serológica	Recuento	47	36	83	
		% del total	19,3%	14,8%	34,2%	
	Total		Recuento	115	128	243
			% del total	47,3%	52,7%	100,0%

Los datos desglosados por sexo del paciente ofrecen una visión detallada de varias dimensiones del estado de salud y la atención recibida. En cuanto a la hospitalización, se observa que los hombres tienen una mayor tasa de hospitalización (19.8%) en comparación con las mujeres (8.2%). En total, el 28.0% de los pacientes fueron hospitalizados, con una mayoría de los no hospitalizados siendo mujeres (39.1%) frente a hombres (32.9%).

En relación al aislamiento, casi todos los pacientes fueron aislados (97.1%), con una distribución similar entre mujeres (46.9%) y hombres (50.2%). Sólo un pequeño porcentaje no estuvo en aislamiento, siendo más común entre los hombres (2.5%) que entre las mujeres (0.4%).

El uso de ventilación mecánica muestra una diferencia significativa entre sexos: solo el 0.4% de las mujeres requirió ventilación mecánica, en contraste con el 4.5% de los hombres. La mayoría de los pacientes no necesitaron ventilación mecánica (95.1%), con una distribución equitativa entre mujeres (46.9%) y hombres (48.1%).

En cuanto a la evolución del paciente, la tasa de recuperación es alta en ambos sexos, con el 45.7% de las mujeres y el 48.6% de los hombres recuperándose, sumando un total del 94.2%. La tasa de fallecimientos fue mayor entre los hombres (4.1%) que entre las mujeres (1.6%).

El número de síntomas presentó una distribución similar entre ambos sexos. El 32.9% de los pacientes tenía menos de 2 síntomas, con un 14.4% en mujeres y un 18.5% en hombres. El 35.4% tenía entre 2 y 4 síntomas, distribuidos equitativamente entre mujeres y hombres (17.7% cada uno). El 31.7% presentó más de 4 síntomas, con una ligera diferencia entre mujeres (15.2%) y hombres (16.5%).

Los signos clínicos también mostraron una distribución equitativa. El 33.3% de los pacientes tenía menos de 2 signos, con un 14.0% en mujeres y un 19.3% en hombres. El 32.1% presentó entre 2 y 4 signos, siendo ligeramente mayor en hombres (16.9%) que en mujeres (15.2%). El 34.6% mostró más de 4 signos, con las mujeres (18.1%) ligeramente más afectadas que los hombres (16.5%).

En términos de comorbilidades, el 37.0% de los pacientes tenía menos de 2 comorbilidades, con un mayor porcentaje en hombres (20.6%) que en mujeres (16.5%). El 32.5% tenía entre 2 y 4 comorbilidades, siendo más frecuente en mujeres (17.3%) que

en hombres (15.2%). El 30.5% tenía más de 4 comorbilidades, con los hombres (16.9%) superando a las mujeres (13.6%).

La vacunación se distribuyó equitativamente, con el 70.0% de los pacientes vacunados: 34.2% mujeres y 35.8% hombres. El 30.0% de los pacientes no estaba vacunado, con una mayor proporción de hombres (16.9%) que de mujeres (13.2%).

Finalmente, en cuanto al tipo de prueba diagnóstica, la prueba de antígeno fue la más común (54.7%), utilizada más por hombres (32.1%) que por mujeres (22.6%). La prueba molecular fue la menos común (11.1%), con una distribución similar entre mujeres (5.3%) y hombres (5.8%). La prueba serológica fue utilizada por el 34.2% de los pacientes, siendo más común entre las mujeres (19.3%) que entre los hombres (14.8%).

En resumen, los hombres muestran una mayor tendencia a la hospitalización, uso de ventilación mecánica y mortalidad en comparación con las mujeres. Sin embargo, la mayoría de los pacientes, independientemente del sexo, fueron aislados, no requirieron ventilación mecánica y se recuperaron. La distribución de síntomas, signos y comorbilidades es relativamente equitativa entre hombres y mujeres, y la vacunación fue alta en ambos sexos. La prueba de antígeno fue la más utilizada, seguida por la serológica y la molecular.

Tabla 7.

Tabla de contingencia entre el país de residencia del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19

			País de Residencia		Total	
			Perú	Portugal		
Hospitalización	Si	Recuento	68	0	68	
		% del total	28,0%	0,0%	28,0%	
	No	Recuento	174	1	175	
		% del total	71,6%	0,4%	72,0%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
Aislamiento	Si	Recuento	235	1	236	
		% del total	96,7%	0,4%	97,1%	
	No	Recuento	7	0	7	
		% del total	2,9%	0,0%	2,9%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	12	0	12	
		% del total	4,9%	0,0%	4,9%	
	No	Recuento	230	1	231	
		% del total	94,7%	0,4%	95,1%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	228	1	229	
		% del total	93,8%	0,4%	94,2%	
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	14	0	14	
		% del total	5,8%	0,0%	5,8%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	79	1	80	
		% del total	32,5%	0,4%	32,9%	
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	86	0	86	
		% del total	35,4%	0,0%	35,4%	
	Más de 4 Síntomas	Recuento	77	0	77	
		% del total	31,7%	0,0%	31,7%	
	Total		Recuento	242	1	243
			% del total	99,6%	0,4%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	80	1	81	
		% del total	32,9%	0,4%	33,3%	
	De 2 a 4 signos	Recuento	78	0	78	
		% del total	32,1%	0,0%	32,1%	
	Más de 4 signos	Recuento	84	0	84	
		% del total	34,6%	0,0%	34,6%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	90	0	90	
		% del total	37,0%	0,0%	37,0%	
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	79	0	79	
		% del total	32,5%	0,0%	32,5%	
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	73	1	74	
		% del total	30,0%	0,4%	30,5%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
Vacunación	Si	Recuento	169	1	170	
		% del total	69,5%	0,4%	70,0%	
	No	Recuento	73	0	73	
		% del total	30,0%	0,0%	30,0%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	133	0	133	
		% del total	54,7%	0,0%	54,7%	
	Molecular	Recuento	27	0	27	
		% del total	11,1%	0,0%	11,1%	
	Serológica	Recuento	82	1	83	
		% del total	33,7%	0,4%	34,2%	
Total		Recuento	242	1	243	
		% del total	99,6%	0,4%	100,0%	

Los datos presentados desglosan el estado de salud y el tratamiento de pacientes según su país de residencia, con una abrumadora mayoría de pacientes provenientes de Perú (99.6%) y solo un paciente de Portugal (0.4%). Esto afecta significativamente la interpretación de los resultados debido a la falta de representatividad de la muestra portuguesa.

En cuanto a la hospitalización, todos los pacientes hospitalizados son de Perú (28.0%), mientras que el único paciente de Portugal no fue hospitalizado. La mayoría de los pacientes peruanos no requirió hospitalización (71.6%).

Respecto al aislamiento, la casi totalidad de los pacientes fue aislada (97.1%), con el único paciente de Portugal también siendo aislado. Solo el 2.9% de los pacientes peruanos no fueron aislados.

El uso de ventilación mecánica fue necesario únicamente para pacientes peruanos (4.9%), mientras que el paciente de Portugal no requirió ventilación mecánica. La gran mayoría de los pacientes no necesitó este tipo de soporte (95.1%).

En términos de evolución, la mayoría de los pacientes se recuperaron (94.2%), incluyendo al paciente portugués. La tasa de fallecimiento se mantuvo en 5.8%, correspondiente solo a los pacientes peruanos.

El número de síntomas mostró que el 32.9% de los pacientes presentaron menos de 2 síntomas, el 35.4% tuvo entre 2 y 4 síntomas, y el 31.7% presentó más de 4 síntomas, con el único paciente portugués teniendo menos de 2 síntomas.

La distribución de los signos clínicos fue similar: el 33.3% de los pacientes presentó menos de 2 signos, el 32.1% tuvo entre 2 y 4 signos, y el 34.6% mostró más de 4 signos. El paciente portugués tuvo menos de 2 signos.

En términos de comorbilidades, el 37.0% de los pacientes tenía menos de 2 comorbilidades, el 32.5% tenía entre 2 y 4 comorbilidades, y el 30.5% tenía más de 4 comorbilidades. El único paciente portugués tenía más de 4 comorbilidades.

La vacunación fue alta, con el 70.0% de los pacientes vacunados, incluyendo al paciente portugués. El 30.0% no estaba vacunado, todos ellos de Perú.

Finalmente, en cuanto al tipo de prueba diagnóstica, la prueba de antígeno fue la más utilizada (54.7%), seguida de la serológica (34.2%) y la molecular (11.1%). El paciente portugués se sometió a una prueba serológica.

En resumen, los datos indican que los pacientes peruanos presentan una amplia gama de condiciones de salud y tratamientos, mientras que el único paciente portugués no fue hospitalizado, estuvo aislado, no requirió ventilación mecánica, se recuperó y se vacunó. Las pruebas diagnósticas utilizadas fueron variadas, predominando las pruebas de antígeno y serológicas. La distribución de síntomas, signos y comorbilidades es diversa, pero se observa una mayor carga en la población peruana debido a su predominancia en la muestra.

Tabla 8.

Tabla de contingencia entre la ocupación del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19

		Ocupación del Paciente						
			Estudiante	Trabajador de salud en laboratorio	Trabajador	Trabajador de salud	Otros	Total
Hospitalización	Si	Recuento	2	0	0	59	7	68
		% del total	0,8%	0,0%	0,0%	24,3%	2,9%	28,0%
	No	Recuento	17	1	2	128	27	175
		% del total	7,0%	0,4%	0,8%	52,7%	11,1%	72,0%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
Aislamiento	Si	Recuento	19	1	2	181	33	236
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	74,5%	13,6%	97,1%
	No	Recuento	0	0	0	6	1	7
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,4%	2,9%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	0	0	0	12	0	12
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%	0,0%	4,9%
	No	Recuento	19	1	2	175	34	231
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	72,0%	14,0%	95,1%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	19	1	2	173	34	229
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	71,2%	14,0%	94,2%
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	0	0	0	14	0	14
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	0,0%	5,8%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	7	1	1	57	14	80
		% del total	2,9%	0,4%	0,4%	23,5%	5,8%	32,9%
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	7	0	1	69	9	86
		% del total	2,9%	0,0%	0,4%	28,4%	3,7%	35,4%
	Más de 4 Síntomas	Recuento	5	0	0	61	11	77
		% del total	2,1%	0,0%	0,0%	25,1%	4,5%	31,7%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	5	1	2	62	11	81
		% del total	2,1%	0,4%	0,8%	25,5%	4,5%	33,3%
	De 2 a 4 signos	Recuento	4	0	0	65	9	78
		% del total	1,6%	0,0%	0,0%	26,7%	3,7%	32,1%
	Más de 4 signos	Recuento	10	0	0	60	14	84
		% del total	4,1%	0,0%	0,0%	24,7%	5,8%	34,6%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	7	1	2	66	14	90
		% del total	2,9%	0,4%	0,8%	27,2%	5,8%	37,0%
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	10	0	0	58	11	79
		% del total	4,1%	0,0%	0,0%	23,9%	4,5%	32,5%
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	2	0	0	63	9	74
		% del total	0,8%	0,0%	0,0%	25,9%	3,7%	30,5%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
Vacunación	Si	Recuento	9	1	2	138	20	170
		% del total	3,7%	0,4%	0,8%	56,8%	8,2%	70,0%
	No	Recuento	10	0	0	49	14	73
		% del total	4,1%	0,0%	0,0%	20,2%	5,8%	30,0%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	10	0	1	105	17	133
		% del total	4,1%	0,0%	0,4%	43,2%	7,0%	54,7%
	Molecular	Recuento	3	0	0	19	5	27
		% del total	1,2%	0,0%	0,0%	7,8%	2,1%	11,1%
	Serológica	Recuento	6	1	1	63	12	83
		% del total	2,5%	0,4%	0,4%	25,9%	4,9%	34,2%
Total		Recuento	19	1	2	187	34	243
		% del total	7,8%	0,4%	0,8%	77,0%	14,0%	100,0%

El análisis de los datos por ocupación del paciente revela diferencias notables en diversas categorías como hospitalización, aislamiento, ventilación mecánica, evolución, síntomas, signos, comorbilidades, vacunación y tipo de prueba utilizada. En cuanto a hospitalización, se observa que la mayoría de los pacientes hospitalizados eran trabajadores de salud (24.3%), seguidos por otros (2.9%) y estudiantes (0.8%). Ningún trabajador ni trabajador de salud en laboratorio fue hospitalizado. En contraste, el 52.7% de los trabajadores de salud no requirieron hospitalización, al igual que el 11.1% de otros pacientes, el 7.0% de estudiantes, el 0.8% de trabajadores y el 0.4% de trabajadores de salud en laboratorio.

En términos de aislamiento, prácticamente todos los pacientes fueron aislados (97.1%). Los pocos pacientes no aislados eran en su mayoría trabajadores de salud (2.5%) y otros (0.4%). Todos los estudiantes, trabajadores y trabajadores de salud en laboratorio fueron aislados, lo que refleja un protocolo de contención riguroso para estos grupos.

El uso de ventilación mecánica fue exclusivo para los trabajadores de salud (4.9%). Ningún estudiante, trabajador, trabajador de salud en laboratorio u otros requirió ventilación mecánica. La gran mayoría de los pacientes no necesitó ventilación mecánica (95.1%), lo cual es positivo en términos de severidad de los casos.

La evolución del paciente muestra una alta tasa de recuperación en todos los grupos, con el 71.2% de los trabajadores de salud recuperándose, seguidos por otros (14.0%), estudiantes (7.8%), trabajadores (0.8%) y trabajadores de salud en laboratorio (0.4%). Los fallecimientos ocurrieron únicamente entre los trabajadores de salud (5.8%), destacando la vulnerabilidad de este grupo frente al virus.

El análisis del número de síntomas reveló que los trabajadores de salud experimentaron una amplia gama de síntomas: el 23.5% presentó menos de 2 síntomas, el 28.4% entre 2 y 4 síntomas y el 25.1% más de 4 síntomas. Los estudiantes, trabajadores y otros mostraron una distribución similar, aunque en menor proporción.

En cuanto al número de signos clínicos, la mayoría de los pacientes presentó más de 4 signos (34.6%), especialmente los trabajadores de salud (24.7%) y otros (5.8%). Los pacientes con menos de 2 signos representaron el 33.3%, siendo nuevamente los trabajadores de salud los más afectados (25.5%).

En relación con las comorbilidades, los pacientes con menos de 2 comorbilidades fueron principalmente trabajadores de salud (27.2%) y otros (5.8%). Aquellos con entre 2 y 4 comorbilidades también fueron mayoritariamente trabajadores de salud (23.9%), lo cual subraya la carga adicional de salud que enfrentan estos profesionales.

La tasa de vacunación fue alta (70.0%), especialmente entre los trabajadores de salud (56.8%). Los no vacunados eran principalmente trabajadores de salud (20.2%) y otros (5.8%), lo que indica una buena adherencia a la vacunación en este grupo crucial para el control de la pandemia.

Por último, la prueba de antígeno fue la más utilizada (54.7%), especialmente por trabajadores de salud (43.2%). Las pruebas serológicas y moleculares fueron menos comunes, con una distribución similar entre los grupos ocupacionales, reflejando las estrategias de diagnóstico predominantes en el contexto estudiado.

En resumen, los trabajadores de salud representan la mayor parte de los casos, con una alta tasa de aislamiento, hospitalización y ventilación mecánica. La recuperación es alta en todos los grupos, pero los trabajadores de salud tienen una tasa de fallecimiento significativa. La distribución de síntomas, signos y comorbilidades varía, pero los trabajadores de salud y otros presentan la mayor carga. La vacunación es generalizada, y las pruebas de antígeno son las más utilizadas.

Tabla 9.

Tabla de contingencia entre el viaje del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19

		Viajes del Paciente		Total	
		No	Si		
Hospitalización	Si	Recuento	67	1	68
		% del total	27,6%	0,4%	28,0%
	No	Recuento	169	6	175
		% del total	69,5%	2,5%	72,0%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
Aislamiento	Si	Recuento	231	5	236
		% del total	95,1%	2,1%	97,1%
	No	Recuento	5	2	7
		% del total	2,1%	0,8%	2,9%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	11	1	12
		% del total	4,5%	0,4%	4,9%
	No	Recuento	225	6	231
		% del total	92,6%	2,5%	95,1%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	222	7	229
		% del total	91,4%	2,9%	94,2%
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	14	0	14
		% del total	5,8%	0,0%	5,8%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	79	1	80
		% del total	32,5%	0,4%	32,9%
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	84	2	86
		% del total	34,6%	0,8%	35,4%
	Más de 4 Síntomas	Recuento	73	4	77
		% del total	30,0%	1,6%	31,7%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	78	3	81
		% del total	32,1%	1,2%	33,3%
	De 2 a 4 signos	Recuento	76	2	78
		% del total	31,3%	0,8%	32,1%
	Más de 4 signos	Recuento	82	2	84
		% del total	33,7%	0,8%	34,6%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	89	1	90
		% del total	36,6%	0,4%	37,0%
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	75	4	79
		% del total	30,9%	1,6%	32,5%
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	72	2	74
		% del total	29,6%	0,8%	30,5%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
Vacunación	Si	Recuento	163	7	170
		% del total	67,1%	2,9%	70,0%
	No	Recuento	73	0	73
		% del total	30,0%	0,0%	30,0%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	131	2	133
		% del total	53,9%	0,8%	54,7%
	Molecular	Recuento	26	1	27
		% del total	10,7%	0,4%	11,1%
	Serológica	Recuento	79	4	83
		% del total	32,5%	1,6%	34,2%
Total		Recuento	236	7	243
		% del total	97,1%	2,9%	100,0%

El análisis de los datos sobre viajes del paciente en relación con su condición de hospitalización, aislamiento, uso de ventilación mecánica, evolución, síntomas, signos, comorbilidades, vacunación y tipo de prueba utilizada revela algunas tendencias interesantes.

En términos de hospitalización, el 27.6% de los pacientes que no viajaron fueron hospitalizados, mientras que solo el 0.4% de los pacientes que viajaron requirieron hospitalización. Esto indica que el viaje no fue un factor significativo para la hospitalización en esta muestra. La mayoría de los pacientes no hospitalizados tampoco viajaron (69.5%).

En cuanto al aislamiento, el 95.1% de los pacientes que no viajaron fueron aislados, y el 2.1% de los pacientes que viajaron también fueron aislados, lo que refleja un protocolo de contención riguroso para todos los grupos. Solo un pequeño porcentaje de pacientes no fue aislado, con un 2.1% para los que no viajaron y un 0.8% para los que sí lo hicieron.

El uso de ventilación mecánica fue ligeramente mayor entre los pacientes que no viajaron (4.5%) en comparación con aquellos que viajaron (0.4%). La mayoría de los pacientes no requirieron ventilación mecánica, con un 92.6% de los que no viajaron y un 2.5% de los que viajaron.

En cuanto a la evolución del paciente, la tasa de recuperación fue alta en ambos grupos: 91.4% para los que no viajaron y 2.9% para los que viajaron. No hubo fallecimientos entre los pacientes que viajaron, mientras que el 5.8% de los que no viajaron no se recuperaron y fallecieron.

En relación con el número de síntomas, los pacientes presentaron una distribución similar en ambos grupos. Los pacientes con menos de 2 síntomas representaron el 32.5% de los que no viajaron y el 0.4% de los que viajaron. Aquellos con entre 2 y 4 síntomas fueron el 34.6% de los que no viajaron y el 0.8% de los que viajaron. Los que presentaron más de 4 síntomas fueron el 30.0% de los que no viajaron y el 1.6% de los que viajaron.

Respecto al número de signos clínicos, los pacientes con menos de 2 signos fueron el 32.1% de los que no viajaron y el 1.2% de los que viajaron. Los pacientes con entre 2 y 4 signos fueron el 31.3% de los que no viajaron y el 0.8% de los que viajaron. Los

pacientes con más de 4 signos fueron el 33.7% de los que no viajaron y el 0.8% de los que viajaron.

En cuanto a las comorbilidades, la mayoría de los pacientes tenían menos de 2 comorbilidades (36.6% de los que no viajaron y 0.4% de los que viajaron). Los pacientes con entre 2 y 4 comorbilidades representaron el 30.9% de los que no viajaron y el 1.6% de los que viajaron. Aquellos con más de 4 comorbilidades fueron el 29.6% de los que no viajaron y el 0.8% de los que viajaron.

En términos de vacunación, el 67.1% de los pacientes que no viajaron estaban vacunados, mientras que el 2.9% de los pacientes que viajaron también estaban vacunados. El 30.0% de los pacientes no vacunados no viajaron, y ninguno de los pacientes no vacunados había viajado.

Finalmente, en relación con el tipo de prueba utilizada, la prueba de antígeno fue la más común (53.9% de los que no viajaron y 0.8% de los que viajaron). La prueba serológica también fue utilizada frecuentemente (32.5% de los que no viajaron y 1.6% de los que viajaron), mientras que la prueba molecular fue la menos utilizada (10.7% de los que no viajaron y 0.4% de los que viajaron).

En resumen, los datos indican que el viaje no fue un factor significativo en la hospitalización, aislamiento, uso de ventilación mecánica o evolución del paciente. La mayoría de los pacientes no viajaron y presentaron una distribución similar en términos de síntomas, signos, comorbilidades y tipo de prueba utilizada. La tasa de vacunación fue alta, especialmente entre los pacientes que no viajaron.

Tabla 10.

Tabla de contingencia entre las visitas a establecimiento de salud del paciente y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19

		Visitas a establecimiento de salud		Total		
		Si	No			
Hospitalización	Si	Recuento	0	68	68	
		% del total	0,0%	28,0%	28,0%	
	No	Recuento	2	173	175	
		% del total	0,8%	71,2%	72,0%	
Total		Recuento	2	241	243	
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%	
Aislamiento	Si	Recuento	2	234	236	
		% del total	0,8%	96,3%	97,1%	
	No	Recuento	0	7	7	
		% del total	0,0%	2,9%	2,9%	
Total		Recuento	2	241	243	
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%	
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	0	12	12	
		% del total	0,0%	4,9%	4,9%	
	No	Recuento	2	229	231	
		% del total	0,8%	94,2%	95,1%	
Total		Recuento	2	241	243	
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%	
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	2	227	229	
		% del total	0,8%	93,4%	94,2%	
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	0	14	14	
		% del total	0,0%	5,8%	5,8%	
Total		Recuento	2	241	243	
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%	
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	1	79	80	
		% del total	0,4%	32,5%	32,9%	
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	0	86	86	
		% del total	0,0%	35,4%	35,4%	
	Más de 4 Síntomas	Recuento	1	76	77	
		% del total	0,4%	31,3%	31,7%	
	Total		Recuento	2	241	243
			% del total	0,8%	99,2%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	1	80	81	
		% del total	0,4%	32,9%	33,3%	
	De 2 a 4 signos	Recuento	1	77	78	
		% del total	0,4%	31,7%	32,1%	
	Más de 4 signos	Recuento	0	84	84	
		% del total	0,0%	34,6%	34,6%	
	Total		Recuento	2	241	243
			% del total	0,8%	99,2%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	1	89	90	
		% del total	0,4%	36,6%	37,0%	
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	1	78	79	
		% del total	0,4%	32,1%	32,5%	
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	0	74	74	
		% del total	0,0%	30,5%	30,5%	
	Total		Recuento	2	241	243
			% del total	0,8%	99,2%	100,0%
Vacunación	Si	Recuento	1	169	170	
		% del total	0,4%	69,5%	70,0%	
	No	Recuento	1	72	73	
		% del total	0,4%	29,6%	30,0%	
Total		Recuento	2	241	243	
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%	
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	1	132	133	
		% del total	0,4%	54,3%	54,7%	
	Molecular	Recuento	0	27	27	
		% del total	0,0%	11,1%	11,1%	
	Serológica	Recuento	1	82	83	
		% del total	0,4%	33,7%	34,2%	
	Total		Recuento	2	241	243
			% del total	0,8%	99,2%	100,0%

El análisis de las visitas a establecimientos de salud en relación con diversas condiciones del paciente muestra una tendencia general de baja frecuencia de visitas a establecimientos de salud, con un impacto mínimo en varios aspectos del estado del paciente.

En cuanto a la hospitalización, solo el 0.8% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud no fueron hospitalizados, mientras que el 28.0% de los pacientes que no visitaron estos establecimientos fueron hospitalizados. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes que fueron hospitalizados no habían visitado un establecimiento de salud previamente.

En términos de aislamiento, el 0.8% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud fueron aislados, en comparación con el 96.3% de los pacientes que no visitaron estos establecimientos. Esto indica que el aislamiento se implementó de manera uniforme, independientemente de las visitas a establecimientos de salud.

El uso de ventilación mecánica muestra que ninguno de los pacientes que visitaron un establecimiento de salud requirió ventilación mecánica, mientras que el 4.9% de los pacientes que no visitaron estos establecimientos sí la necesitaron.

La evolución del paciente indica que el 0.8% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud se recuperaron, en comparación con el 93.4% de los que no visitaron. No hubo fallecimientos entre los pacientes que visitaron establecimientos de salud, mientras que el 5.8% de los que no visitaron fallecieron.

Respecto al número de síntomas, el 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud presentaron menos de 2 síntomas, mientras que el 32.5% de los pacientes que no visitaron presentaron menos de 2 síntomas. Para los pacientes con entre 2 y 4 síntomas, ninguno había visitado establecimientos de salud, comparado con el 35.4% de los que no visitaron. Los pacientes con más de 4 síntomas fueron el 0.4% de los que visitaron y el 31.3% de los que no visitaron.

En relación con el número de signos clínicos, el 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud tuvieron menos de 2 signos, comparado con el 32.9% de los que no visitaron. Los pacientes con entre 2 y 4 signos fueron el 0.4% de los que visitaron y el 31.7% de los que no visitaron. No hubo pacientes con más de 4 signos que

visitaron establecimientos de salud, mientras que el 34.6% de los pacientes que no visitaron presentaron más de 4 signos.

En términos de comorbilidades, el 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud tuvieron menos de 2 comorbilidades, en comparación con el 36.6% de los que no visitaron. Para los pacientes con entre 2 y 4 comorbilidades, el 0.4% había visitado establecimientos de salud, comparado con el 32.1% de los que no visitaron. No hubo pacientes con más de 4 comorbilidades que visitaron establecimientos de salud, mientras que el 30.5% de los pacientes que no visitaron tenían más de 4 comorbilidades.

En cuanto a la vacunación, el 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud estaban vacunados, mientras que el 69.5% de los que no visitaron estaban vacunados. La misma proporción de 0.4% de pacientes no vacunados había visitado establecimientos de salud, comparado con el 29.6% de los que no visitaron.

Finalmente, en relación con el tipo de prueba utilizada, el 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud se sometieron a pruebas de antígeno, mientras que el 54.3% de los que no visitaron se sometieron a este tipo de prueba. Ninguno de los pacientes que visitaron establecimientos de salud se sometió a pruebas moleculares, comparado con el 11.1% de los que no visitaron. El 0.4% de los pacientes que visitaron establecimientos de salud se sometieron a pruebas serológicas, comparado con el 33.7% de los que no visitaron.

En resumen, las visitas a establecimientos de salud fueron mínimas y no parecieron tener un impacto significativo en la hospitalización, aislamiento, uso de ventilación mecánica, evolución del paciente, número de síntomas, signos, comorbilidades, vacunación o tipo de prueba utilizada. La gran mayoría de los pacientes no visitaron establecimientos de salud y presentaron una variedad de condiciones y características clínicas.

Tabla 11.

Tabla de contingencia entre la visita al centro de abasto y las características clínicas del paciente atendido por SARS COV 19

		Visita a centro de abasto		Total		
		Si	No			
Hospitalización	Si	Recuento	3	65	68	
		% del total	1,2%	26,7%	28,0%	
	No	Recuento	3	172	175	
		% del total	1,2%	70,8%	72,0%	
Total		Recuento	6	237	243	
		% del total	2,5%	97,5%	100,0%	
Aislamiento	Si	Recuento	5	231	236	
		% del total	2,1%	95,1%	97,1%	
	No	Recuento	1	6	7	
		% del total	0,4%	2,5%	2,9%	
Total		Recuento	6	237	243	
		% del total	2,5%	97,5%	100,0%	
Ventilación Mecánica	Si	Recuento	0	12	12	
		% del total	0,0%	4,9%	4,9%	
	No	Recuento	6	225	231	
		% del total	2,5%	92,6%	95,1%	
Total		Recuento	6	237	243	
		% del total	2,5%	97,5%	100,0%	
Evolución del Paciente	Recuperado	Recuento	5	224	229	
		% del total	2,1%	92,2%	94,2%	
	No Recuperado – Fallecido	Recuento	1	13	14	
		% del total	0,4%	5,3%	5,8%	
Total		Recuento	6	237	243	
		% del total	2,5%	97,5%	100,0%	
# de síntomas del Paciente	Menos de 2 Síntomas	Recuento	1	79	80	
		% del total	0,4%	32,5%	32,9%	
	De 2 a 4 Síntomas	Recuento	2	84	86	
		% del total	0,8%	34,6%	35,4%	
	Más de 4 Síntomas	Recuento	3	74	77	
		% del total	1,2%	30,5%	31,7%	
	Total		Recuento	6	237	243
			% del total	2,5%	97,5%	100,0%
# de signos del Paciente	Menos de 2 signos	Recuento	1	80	81	
		% del total	0,4%	32,9%	33,3%	
	De 2 a 4 signos	Recuento	2	76	78	
		% del total	0,8%	31,3%	32,1%	
	Más de 4 signos	Recuento	3	81	84	
		% del total	1,2%	33,3%	34,6%	
	Total		Recuento	6	237	243
			% del total	2,5%	97,5%	100,0%
# de condiciones de Comorbilidad	Menos de 2 Comorbilidades	Recuento	1	89	90	
		% del total	0,4%	36,6%	37,0%	
	De 2 a 4 Comorbilidades	Recuento	3	76	79	
		% del total	1,2%	31,3%	32,5%	
	Más de 4 Comorbilidades	Recuento	2	72	74	
		% del total	0,8%	29,6%	30,5%	
	Total		Recuento	6	237	243
			% del total	2,5%	97,5%	100,0%
Vacunación	Si	Recuento	5	165	170	
		% del total	2,1%	67,9%	70,0%	
	No	Recuento	1	72	73	
		% del total	0,4%	29,6%	30,0%	
Total		Recuento	6	237	243	
		% del total	2,5%	97,5%	100,0%	
Tipo de prueba	Antigena	Recuento	2	131	133	
		% del total	0,8%	53,9%	54,7%	
	Molecular	Recuento	2	25	27	
		% del total	0,8%	10,3%	11,1%	
	Serológica	Recuento	2	81	83	
		% del total	0,8%	33,3%	34,2%	
	Total		Recuento	6	237	243
			% del total	2,5%	97,5%	100,0%

El análisis de las visitas a centros de abasto en relación con varias condiciones clínicas de los pacientes arroja una visión clara de cómo estas visitas pueden estar asociadas con diferentes aspectos del estado de salud de los pacientes.

En cuanto a la hospitalización, el 1.2% de los pacientes que visitaron centros de abasto fueron hospitalizados, en comparación con el 26.7% de los pacientes que no visitaron estos centros. Esto muestra que una pequeña fracción de pacientes que visitaron centros de abasto necesitó hospitalización, mientras que una mayor proporción de los que no visitaron centros de abasto fue hospitalizada.

Respecto al aislamiento, el 2.1% de los pacientes que visitaron centros de abasto fueron aislados, frente al 95.1% de los que no visitaron estos centros. Este dato sugiere que la mayoría de los pacientes que no visitaron centros de abasto fueron aislados, lo que podría indicar una relación indirecta entre la visita a centros de abasto y la necesidad de aislamiento.

En términos de ventilación mecánica, ningún paciente que visitó centros de abasto requirió ventilación mecánica, mientras que el 4.9% de los que no visitaron sí la necesitaron. Esto indica que la necesidad de ventilación mecánica fue exclusiva de los pacientes que no visitaron centros de abasto.

Sobre la evolución del paciente, el 2.1% de los pacientes que visitaron centros de abasto se recuperaron, comparado con el 92.2% de los que no visitaron. Solo el 0.4% de los pacientes que visitaron centros de abasto falleció, en comparación con el 5.3% de los que no visitaron.

En cuanto al número de síntomas, el 0.4% de los pacientes que visitaron centros de abasto presentaron menos de 2 síntomas, comparado con el 32.5% de los que no visitaron. Los pacientes con entre 2 y 4 síntomas fueron el 0.8% de los que visitaron y el 34.6% de los que no visitaron. Para los pacientes con más de 4 síntomas, el 1.2% había visitado centros de abasto, mientras que el 30.5% no lo había hecho.

Respecto al número de signos clínicos, el 0.4% de los pacientes que visitaron centros de abasto tuvieron menos de 2 signos, en comparación con el 32.9% de los que no visitaron. Los pacientes con entre 2 y 4 signos fueron el 0.8% de los que visitaron y el 31.3% de los que no visitaron. Para los pacientes con más de 4 signos, el 1.2% visitó centros de abasto, mientras que el 33.3% no lo hizo.

En términos de comorbilidades, el 0.4% de los pacientes que visitaron centros de abasto tuvieron menos de 2 comorbilidades, comparado con el 36.6% de los que no visitaron. Para los pacientes con entre 2 y 4 comorbilidades, el 1.2% había visitado centros de abasto, mientras que el 31.3% no lo había hecho. Los pacientes con más de 4 comorbilidades fueron el 0.8% de los que visitaron y el 29.6% de los que no visitaron.

En cuanto a la vacunación, el 2.1% de los pacientes que visitaron centros de abasto estaban vacunados, frente al 67.9% de los que no visitaron. El 0.4% de los pacientes que visitaron centros de abasto no estaban vacunados, comparado con el 29.6% de los que no visitaron.

Finalmente, en relación con el tipo de prueba utilizada, el 0.8% de los pacientes que visitaron centros de abasto se sometieron a pruebas de antígeno, comparado con el 53.9% de los que no visitaron. Para las pruebas moleculares, el 0.8% de los pacientes que visitaron centros de abasto las realizaron, comparado con el 10.3% de los que no visitaron. En cuanto a las pruebas serológicas, el 0.8% de los pacientes que visitaron centros de abasto se sometieron a ellas, comparado con el 33.3% de los que no visitaron.

En resumen, una minoría de los pacientes visitó centros de abasto, y estas visitas no parecen tener un impacto significativo en la mayoría de las condiciones clínicas, aunque los pacientes que visitaron estos centros presentaron una ligera tendencia a no necesitar hospitalización ni ventilación mecánica y a tener una evolución más favorable en comparación con aquellos que no realizaron tales visitas.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se pudo cumplir con el objetivo general que se planteó de identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Sars–Cov–19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua en el año 2021.

Con respecto a los factores sociodemográficos de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia:

Hallando así que el mayor porcentaje de edad se encuentra ubicado en el intervalo de 41 y 50 años con el 24.7%. Mientras que Velázquez en su estudio realizado en Paraguay, titulado: Características sociodemográficas y factores de riesgo clínico de los pacientes fallecidos por COVID–19 en el Hospital Regional de Ciudad del Este, 2021–2022 en el año 2021, la edad más afectada fueron los pacientes mayores de 60 años con el 60,67%. Una explicación que se puede dar es que la inmunosenescencia, que son los cambios que se producen en el organismo a causa del envejecimiento y que afectan a la inmunidad innata y la adaptativa que estas se encargan de identificar y destruir los agentes infecciosos. Ya que con la edad los linfocitos que se encargan de elaborar anticuerpos y a destruir células tumorales además de controlar las respuestas inmunitarias se encuentran en algunos pacientes defectuosas. Además, que las citosinas tipo 2, como la interleucina–4 y la interleucina–10, son conocidas por su papel en la regulación de respuestas inmunitarias que implican la producción de anticuerpos y la modulación de la inflamación, pero un exceso en la producción de estas citosinas puede debilitar la capacidad del sistema inmunitario para combatir la replicación viral de manera afectiva.

También se observa el género más afectado de los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud base II, donde el porcentaje mayor fue el género masculino con 52.7%, mientras que el género femenino tenía el 47.3%. Resultados similares tuvieron Cuevas y sus investigadores en su artículo titulado ‘Características clínicas y epidemiológicas de la infección por SARS–COV2 en los pacientes internados de un hospital’ donde la población más afectada fue también el género masculino con el 68,1%. Similares resultados encontramos en Velázquez en su estudio realizado en Paraguay, titulado: Características sociodemográficas y factores de riesgo clínico de los pacientes fallecidos por COVID–19 en el Hospital Regional de Ciudad del Este, 2021–2022, donde el 56,71% eran del género masculino. Siendo

diferente a los resultados encontrados por Vargas, et al, donde investigo las características clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 Paraguay, 2020, donde el género femenino fue el más afectado con el 53,2%.

El cromosoma X y las hormonas sexuales femeninas juegan un papel importante en el sistema inmunológico, ya que algunos de estos genes codifican proteínas implicadas en la respuesta inmunitaria, como receptores de células T y citosinas. El género femenino tiene dos copias del cromosoma X (XX), por lo tanto, tienen una ventaja en la respuesta inmune. Además, que los estrógenos han demostrado tener efectos sobre el sistema inmunológico ya que pueden tener efectos antiinflamatorios, lo que modularía la respuesta inmunitaria en diferentes situaciones

Como tercer factor, se describe las ocupaciones de los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, donde la mayoría eran personal de salud siendo así el 77% de la población estudiada. Además, que los estudiantes fueron afectados con el 7.8%. El personal de salud ha sido el grupo más susceptible a contagio ya que fueron los que más se exponían a este virus, además de las comorbilidades que pudieron presentar algunos. Por otro lado, Defaz y los otros investigadores de su estudio titulado ‘Características clínico-epidemiológicas de pacientes con COVID 19, atendidos en unidades operativas en Cantón Salcedo, Ecuador, 2020’ llegaron a la conclusión que los agricultores/comerciantes fueron los más afectados en el 20,8%, además de las amas de casa con el 15,8%, y por último los profesionales de la salud, policías y bomberos con el 11,7%.

En el cuarto factor, se habla sobre los viajes que hicieron los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, evidenciando que el 97,1% no salió de la ciudad, mientras que el 2,9% realizo viajes a diferentes lugares del Perú. No se han encontrado antecedentes en relación al indicador si viajó fuera de la ciudad, sin embargo, al inicio de la pandemia, se limitó los viajes, la población no se desplazaba a ninguna ciudad, donde se atribuía una forma de contagio importante, pero a fecha de la implementación del estudio, como muestran los resultados el 97.1% refiere que no salió de la ciudad.

En el factor quinto, se muestra sobre los pacientes que realizaron visitas a centros de salud, ya sea para la administración de algún tratamiento o para toma de descartes por

el COVID19, demostrando que el 99,2%, no visito algún centro, mientras que el 0,8% lo hizo. Mientras tanto Veliz en su tesis titulada ‘Características clínico–epidemiológicas de los pacientes con COVID–19 moderado y severo a su ingreso en el mes de marzo del año 2021 en el HNCASE’, Arequipa, 2021, donde tuvo como resultado que el 27,99% de pacientes visito un establecimiento de salud y el 72,01% no lo hizo.

Como sexto factor están los contactos sospechosos que tuvieron los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, evidenciando que el 86,8% refería no haber tenido algún contacto sospechoso previo, mientras que el 13,2% pacientes referían que si habían tenido contacto con una persona sospechosa. Resultados diferentes tuvo Olavegogeoascoechea y sus compañeros investigadores en el artículo que realizaron titulado ‘Características epidemiológicas y clínicas de sobrevivientes a infección por SARS–COV–2’ en Argentina, 2022, donde evidenciaban que el 34,4% referían que el sitio de contagio fue en el entorno familiar, el 16,3% referían que se habrían contagiado en el trabajo, el 10,5% en reuniones sociales mientras que el 22,8% desconocían el cómo se habrían contagiado.

Con respecto a los factores clínicos de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia:

Como primer factor, se presenta el número de pacientes hospitalizados por el Sars–Cov–19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, donde evidencia que el 72% de pacientes no fue hospitalizado, sin embargo, el 28% si lo estuvo. Similares resultados tuvieron Flores y sus compañeros investigadores en su tesis titulada ‘Características clínico–epidemiológicas de los pacientes adolescentes con covid–19 en Chota,2021’ donde se tuvo como resultado que el 84,1% de su población de estudio no fue hospitalizada, pero el 15,9% de pacientes si fue hospitalizado. Cabe mencionar que los pacientes no fueron hospitalizados por sus síntomas leves, o no recibieron ventilación mecánica porque no lo necesitaban otro factor que influyó no solo en mencionado hospital si no a nivel nacional fue la ausencia de camas, conllevando esto a referir a estos pacientes a otros hospitales por lo que no se incluye en el registro.

En el segundo factor, se evidencia que el aislamiento de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, el 97,1% de pacientes guardaron el aislamiento correspondiente, mientras que el 2,9% de pacientes no

cumplieron con este. Diferentes resultados tuvieron Veliz en su tesis titulada ‘Características clínico–epidemiológicas de los pacientes con COVID–19 moderado y severo a su ingreso en el mes de marzo del año 2021 en el HNCASE’, donde muestran que el 25,24% de pacientes si realizaron el aislamiento, pero el 74,46%, no guardo aislamiento.

Como tercer factor, se muestra que el 95,1% de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II no recibieron ventilación mecánica, pero el 4,9% si recibió este. Mientras que Vargas y sus compañeros investigadores en Paraguay, 2020, tuvieron como conclusión en su artículo titulado ‘Características clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados por COVID–19’ que el 18,9% de su población estudiada fue hospitalizada y el 10,8% de estos pacientes estuvo con ventilación mecánica por complicaciones que presentaron.

En el cuarto factor se habla sobre la evolución de los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, evidenciando que el 94,2% de pacientes se recuperó, sin embargo, el 5,8% falleció. En la tesis de Carranza, titulada ‘Características clínico epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por COVID–19 en cuidados intensivos’ en Moyobamba, 2021, tuvo como resultado que de su población estudiada el 73,5% se recuperó, pero el 26,5% falleció.

En el quinto factor, se mencionan los signos y síntomas de los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II. Moquegua, se evidencia que el síntoma menos presentado fue malestar general con el 2,1%, pero en la tesis de Choque se muestra que fue el síntoma mayor presentado con el 64,81%, Otro punto es que, en el estudio realizado en Moquegua, los signos y síntomas más presentado fue la irritabilidad, confusión, inyección conjuntival, convulsión, exudado faríngeo, sin embargo, en otros estudios no se mostraron mencionados signos y síntomas.

Como sexto factor, se presentan las comorbilidades de los pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II, evidenciando que el 39.6% presentaban enfermedades cardiovasculares, además de la Diabetes con el 30,2%. Las mismas comorbilidades presento la población de estudio de Weber y sus compañeros investigadores en la tesis titulada ‘Características clínicas y epidemiológicas del SARS–COV–2 de los pacientes atendidos en un hospital en Tabasco– en mayo 2020’,

solo que el porcentaje vario como que el 22,3% de pacientes presento hipertensión arterial también el 16,9% presento diabetes mellitus tipo 2, y que el 23,2% tenía como comorbilidad la obesidad. El virus del Covid 19 afecta las células epiteliales respiratorias al unirse a los receptores de la enzima ACE2. Cabe mencionar que los receptores mencionados están presentes en el corazón, riñón, tracto intestinal, vesícula biliar, tejido adiposo y testículos. Cuando el virus afecta estas células desencadena una respuesta inflamatoria en el organismo y esta respuesta inflamatoria puede ser excesiva lo que lleva a un estado hiperinflamatorio. Por lo tanto, debido a la mayor presencia de ACE2 en estos tejidos puede empeorar las condiciones inflamatorias crónicas preexistentes como la hipertensión arterial. La diabetes también fue uno de los factores más frecuentes en estos pacientes. Autores mencionan que la inmunidad innata de estos pacientes se encuentra dañada. Otro factor de riesgo más frecuente fue la obesidad ya que estos pacientes son más propensos a desarrollar neumonía severa por la elevada expresión de ACE2 en el tejido adiposo.

Como factor número 7, se muestra que el número de pacientes vacunados contra el Sars Cov 19 atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Essalud Base II fueron el 70% con la primera dosis hasta el año 2021, pero el 30% no lo estaba. Resultados diferentes tuvo Olavegogeoascoechea, en su estudio ya que 78,6% de su población estudiada no recibió ni una sola dosis contra el COVID19, pero solo el 4,7% si recibió la primera dosis.

CONCLUSIONES

Esta investigación aporta conocimiento ya que en base a los resultados se podría implementar planes de intervención que podrían solucionar la problemática y así evitar que más pacientes fallezcan o se vean afectados en caso de que el virus vuelva con más fuerza.

Desde la perspectiva de los resultados para determinar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Las características sociodemográficas predominantes en pacientes con Sars Cov 19 son en relación a la edad el grupo de 41–50 años (24.7%); en el género el masculino (52.7%); en la ocupación empleado (62.6%).
- Las características clínicas predominantes en pacientes con Sars Cov 19 son en relación a los síntomas principales: malestar general (68.3%), en relación a las comorbilidades: enfermedades cardiovasculares (39.6%), y en relación a la vacuna el (70.0%) recibió 2 dosis.

RECOMENDACIONES

Los resultados adquiridos en este estudio nos ayudan a poder reflexionar sobre los errores que se pudo tener en función a la prevención, atención y cuidado del paciente con diagnóstico positivo de COVID-19. Se plantean las siguientes recomendaciones:

1. A las autoridades del gobierno regional de Moquegua para que coordine a nivel multisectorial la mejora de educación a la población sobre el conocimiento de las medidas de prevención mediante sesiones educativas a toda la población aprovechando los espacios de concentración de la población y así poder mantener niveles óptimos de cobertura de vacunación.
2. A las autoridades de los establecimientos de salud de la región Moquegua para establecer estrategias que permitan identificar oportunamente factores de riesgo y así poder evitar que más población de riesgo siga falleciendo, además de realizar monitoreo de cobertura rápida y monitoreo cruzado de vacunación.
3. Mejorar el trabajo de los determinantes sociales de la salud a través del cuidado familiar y comunitario utilizando la atención primaria en salud por curso de vida en la familia y comunidad.
4. Les propongo adoptar un enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar tanto la salud física como mental de la población, así como su bienestar social. Además, es crucial fortalecer la capacidad de resiliencia en situaciones de crisis y mejorar la capacidad de detección temprana de los primeros signos de epidemias. Esto nos permitirá estar más preparados para responder de manera ágil y efectiva ante aumentos en la demanda de servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* [Internet]. 2020;109(February):102433. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
2. Pan American Health Organization – World Health Organization. Monthly COVID-19 Epidemiological Update – Region of the Americas – 02 August 2023. 2023;(August):1–10. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/monthly-covid-19-epidemiological-update-region-americas-02-august-2023>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. COVID-19 – Respuesta de la OPS/OMS Reporte 66 [Internet]. Ops/Oms. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-66-17-diciembre-2021>
4. Pan American Health Organization WHO. Actualización epidemiológica, Influenza en el contexto de la pandemia por COVID-19. Vol. 1, Revista Cuidado y Salud Pública. 2021.
5. Salud M de. Ministerio de Salud. 2023. p. 1 Sala situacional de Covid-19 en el Perú. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
6. Ministerio de Salud. Resumen De La Situación Actual Del País: Corte Al 31 De Diciembre; 22:00 Hrs [Internet]. 2021. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus311221.pdf>
7. Gerencia Regional de Salud. Sala Situacional CoVID-19, Region de Salud Moquegua [Internet]. Vol. 23. 2021. Available from: <https://covid19.minsa.gob.pe/>
8. Velazaquez Gonzales C, Casartelli Vall ME. Características sociodemográficas y factores de riesgo clínico de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el Hospital Regional de Ciudad del Este, 2021–2022. *Scielo* [Internet]. 2023;10(2):70–6. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2312-38932023000200070&script=sci_arttext
9. Vargas-Correa A, Mereles EF, Segovia Coronel N, Giménez Ayala A, Santacruz L, Ojeda ML, et al. Clinical-epidemiological characteristics of patients confirmed with COVID-19 from the Department of Alto Paraná, Paraguay. *Rev salud publica del*

- Paraguay [Internet]. 2021;11(1):54–61. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v11n1/2307-3349-rspp-11-01-54.pdf>
10. Burque FO weber, Velázquez–morales BM. Características clínico–epidemiológicas del SARS–COV–2 en pacientes atendidos en el hospital comunitario de Villa la Venta , Huimanguillo , Tabasco , mayo del 2020 a agosto del 2021. 2021;27(3):6. Available from: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/88_1.pdf
 11. María, Adriana Ojeda C, Marianelli LG. Características clínico–epidemiológicas de la infección por SARS–CoV2 en pacientes internados. Rev METHODO [Internet]. 2023;8(2):14. Available from: <https://methodo.ucc.edu.ar/files/vol8/num2/pdf/ART ORIGINAL 2.pdf>
 12. Olavegogeochea P, Gallardo Martinez A, Scapellato J, Federico A. Características epidemiológicas y clínicas de sobrevivientes a infección por SARS– CoV–2: estudio descriptivo. Medwave [Internet]. 2022;22(9):1–16. Available from: https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2581/medwave_2022_2581.pdf
 13. Defaz S, Escobar N, Ausay J, García C. Características Clínico–Epidemiológicas de pacientes COVID 19 atendidos en las unidades operativas del Distrito de Salud 05D06 , cantón Salcedo. Rev Investig Y Desarro [Internet]. 2020;12:27–33. Available from: file:///C:/Users/HP/Downloads/aandrade,+Editor_a+de+la+revista,+C12-051+ARTÍCULO+FINAL-1.pdf
 14. Quintanilla Espinoza BJ, Zorrilla Lizana KD. Factores de riesgo asociados a mortalidad por COVID–19 en pacientes de un hospital de la selva peruana, periodo 2020–2021 [Internet]. Universidad Continental. Universidad Continental; 2022. Available from: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11306>
 15. Medina RCV. Características clínico–epidemiológicas de los pacientes con covid–19 moderado y severo a su ingreso, en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el mes de marzo del año 2021, Arequipa–Perú. [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/8e25922d-9b48-4526-a2a3-75271780074a>
 16. Flores Cruz LM, Hernandez Bercera R. Características clínico–epidemiológicas de los adolescentes diagnosticados con la Covid–19 en la provincia de Chota, 2021

- [Internet]. Universidad nacional Autonoma de Chota. Universidad Nacional Autonoma de Chota; 2022. Available from: <https://repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/313>
17. Carranza Marin EE. Características clínico epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por covid-19 en cuidados intensivos, hospital II-1 Moyobamba, 2021 [Internet]. Universidad Nacional Toribio Rodriguez de Mendoza de Amazonas; 2022. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000400372
 18. Choque Ccama SM. Características clínico-epidemiológicas de pacientes diagnosticados con COVID-19 en el Centro de Salud Crucero – Puno, 2020 y 2021 [Internet]. Universidad Continental; 2021. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11600/1/IV_FCS_502_T E_Choque_Ccama_2022.pdf
 19. Cruz Herrera Sandra Suzzeth. Perfil sociodemográfico y clínico relacionado con la mortalidad en pacientes por la COVID-19 en el Hospital Regional de Moquegua. [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2021. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_80b7315419bae102f33f180fc42adebb/Description#tabnav
 20. Figueredo Borda NRPMNSDVV. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento para los cuidados paliativos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019;8(2):11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000100018&script=sci_arttext&tlng=en
 21. Arredondo Calderón SP, Moreno Arias GP. Factores sociodemográficos y la percepción de los pacientes sobre sus cuidados en un Hospital de Lima Norte, 2017 [Internet]. 2019. Universidad Católica; 2020. Available from: https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/655/Arredondo_Moreno_tesis_bachiller_FCS_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. 2009;25(1):172-8.
 23. Ruggel Anacleto CW. Factores Que Influyen En El Cuidado Humanizado De Enfermería En Pacientes Con Covid-19 En Un Hospital Público 2020 [Internet].

- Universidad Señor de Sipan; 2020. Available from: [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9753/Ruggel Anacleto Wendy Camila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9753/Ruggel_Anacleto_Wendy_Camila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Sánchez Vera KM. Significado del cuidado humanizado a pacientes con COVID-19 para la enfermera de un servicio de emergencia de un hospital de EsSalud [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19400/Sánchez_vk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 25. Murrugarra-Suarez S, Lora-Loza M, Cabrejo-Paredes J, Mucha-Hospinal L, Fernández-Cosavalente H. Factores asociados a mortalidad en pacientes Covid-19 en un Hospital del norte de Perú. *Rev del Cuerpo Médico del HNAAA* [Internet]. 2021;13(4):378–85. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v13n4/2227-4731-rcmhnaaa-13-04-378.pdf>
 26. Wallentin L, Lindbäck J, Eriksson N, Hijazi Z, Eikelboom JW, Ezekowitz MD, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) levels in relation to risk factors for COVID-19 in two large cohorts of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* [Internet]. 2020;41(41):4037–46. Available from: https://watermark.silverchair.com/ehaa697.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAA18wggNbBgkqhkiG9w0BBwagggNMMIIDSAIBADCCA0EGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMWQkPlp7KfzvnT4sTAgEQgiIDEjeN0l8blzdfd9wQNEwXOji02uEj2U_baCJm9iyнкXt5FYm
 27. Cortés AE, García-Ubaque JC, Becerra CE. Behavior by sex and gender of the COVID-19 pandemic in Colombia. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2020;22(6):575–81. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n6/575-581/es>
 28. Meléndez K, Vilcarromero A, Pillaca-Pullo O. La estratificación de la información por sexo en la COVID-19: un eslabón importante en la identificación de riesgos. *Gac Sanit*. 2022;36(1):91–2.
 29. Kloc M, Ghobrial RM, Kubiak JZ. The Role of Genetic Sex and Mitochondria in Response to COVID-19 Infection. *Int Arch Allergy Immunol* [Internet]. 2020;181(8):629–34. Available from: <https://karger.com/iaa/article-pdf/181/8/629/2971785/000508560.pdf>

30. Salud M de. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19 [Internet]. Vol. 1, Scuielo. 2020. p. 12.13. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1008153/RM_448-2020-MINSA.pdf
31. Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, Gioannini C, Litvinova M, Merler S, et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science* (80-) [Internet]. 2020;368(6489):395-400. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/32144116>
32. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382(18):1708-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167538/>
33. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Elsevier* [Internet]. 2020;8(January):19-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7097845/pdf/main.pdf>
34. Queiroz MM, Ivanov D, Dolgui A, Fosso Wamba S. Impacts of epidemic outbreaks on supply chains: mapping a research agenda amid the COVID-19 pandemic through a structured literature review [Internet]. Vol. 319, *Annals of Operations Research*. Springer US; 2022. 1159-1196 p. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10479-020-03685-7>
35. Guo W, Li M, Dong Y, Zhou H, Zhang Z, Tian C, et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2020;36(7):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228407/pdf/DMRR-36-0.pdf>
36. Salud OP de la. Coronavirus. 2023. p. 1 paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
37. Gao Q, Hu Y, Dai Z, Xiao F, Wang J, Wu J. The Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in Jingmen, China. *SSRN Electron J* [Internet]. 2020;2(8):113-22. Available from: <https://weekly.chinacdc.cn/fileCCDCW/journal/article/ccdcw/2020/8/PDF/COVID->

19.pdf

38. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu HHH, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. Elsevier [Internet]. 2020;40(2):11. Available from: <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1801417><https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.11.312><https://www.wjgnet.com><https://doi.org/10.1186/s12911-021-01742-0><https://doi.org/10.1016/j.dld.2020.09.007><https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.002>
39. Whittaker A, Anson M, Harky A. Neurological Manifestations of COVID-19: A systematic review and current update. Acta Neurol Scand [Internet]. 2020;142(1):14-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273036/pdf/ANE-142-14.pdf>
40. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2020;99(7):823-9. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13867>
41. OMS. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020;0(11):1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7258448/>
42. Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, et al. Community transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, shenzhen, China, 2020. Emerg Infect Dis [Internet]. 2020;26(6):1320-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7258448/>
43. Organizacion Mundial de la Salud OP de la S. Organizacion Mundial de la Salud. 2021. Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19. Available from: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted?gclid=Cj0KCQjwuZGnBhD1ARIsACxbAVi5g-sQTo8AKsKmDp15huFquD_Y3GUYIQHoeGyX5QvaZ7HTC8bejsAaAlhCEALw_wcB

44. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2022. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Available from: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQjwuZGnBhD1ARIsACxbAVj3ppIL6viFfhsR_36qPUetzwowIjHr8e4_pujKlpXoDoap2YlrN9MaAjU0EALw_wcB
45. Xu Y, Li X, Zhu B, Liang H, Fang C, Gong Y, et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nat Med* [Internet]. 2020;26(4):502-5. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0817-4>
46. Salazar D, Uzquiano M, Rivera G, Velasco E. Mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2 Transmission mechanisms of SARS-CoV-2. *Acta Nov* [Internet]. 2020;9(5):1683-0768. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0817-4>
47. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2020. Lactancia materna y COVID-19. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>
48. Zhou P, Yang X Lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Natl Libr Med* [Internet]. 2020;579(7798):270-3. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n2/1729-214X-rmh-31-02-125.pdf>
49. Jorge Errecalde, Carlos Eddi, Gustavo Horacio Marin. Covid 19 Etiología, Patogenia, Inmunología, Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. Editorial. UNLP E de la, editor. Argentina; 2020. 113 p. Available from: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/117811/CONICET_Digital_Nro.d3f3b77e-d466-4cdf-985b-9be1831616b5_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
50. Organización Mundial de la Salud OP de la S. Alerta Epidemiológica Nuevo coronavirus [Internet]. Ops/Oms. Washington, D.C.; 2020. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/2020-ene-16-phe-actualizacion-alerta-nuevo-coronavirus-actualizado.pdf>
51. Salud M de. Ministerio de salud. 2024. Vigilancia Prevención y Control de la COVID

19. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/salas-situacionales/enfermedades-transmisibles/covid-19/vigilancia-prevencion-y-control-del-covid-19/>
52. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ* [Internet]. 2020;369:7. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2094.full.pdf>
53. Social IM del S. Algoritmos interinos para la atención del COVID-19 Algoritmos interinos para la atención del COVID-19. *Imss* [Internet]. 2021 Jul;42. Available from: http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Algoritmos_interinos_COVID19_CTEC.pdf
54. Giacomo Spinato, Cristoforo Fabbris, Jerry Polesel, Diego Cazzador, Daniele Borsetto, Claire Hopkins, MA(Oxon) PBR. Alteraciones del olfato o del gusto en pacientes ambulatorios levemente sintomáticos con infección por SARS-CoV-2. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;323(20):3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320008/>
55. Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *Natl Libr Med* [Internet]. 2020;39(5):405-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118652/>
56. Guan W jie, Ni Z yi, Hu Y, Liang W hua, Ou C quan, He J xing, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *Natl Libr Med* [Internet]. 2020;382(18):1708-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118652/>
57. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Elsevier* [Internet]. 2020;395:8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7135076/>
58. World Health Organization (WHO). Manejo de las personas con hipertension y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19. *World Heal Organ* [Internet]. 2020;7. Available from: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_present

acion_resultados.pdf

59. Salud OP de la. Manejo De Las Personas Con Enfermedad Renal Crónica Durante La Pandemia De Covid-19 Consideraciones Para Los Proveedores De Salud. 2013;6. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52378/OPSNMHNVCOVID-19200022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
60. Organization WH. COVID-19 and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and receptor blockers. *Pediatr i Med Rodz* [Internet]. 2020;16(1):2. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332021/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-ACE-I-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
62. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las personas con Diabetes durante la pandemia de COVID-19. *Organ Panam Salud* [Internet]. 2020;1-8. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52382/OPSNMHNVCOVID-19200021_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
63. World Health Organization. Information Note COVID-19 and NCDs. WHO Press World Heal Organ [Internet]. 2020;2. Available from: <https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-and-ncds>
64. Hajifathalian K, Kumar S, Newberry C, Shah S, Fortune B, Krisko T, et al. Obesity is Associated with Worse Outcomes in COVID-19: Analysis of Early Data from New York City. *Obesity* [Internet]. 2020;28(9):7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7283831/pdf/OBY-28-1606.pdf>
65. Li M, Li L, Zhang Y, Wang X. Expression of 2019 Novel Coronavirus Cell Receptor Gene ACE2 in a Wide Variety of Human Tissues. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2020;9(1)(45):1-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7186534/pdf/40249_2020_Article_662.pdf

66. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA – J Am Med Assoc* [Internet]. 2020;323(20):2052–9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>
67. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M, Kim R, Jerome KR, Nalla AK, et al. Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region — Case Series. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2012–22.
68. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Elsevier [Internet]. 2020;395(20):497–506. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>
69. Brooks JT, Beezhold DH, Noti JD, Coyle JP, Derk RC, Blachere FM, et al. Maximizing Fit for Cloth and Medical Procedure Masks to Improve Performance and Reduce SARS-CoV-2 Transmission and Exposure, 2021. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2021;70(7):254–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33600386/>
70. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020;383(27):2603–15.
71. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, Berhane S, Davenport C, Dittrich S, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020;2020(8):131. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32845525/>

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Población y muestra	Diseño metodológico	Instrumento	Recolección y análisis de datos
<p>¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua en el año 2021?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivo General</p> <p>Determinar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua en el año 2021?.</p>	<p style="text-align: center;">Ho: Las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con SARS-COV-19 atendidos en el servicio de emergencia son la edad, la existencia de comorbilidades</p>	<p style="text-align: center;">VI: Características sociodemográficas y clínicas del paciente con SARS-COV-2.</p>	<p>Está conformada por pacientes con diagnóstico de Covid-19 confirmado con pruebas de diagnóstico para COVID-19 que se encuentran en las Historias Clínicas, registrado también en el libro de ingresos del servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua</p>	<p>El tipo de investigación es cuantitativa ya que no trata de determinar la relación de las variables y descriptiva ya que estos estudios muestran la problemática</p>	<p>El cuestionario</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
	<p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> <p>Evaluar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua en el año 2021.</p> <p>Identificar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud Base II Moquegua en el año 2021.</p>						

Anexo 2. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA/CATEGORIA	ESCALA	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS DEL PACIENTE CON SARS-COV-2	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles	EDAD	AÑOS	ORDINAL	
		GENERO	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	NOMINAL	
		PAIS DE RESIDENCIA	PAIS/DEPARTAMENTO/PROVINCIA/DISTRITO	ORDINAL	
		OCUPACION	EMPLEADOS	NOMINAL	
			TRABAJADOR DE SALUD		
			ESTUDIANTE		
			OTROS		
		VIAJES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	NOMINAL	
			SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO	ORDINAL	
		VISITA A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMINAL	
			SI LA RESPUESTA ES SI, NOMBRE DEL EESS	ORDINAL	
		CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN LOS 14 DIAS PREVIOS AL INICIO DE SINTOMAS, SI LA RESPUESTA ES SI, MARQUE SEGÚN CORRESPONDA	<input type="checkbox"/> ENTORNO DE SALUD	NOMINAL	
			<input type="checkbox"/> ENTORNO FAMILIAR		
			<input type="checkbox"/> ENTORNO LABORAL		
	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO				
		<input type="checkbox"/> OTROS, ESPECIFIQUE	ORDINAL		
	VISITA A CENTRO DE ABASTOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	NOMINAL		
		SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAIS/DEPARTAMENTO/ LOCALIDAD DE EXPOSICION	ORDINAL		
	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS DEL PACIENTE CON SARS-COV-2	CARACTERISTICAS CLINICAS Relacion entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad	HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMINAL
			AISLAMIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMINAL
			VENTILACION MECANICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMINAL
		EVOLUCION DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/> RECUPERADO <input type="checkbox"/> NO RECUPERADO <input type="checkbox"/> FALLECIO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	NOMINAL	
			SINTOMAS	<input type="checkbox"/> TOS <input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> CONGESTION NASAL <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FIEBRE/ESCALOFRIO <input type="checkbox"/> MALESTAR GENERAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> NAUSEAS/VOMITOS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD/CONFUSION <input type="checkbox"/> DOLOR MUSCULAR <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO <input type="checkbox"/> DOLOR DE ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> OTROS	NOMINAL
		SIGNOS	<input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> EXUDADO FARINGEO <input type="checkbox"/> INYECCION CONJUNTIVAL <input type="checkbox"/> CONVULSION <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> DISNEA/TAPNUEA <input type="checkbox"/> AUSCULTACION PULMONAR, ANORMAL <input type="checkbox"/> HALLAZGOS ANORMALES EN RX PULMONAR	NOMINAL	
			CONDICIONES DE CORMOBILIDAD	<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPATICA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CRONICA NEUROLOGICA O NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> POST PARTO (< 6 SEMANAS) <input type="checkbox"/> INMUNODEFICIENCIA (INCLUYE VIH) <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL <input type="checkbox"/> DAÑO HEPATICO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA <input type="checkbox"/> CANCER <input type="checkbox"/> OTROS	NOMINAL
		VACUNAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRAR DOSIS, FECHA DE DOSIS Y TIPO DE VACUNA	NOMINAL	
		TIPO DE PRUEBA		ORDINAL	

Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. → G: FEMENINO → → MASCULINO → 2. EDAD: _____

.....

3. LUGAR DE PROCEDENCIA:

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____

4. OCUPACION:

EMPLEADOS → ESTUDIANTE → TRABAJADOR DE SALUD

< OTROS: _____

5. ¿HA VIAJADO EL PACIENTE 14 DIAS ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE SINTOMAS? SI NO

SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO: _____

6. ¿HA VISITADO ALGUN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS 14 DIAS ANTES DEL INICIO DE SINTOMAS? SI NO

SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE VISITO: _____

7. ¿HA TENIDO EL PACIENTE CONTACTO CON UN CASO CONFIRMADO O PROBABLE EN LOS 14 DIAS ANTES DEL INICIO DE LOS SINTOMAS? SI NO → SI LA RESPUESTA ES SI, MARQUE SEGÚN CORRESPONDA:

ENTORNO DE SALUD ENTORNO FAMILIAR LUGAR DE TRABAJO DESCONOCIDO

OTROS, ESPECIFIQUE _____

8. ¿HA VISITADO ALGUN CENTRO DE ABASTOS?

SI NO DESCONOCIDO SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAÍS/DEPARTAMENTO/LOCAL DE EXPOSICIÓN _____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

9. FECHA DE INICIO DE SINTOMAS ____/____/____

10. HOSPITALIZADO: SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: ____/____/____

11. AISLAMIENTO: SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE LA FECHA DE AISLAMIENTO: ____/____/____

12. ¿EL PACIENTE ESTUVO CON VENTILACIÓN MECÁNICA?

SI NO

13. FECHA DE DEFUNCIÓN, SI APLICA

____/____/____

14. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

RECUPERADO NO RECUPERADO

FALLECIDO DESCONOCIDO

15.-SINTOMAS:¶

- TOS¶
- DOLOR-DE-GARGANTA¶
- CONGESTION-NASAL¶
- DIFICULTAD-RESPIRATORIA¶
- FIEBRE/ESCALOFRIO¶
- MALESTAR-GENERAL¶
- DIARREA¶

- NAUSEAS/VOMITOS¶
- CEFALEA¶
- IRRITABILIDAD/CONFUSION¶
- DOLOR-MUSCULAR¶
- DOLOR-ABDOMINAL¶
- DOLOR-DE-PECHO¶
- DOLOR-DE-ARTICULACIONES¶ ¶

16.-SIGNOS:¶

- FIEBRE¶
- EXUDADO-FARINGEO¶
- INYECCION-CONIUNTIVAL¶
- CONVULSION¶
- COMA¶
- DISNEA/TAQUIPNEA¶ ¶
- AUSCULTACION-PULMONAR, ANORMAL¶
- HALLAZGOS-ANORMALES-EN-RX-PULMONAR¶

OTROS,-ESPECIFICAR-_____¶

17.-CONDICIONES-DE-COMORBILIDAD¶

- EMBARAZO¶
- ENFERMEDAD-CARDIOVASCULAR
- DIABETES¶
- ENFERMEDAD-HEPATICA¶
- ENFERMEDAD-CRONICA-O-NEUROLOGICA-O-NEUROMUSCULAR¶
- INMUNODEFICIENCIA-(VIH)¶
- ENFERMEDAD-RENAL¶
- DAÑO-HEPATICO¶
- ENFERMEDAD-PULMONAR-CRONICA¶
- CANCER¶

POST-PARTO (<6 SEMANAS)¶ OTROS,-ESPECIFICAR-_____¶

18.-¿VACUNADO-CONTRA-LA-COVID-19?-SI NO

1ª-DOSIS → → → FECHA-____/____/____ → TIPO-DE-VACUNA _____¶

2ª-DOSIS → → → FECHA-____/____/____ → TIPO-DE-VACUNA _____¶

DOSIS-ADICIONAL → → FECHA-____/____/____ → TIPO-DE-VACUNA _____¶

LABORATORIO¶

PRUEBA-MOLECULAR:-POSITIVO → → NEGATIVO ¶

FECHA-DE-TOMA-DE-MUESTRA-____/____/____-TIPO-DE-MUESTRA____-FECHA-DE-RESULTADO-____/____/____¶

PRUEBA-ANTIGENICA:-POSITIVO → → NEGATIVO ¶

FECHA-DE-TOMA-DE-MUESTRA-____/____/____-TIPO-DE-MUESTRA____-FECHA-DE-RESULTADO-____/____/____¶

Anexo 4. Juicio de Expertos

UNIVERSIDAD CONTINENTAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS"

Por favor marque con una (X) de acuerdo a la opinión que usted considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario sus observaciones.

Título de investigación: "Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II el año 2021-Moquegua"

N°	Ítems	Escala			Observación
		Aplicable 2	Corregir 1	No aplicable 0	
1	EDAD	X			
2	GENERO	X			
3	MASCULINO	X			
4	FEMENINO	X			
5	RESIDENCIA ACTUAL	X			
6	PAIS	X			
7	DEPARTAMENTO	X			
8	PROVINCIA	X			
9	DISTRITO	X			
10	OCUPACION	X			
11	EMPLEADOS	X			
12	TRABAJADOR DE SALUD	X			
13	ESTUDIANTE	X			
15	OTROS	X			
16	VIAJES DEL PACIENTE	X			
17	SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO	X			
18	VISITA A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	X			
	SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE EL NOMBRE DEL EESS	X			
19	CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN	X			

	LOS 14 DIAS PREVIOS AL INICIO DE SINTOMAS	X			
20	SI LA RESPUESTA ES SI, MARQUE SEGÚN CORRESPONDA	X			
21	ENTORNO DE SALUD	X			
22	ENTORNO FAMILIAR	X			
23	ENTORNO LABORAL	X			
24	DESCONOCIDO	X			
25	OTROS	X			
26	VISITA A CENTRO DE ABASTOS	X			
27	SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAIS/DEPARTAMENTO/LOCALIDAD DE EXPOSICION	X			
28	HOSPITALIZACION	X			
29	AISLAMIENTO	X			
30	VENTILACION MECANICA	X			
31	EVOLUCION DEL PACIENTE	X			
32	RECUPERADO	X			
33	NO RECUPERADO	X			
34	FALLECIDO	X			
35	DESCONOCIDO	X			
36	SINTOMAS	X			
37	TOS	X			
38	DOLOR DE GARGANTA	X			
39	CONGESTION NASAL	X			
40	DIFICULTAD RESPIRATORIA	X			
41	FIEBRE/ESCALOFRIO	X			
42	MALESTAR GENERAL	X			
43	DIARREA	X			
44	NAUSEAS/VOMITOS	X			
45	CEFALEA	X			
46	IRRITABILIDAD/CONFUSION	X			
47	DOLOR MUSCULAR	X			
48	DOLOR ABDOMINAL	X			
49	DOLOR DE PECHO	X			
50	DOLOR DE ARTICULACIONES	X			
51	OTROS	X			
52	SIGNOS	X			
53	FIEBRE	X			
54	EXUDADO FARINGEO	X			
55	INYECCION CONJUNTIVAL	X			
56	CONVULSION	X			
57	COMA	X			
58	DISNEA/TAQUIPNEA	X			
59	AUSCULTACION PULMONAR, ANORMAL	X			

60	HALLAZGOS ANORMALES EN RX PULMONAR	X			
61	OTROS	X			
62	CONDICIONES DE CORMOBILIDAD	X			
63	EMBARAZO	X			
64	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	X			
65	DIABETES	X			
66	ENFERMEDAD HEPATICA	X			
67	ENFERMEDAD CRONICA NEUROLOGICA O NEUROMUSCULAR	X			
68	POST PARTO (<6 SEMANAS)	X			
69	INMUNODEFICIENCIA (INCLUYE VIH)	X			
70	ENFERMEDAD RENAL	X			
71	DAÑO HEPATICO	X			
72	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	X			
73	CANCER	X			
74	OTROS	X			
75	VACUNAS	X			
76	SI LA RESPUESTA ES SI, RESTRAR DOSIS, FECHA DE DOSIS DE VACUNA	X			
77	TIPO DE PRUEBA	X			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: *Josef Molina Olvera*

GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Enfermería*

DNI: *40387326*

[Firma]
FIRMA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N ^o	Criterios	Indicadores	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
			0-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					Y
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionados al tema de la investigación					X
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, tiene calidad en la trasmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas de estudio de investigación.					X
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de investigación					Y
8	Coherencia interna	Entre dimensiones , indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de investigación					Y
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación, al proceso del método científico (proceso de investigación).					Y
10	Inducción a la respuesta	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					X

10. OBSERVACIONES: ninguna

11. FECHA Y LUGAR: 29/01/24 - Hospital II Moquegua

Handwritten signature and official stamp of the expert informant. The stamp includes the text: 'Médico Asesor', 'Hospital II Moquegua', and 'E.S. Salud'.

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI:

UNIVERSIDAD CONTINENTAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS"

Por favor marque con una (X) de acuerdo a la opinión que usted considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario sus observaciones.

Título de investigación: "Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II el año 2021-Moquegua"

N°	Ítems	Escala			Observación
		Aplicable 2	Corregir 1	No aplicable 0	
1	EDAD	/			
2	GENERO	/			
3	MASCULINO	/			
4	FEMENINO	/			
5	RESIDENCIA ACTUAL	/			
6	PAIS	/			
7	DEPARTAMENTO	/			
8	PROVINCIA	/			
9	DISTRITO	/			
10	OCUPACION			/	
11	EMPLEADOS			/	
12	TRABAJADOR DE SALUD	/			
13	ESTUDIANTE	/			
15	OTROS			/	
16	VIAJES DEL PACIENTE	/			
17	SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO	/			
18	VISITA A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	/			
	SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE EL NOMBRE DEL EESS	/			
19	CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN	/			

	LOS 14 DIAS PREVIOS AL INICIO DE SINTOMAS	/			
20	SI LA RESPUESTA ES SI, MARQUE SEGUN CORRESPONDA	/			
21	ENTORNO DE SALUD	/			
22	ENTORNO FAMILIAR	/			
23	ENTORNO LABORAL	/			
24	DESCONOCIDO	/			
25	OTROS	/			
26	VISITA A CENTRO DE ABASTOS	/			
27	SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAIS/DEPARTAMENTO/LOCALIDAD DE EXPOSICION	/			
28	HOSPITALIZACION	/			
29	AISLAMIENTO	/			
30	VENTILACION MECANICA	/			
31	EVOLUCION DEL PACIENTE	/			
32	RECUPERADO	/			
33	NO RECUPERADO	/			
34	FALLECIDO	/			
35	DESCONOCIDO	/			
36	SINTOMAS	/			
37	TOS	/			
38	DOLOR DE GARGANTA	/			
39	CONGESTION NASAL	/			
40	DIFICULTAD RESPIRATORIA	/			
41	FIEBRE/ESCALOFRICO	/			
42	MALESTAR GENERAL	/			
43	DIARREA	/			
44	NAUSEAS/VOMITOS	/			
45	CEFALEA	/			
46	IRRITABILIDAD/CONFUSION	/			
47	DOLOR MUSCULAR	/			
48	DOLOR ABDOMINAL	/			
49	DOLOR DE PECHO	/			
50	DOLOR DE ARTICULACIONES	/			
51	OTROS	/			
52	SIGNOS	/			
53	FIEBRE	/			
54	EXUDADO FARINGEO	/			
55	INYECCION CONJUNTIVAL	/			
56	CONVULSION	/			
57	COMA	/			
58	DISNEA/TAQUIPNEA	/			
59	AUSCULTACION PULMONAR, ANORMAL	/			

60	HALLAZGOS ANORMALES EN RX PULMONAR	/			
61	OTROS	/			
62	CONDICIONES DE CORMOBILIDAD	/			
63	EMBARAZO	/			
64	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	/			
65	DIABETES	/			
66	ENFERMEDAD HEPATICA	/			
67	ENFERMEDAD CRONICA NEUROLOGICA O NEUROMUSCULAR	/			
68	POST PARTO (<6 SEMANAS)	/			
69	INMUNODEFICIENCIA (INCLUYE VIH)	/			
70	ENFERMEDAD RENAL	/			
71	DAÑO HEPATICO	/			
72	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	/			
73	CANCER	/			
74	OTROS	/			
75	VACUNAS	/			
76	SI LA RESPUESTA ES SI, RESTRAR DOSIS, FECHA DE DOSIS DE VACUNA	/			
77	TIPO DE PRUEBA	/			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Zapata Ramos Daniel W. Prado

GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

DNI: 04400225


FIRMA
Lic. Exp. Daniel Zapata Ramos
CEP 18766

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N ^o	Criterios	Indicadores	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
			0-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				/	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.				/	
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionados al tema de la investigación				/	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas				/	
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, tiene calidad en la trasmisión de las mismas				/	
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas de estudio de investigación.				/	/
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de investigación					/
8	Coherencia interna	Entre dimensiones , indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de investigación					/
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación, al proceso del método científico (proceso de investigación).					/
10	Inducción a la respuesta	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					/
11	Lenguaje	Esta accede al nivel del que será entrevistado.				/	

5. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

1. Deficiente:
2. Baja:
3. Regular:
4. Buena:
5. Muy Buena:

6. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 4 Buena

7. OBSERVACIONES:

8. FECHA Y LUGAR: Huancayo, 14 de mayo 2024

FIRMA DEL EXPERTO

.....
 Lic. Ent. D. Daniel Ramos
 CEP 18766
 DNI 04400221

UNIVERSIDAD CONTINENTAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS"

Por favor marque con una (X) de acuerdo a la opinión que usted considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario sus observaciones.

Título de investigación: "Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II el año 2021-Moquegua"

N°	Ítems	Escala			Observación
		Aplicable	Corregir	No aplicable	
		2	1	0	
1	EDAD	X			
2	GENERO	X			
3	MASCULINO	X			
4	FEMENINO	X			
5	RESIDENCIA ACTUAL	X			
6	PAIS	X			
7	DEPARTAMENTO	X			
8	PROVINCIA	X			
9	DISTRITO	X			
10	OCUPACION	X			
11	EMPLEADOS	X			
12	TRABAJADOR DE SALUD	X			
13	ESTUDIANTE	X			
15	OTROS	X			
16	VIAJES DEL PACIENTE	X			
17	SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO	X			
18	VISITA A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	X			
	SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE EL NOMBRE DEL EESS	X			
19	CONTACTO CERCAÑO CON UNA PERSONA CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN	X			

	LOS 14 DIAS PREVIOS AL INICIO DE SINTOMAS	X			
20	SI LA RESPUESTA ES SI, MARQUE SEGÚN CORRESPONDA	X			
21	ENTORNO DE SALUD	X			
22	ENTORNO FAMILIAR	X			
23	ENTORNO LABORAL	X			
24	DESCONOCIDO	X			
25	OTROS	X			
26	VISITA A CENTRO DE ABASTOS	X			
27	SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAIS/DEPARTAMENTO/LOCALIDAD DE EXPOSICION	X			
28	HOSPITALIZACION	X			
29	AISLAMIENTO	X			
30	VENTILACION MECANICA	X			
31	EVOLUCION DEL PACIENTE	X			
32	RECUPERADO	X			
33	NO RECUPERADO	X			
34	FALLECIDO	X			
35	DESCONOCIDO	X			
36	SINTOMAS	X			
37	TOS	X			
38	DOLOR DE GARGANTA	X			
39	CONGESTION NASAL	X			
40	DIFICULTAD RESPIRATORIA	X			
41	FIEBRE/ESCALOFRIO	X			
42	MALESTAR GENERAL	X			
43	DIARREA	X			
44	NAUSEAS/VOMITOS	X			
45	CEFALEA	X			
46	IRRITABILIDAD/CONFUSION	X			
47	DOLOR MUSCULAR	X			
48	DOLOR ABDOMINAL	X			
49	DOLOR DE PECHO	X			
50	DOLOR DE ARTICULACIONES	X			
51	OTROS	X			
52	SIGNOS	X			
53	FIEBRE	X			
54	EXUDADO FARINGEO	X			
55	INYECCION CONJUNTIVAL	X			
56	CONVULSION	X			
57	COMA	X			
58	DISNEA/TAQUIPNEA	X			
59	AUSCULTACION PULMONAR, ANORMAL	X			

60	HALLAZGOS ANORMALES EN RX PULMONAR	X			
61	OTROS	X			
62	CONDICIONES DE CORMOBILIDAD	X			
63	EMBARAZO	X			
64	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	X			
65	DIABETES	X			
66	ENFERMEDAD HEPATICA	X			
67	ENFERMEDAD CRONICA NEUROLOGICA O NEUROMUSCULAR	X			
68	POST PARTO (<6 SEMANAS)	X			
69	INMUNODEFICIENCIA (INCLUYE VIH)	X			
70	ENFERMEDAD RENAL	X			
71	DAÑO HEPATICO	X			
72	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	X			
73	CANCER	X			
74	OTROS	X			
75	VACUNAS	X			
76	SI LA RESPUESTA ES SI, RESTRAR DOSIS, FECHA DE DOSIS DE VACUNA	X			
77	TIPO DE PRUEBA	X			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: *Luque Quispe Nelly*
GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *medico emergenciólogo*
DNI: 41801257

Nelly
Dr. Nelly M. Luque Quispe
Médico Emergenciólogo
CC.M.P. 151823
HOSPITAL BASE II MOQUEGUA - ESSALUD

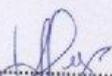
FIRMA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N.º	Criterios	Indicadores	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
			0-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionados al tema de la investigación					X
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, tiene calidad en la trasmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas de estudio de investigación.					X
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de investigación					X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones , indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de investigación					X
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación, al proceso del método científico (proceso de investigación).					X
10	Inducción a la respuesta	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					X

10. OBSERVACIONES: ninguna

11. FECHA Y LUGAR: 29/01/24


 Dr. Netty M. Luque Quispe
 Médico Emergenciólogo
 C.M.A. 51623
 HOSPITAL BASE II MOQUEGUA - ESSALUD
 Moquegua

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI:

UNIVERSIDAD CONTINENTAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

“VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS”

Por favor marque con una (X) de acuerdo a la opinión que usted considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario sus observaciones.

Título de investigación: “Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Sars Cov 19 atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud base II el año 2021-Moquegua”

N°	Ítems	Escala			Observación
		Aplicable 2	Corregir 1	No aplicable 0	
1	EDAD	X			
2	GENERO	X			
3	MASCULINO	X			
4	FEMENINO	X			
5	RESIDENCIA ACTUAL	X			
6	PAIS	X			
7	DEPARTAMENTO	X			
8	PROVINCIA	X			
9	DISTRITO	X			
10	OCUPACION	X			
11	EMPLEADOS	X			
12	TRABAJADOR DE SALUD	X			
13	ESTUDIANTE	X			
15	OTROS	X			
16	VIAJES DEL PACIENTE	X			
17	SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE LOS LUGARES A LOS QUE EL PACIENTE VIAJO	X			
18	VISITA A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	X			
	SI LA RESPUESTA ES SI, MENCIONE EL NOMBRE DEL EESS	X			
19	CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN	X			

	LOS 14 DIAS PREVIOS AL INICIO DE SINTOMAS	y			
20	SI LA RESPUES ES SI, MARQUE SEGÚN CORRESPONDA	x			
21	ENTORNO DE SALUD	x			
22	ENTORNO FAMILIAR	x			
23	ENTORNO LABORAL	x			
24	DESCONOCIDO	x			
25	OTROS	y			
26	VISITA A CENTRO DE ABASTOS	y			
27	SI LA RESPUESTA ES SI, REGISTRE EL PAIS/DEPARTAMENTO/LOCALIDAD DE EXPOSICION	x			
28	HOSPITALIZACION	x			
29	AISLAMIENTO	x			
30	VENTILACION MECANICA	y			
31	EVOLUCION DEL PACIENTE	x			
32	RECUPERADO	y			
33	NO RECUPERADO	x			
34	FALLECIDO	y			
35	DESCONOCIDO	x			
36	SINTOMAS	y			
37	TOS	y			
38	DOLOR DE GARGANTA	x			
39	CONGESTION NASAL	y			
40	DIFICULTAD RESPIRATORIA	x			
41	FIEBRE/ESCALOFRIO	y			
42	MALESTAR GENERAL	y			
43	DIARREA	y			
44	NAUSEAS/VOMITOS	y			
45	CEFALEA	x			
46	IRRITABILIDAD/CONFUSION	x			
47	DOLOR MUSCULAR	y			
48	DOLOR ABDOMINAL	y			
49	DOLOR DE PECHO	y			
50	DOLOR DE ARTICULACIONES	y			
51	OTROS	y			
52	SIGNOS	x			
53	FIEBRE	y			
54	EXUDADO FARINGEO	x			
55	INYECCION CONJUNTIVAL	y			
56	CONVULSION	y			
57	COMA	y			
58	DISNEA/TAQUIPNEA	y			
59	AUSCULTACION PULMONAR, ANORMAL	x			

60	HALLAZGOS ANORMALES EN RX PULMONAR	X			
61	OTROS	x			
62	CONDICIONES DE CORMOBILIDAD	x			
63	EMBARAZO	x			
64	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	x			
65	DIABETES	y			
66	ENFERMEDAD HEPATICA	x			
67	ENFERMEDAD CRONICA NEUROLOGICA O NEUROMUSCULAR	y			
68	POST PARTO (<6 SEMANAS)	x			
69	INMUNODEFICIENCIA (INCLUYE VIH)	x			
70	ENFERMEDAD RENAL	x			
71	DAÑO HEPATICO	y			
72	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	y			
73	CANCER	y			
74	OTROS	y			
75	VACUNAS	y			
76	SI LA RESPUESTA ES SI, RESTRAR DOSIS, FECHA DE DOSIS DE VACUNA	x			
77	TIPO DE PRUEBA	x			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Gabriel Marroquin Yika
GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: Medico Emergencia y desastres
DNI: 45141022

Dr. Gabriel F. Marroquin Yika
Medico Emergencia y Desastres
C.M.F. 96076 A.N.E. 41796
HOSPITAL BASE II MOQUEGUA
EsSalud
FIRMA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N ^o	Criterios	Indicadores	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
			0-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					✓
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					✓
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionados al tema de la investigación					✓
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					x
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, tiene calidad en la trasmisión de las mismas					✓
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas de estudio de investigación.					✓
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de investigación					✓
8	Coherencia interna	Entre dimensiones , indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de investigación					✓
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación, al proceso del método científico (proceso de investigación).					✓
10	Inducción a la respuesta	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					✓
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					✓

10. OBSERVACIONES: Ninguna

11. FECHA Y LUGAR: 29/01/24 - Hospital II Moquegua

Dr. Gabriel F. Marroquín Yika
 Médico Emergencias y Desastros
 C.M.P. 186078 R.N.E. 41798
 HOSPITAL BASE II MOO. ESSALUD

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI:

Anexo 5. Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach ^a	N de elementos
,823	58

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cron Bach si el elemento se ha suprimido
VIAJES	122,13	5,124	,000	823 ^a
VISITASAEES	123,13	5,124	,000	823 ^a
VISITAS A EESS	121,13	5,124	,000	823 ^a
QUE EESS	123,13	5,124	,000	823 ^a
CONTACTO SOSPECHOSO	121,13	5,124	,000	823 ^a
ENTORNO SALUD	122,13	5,124	,000	823 ^a
ENTORNO FAMILIAR	122,13	5,124	,000	823 ^a
ENTORNO LABORAL	122,13	5,124	,000	823 ^a
DESCONOCIDO	122,13	5,124	,000	823 ^a
VISITO ALGUN MERCADO	121,13	5,124	,000	823 ^a
HOSPITALIZACION	121,33	5,524	-,294	658 ^a
AI SLAM IENTO	122,13	5,124	,000	823 ^a
VENTILACION MECANICA	121,13	5,124	,000	823 ^a
EVOLUCION	122,13	5,124	,000	823 ^a
TOS	121,60	4,543	,143	999 ^a
CONGESTION NASAL	121,20	5,171	-,097	793 ^a
DIFICULTAD RESPIRATORIA	121,20	5,171	-,097	793 ^a
FIEBRE	121,27	4,495	,338	1,052 ^a
ESCALOFRIO	121,13	5,124	,000	,823 ^a
MALESTAR GENERAL	121,67	4,381	,220	1,073 ^a
DIARREA	121,20	4,457	,550	1,083 ^a
NAUSEAS/VOMITOS	121,27	4,495	,338	1,052 ^a
CEFALEA	121,60	5,114	-,110	773 ^a
IRRITABILIDAD/CONFUSION	121,13	5,124	,000	823 ^a
DOLOR MUSCULAR	121,20	4,886	,150	899 ^a
DOLOR ABDOMINAL	121,13	5,124	,000	823 ^a
DOLOR DE PECHO	121,13	5,124	,000	823 ^a

DOLOR DE ARTICULACION	121,13	5,124	,000	823 ^a
OTROS	112,13	5,124	,000	823 ^a
EXUDADO FARINGEO	121,13	5,124	,000	823 ^a
INYECCION CONJUNTIVAL	121,13	5,124	,000	823 ^a
CONVULSION	121,13	5,124	,000	823 ^a
COMA	121,13	5,124	,000	823 ^a
DISNEA/TAQUIPNEA	121,20	5,171	-,097	793 ^a
AUSCULTACION PULMONAR	121,13	5,124	,000	823 ^a
HALLAZGOS EN RADIOGRAFIA	121,13	5,124	,000	823 ^a
EMBARAZO	121,13	5,124	,000	823 ^a
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	121,20	5,314	-,216	744 ^a
DIABETES	121,20	4,743	,279	957 ^a
ENFERMEDAD HEPATICA	121,13	5,124	,000	823 ^a
ENFERMEDAD NEUROLOGICA	121,13	5,124	,000	823 ^a
POSTPARTO	121,13	5,124	,000	823 ^a
VIH	121,13	5,124	,000	823 ^a
ENFERMEDAD RENAL	121,13	5,124	,000	823 ^a
DAÑO HEPATICO	121,13	5,124	,000	823 ^a
ENFERMEDAD PULMONAR	121,13	5,124	,000	823 ^a
CANCER	121,13	5,124	,000	823 ^a
OTRAS CORMOBILIDADES	109,13	5,124	,000	823 ^a
VACUNADO	121,87	5,410	-,233	686 ^a
PRIMERA DOSIS	121,87	5,410	-,233	686 ^a
TIPO DE VACUNA	120,33	5,810	-,375	325 ^a
SEGUNDA DOSIS	121,80	5,457	-,251	666 ^a
TIPO DE VACUNA	120,53	5,838	-,383	304 ^a
VACUNA ADICIONAL	122,13	5,124	,000	823 ^a
FECHA DE VACUNA ADICIONAL	122,13	5,124	,000	823 ^a
TIPO DE PRUEBA	121,07	6,924	-,538	209 ^a
MUESTRA	121,33	5,381	-,228	649 ^a

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre elementos. Esto viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Podría desea comprobar las codificaciones de elemento.

Anexo 7. Documento de Aprobación por el Comité de Ética



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Huancayo, 16 de setiembre del 2023

OFICIO N°0585-2023-CIEI-UC

Investigadores:

MUÑOZ ESTRAVER PATRICIA NICOLLE

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES GRAVES CON SARS COV 19 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD BASE II EN EL AÑO 2021-MOQUEGUA.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente



Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C. c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 8. Permiso Institucional

	PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	Departamento de Salud EsSalud		EsSalud Perú saludable
---	---	---	---	----------------------------------

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

CARTA N° 331-DRAMQ-ESSALUD-2023

Moquegua, 06 SEP. 2023

BACH. PATRICIA NICOLLE MUÑOZ ESTRAVER
MOQUEGUA, -

ASUNTO: AUTORIZO DAR FACILIDADES PARA APLICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS A FAVOR DE LA BACH. PATRICIA NICOLLE MUÑOZ ESTRAVER

REF.: a) SOLICITUD SIN DE BACH. PATRICIA MUÑOZ ESTRAVER
b) NOTA N° 494-UPCRM-OPC-DRAMQ-ESSALUD-2023
c) INFORME N° 009-CIEI-HBIIM-RAMQ-ESSALUD-2023

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y manifestarle que con documento a) de la referencia su persona **PATRICIA NICOLLE MUÑOZ ESTRAVER**, Bachiller de la Carrera Profesional de Enfermería de la Universidad Continental en la Sede Huancayo, solicita se le otorgue permiso para tomar datos de las historias clínicas de los pacientes graves con **SARS COV-19**, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Base II Moquegua. Motivo por lo que solicita se le otorgue permiso para realizar Trabajo de Investigación en su Proyecto titulado "**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES GRAVES CON SARS COV-19 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL AÑO 2021**".

Con documento b) de la referencia se remite el documento a) de la referencia al Dr. David Trujillo Mendoza, Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Moquegua para su revisión y aprobación.

Con documento c) de la referencia el Dr. David Trujillo Mendoza, Presidente del Comité de Ética en Investigación, informa que el Proyecto de Tesis cuenta con las normas establecidas en la **DIRECTIVA N° 03-IETSI-ESSALUD-2019 V 01**, directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud, para lo cual da la aprobación del proyecto de tesis en mención.

Al estar lo solicitado conforme este despacho **AUTORIZA** darle facilidades a la **Bach. PATRICIA NICOLLE MUÑOZ ESTRAVER** para el acceso a los archivos de Historias Clínicas en el Hospital Base II Moquegua, contará con el apoyo del Jefe de la Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias, Contrareferencias y la Jefa de la Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital Base II Moquegua, quienes le brindarán todas las facilidades.

Urb. Capillone R. 26
CPM San Francisco - Moquegua
www.essalud.gob.pe

 **Siempre**
con el pueblo

