



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Perfil epidemiológico de la población que acude a una campaña
de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica, 2021**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS

VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR

Huaraca De los Santos, Edgar Moises (0000-0002-7320-2610)

ASESOR(ES)

Guillen Ponce, Norka Rocío (0000-0001-5298-8143)

Correa López, Lucy Elena (0000-0001-7892-4391)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Huaraca De los Santos, Edgar Moisés

DNI: 72381895

ORCID: 0000-0002-7320-2610

Datos de asesor

ASESOR: Guillen Ponce, Norka Rocío

DNI: 29528228

ORCID: 0000-0001-5298-8143

Datos de asesor

ASESOR: Correa López, Lucy Elena

DNI: 42093082

ORCID: 0000-0001-7892-4391

Datos del jurado

PRESIDENTE: Acosta Ramos, Delfín Rudorico

DNI: 29282145

ORCID: 0000-0001-8061-4843

MIEMBRO: Sebastián Ayala, Hermes Raúl

DNI: 06628263

ORCID: 0000-0003-4496-7937

MIEMBRO: Luna Muñoz, Consuelo del Rocío

DNI: 29480561

ORCID: 0000-0001-9205-2745

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por siempre apoyarme en este largo proceso de aprendizaje. Agradezco también a mis asesoras por siempre dilucidar mis dudas durante el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

*A mi madre y padre quienes
siempre están apoyándome.*

*A mis hermanas que siempre
me alientan con su ejemplo.*

RESUMEN

Introducción: En el Perú debido a la enfermedad por COVID-19 se ha enfocado gran parte de recursos en los centros de cuidados intensivos, dejando de lado los centros de atención primaria, los cuales constituyen la primera línea de atención de la población. Asimismo se realizan procedimientos para el control de pandemias, incluso brindar información relevante para la determinación de la distribución de vacunas para estrategias de inmunización. Por este motivo es vital tener un informe del estado de salud poblacional a través de un perfil epidemiológico.

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de la población que acudió a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, con componentes analíticos. La población se compone de un total de 289 historias clínicas obtenidas al aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Del total de la población (289), 64,7% eran de sexo femenino y 35,3% de sexo masculino. Asimismo la mayor frecuencia de pacientes sexo femenino refirieron haber tenido COVID-19 (8,3%). La mayoría de casos COVID-19 fue entre las edades de 15 a 59 años (37%). La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (26,6%). En los casos de COVID-19 se encontró con mayor frecuencia los siguientes síntomas y signos: disnea (4,5%), mialgia (4,2%), tos (3,1%) y rinorrea (3,1%). El 19,7% de pacientes refirieron haber recibido la vacuna contra COVID-19. Las patologías más frecuentes fueron la patología respiratoria (26,3%), del aparato locomotor (25,3%), endocrinológicas (12,1%) cardiovasculares (11,1%) e infecciosas (11,1%). Se encontró significancia estadística en las variables no comorbilidad ($p = 0,014$; IC 95 [0,208-0,853]; OR = 0,421), obesidad ($p = 0,010$; IC 95% [1,228-5,161] OR = 2,518) y disnea ($p = 0,000$; IC 95 [4,052-22,980]; OR = 9,649).

Conclusiones: Se encontró predominancia de pacientes de sexo femenino, de edad entre 15 a 59 años. La obesidad fue la comorbilidad más frecuente. Las patologías más frecuentes fueron las respiratorias. Se encontró que la ausencia de comorbilidades está

asociada a COVID-19 como un factor protector, mientras que la disnea y la obesidad mostraron una asociación de riesgo.

Palabras clave: Perfil epidemiológico, COVID-19. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Due to the COVID-19, the government has focus most of its resources at intensive care units, putting aside the primary care centers. Important procedures are performed in these centers in order to control pandemics, including bringing relevant information to determine the distribution of vaccines for immunization strategies. For this reason, it is vital to have a health status of the population through a health profile.

Objective: To determine the health profile of the population that attended at an integral health campaign in times of COVID-19.

Methods: An observational, descriptive, with analytics components study was carry out. A population of 289 medical records that accomplish inclusion and exclusion criteria were included.

Results: 64.7% of the population were women meanwhile 35.3% were men. The majority of patients who referred COVID-19 were women (8.3%). COVID-19 was mostly find among the ages of 15-59 years old (37%). The most frequent comorbidity was obesity (26.6%). Dyspnea (4.5%), myalgia (4.2%), cough (3.1%) and runny nose (3.1%), were the most frequent signs and symptoms. Only 19.7% of patients received the vaccine against COVID-19. Respiratory (26.3%), musculoskeletal (25.3%), endocrinology (12.1%), cardiovascular (11.1%) and infectious (11.1%) were the most frequents pathologies among patients. The absence of comorbidities was associated as a protective factor ($p = 0,014$; $OR = 0,421$; $IC\ 95 [0,208-0,853]$). On the contrary, dyspnea ($p = 0,000$; $OR = 9,649$; $IC\ 95 [4,052-22,980]$) and obesity ($p = 0,010$; $IC\ 95\%, OR = 2,518$; $[1,228-5,161]$) were associated as risk factors.

Conclusions: The majority of population were women. Among comorbidities, obesity was the most frequent. Among pathologies, respiratory pathologies were the most common. The fact of not having any comorbidity was associated as a protective factor for COVID-19. On the other hand, obesity and dyspnea were associated as risks factors for COVID-19.

Key words: Health, COVID-19. (MESH)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
DEDICATORIA	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN	9
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA	10
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	10
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNAICONALES	12
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	16
2.2. BASES TEÓRICAS	18
CAPITULO III: VARIABLES	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	24
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	25
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	25
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
5.1. RESULTADOS	27
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
6.1. CONCLUSIONES	38
6.2. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	46
LISTA DE TABLAS	60

INTRODUCCIÓN

Actualmente la infección por COVID-19 sigue predominando como la enfermedad con mayor tasa de muerte a causa de un solo agente infectante. Esta pandemia también ha desencadenado una serie de interrupciones en los servicios de salud a nivel mundial. (1) Especialmente en Latinoamérica donde ha dejado al descubierto las debilidades de los sistemas de salud. (6)

Se ha informado que esta enfermedad afecta severamente a las personas con padecimientos crónicos no transmisibles entre ellos hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. (2)

Específicamente en Perú además de contar con un sistema de salud fragmentado, se tiene una baja tasa de médicos por población (13,6 médicos por cada 10 000 personas). Esto afecta gravemente a los centros de salud primarios que son los que cuentan. (7)

Es aquí donde entra a tallar el perfil epidemiológico brindando una visión global del estado de salud de una población (21) a los centros atención primaria, donde se efectúan actividades ligadas al control de la pandemia, como por ejemplo en estos últimos años la implementación de planes de vacunación contra el COVID-19 a nivel nacional. (6)

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente la pandemia de la COVID-19 se ha posicionado como la primera causa de muerte debido a un único patógeno a nivel mundial, ubicándose antes de la Tuberculosis, la cual se encontraba en primer lugar, por encima del VIH/SIDA. Esto ha provocado una disrupción en los servicios de salud, los cuales se han enfocado en el manejo de la COVID-19, dejando de lado la atención a otras patologías (1). Esta disrupción es particularmente preocupante para las personas que sufren de enfermedades no transmisibles. Dentro de este grupo de patologías podemos encontrar por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas; las cuales incrementan el riesgo de los pacientes que las padecen de presentar un cuadro de infección severa por COVID-19 (2). Es por esto que al conocer la cantidad de personas con mayor riesgo de sufrir de COVID-19 con síntomas graves, se puede sustentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las enfermedades crónicas, así como orientar la distribución de vacunas (4).

Desde el punto de vista regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), América Latina y el Caribe se encuentra en una crisis sanitaria prolongada. Concomitante a esta crisis un persistente deterioro del desarrollo social, que inicio desde que se confirmó el primer caso por enfermedad de COVID-19 en esta región OMS. Reportes indican que América Latina y el Caribe abarcan más de 44 millones de casos y casi 1,5 millones de muertes por COVID-19. Esto ha producido un efecto desproporcionado en donde encontramos que la región América Latina y el Caribe a pesar de solo contener el 8,4% de la población mundial, abarca el 20% de casos y el 30% de muertes por COVID-19 del total mundial registrado por la OMS (6).

Por su parte en Perú, las medidas sanitarias impuestas por el gobierno en los primeros meses de pandemia fueron el aislamiento y el distanciamiento social.

Así mismo enfocándose también en las unidades de cuidado intensivo con ventiladores y las muertes por COVID-19. Mientras que se ha dejado de lado el enfoque comunitario de la medicina preventiva, de los determinantes económicos, sociales y la Atención Primaria de Salud. Por lo tanto no se ha tenido en cuenta una priorización del diagnóstico precoz y la búsqueda activa del virus, tampoco se ha tomado en cuenta el organizar los cuidados médicos y de salud en los lugares de aislamiento. La escasez de insumos y de recursos tecnológicos ha sido determinante en la decisión del gobierno al momento de destinar los pocos recursos que tiene a las áreas encargadas de la parte final de la enfermedad, es decir en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de alta complejidad, dejando de lado el enfoque comunitario. Sin embargo se puede constatar que el sistema hospitalario se encuentra al borde del colapso (3).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico de la población que acude a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19?

1.3. Línea de investigación

Línea de investigación en la Universidad Ricardo Palma, Área de conocimiento medicina: Medicina del estilo de vida, medicina preventiva y salud pública.

1.4 Justificación de la investigación

En estos últimos años la pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto lo inestable y frágil que son los sistemas de salud no solo a nivel nacional, sino a nivel de toda Latinoamérica, afectando gravemente a las personas que sufren de ciertas comorbilidades. Esto se puede constatar con la redistribución de recursos hacia los servicios de UCI, específicamente con la implementación de ventilación mecánica, dejando desprovistos de recursos a los servicios de atención primaria. Son estos últimos los que cumplen un rol fundamental en las estrategias de atención primaria de salud ya que están ligados al control de la pandemia a

través de por ejemplo la realización de pruebas de testeo, trazabilidad y aislamiento, observándose en estos últimos años la implementación de planes a nivel nacional de vacunación contra la COVID-19. (6)

Las necesidades de atención a enfermedades crónicas y de controles se ha visto seriamente afectada por el desarrollo de la pandemia, es por este motivo que se planteó realizar este proyecto de investigación, dado que no se encuentran perfiles epidemiológicos realizados en campañas de salud, en especial en esta que se vio enfocada en captar tanto la población pediátrica como la población adulta mayor. Todo esto con el fin de obtener una aproximación del estado de salud en el marco de la pandemia de la COVID-19 en la cual nos encontramos actualmente y asimismo brindar una base de datos para futuros estudios relacionados con el tema.

1.5 Delimitación del problema

Personas que se atendieron en la campaña de salud integral organizada por el Policlínico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en conjunto con el Área de Extensión Cultural y Proyección Social en Subtanjalla, Ica, durante en octubre del año 2021.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

- Determinar el perfil epidemiológico de la población que acude a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19.

1.6.2 Específico

- Identificar las patologías más recurrentes de la población que acudió a la campaña de salud integral.
- Describir las comorbilidades más frecuentes que se presentaron de la población que acudió a la campaña de salud integral.

- Determinar la prevalencia de COVID-19 de la población que acudió a la campaña de salud integral.
- Indicar la prevalencia de vacunados contra COVID-19 de la población que acudió a la campaña de salud integral.
- Identificar la edad y sexo de la población que acudió a la campaña de salud integral.
- Describir los signos y síntomas más frecuentes de la población que acudió a la campaña de salud integral.
- Determinar las comorbilidades asociadas a COVID-19.
- Determinar los signos y síntomas asociados a COVID-19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Bernardino, Fabiane Blanco Silva et al. En el 2021 en su investigación: “Epidemiological profile of children and adolescents with COVID-19: a scooping review”, en la cual no se remarcaron las características sociodemográficas (raza/color, educación y/o condiciones económicas), se incluyeron treinta y dos artículos, teniendo como rango de edad desde recién nacidos hasta los 18 años; se encontraron los siguientes síntomas: fiebre, tos, diarrea, asintomático, disnea, vómitos, dolor de garganta, congestión nasal, fatiga, dolor abdominal, taquicardia, inapetencia/intolerancia a alimentos, eritema/urticaria y dolor de cabeza. También encontraron tres casos de muertes, de los cuales solo en dos se especifican antecedentes siendo el primero un paciente sin edad especificada con una condición/enfermedad debido a función alterada de hígado y el otro paciente de 10 meses de edad con Hidronefrosis con Leucemia. (8)

Aguilar-Martín, Ignacio et al. En el 2021 en su estudio “Perfil clínico y epidemiológico de los residentes infectados de COVID-19 en instituciones sociosanitarias medicalizadas y su evolución durante la pandemia”, donde se tuvo una población de 86 personas, encontraron que la mayoría eran de sexo femenino (70,9%) de 84 años \pm 8,4 de desviación estándar. Entre las comorbilidades más frecuente se hallaron las comorbilidades neurológicas (84,9%), cardiovasculares (59,3%) y osteomusculares (68,6%). También destacaron las variables de grado de dependencia total (34,9%), el deterioro cognitivo grave (46,5%) y un elevado porcentaje de pacientes pluripatológicos (50%) con fragilidad elevada. (9)

Ben Jmaa, Maissa et al. En el 2022 en su estudio: “Epidemiological profile and performance of triage decision-making process of COVID-19 suspected cases in southern Tunisia”, investigaron en una población de 862 pacientes, de la cual la

mayoría era de sexo masculino con 515 pacientes (59,7%) y una edad media de 39 años (IQR = [29.5–54.8]). Las comorbilidades más frecuentemente reportadas fueron enfermedad respiratoria crónica (24,9%), hipertensión arterial (20,6%) y enfermedad cardiovascular (17%). Con respecto a los síntomas clínicos comúnmente reportados fueron tos seca (40,8%), cefalea (33,9%), fiebre (32,1%), sequedad de garganta (30,6%), y disnea en reposo (30,6%). También se describe en menor porcentaje los siguientes síntomas: disnea de esfuerzo (15,4), tos productiva (19,6), diarrea (18), artralgia (16,8), escalofríos (15,9), vómitos (15,4), mialgia (12,9) y rinorrea. (10)

Camara, Emmanuel et al. En el 2020 en su estudio “Profil épidémiologique et clinique des enfants atteints de la maladie à coronavirus (COVID-19) au Centre de Traitement des Epidémies et Prévention des Infections (CTEPI) du CHU de Donka à Conakry”, se obtuvo una población de 189 pacientes entre un rango de edad de 0-16 años con un edad media de 7,19 años, con una predominancia de sexo femenino (ratio de 1,52). Se señaló como antecedentes Drepanocitosis (n=5; 2,65%), rinitis alérgica (n=3; 1,59%), dermatitis atópica (n=1; 0,53%) y Nefroblastoma (n=1; 0,53%). Con respecto al motivo de consulta se encontró: fiebre (21%), congestión nasal (37%), tos (13,23%), cefalea (16,4%), vómitos (3,17%), disnea (2,12%), dolor de garganta (4,76%), otalgia (3,17%), inyección ocular (1,59%), prurito ocular (1,59%), dolor abdominal (5,29%), entumecimiento (4,76%), astenia física (3,7%), anosmia (2,12%), anorexia (2,12%), ageusia (0,53%) y escalofríos (0,53%). (12)

Sousa, Claudia Dobes Kawatake de et al. En el 2021 en su investigación “Epidemiological profile of COVID-19 in the State of Espírito Santo, Brazil, from march 2020 to june 2021”, se obtuvo una población de 524 496 casos confirmados de COVID-19, de los cuales 11 516 fallecieron. Se encontró una predominancia de sexo femenino en el grupo de casos confirmados (53,48%) y de sexo masculino en los fallecidos (54,71%). Asimismo un mayor porcentaje de casos confirmados entre las edades de 30-39 años y de fallecidos entre los pacientes adultos mayores (60-69 años - 24.85%; 70 a 79 años - 24.85%; 80 a más - 23.11%). Se reportaron comorbilidades en 126,981 casos y 12,324 en fallecidos por COVID-19. Entre las comorbilidades reportadas la de mayor

prevalencia fueron las cardiovasculares (54.37% casos; 49.13% fallecidos), seguido por diabetes (19.95% casos; 26.19% fallecidos) y obesidad (9.34% casos; 9.19% fallecidos). (13)

Haw, N.J.L. et al. En el 2020 en su estudio “Epidemiological profile and transmission dynamics of COVID-19 in the Philippines” contaron con una población de 8 212, de los cuales 768 fallecieron y 2 988 se recuperaron. Se encontró que la mayoría fueron mujeres (46,2%). La edad media de los casos, muertes y recuperados fueron de 46 años (IQR 32–61), 66 años (IQR 57–74) y 46 años (IQR 32–59), respectivamente. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (17.9%) y Diabetes (12.7%), teniendo en menor porcentaje enfermedad renal (2,2%), enfermedad cardiovascular (3,2%), cáncer (1%), EPOC (0,4%), Tuberculosis (1%), Asma (3,2%). Mientras que los síntomas más reportados fueron: fiebre (31.3%) y tos (44.9%), obteniendo en menor porcentaje dificultad respiratoria (22%), dolor de garganta (20%), diarrea (7,1%) y desconocido (38,8%). (14)

Suárez, V. et al. En el 2020 en su estudio “Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, se obtuvieron 12 656 casos confirmados de los cuales la mayoría estuvieron en un rango de edad entre 30 a 59 años (65,85%), teniendo una mayor incidencia en el sexo masculino (58,18%) que el femenino (41,82%). En los pacientes fallecidos, quienes tenían una o más comorbilidades, se encontró principalmente hipertensión (45,53%), diabetes (39,39%) y obesidad (30,4%). (16)

Marín Sánchez, Alejandro en el 2020 en su investigación “Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia”, encontró que de 100 casos 63 fueron hombres, la edad promedio del total de casos fue $65,75 \pm 18,11$ años y no se reportaron comorbilidades en 22 casos. Se encontraron con mayor frecuencia las siguientes enfermedades: hipertensión arterial (35%), diabetes mellitus (21%), enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (19%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16%), obesidad (12%), tabaquismo (9%) y patología tiroidea (8%). Asimismo se reportó

que el 10% de los casos fallecidos tenían una edad menor de 60 años y no sufrían comorbilidades. (17)

Zuccone, Giancarlo et al. En el 2020 en su estudio “Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco: los primeros 164 pacientes”, encontraron que de su muestra 95 casos (57,93%) fueron hombres y 69 (42,07%) mujeres. La menor edad reportada fue 16 años y la mayor 92, teniendo un promedio de 46 años y una moda de 32. Con respecto a la sintomatología las más frecuentes fueron tos seca 46,95%(77 casos), cefalea 42,07% (69 casos) y mialgias 41,46% (68 casos), teniendo en menor cantidad fiebre (65 casos), odinofagia (44 casos), CEG (41 casos), disnea (32 casos), tos productiva (24 casos), diarreas (12 casos), dolor torácico (10 casos), congestión nasal (9 casos), disgeusia (3 casos), anosmia (3 casos), otalgia (2 casos). (18)

Kaeuffer, C. et al. En el 2020 en su estudio “Caractéristiques cliniques et facteurs de risque associés aux formes sévères de COVID-19: analyse prospective multicentrique de 1 045 cas”, encontraron que de los 1 045 pacientes incluidos, 424 (41%) presentaron una forma severa, de los cuales 335 (32%) fueron admitidos en reanimación, y 111 (11%) fueron hombres. La edad media fue de 66 ± 16 años y 612 (59%) fueron hombres. Del total, 661 (63%) pacientes tenían un índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m². Los factores de riesgo asociados a las formas severas fueron edad avanzada (odds ratio (OR) = 1,1 por bloques de diez años; intervalo de confianza (IC) 95% [1,0-1,2]), el sexo masculino (OR = 2,1 ; IC 95 % [1,5–2,8]), un IMC comprendido entre 25 y 29,9 kg/m² (OR 1,8 ; IC 95 % [1,2–2,7]) o ≥ 30 (OR = 2,2 ; IC 95 % [1,5–3,3]) y la presencia de disnea (OR = 2,5 ; IC 95 % [1,8–3,4]). (26)

Franco, Víctor David et al. En el 2021 en su estudio “Mortalidad por COVID-19 asociada a comorbilidades en pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social”, en el cual se contó con una población de 2 670 pacientes contagiados (o posibles). Se encontró que los pacientes que no sobrevivieron estuvo constituido por pacientes mayores y que presentaban enfermedades adyacentes como insuficiencia renal, hipertensión, cáncer y diabetes. En el

análisis de la variable hipertensión arterial, se encontró un hazard ratio (HR) de 2,58 e intervalo de confianza 95 % (IC 95%) de 2,3-2,9 y la diabetes un HR de 2,56 e IC 95% de 2,2-2,9. Se reportó en los pacientes menores de 60 años un HR de 0,34 e IC 95% de 0,30-0,39 y en la ausencia de enfermedades un HR de 0,31 e IC 95% de 0,27 - 0,35 se asocian a lo contrario. Por lo tanto se concluyó que tanto las pacientes menores de 60 años como las que no tienen comorbilidades tienen un menor riesgo de fallecer. (27)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Becerra Uriarte, Geyner Yonatan et al. En el 2022 en su estudio “Perfil clínico epidemiológico en pacientes COVID-19 atendidos en un hospital de la selva peruana 2020”, determinaron el siguiente perfil epidemiológico: género masculino 102 y género femenino 71; representando 59% y 41% respectivamente; edad promedio 45 años; lugar de procedencia más afectado, la ciudad de Bagua Grande, con una frecuencia de 162, la cual representa el 93,6%. Respecto al perfil clínico; la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) presento un total de 7 casos, representando el 4,1%; enfermedades cardiovasculares con una frecuencia de 6, representando el 3,5%; malestar general un total de 75 casos, representando el 43,3%; fiebre con una frecuencia de 66 casos, representando el 38,2%; tos con una frecuencia de 56 casos, representando el 32,4%; cefaleas con una frecuencia de 50 casos, representando el 28,9%; y disnea con una frecuencia de 34, representando el 19,7%. (5)

Garcia Inga, Belinda Olga et al. En el 2021 en su estudio “Perfil epidemiológico de los pacientes con COVID-19 unidad de cuidados intensivos en un Hospital Nacional de la ciudad de Lima 2020”, se obtuvo una muestra de 77 pacientes, donde la mayoría era de sexo masculino con un 78.8% y con respecto a la edad el 25.9% eran mayores de 70 años. Asimismo se encontró que el principal síntoma al momento del ingreso era disnea con un 29%, y el 14% presento como comorbilidad hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus tipo 2. (11)

Llaro Sánchez, Manuel K. et al. En el 2020 en su estudio “Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevivencia en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020”, se recabó 23 historias clínicas de fallecidos. Se encontró una predominancia de pacientes de sexo masculino (69,57%) y entre las edades de 60-79 años (43,48%). Se obtuvieron los siguientes signos y síntomas: disnea (91,30%), fiebre (86,96%), tos (86,96%), FR > 22 por min (69,56%), malestar general (43,48%), dolor de garganta (26,09%), confusión (21,74%), cefalea (17,39%), hipotensión (17,39%), dolor de pecho (8,69%), rinorrea (8,70%), diarrea (8,70%), náuseas (4,35%) y vómitos (4,35%). Se reportaron las siguientes comorbilidades: hipertensión arterial (30,43%), obesidad (21,74%), Diabetes (17,39%), enfermedad respiratoria crónica (13,04%) y enfermedades cardiovasculares (8,70%). Asimismo se describió un mayor porcentaje de pacientes que no tuvieron diagnóstico previo de COVID-19 (78,26%). (15)

Pezo Dianderas, Katia Michelle et al. En el 2021 en su estudio “Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber”, se encontró una mayor afectación de pacientes de sexo masculino (84,27%). El rango de edad con mayor porcentaje de casos fue de 50 a 59 años (34,83 %). Asimismo el grupo etario con mayor porcentaje de muertes fue el de mayores de 70 años, en su mayoría mujeres (71,43%). Se reportaron comorbilidades a partir de los 40 años, encontrándose que el 67,41% manifestó por lo menos padecer de una comorbilidad. Las comorbilidades más frecuentes en orden descendente con respecto a frecuencia fueron la obesidad, la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2. (24)

Díaz Lazo, Aníbal et al. En el 2021 en su estudio “Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura”, se obtuvo una población de 760 pacientes con COVID-19 de los cuales la mayoría fueron hombres (62,36%). Con respecto a los grupos etarios el más afectado fue el de 40 a 59 años (38,82%). Se reportó con mayor frecuencia los siguientes síntomas: tos (70,26 %), malestar general (57,63 %), dificultad respiratoria (48,81 %), fiebre (48,15 %) y dolor de garganta (44,21 %). Las

comorbilidades que más se reportaron fueron obesidad (4,47 %), diabetes mellitus (2,76 %) e hipertensión arterial (1,31 %). (25)

2.2 Bases teóricas

COVID 19

El primer brote de COVID-19 (Coronavirus Disease of 2019) fue detectado en el mes de diciembre del año 2019, en la ciudad de Wuhan en la provincia de Hubei, China, causada por el virus del SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo tipo 2). Estudios epidemiológicos evidenciaban una rápida expansión del virus el cual afectaba más agresivamente a la población entre 20 a 79 años. Se encontró una mayor incidencia en las personas que acudían o trabajaban en Huanan Seafood Wholesale Market. En este mercado de alimentos de mar también distribuía otros tipos de carne como la de animales silvestres, consumidos de manera tradicional por la población.

Se logró detectar el virus gracias al uso de métodos de aislamiento en cultivo de células, microscopia electrónica y secuenciación profunda. Inicialmente se le denominó 2019-nCoV (nuevo coronavirus de 2019). Este brote se expandió rápidamente de enero y febrero del 2020, hasta que el 11 de marzo del 2020 OMS lo declaró pandemia, exhortando a todas las naciones tomar medidas para el control de esta nueva enfermedad. (20)

Agente etiológico

El virus SARS-CoV-2 se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae, la cual se subdivide en cuatro géneros: alfa coronavirus, beta coronavirus, gamma coronavirus y delta coronavirus, encontrándose el COVID-19 en el grupo de los betacoronavirus junto con el SARS-CoV-1 2002 y el MERS CoV Human 2012. Desde el punto de vista de la eco-epidemiología los coronavirus de importancia médica se dividen en coronavirus adquiridos en la comunidad (coronavirus humanos, HCov) y coronavirus zoonóticos, estos últimos teniendo la capacidad de causar grandes epidemias de enfermedad respiratoria. Filogenéticamente los

betacoronavirus están relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podían haber sido la fuente, directamente o a través de un hospedero intermediario, como por ejemplo en los casos del SARS-CoV que fue la civeta o en MERS-CoV que fue el dromedario. (20)

Estructura Viral

Los coronavirus poseen una forma irregular o esférica, con un diámetro aproximado de 125 nm. Tienen un genoma constituido por ARN de cadena simple. Su capsida está conformada por la proteína nucleocapside (N). La proteína N es la única que se encuentra en la nucleocapside y se une al genoma viral en forma de rosario. Los coronavirus se encuentran envueltos por una capa lipídica con tres proteínas ancladas: la proteína E (envoltura), M (membrana) y S (espícula o spike, en inglés), cuales son responsables de la apariencia de una corona. (20)

Epidemiología

Acorde con cifras de la OPS se han reportado más de 190 millones de casos acumulados confirmados y más de 4.1 millones de fallecimientos, por COVID-19 a nivel mundial, informándose que el 39% de casos y el 48% de fallecimientos pertenecían a la región de las Américas. (23) Con el fin de disminuir la diseminación del virus y así evitar un colapso de los sistemas de salud, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), recomiendan el distanciamiento social, esto quiere decir evitar multitudes y mantener una distancia de 2 metros con otras personas, especialmente con los que presenten signos de la enfermedad (tos, estornudos, fiebre o malestar general). Estas medidas fueron impuestas debido a que se considera que la vía principal de transmisión viral es de persona a persona, a través de contacto directo, gotas de saliva, fómites y aerosoles. Asimismo el CDC recomienda como medida preventiva el frecuente lavado de manos. Recientemente se tiene evidencia de excreción fecal del virus, lo que sugiere una posible transmisión fecal-oral. También se ha reportado que los casos asintomáticos pueden transmitir el virus.

El periodo de incubación varía de dos a siete días, llegando incluso hasta los 14 días, por lo que se sugiere un periodo mínimo de 14 días de cuarentena. El COVID-19 tiene una incidencia levemente mayor en hombres. Con respecto a los grupos etarios se encuentra la mayor cantidad de casos entre las edades de 30 y 74 años (87% de casos). Por el contrario se reporta una menor incidencia entre las edades de 1 a 19 años. A pesar de esta menor incidencia, en estos grupos etarios que se encuentran altas cargas virales al infectarse. (20)

Patogénesis

El SARS-CoV-2 se adhiere a la célula diana usando a la enzima ACE2 (enzima convertidora de angiotensina-2) como receptor, presentando una afinidad de 10 a 20 veces mayor en comparación al SARS-CoV, que también se une a esta misma enzima. La ACE2 se encuentra principalmente en el riñón, los pulmones y el corazón. (20) Con respecto a los pulmones que es el órgano diana de este virus, es aquí donde encontramos a los neumocitos tipo II, encargados de producir el surfactante, sustancia química que impide el colapso de los alveolos pulmonares. En el hombre usualmente se encuentra una mayor cantidad de neumocitos tipo II, lo cual podría explicar en parte a que se debe esta mayor incidencia (19). Es la encargada de catalizar la transformación de la angiotensina I en angiotensina 1-9 y la angiotensina II en angiotensina 1-7. Estas moléculas tienen efecto vasodilatador reduciendo de esta manera la presión arterial, lo que se traduce en un efecto protector frente a la hipertensión, la aterosclerosis y otras patologías vasculares y pulmonares. Se ha encontrado niveles altos de angiotensina II en casos graves de COVID-19. Asimismo se ha reportado que el SARS-COV.2 produce daño cardíaco agudo e insuficiencia cardíaca, con un aumento de troponina asociado a una elevada mortalidad. (20)

Manifestaciones clínicas

El COVID-19 tiene una presentación clínica variable que va desde una infección asintomática hasta una neumonía grave que requiere ventilación asistida y que es mayormente fatal. Las presentaciones asintomática y leve son más frecuentes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, mientras que la grave tiene mayor

incidencia en mayores de 65 años y en personas con enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, EPOC, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, etc.

Los síntomas más frecuentes son la fiebre, la cual puede ser alta y prolongada y la tos, la cual puede ser seca o productiva, reportándose incluso hemoptisis. Otro síntoma frecuente es la fatiga, junto con las mialgias y la cefalea, reportándose entre 10% a 20% de casos. Con respecto a síntomas del tracto respiratorio, la disnea se presenta en diferentes estudios en porcentajes variables (de 8% hasta 60% de los casos). También encontramos dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, presentes en menos del 15% de los casos. Con respecto a síntomas gastrointestinales, se encuentran las náuseas, vómitos, malestar abdominal y diarrea, teniendo una presentación temprana entre el 10% al 20% de casos. También se ha descrito anorexia en 25% de los casos. Estos síntomas están relacionados a una mayor carga viral en heces. La ageusia y la anosmia son frecuentes.

Las complicaciones más frecuentes de la COVID-19 son neumonía, SDRA, miocarditis, injuria renal aguda y sobreinfección bacteriana (comúnmente presente en choque séptico). Por otra parte en los trastornos de coagulación se ha informado prolongación del tiempo de protrombina, aumento del Dímero D y disminución del recuento de plaquetas, lo que induce a pensar que la CID es un fenómeno frecuente en casos graves. Por este motivo es que algunos recomiendan la anticoagulación temprana. Con respecto al compromiso multiorgánico se puede evidenciar una alteración en los exámenes bioquímicos como por ejemplo el aumento de aminotransferasas, troponinas, PCR, procalcitonina, DHL y creatinina.

Diagnostico.

A nivel nacional se utilizan dos pruebas una serológica y una molecular. La prueba serológica también conocida como “prueba rápida”, consiste en la detección de IgM e IgG presente en la sangre o plasma del paciente. Esta prueba tarda aproximadamente 15 minutos. Al poseer una gran especificidad resulta

muy útil, sin embargo es necesario complementarla con una prueba molecular. Esta última es una PCR-RT (reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa) y es de elección para el diagnóstico de SARS-CoV-2. Consiste en el análisis del ARN viral obtenido de una muestra del tracto respiratorio inferior, aunque en muchas ocasiones se obtienen de un hisopado nasofaríngeo.

Perfil Epidemiológico

Un perfil epidemiológico comunitario es un componente integral en la identificación del problema y el ciclo de priorización en el proceso del mejoramiento de la salud comunitaria. El perfil epidemiológico está constituido por un conjunto de indicadores demográficos básicos y características socioeconómicas, estado de salud, factores de riesgo de salud y uso de recursos en salud, los cuales son relevantes para la mayoría de comunidades. (20) De esta manera el perfil epidemiológico expresa la relación dinámica entre los procesos protectores y destructivos que influyen en el devenir de la salud en las múltiples dimensiones sociales. (22)

Asimismo perfil epidemiológico puede ayudar a que una comunidad mantenga una amplia visión estratégica de la salud de su población y los factores que influyen en su salud. No se espera que sea un reporte que comprenda todos los aspectos de la salud comunitaria y el bienestar, pero este debería ser capaz de ayudar a la comunidad a identificar y enfocar la atención en problemas de salud específicos de alta prioridad. (21)

CAPÍTULO III: VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1 Variables principales de la investigación

Edad: número de años de vida del paciente al momento de su atención médica.

Sexo: Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.

COVID-19: enfermedad causada por el virus SARS-CoV2.

Vacuna contra COVID-19: vacuna contra la nueva enfermedad COVID-19, para así poder evitar que el paciente desarrolle un cuadro severo.

Comorbilidades: coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.

Patología: enfermedad física o mental que padece una persona.

Síntoma: es una manifestación subjetiva de enfermedad, es decir, la percibida exclusivamente por el paciente que el medico puede descubrir solo por el interrogatorio.

Signo: es una manifestación objetiva de enfermedad, descubierta por el medico mediante el examen físico o los métodos complementarios de diagnóstico.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente es un estudio de tipo observacional, descriptivo, con componentes analíticos. Es observacional porque no se realizó intervención ni se manipularon las variables. Descriptivo porque se presentaron los datos obtenidos con su respectiva estadística luego de una recopilación de historias clínicas. Con componentes analíticos ya que se estudió la asociación significativa entre las variables “comorbilidades” y “signos y síntomas” con la variable “COVID-19”.

4.2 Población y muestra

La población se compone de un total de 289 historias clínicas que se obtuvieron luego de aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Estas historias clínicas fueron recopiladas de la campaña de salud integral organizada por el Policlínico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en conjunto con el Área de Extensión Cultural y Proyección Social en Subtanjalla, Ica, durante el 16 y 17 de octubre del año 2021.

Población

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de atenciones brindadas durante en la campaña de salud integral en Subtanjalla, Ica, durante los días 16 y 17 de octubre del año 2021.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas sin diagnóstico.

Muestra

Se utilizó toda la población obtenida en la recopilación de las historias clínicas realizadas durante los días 16 y 17 de octubre del 2021 durante la campaña de salud integral organizada por el Policlínico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en conjunto con el Área de Extensión Cultural y Proyección Social en Subtanjalla, Ica, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Operacionalización de variables

La tabla de operacionalización de variables se encuentra en el Anexo 9.

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para recolectar la información de los registros médicos, se utilizó una “ficha de recolección de datos” (Anexo 10)

4.5 Recolección de datos

Se procedió a llenar una ficha de recolección de datos con la información procedente de las historias clínicas recabadas de la campaña de salud integral realizada por Policlínico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma que en conjunto con el Área de Extensión Cultural y Proyección Social realizaron en Subtanjalla, Ica..

4.6 Técnica de procesamiento de datos y plan de análisis

Los datos se procesaron mediante la hoja de datos de Excel 2013 y el análisis, tablas y gráficos se procesaron por el programa IBM SPSS Statistics v25; se estimó la frecuencia y porcentajes de las variables ya descritas. Asimismo se realizó una regresión logística para hallar los odds ratio (OR) crudos y sus intervalos de confianza al 95%, considerando un valor de p estadísticamente significativo si es que este valor era menor a 0,05.

4.7 Aspectos éticos

Los datos fueron recabados de las historias clínicas realizadas durante los días 16 y 17 de octubre del 2021, en la campaña de salud integral organizada por el Policlínico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en conjunto con el Área de Extensión Cultural y Proyección Social en Subtanjalla, Ica. Asimismo se respetó la confiabilidad de las personas y los datos fueron confidenciales con fines de poder brindar una atención adecuada. De la misma manera se guardó el anonimato de los participantes, se respetaron los principios éticos y no hubieron riesgos para los participantes. Este estudio cuenta con la aprobación institucional del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma y del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina Humana “Manuel Huamán Guerrero” de la Universidad Ricardo Palma.

El presente proyecto fue desarrollado en el contexto del IV Cursos Taller de Titulación por Tesis, según la metodología previamente publicada.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Como se muestra en la Tabla 1, se encontró que del total de 289 pacientes, la mayoría es de sexo femenino con 64,7% (frecuencia de 187) en comparación con los hombres representados por un porcentaje de 35,3% (frecuencia de 102). Asimismo se encontró que la mayoría de pacientes del total de la muestra se encontraba en el rango de 15-59 años con 46% (133 pacientes), seguido por los rangos de edades de 0-14 años y 60 años a más con una frecuencia de 81 (28%) y 75 (26%), respectivamente.

Tabla 1: Frecuencia de sexo y edad de pacientes atendidos en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variables		Frecuencias	Porcentajes
Sexo	Femenino	187	64,7
	Masculino	102	35,3
Edad	0-14 años	81	28,0
	15-59 años	133	46,0
	60 años a más	75	26,0

Con respecto a los casos de COVID-19 por sexo se puede apreciar en la Tabla 2 que del total de pacientes (289), las mujeres se vieron más afectadas por COVID-19, ya que se presentó con una frecuencia de 24 (8,3%), mientras que en los hombres se presentó con una frecuencia de 12 (4,2%).

Tabla 2: Sexo vs COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variable	COVID-19		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Masculino	12 (4,2)	90 (31,1)	102 (35,3)
Femenino	24 (8,3)	163 (56,4)	187 (64,7)

Con respecto a los casos de COVID-19 por rango de edad observamos en la Tabla 3 que la mayoría de casos de COVID-19 se presentó en el rango de edad de 15 a 59 años, con un frecuencia de 26 (porcentaje de 9%), seguido por el rango de 60 años a más, con una frecuencia de 10 (porcentaje de 3,5%) y por último el rango de edad de 0 a 14 años de edad donde no se encontraron casos COVID-19.

Tabla 3: Edad vs COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variable	COVID-19		Total	
	Si n (%)	No n (%)		
Edad	<= 14	81 (28,0)	0 (0,0)	81 (28,0)
	15 - 59	107 (37,0)	26 (9,0)	133 (46,0)
	60+	65 (22,5)	10 (3,5)	75 (26,0)

Con respecto a la prevalencia de COVID-19, se observa en la Tabla 4 que el 12,5% (36 pacientes) refirió haber sufrido de esta enfermedad, mientras que el 87,5% (253 pacientes) lo negó. Concerniente a la vacunación contra COVID-19, se encontró que el 19,7% (57 pacientes) refirió haber recibido al menos 1

dosis de la vacuna contra COVID-19 y 80,3% (232 pacientes) negó haber recibido al menos 1 dosis de la vacuna.

Tabla 4: Frecuencia de pacientes que tuvieron COVID-19 y que recibieron Vacuna COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variables		Frecuencias	Porcentajes
COVID-19	Si	36	12,5
	No	253	87,5
Vacuna COVID-19	Si	57	19,7
	No	232	80,3

Además como se señala en la Tabla 5 se encontró que la comorbilidad con mayor frecuencia era la obesidad con 26,6% (77 pacientes), seguida de la Hipertensión arterial con 11,8% (34 pacientes) y por ultimo Diabetes Mellitus con 3,8% (11 pacientes).

Tabla 5: Frecuencias de comorbilidades en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variables		Frecuencias	Porcentajes
No comorbilidades		189	65,4
Comorbilidades	Obesidad	77	26,6
	Hipertensión arterial	34	11,8
	Diabetes Mellitus	11	3,8

Asimismo encontramos en la Tabla 6 que con respecto a la variable signos y síntomas, se observó que el 14,9 % no presentó signos ni síntomas. Por otro lado entre los pacientes que si presentaron algún signo o síntomas se encontraron con mayor frecuencia las variables Mialgia con 22,8%, tos con 15,6% Rinorrea con 11,1% y Disnea con 9,3%.

Tabla 6: Frecuencias de signos y síntomas de la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variables	Frecuencias	Porcentajes
No Signos y Síntomas	43	14,9
Mialgia	66	22,8
Tos	45	15,6
Rinorrea	32	11,1
Disnea	27	9,3
Cefalea	25	8,7
Artralgia	16	5,5
Inapetencia	14	4,8
Dolor abdominal	11	3,8
Estornudo	8	2,8
Dolor de garganta	8	2,8
Mareos/Nauseas	6	2,1
Diarrea	6	2,1
Prurito	6	2,1
Orina cargada	5	1,7
Epigastralgia	4	1,4
Estreñimiento	3	1,0
Vómitos	3	1,0
Cansancio/Fatiga	3	1,0
Fiebre	2	0,7
Disuria	1	0,3
Otros	90	31,1

Con respecto a la frecuencia de patologías se puede observar en la Tabla 7 que solo el 8,3% del total de pacientes no presentó ninguna patología al momento de la atención. Por el contrario las patologías que se encontraron con mayor frecuencia fueron la patología respiratoria con 26,3%, del aparato locomotor con 25,3%, endocrinológica con 12,1%, cardiovascular e infecciosa, estas últimas con 11,1%. Se encontró en menor porcentaje la patología gastroenterológica con 10,7%, la categoría de Otras patologías con 6,9%, luego las dermatológicas con 5,9% y por ultimo las neurológicas con 4,8%.

Tabla 7: Frecuencia de patologías de la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Variables	Frecuencias	Porcentajes
Paciente sin patología	24	8,3
Patologías		
Respiratoria	76	26,3
Aparato locomotor	73	25,3
Endocrinológica	35	12,1
Cardiovascular	32	11,1
Infeciosa	32	11,1
Gastroenterológica	31	10,7
Otras	20	6,9
Dermatológica	17	5,9
Neurológica	14	4,8

Se puede apreciar en la Tabla 8 que con respecto a la variable Comorbilidades se encontró que solo 17 personas que afirmaron no presentar ninguna comorbilidad refirieron haber tenido COVID-19, mientras que 19 que si refirieron haber presentado una comorbilidad asimismo tuvieron COVID-19. En relación a los pacientes que si refirieron haber presentado alguna comorbilidad y COVID-19, se encontró en mayor frecuencia a la Obesidad con 16 (5,5%), seguido de la hipertensión arterial con 5 (1,7%) y por ultimo a la Diabetes Mellitus con 1 (0,3%).

Continuando en la Tabla 8 con respecto a la variable Signos y síntomas, se observó que solo 4 pacientes afirmaron no presentar ningún signo ni síntoma, refirieron haber tenido COVID-19, por lo tanto se obtuvo que 32 pacientes que afirmaron haber presentado algún signos o síntoma, refirieron haber tenido COVID-19. De los que si presentaron la variable signos y síntomas, y refirieron haber padecido de COVID-19, se encontraron en orden descendente las variables: Otros con una frecuencia de 16 (5,5%), disnea con 13 (4,5%), mialgia con 12 (4,2%), tos 9 (3,1%), rinorrea 3 (1%), dolor de garganta 2 (0,7%), artralgia 2 (0,7%), cefalea 1 (0,3%), mareos/nauseas 1 (0,3%), cansancio/fatiga 1 (0,3%). Con respecto a las variables fiebre, estornudo, dolor abdominal, epigastralgia, inapetencia, vómitos, diarrea, estreñimiento, orina cargada, disuria y prurito; no se encontraron pacientes que hayan referido

haber tenido alguno de estos signos y síntomas que hayan referido haber tenido COVID-19.

Tabla 8: Frecuencias y porcentajes de comorbilidades y de signos y síntomas vs COVID-19, de pacientes que se atendieron en la campaña de atención integral en Subtanjalla, Ica

Variable		COVID-19		
		Si n (%)	No n (%)	Total
No Comorbilidad	Afirmaron	17 (5,9)	172 (59,5)	189 (65,4)
	Negaron	19 (6,6)	81 (28)	100 (34,6)
Comorbilidades	Obesidad	Si 16 (5,5)	61 (21,1)	77 (26,6)
		No 20 (6,9)	192 (66,4)	212 (73,4)
	Hipertensión arterial	Si 5 (1,7)	29 (10)	34 (11,8)
		No 31 (10,7)	224 (77,5)	255 (88,2)
Diabetes Mellitus	Si	1 (0,3)	10 (3,5)	11 (3,8)
	No	35 (12,1)	243 (84,1)	278 (96,2)
No signos ni síntomas	Si	4 (14)	39 (13,5)	43 (14,9)
	No	32 (11,1)	214 (74)	246 (85,1)
Signos y Síntomas	Mialgia	Si 12 (4,2)	54 (18,7)	66 (22,8)
		No 24 (8,3)	199 (68,9)	223 (77,2)
	Tos	Si 9 (3,1)	36 (12,5)	45 (15,6)
		No 27 (9,3)	217 (75,1)	244 (84,4)
	Rinorrea	Si 3 (1)	29 (10)	32 (11,1)
		No 33 (11,4)	224 (77,5)	257 (88,9)
	Disnea	Si 13 (4,5)	14 (4,8)	27 (9,3)
		No 23 (8)	239 (82,7)	262 (90,7)
	Cefalea	Si 1 (0,3)	24 (8,3)	25 (8,7)
		No 35 (12,1)	229 (79,2)	264 (91,3)
	Artralgia	Si 2 (0,7)	14 (4,8)	16 (5,5)
		No 34 (11,8)	239 (82,7)	273 (94,5)
	Inapetencia	Si 0 (0)	14 (4,8)	14 (4,8)
		No 36 (12,5)	239 (82,7)	275 (95,2)
	Dolor abdominal	Si 0 (0)	11 (3,8)	11 (3,8)
		No 36 (12,5)	242 (83,7)	278 (96,2)
	Estornudo	Si 0 (0)	8 (2,8)	8 (2,8)
		No 36 (12,5)	245 (84,8)	281 (97,2)
	Dolor de garganta	Si 2 (0,7)	6 (2,1)	8 (2,8)
		No 34 (11,8)	247 (85,5)	281 (97,2)
	Mareos/Nauseas	Si 1 (0,3)	5 (1,7)	6 (2,1)
		No 35 (12,1)	248 (85,8)	283 (97,9)
	Diarrea	Si 0 (0)	6 (2,1)	6 (2,1)
		No 36 (12,5)	247 (85,5)	283 (97,9)
	Prurito	Si 0 (0)	6 (2,1)	6 (2,1)
		No 36 (12,5)	247 (85,5)	283 (97,9)
	Orina cargada	Si 0 (0)	5 (1,7)	5 (1,7)
		No 36 (12,5)	248 (85,8)	284 (98,3)
	Epigastralgia	Si 0 (0)	4 (1,4)	4 (1,4)
		No 36 (12,5)	249 (86,2)	285 (98,6)
Vómitos	Si 0 (0)	3 (1)	3 (1)	
	No 36 (12,5)	250 (86,5)	286 (99)	
Estreñimiento	Si 0 (0)	3 (1)	3 (1)	
	No 36 (12,5)	250 (86,5)	286 (99)	
Cansancio/Fatiga	Si 1 (0,3)	2 (0,7)	3 (1)	
	No 35 (12,1)	251 (86,9)	286 (99)	
Fiebre	Si 0 (0)	2 (0,7)	2 (0,7)	
	No 36 (12,5)	251 (86,9)	287 (99,3)	
Disuria	Si 0 (0)	1 (0,3)	1 (0,3)	
	No 36 (12,5)	252 (87,2)	288 (99,7)	
Otros	Si 15 (5,5)	74 (25,6)	90 (31,1)	
	No 20 (6,9)	179 (61,9)	199 (68,9)	

Se puede observar en la Tabla 9 la asociación entre las variables “Comorbilidades” y “Signos y síntomas”, con la variable “COVID-19”. Se encontró que fueron significativos: No comorbilidades (Significancia = 0,014), Obesidad (Significancia = 0,010) y disnea (Significancia = 0,000). Se encontró que el hecho de No tener comorbilidades es un factor protector en 0,421 veces para el desarrollo de COVID-19. Se obtuvo que el hecho de tener Obesidad es un factor de riesgo en 2,518 veces para tener COVID-19. Por último se encontró que el hecho de tener disnea es un factor de riesgo en 9,649 veces para tener COVID-19.

Tabla 9: Asociación de comorbilidades y de signos y síntomas para COVID-19, de pacientes que se atendieron en la campaña de atención integral en Subtanjalla, Ica.

Variable	Significancia al 95% (X ²)	Razón de ventajas	IC 95%	
			LI	LS
No Comorbilidad	0,014	0,421	0,20	0,85
Comorbilidades				
Obesidad	0,010	2,518	1,22	5,16
Hipertensión arterial	0,672	1,246	0,44	3,45
Diabetes Mellitus	0,730	0,694	0,08	5,59
No signos ni síntomas	0,497	0,686	0,23	2,04
Signos y Síntomas				
Disnea	0,000	9,649	4,05	22,98
Rinorrea	0,576	0,702	0,20	2,43
Tos	0,095	2,009	0,87	4,62
Dolor de garganta	0,276	2,422	0,47	12,48
Cefalea	0,180	0,273	0,03	2,07
Mareos/Nauseas	0,752	1,417	0,16	12,48
Mialgia	0,109	1,843	0,86	3,92
Artralgia	0,996	1,004	0,21	4,61
Cansancio/Fatiga	0,271	3,586	0,31	40,58
Otros	0,065	1,935	0,95	3,94

5.2 Discusión de resultados

Con respecto a la distribución de COVID-19 por sexo, en el presente estudio se contó con una población de 289 encontrándose una predominancia de pacientes de sexo femenino con una frecuencia de 187 (64,7%). De la misma manera se encontró que la mayoría de pacientes afectados por COVID-19 fue de sexo femenino (8,3%), lo cual tuvo mayor concordancia con la mitad de estudios internacionales revisados, donde se encontró una predominancia de sexo femenino, como en el estudio de Aguilar Martín et al. (9) Donde se tuvo una población de 86 personas y se encontró que la mayoría era de sexo femenino (70,9%). Asimismo en el estudio realizado por de Sousa et al. (13) En el cual encontró una predominancia de sexo femenino en el grupo de casos confirmados (53,48%). Por el contrario en la totalidad de estudios nacionales se encontró que la mayoría de la muestra era de género masculino, como sería el caso del estudio realizado por Garcia Inga et al. (11) En el cual se obtuvo una muestra de 77 pacientes, donde la mayoría era de sexo masculino con un 78.8%.

Con relación a la distribución por edades se encontró una predominancia de pacientes entre las edades de 15 a 59 años (46%), seguido por el rango de 0 a 14 años (28%) y por ultimo de 60 años a más (26%). De la misma manera se observó una mayor cantidad de pacientes de entre 15 a 59 años afectados por COVID-19 (37%), en comparación con los rangos de 0 a 14 años (28%) y 60 años a mas (22,5%), los cuales tuvieron menor porcentaje. Resultados similares se encontraron en estudios internacionales como el de Ben Jmaa et al. (10) Quienes contaron con una población de 862 pacientes, reportándose una edad media de 39 años. Del mismo modo en estudios nacionales como el de Pezo Dianderas et al. (24) En el cual se evaluaron 89 pacientes en total, obteniéndose que el rango de edad con mayor porcentaje de casos fue de 50 a 59 años (34,83 %).

Con respecto a la distribución de comorbilidades en el total de pacientes se encontró que la mayoría padecía de obesidad (26,6%), seguido de hipertensión arterial (11,8%) y Diabetes Mellitus (3,8%). Asimismo se reportó que entre los

casos que refirieron haber padecido COVID-19 se observó el mismo orden de presentación de comorbilidades teniendo con mayor porcentaje a la obesidad (5,5%), seguido de hipertensión arterial (1,7%) y Diabetes Mellitus (0,3%). Se puede apreciar una distribución similar en el estudio realizado por Díaz Lazo et al. (25) En el cual se encontró que las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (4,47 %), Diabetes Mellitus (2,76 %) e hipertensión arterial (1,31 %). De la misma manera en la investigación realizada por Haw et al. (14) En la cual a pesar de no haberse tomado en cuenta la Obesidad, de igual manera se encontró a la Hipertensión arterial con 17,9% y Diabetes Mellitus con 12.7%, como las principales comorbilidades presentes en la población de estudio.

Con respecto a la distribución general de signos y síntomas se encontraron con mayor prevalencia la mialgia (22,8%), tos (15,6%), rinorrea (11,1%), disnea (9,3%). Al compararlos con su distribución en los pacientes que refirieron haber padecido de COVID-19 encontramos las variables disnea (4,5%), mialgia (4,2%), tos (3,1%) y rinorrea (1%). Asimismo los signos y síntomas descritos se encontraron en diversos estudios como por ejemplo el de Zuccone et al. (18) Quienes reportaron tos seca (46,95%), mialgias (41,46%), disnea (19,51%), tos productiva (14,63%), congestión nasal (5,49%). En el estudio de Llaro Sánchez et al. (15) reportaron una distribución de signos y síntomas diferentes a los descritos en el presente estudio de investigación, teniendo como predominantes la disnea (91,30%) y tos (86,96%), y con una menor prevalencia a la rinorrea (8,70%).

Durante la realización del estudio se decidió agrupar las enfermedades en grupos de patologías reportándose entre las más frecuentes a la patología respiratoria (26,3%), del aparato locomotor (25,3%), endocrinológica (12,1%), cardiovascular (11,1%) e infecciosa (11,1%). Respecto a la prevalencia de patologías podemos encontrar que en el estudio de Marín Sánchez (17), en el cual de una población de 100 se reportaron principalmente enfermedades que entrarían en las categorías de patologías respiratorias la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16%), en endocrinológicas Diabetes Mellitus (21%) y por último en cardiovasculares la hipertensión arterial (35%) y el grupo enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (19%).

Se obtuvo que la variable no comorbilidad presentaba significancia estadística ($p = 0,014$; IC 95 [0,208-0,853]; OR = 0,421), para ser asociada como un factor protector para el desarrollo de COVID-19, de la misma manera en el estudio de Franco et al. (27) Se encontró significancia estadística para los pacientes Sin comorbilidades (HR = 0,31; IC 95% [0,27-0,35]; $p < 0,01$), reportando una relación entre la ausencia de comorbilidad con un menor riesgo de muerte en pacientes con COVID-19. En este caso en el que los pacientes refirieron no comorbilidad, se podría deducir que el paciente ya presentaba esta ausencia de comorbilidad al momento de haber padecido de COVID-19.

Se ha encontrado que la obesidad presentaba significancia estadística ($p = 0,010$; IC 95% [1,228-5,161] OR = 2,518) para ser asociada como factor de riesgo para el desarrollo de COVID-19, asimismo se tiene que en el estudio de Kaeuffer et al. (26) Se encontró significancia estadística para los pacientes que presentaron un IMC ≥ 30 (OR = 2,2; IC 95 % [1,5–3,3]), el cual es considerado como obesidad, encontrando relación entre esta comorbilidad y el desarrollo de una forma severa de COVID-19. De manera similar a la descrita en la variable no comorbilidad, se podría deducir que con respecto a la variable obesidad, al ser considerada en la literatura como una enfermedad crónica, ya haya estado presente al momento que el paciente padeció de COVID-19.

Asimismo se observó que la disnea presentaba significancia estadística ($p = 0,000$; IC 95 [4,052-22,980]; OR = 9,649) para ser asociada como factor de riesgo para el desarrollo de COVID-19, de la misma manera se tiene que en el estudio de Kaeuffer et al. (26) Se encontró significancia estadística para los pacientes que presentaron disnea (OR = 2,5; IC 95 % [1,8–3,4]), encontrando relación entre esta variable y el desarrollo de una forma severa de COVID-19.

Con relación a la variable significativa disnea, esta ha sido descrita en la literatura como un síntoma para el diagnóstico de COVID-19 e incluso como factor predictor de la evolución de esta enfermedad hacia formas más severas. En el presente estudio no se tiene el dato exacto de la fecha en que el paciente contrajo COVID-19.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Las patologías más recurrentes presentadas por la población que acudió a la campaña de salud integral fueron las patologías respiratorias, del aparato locomotor, endocrinológico, cardiovascular e infeccioso.
- Las comorbilidades más frecuentes fueron representadas en orden descendente la obesidad, seguida de la hipertensión arterial y por último la Diabetes Mellitus
- Se encontró una prevalencia de 36 pacientes (12,5%) que refirieron haber presentado COVID-19 antes del momento de la consulta.
- Se observó una prevalencia de 57 pacientes (19,7%) que refirieron haber recibido al menos 1 dosis de vacuna contra la COVID-19.
- El sexo que predominó fue el femenino representando el 64,7% del total, mientras que el sexo masculino con 35,3%. El rango de edad de 15-59 años se presentó con mayor frecuencia, seguido del rango 0-14 años y por último el de 60 años a más.
- Los síntomas y signos más frecuentes fueron la mialgia, tos, rinorrea y disnea.
- Se encontró que la ausencia de comorbilidades está asociada como un factor protector para el desarrollo de COVID-19. Asimismo se encontró que la presencia de obesidad está asociada como factor de riesgo para COVID-19.
- Se encontró que la presencia de disnea está asociada como factor de riesgo para COVID-19.

6.2 Recomendaciones

- Deberían brindarse charlas de estilos de vida saludable ya que se encontró asociación protectora para COVID-19 en pacientes que no presentaron comorbilidad.
- Deberían realizarse campañas de vacunación ya que se encontró un bajo porcentaje de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra COVID-19.
- Se debería realizar nuevamente una campaña con el fin de llevar un seguimiento de la evolución de las patologías diagnosticadas durante la campaña.
- Debería realizarse campañas en las que se atendían patologías gineco-obstetricas, ya que se encontró que la mayoría de pacientes que se atendió fue de sexo femenino.
- Se debería realizar nuevamente la campaña de salud integral con el fin de reforzar la prevención y promoción de la salud en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO. Global tuberculosis report [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2021 [citado 2022 abril 20]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240037021>
2. WHO. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020 [citado 2022 abril 20]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240010291>
3. Cuba Herberth. La Pandemia en el Perú. Acciones, impacto y consecuencias del COVID-19 [Internet]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2021 [consultado 2022 abril 20]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/La-Pandemia-CUBA-correcta-vale.pdf>
4. Pan American Health Organization. COVID-19 y comorbilidades en las Américas: Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas [Internet]. Washington, D.C.; OPS, 2021 [citado 2022 abril 21]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53253>
5. Geyner Yonatan Becerra Uriarte, Hector Eduardo Pardo Lizana, Enrique Guillermo Llontop Ynga, Elmer Lopez-Lopez. Perfil Clínico y Epidemiológico en pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital Apoyo I Santiago Apóstol – Utcubamba 2020. Rev. Fac. Med. Hum [Internet] 2022 [citado 2022 abril 21];22(2): 353-358. Disponible en: DOI. 10.25176/RFMH.v22i2.4330
6. Pan American Health Organization. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social [Internet].

- Washington, D.C.; OPS, 2021 [citado 2022 abril 21]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54990>
7. Ministerio de Salud. Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013 – 2018. [Internet] Lima: Ministerio de Salud, 2019 [Citado 2022 abril 20]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf>
 8. Bernardino FBS, Alencastro LCS, Silva RA, Ribeiro ADN, Castilho GRC, Gaiva MAM. Epidemiological profile of children and adolescents with COVID-19: a scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021[consultado 2022 abril 22]; 74(Suppl 1):e20200624. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0624>
 9. Aguilar-Martín I, Ferra-Murcia S, Quesada-Yáñez E, Sandoval-Codoni J. Perfil clínico y epidemiológico de los residentes infectados de COVID-19 en instituciones sociosanitarias medicalizadas y su evolución durante la pandemia. Aten Primaria [Internet]. 2021 [consultado 2022 abril 22]; 53(5):101984. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101984>
 10. Jmaa MB, Ayed HB, Kassis M, Hmida MB, Trigui M, Maamri H, et al. Epidemiological profile and performance of triage decision-making process of COVID-19 suspected cases in southern Tunisia. African Journal of Emergency Medicine [Internet] 2022[consultado 2022 abril 23]; 12(1): 1-6. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X21000677?via%3Dihub>
 11. Belinda Olga Garcia Inga, Marivel Rosa Martínez Véliz, Jenny Giovanna Poma Salinas, Rosario Elena Cuadros Ríos. Perfil epidemiológico de los pacientes con COVID-19 unidad de cuidados intensivos en un Hospital Nacional de la ciudad de lima 2020. Visionarios en ciencia y tecnología

- [Internet] 2021 [consultado 2022 abril 24]; 6:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.47186/visct.v6i1.83>
12. Camara E, Barry IK, Diallo FB, et al. Profil épidémiologique et clinique des enfants atteints de la maladie à coronavirus (COVID-19) au Centre de Traitement des Epidémies et Prévention des Infections (CTEPI) du CHU de Donka à Conakry. *Pan Afr Med J* [Internet] 2020 [consultado 2022 abril 25]; 37:363. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7992426/pdf/PAMJ-37-363.pdf>
 13. Claudia Dobes Kawatake de Sousa, Tassiane Cristina Morais, Blanca Elena Guerrero Daboin, et al. Epidemiological profile of COVID-19 in the State of Espírito Santo, Brazil, from march 2020 to june 2021. *J Hum Growth Dev* [Internet] 2021 [consultado 2022 abril 25]; 31(3): 507-520. Disponible en: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12770>
 14. Haw NJL, Uy J, Sy KTL, Abrigo MRM. Epidemiological profile and transmission dynamics of COVID-19 in the Philippines. *Epidemiol Infect* [Internet] 2020 [consultado 2022 abril 27]; 148: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7506175/>
 15. Llaro-Sánchez Manuel K., Gamarra-Villegas Bernardo E., Campos-Correa Karen E. Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020. *Horiz. Med.* [Internet]. 2020 [citado 2022 abril 27]; 20(2): e1229. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.03>
 16. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril

- de 2020. Rev Clin Esp. [Internet]. 2020 [citado 2022 abril 28]; 220(8):463-471. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
17. Marín-Sánchez A. Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2020 [citado 2022 abril 28]; 44:e87. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87>
18. Zuccone Giancarlo, Albornoz Valentina, Ibáñez Helga, Betancur Raúl, Matute Julio. Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco: los primeros 164 pacientes. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 [citado 2022 abril 29] ; 148(8): 1096-1104. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801096&lng=es.
19. Córdova-Aguilar Alberto, Rossani A. Germán. COVID-19: Revisión de la literatura y su impacto en la realidad sanitaria peruana. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Jul [citado 2022 abril 29] ; 20(3): 471-477. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300471&lng=es.
20. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med. Lab. [Internet]. 2020 [citado 2022 mayo 1]; 24(3):183-05. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268>
21. Jane S. Durch, Linda A. Bailey, and Michael A. Stoto. Improving Health in the Community A Role for Performance Monitoring [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US), 1997 [Citado 2022 mayo 1]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233010/>

22. Barragán HL, Moiso A, Mestorino MA, Ojea OA. Fundamentos de Salud Pública [Internet]. Buenos Aires. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007 [consultado 2022 mayo 2]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo____.pdf?sequence=4
23. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021 [consultado 2022 mayo 2]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/92055/download?token=3nPUqnh4>
24. Pezo Dianderas Katia Michelle, Chávez Fernández Diego Rolando, Porras Serna Raúl Ernesto. Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber. Horiz. Med. [Internet]. 2021 Jul [citado 2022 Mayo 10] ; 21(3): e1337. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000300003&lng=es.
25. Díaz-Lazo Aníbal, Montalvo Otivo Raul, Lazarte Nuñez Ernesto, Aquino Lopez Edinson. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura. Horiz. Med. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Mayo 10] ; 21(2): e1303. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000200008&lng=es.
26. Kaeuffer, C., Le hyaric, C., Fabacher, et al. Caractéristiques cliniques et facteurs de risque associés aux formes sévères de COVID-19 : analyse prospective multicentrique de 1045 cas. Med Mal Infect.[Internet] 2020 Sep [citado 2022 Julio 12]; 50(6): S27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.440>

27. Franco VD, Morales Chorro L, Baltrons Orellana R, et al. Mortalidad por COVID-19 asociada a comorbilidades en pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Alerta. [Internet] 2021 may [citado 2022 julio 12];4(2): 28-37. Disponible en:
<https://www.camjol.info/index.php/alerta/article/view/10366/13342>

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

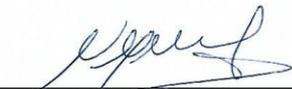


UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION QUE ACUDE A UNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19 EN SUBTANJALLA, ICA 2021**”, que presentan el SR, HUARACA DE LOS SANTOS Edgar Moises, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



Dra. Norka Rocío Guillén Ponce
ASESOR DE LA TESIS



Mg. Lucy E. Córrea López
ASESOR DE LA TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 25 de mayo de 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. HUARACA DE LOS SANTOS, EDGAR MOISES de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. Norka Rocío Guillén Ponce

Mg. Lucy E. Correa López

Lima, 25 de mayo de 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huarán Guerrero



Oficio Electrónico N°1278-2022-FMH-D

Lima, 16 de junio de 2022

Señor
EDGAR MOISES HUARACA DE LOS SANTOS
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION QUE ACUDE A UNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19 EN SUBTANJALLA, ICA, 2021**", desarrollado en el contexto del IV Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 09 de junio de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
6010

Central 7 08-0000 / Anexo:

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: *"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION QUE ACUDE AUNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19 EN SUBTANJALLA, ICA, 2021"*.

Investigador:

EDGAR MOISES HUARACA DE LOS SANTOS

Código del Comité: PG 022 - 2022

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 12 de julio del 2022

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

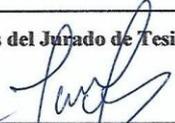
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

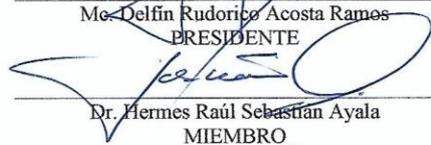
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

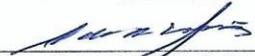
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION QUE ACUDE A UNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19 EN SUBTANAJALLA, ICA, 2021", que presenta el señor EDGAR MOISES HUARACA DE LOS SANTOS para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firma los miembros del Jurado de Tesis

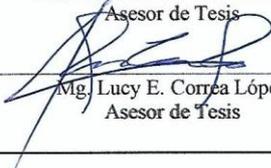

Me. Delfin Rudorico Acosta Ramos
PRESIDENTE


Dr. Hermes Raúl Sebastián Ayala
MIEMBRO


Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
MIEMBRO


Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas
Director de Tesis


Dra. Norka Rocío Guillen Ponce
Asesor de Tesis


Mg. Lucy E. Correa López
Asesor de Tesis

Lima, 12 de agosto del 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

Perfil epidemiológico de la población que acude a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

22% INDICE DE SIMILITUD	20% FUENTES DE INTERNET	1% PUBLICACIONES	15% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	8%
2	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	4%
3	biblioteca.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Repositorio.Unfv.Edu.Pe Fuente de Internet	1%
8	idus.us.es Fuente de Internet	1%
9	kipdf.com Fuente de Internet	1%
10	revistabiomedica.org Fuente de Internet	1%
11	www.researchsquare.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IV CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

EDGAR MOISES HUARACA DE LOS SANTOS

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de marzo, abril, mayo junio y julio del 2018, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: "**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION QUE ACUDE A UNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19 EN SUBTANJALLA, ICA, 2021**". Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 05 de julio de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (a)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de la población que acude a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el Perfil Epidemiológico de la población que acude a una campaña de salud integral en tiempo de COVID-19.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar las patologías más recurrentes de la población que acudió a la campaña de salud integral.</p> <p>Identificar las comorbilidades más frecuentes que se presentaron de la población que acudió a la campaña de salud integral.</p> <p>Conocer la prevalencia de COVID-19 de la población que acudió a la campaña de salud integral.</p> <p>Indicar la prevalencia de vacunados contra COVID-19 de la población que acudió a la campaña de salud integral.</p> <p>Identificar la edad y sexo de la población que acudió a la campaña de salud integral.</p>	<p>Edad: número de años de vida del paciente al momento de su atención médica.</p> <p>Sexo: Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.</p> <p>COVID-19: enfermedad causada por el virus SARS-CoV2.</p> <p>Vacuna contra COVID-19: vacuna contra la nueva enfermedad COVID-19, para así poder evitar que el paciente desarrolle un cuadro severo.</p> <p>Comorbilidades: coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.</p> <p>Patología: enfermedad física o mental que padece una persona.</p>

	Identificar los signos y síntomas más frecuentes de la población que acudió a la campaña de salud integral.	<p>Síntoma: es una manifestación subjetiva de enfermedad, es decir, la percibida exclusivamente por el paciente que el medico puede descubrir solo por el interrogatorio.</p> <p>Signo: es una manifestación objetiva de enfermedad, descubierta por el medico mediante el examen físico o los métodos complementarios de diagnóstico.</p>
--	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo</p>	<p>Población: Se compone de un total de 289 historias clínicas.</p> <p>Muestra: Se usara toda la población obtenida en la recopilación de las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>Ficha de recolección de información.</p>	<p>Se realizará una estadística descriptiva fundamentalmente con tablas y gráficos. Los datos se procesarán mediante la hoja de datos de Excel 2013 y el análisis, tablas y gráficos se procesarán por el programa IBM SPSS Statistics v25; se estimará la frecuencia y porcentajes de las variables ya descritas.</p>

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
Edad	Número de años de vida del paciente.	Número de años señalados en la Historia Clínica.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Edad	Años cumplidos: <15 años= 1 15-60 años= 2 >60 años= 3
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Sexo señalado en la Historia Clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sexo	Femenino = 0 Masculino = 1
Signos y síntomas	Manifestaciones objetivas y subjetivas de enfermedad.	Signos y síntomas señalados en la Historia Clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Signos y síntomas	No signos y síntomas = 0 Fiebre = 1 Disnea = 2 Rinorrea = 3 Tos = 4 Estornudo = 5 Dolor de garganta = 6 Cefalea = 7 Dolor abdominal = 8 Epigastralgia = 9

							Inapetencia = 10 Mareos/Nauseas = 11 Vómitos = 12 Diarrea = 13 Estreñimiento = 14 Orina cargada = 15 Disuria = 16 Mialgia = 17 Artralgia = 18 Cansancio/Fatiga = 19 Prurito = 20 Otros = 21
Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente.	Comorbilidades señalados en la Historia Clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Comorbilidad	NO Comorbilidad = 0 Hipertensión arterial = 1 Diabetes Mellitus = 2 Obesidad = 3
COVID-19	Enfermedad causada por virus SARS-CoV2.	Paciente con antecedente de COVID-19.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Antecedente de COVID-19	NO COVID-19 = 0 SI COVID-19 = 1
Vacuna COVID-19	Vacuna contra COVID-19.	Paciente que indica haber recibido vacuna contra COVID -19.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Vacuna COVID-19	NO Vacuna COVID-19 = 0 SI Vacuna COVID-19 = 1

Patologías	Enfermedad física o mental que padece una persona.	Patología diagnosticada en la Historia Clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Patología diagnosticada	Paciente sano = 0 Patología Cardiovascular = 1 Patología Respiratoria = 2 Patología Neurológica = 3 Patología Dermatológica = 4 Patología Endocrinológica = 5 Patología infecciosa = 6 Patología Gastrointestinal = 7 Patología del Aparato locomotor = 8 Otras Patologías = 9
------------	--	---	---------------	-------------	---------	-------------------------	---

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A UNA CAMPAÑA DE SALUD INTEGRAL EN TIEMPO DE COVID-19

N° Historia Clínica:

Edad:

Sexo: F () M ()

1. Signos y síntomas:

NO signos y síntomas	()	Mareos/Nauseas	()
Fiebre	()	Vómitos	()
Disnea	()	Diarrea	()
Rinorrea	()	Estreñimiento	()
Tos	()	Orina cargada	()
Estornudo	()	Disuria	()
Dolor de garganta	()	Mialgia	()
Cefalea	()	Artralgia	()
Dolor abdominal	()	Cansancio/Fatiga	()
Epigastralgia	()	Prurito	()
Inapetencia	()	Otros	()

2. Comorbilidades:

No comorbilidades	()
Hipertensión arterial	()
Diabetes Mellitus	()
Obesidad	()

3. Antecedente de COVID-19: (SI) (NO)

4. Recibió vacuna contra COVID-19: (SI) (NO)

5. Patologías:

Paciente sano	()
Patología Cardiovascular	()
Patología Respiratoria	()
Patología Neurológica	()
Patología Dermatológica	()
Patología Endocrinológica	()
Patología infecciosa	()
Patología Gastrointestinal	()
Otras patologías	()

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Frecuencia de sexo y edad de pacientes atendidos en la campaña de salud integral en tiempo de covid-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°2: Tabla de contingencia Sexo vs COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°3: Tabla de contingencia Edad vs COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°4: Frecuencia de pacientes que tuvieron COVID-19 y que recibieron Vacuna contra COVID-19 en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de covid-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°5: Frecuencias de comorbilidades presentes en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°6: Frecuencias de signos y síntomas presentes en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°7: Frecuencia de Patologías presentes en la población que se atendió en la campaña de salud integral en tiempo de COVID-19 en Subtanjalla, Ica.

Tabla N°8: Frecuencias y porcentajes de comorbilidades y de signos y síntomas vs COVID-19, de pacientes que se atendieron en la campaña de atención integral en Subtanjalla, Ica

Tabla N°9: Asociación de comorbilidades y de signos y síntomas para COVID-19, de pacientes que se atendieron en la campaña de atención integral en Subtanjalla, Ica.