



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
SOSPECHOSOS DE COVID-19. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2020- MAYO
2022

Autor: María. V. Bordones

Valencia, Octubre de 2022



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
SOSPECHOSOS DE COVID-19. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2020- MAYO
2022

Trabajo especial de grado que se presenta como requisito para optar al título
de Especialista en Medicina Interna

Autora: María. Bordones

Tutora: Dra. Derika López

Valencia, Octubre de 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID-19. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2020- MAYO 2022

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

BORDONES R., MARÍA V.
C.I. V – 20497040

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Derika López C.I. 11813922, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/07/2023**

Dra. Derika N. López G.
MEDICINA INTERNA
METABOLISMO MINERAL
C.I. 11813922
Prof. Derika López
(Pdte)
C.I. 11813922
Fecha 31-07-2023

Haydee Oliveros
Prof. Haydee Oliveros
C.I. 3025988
Fecha 31-07-2023

Gianmary Miozzi
Prof. Gianmary Miozzi
C.I. 17065438
Fecha

TG:85-22

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	12
Resultados.....	14
Discusión.....	16
Conclusión.....	19
Recomendaciones.....	20
Referencias bibliográficas.....	21
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de pacientes según edad, sexo, procedencia, grado de instrucción y estrato socioeconómico, sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Tabla 2. Comorbilidades más frecuentes entre los pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET. Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Tabla 3. Análisis del tipo de síntomas y signos con mayor frecuencia y; Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET. Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Tabla 4. Análisis de la frecuencia de pacientes ingresados a UCI; Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET. Mayo 2020 – Mayo 2022.

Tabla 5. Análisis de los días de hospitalización y las condiciones de egreso. Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET. Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Tabla 6. Relación de las variables demográficas, presencia de comorbilidades y severidad del cuadro clínico según el motivo de egreso. Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. CHET. Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES
SOSPECHOSOS DE COVID-19. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2020- MAYO
2022**

Autora: María. Bordonos
Tutora: Dra. Derika López
Año 2021

RESUMEN

Actualmente a nivel mundial se está enfrentando una enfermedad infectocontagiosa causada por un coronavirus de tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo severo, abreviado SARS-CoV-2. **Objetivo general:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sospechosos de Covid-19 en el área de hospitalización Covid-19 de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Mayo 2020- Mayo 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo observacional – descriptivo, con un diseño de corte transversal y retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística - intencional conformada por 62 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de los datos se realizó mediante la revisión documental de las historias y como instrumento se utilizó una ficha de registro. Los resultados fueron presentados en tablas de asociación (con frecuencias absolutas y relativas). **Resultados:** el promedio de edad fue de 67,01 años \pm 1,88. Predominó el sexo masculino (62,90%). El 59,68% presentaba algún tipo de comorbilidad, predominó la hipertensión arterial (45,16%). La sintomatología predominante fue fiebre (77,42%), tos (74,19%), y disnea (74,19%). Solo un 16,13% fue ingresado a UCI. Fueron más frecuentes aquellos pacientes con menos de 5 días de hospitalización, así como aquellos con 5 y 10 días (40,32% por igual). Los fallecidos representaron un 58,06%. **Conclusiones:** el promedio de edad fue de 67 años del sexo masculino, con estrato socioeconómico IV, predominó la presencia de hipertensión arterial, y la condición de egreso fueron fallecidos predominando aquellos con presentación clínica grave de COVID-19.

Palabras Clave: Covid-19, manifestaciones clínicas, epidemiología, evolución

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS
SUSPECTED OF COVID-19. COVID-19 HOSPITALIZATION AREA.
HOSPITAL CITY "DR. ENRIQUE TEJERA. MAY 2020- MAY 2022**

Autora: María. Bordones
Tutora: Dra. Derika López
Año 2021

ABSTRACT

Currently, the world is facing an infectious disease caused by a type 2 coronavirus, which causes severe acute respiratory syndrome, abbreviated SARS-CoV-2. **General objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of suspected Covid-19 patients in the Covid-19 hospitalization area of the Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". May 2020- May 2022. **Methodology:** An observational-descriptive study was carried out, with a cross-sectional design and mixed temporality (retrospective). The sample was non-probabilistic - intentional, made up of 62 patients who met the inclusion criteria. The data collection was carried out through the documentary review of the histories and a registration form was used as an instrument. The results were presented in association tables (with absolute and relative frequencies). **Results:** the average age was 67.01 years \pm 1.88. The male sex prevailed (62.90%). 59.68% had some type of comorbidity, arterial hypertension prevailed (45.16%). The predominant symptomatology was fever (77.42%), cough (74.19%), and dyspnea (74.19%). Only 16.13% were admitted to the ICU. Those patients with less than 5 days of hospitalization were more frequent, as well as those with 5 and 10 days (40.32% equally). The deceased represented 58.06%. **Conclusions:** the average age was 67 years of the male sex, with socioeconomic stratum IV, the presence of arterial hypertension predominated, and the discharge condition was deceased, predominantly those with severe clinical presentation of COVID-19.

Keywords: Covid-19, clinical manifestations, epidemiology, discharge

INTRODUCCIÓN

Se define pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Se produce una pandemia cuando surge un nuevo virus que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Por lo común, los virus que han causado pandemias con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales¹.

Actualmente a nivel mundial se está enfrentando una enfermedad infectocontagiosa causada por un coronavirus de tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo severo, abreviado SARS-CoV-2. Los coronavirus son virus ARN monocatenarios de sentido positivo, que poseen envoltura, son diversos, causan trastornos respiratorios, digestivos, hepáticos y neurológicos de severidad variable en el ser humano.

Los Coronavirus se agrupan en cuatro géneros: Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Respecto a los Betacoronavirus, dos de ellos han sido de gran interés para la comunidad científica y la salud mundial en los últimos diecisiete años: el causante del síndrome respiratorio agudo severo y el causante del síndrome respiratorio del Medio Oriente².

Para el 31 de diciembre del 2019 la OMS reportó la enfermedad SARS-CoV-2, el agente etiológico fue aislado por primera vez el 08 de enero de 2020, dicho agente es un virus altamente homólogo al coronavirus (CoV) responsable de la epidemia del síndrome de dificultad respiratoria aguda severa (SARS) en 2003, motivo por el cual fue denominado SARS-CoV-2 por

la OMS el 11 de febrero de 2020. Dicha epidemia inició en la ciudad de Wuhan, China, rápidamente esparciéndose a través de todo el país y luego en otros 50 países alrededor del globo³.

En el mismo orden ya para el 13 de enero del 2020, Tailandia informa el primer caso fuera de China, en los 10 días siguientes Japón, Nepal, Francia, Australia, Malasia, Singapur, Corea del Sur, Vietnam y Taiwán también notifican casos. La OMS declara emergencia global el 30 de enero, China reporta 7,711 casos y 170 muertes y la extensión del virus en todas las provincias chinas. India, Filipinas, Rusia, España, Suecia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Emiratos Árabes Unidos confirman sus primeros casos. El día 27 de febrero se diagnostica el primer caso de COVID-19 en México, en Ciudad de México (CDMX), a las pocas horas se diagnostica un segundo caso positivo en el estado de Sinaloa. El 9 de marzo Italia extiende medidas de cuarentena estrictas a todo el país. El 11 de marzo la OMS declara el brote de coronavirus como una pandemia³.

Ya para el 13 de marzo del mismo año, se confirma en nuestro país la presencia del SARS COV- 2, en un paciente con Infección Respiratoria Aguda (IRA) grave según aviso oficial. Durante los primeros meses de la epidemia su comportamiento epidemiológico fue en forma de brotes aislados, explicados por la llegada de personas del exterior al país. Entre los meses de marzo y abril se dio a conocer una frecuencia muy baja con números que no superan un dígito (menos de 10 casos diarios), hasta pasar a dos cifras por largo tiempo, en resumen, se denuncian y conocen de 143 casos en el mes de marzo, 190 en abril, para alcanzar algo más mil cien casos en Mayo, cuatro mil en Junio y sorpresivamente saltamos a casi trece mil en Julio y finalizada la tercera semana de Agosto, ya superaba en un 60% el total del mes anterior³.

Asimismo, comienzan a verse focos en diversas entidades federales, principalmente en los estados fronterizos por individuos procedentes de

Colombia, Brasil y de otros más lejanos; como Perú, Ecuador, y de algunos países europeos. En pocas semanas se establece la transmisión comunitaria hasta alcanzar en pocos meses todos los estados, con importantes brotes en Nueva Esparta, Táchira, Zulia, Apure y Bolívar. Para el 24 de agosto, la incidencia acumulada por 100.000 habitantes a nivel nacional fue de 134 por 105, siendo el estado La Guaira, y el Distrito Capital con la tasa de incidencia más elevada, 631 y 539 casos por 105, siguiendo el estado Apure, Táchira y Miranda, por encima de la tasa de incidencia nacional. Desde el punto de vista de lugar se distribuye en todo el territorio nacional, y se han detectado casos confirmados en todas las entidades nacionales, e incluso en las dependencias nacionales, donde se inició un brote (Archipiélago Los Roques). Ha ocurrido la frecuencia de casos con predominancia en sitios urbanos, de brotes y más acentuado en comunidades con sitios concurridos como mercados y transporte público³.

En relación a la mortalidad, se reportan: 3 en marzo, 7 en abril, 4 en mayo, 37 en junio, 113 en julio y 173 hasta el 24 de agosto, de las cuales setenta (16%) corresponden al personal de salud, lo que constituye el mayor número en América Latina junto con Perú, y otros continentes como Europa. Básicamente, esta morbimortalidad se puede explicar entre otras causas a que se está en la etapa de la epidemia conocida como “aumento exponencial de la curva”, fenómeno observado en otros países y en desarrollo actualmente en el país, con fuertes expectativas de un incremento exponencial de los casos y de las defunciones en las próximas ocho (8) semanas³. Hasta la fecha del 25 de julio del 2022 se han reportado a nivel mundial un total de casos confirmados de COVID-19 571.182.327 y un total de fallecidos de. 6.386.234⁴.

En otro orden de ideas es importante señalar que existen diferentes situaciones que de alguna u otra manera han generado algunos retrasos en la investigación relacionada con el SARS CoV2, en algunos casos se puede

mencionar el tiempo de espera para el resultado de la RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa con paso previo de transcriptasa inversa), y los laboratorios que mantienen en existencia la prueba para su aplicación, debido a la alta demanda a pesar de los esfuerzos hechos por el Estado, para resolver el problema en dichas unidades en cuanto a los reactivos y equipos básicos para procesar las muestras ante tal demanda. Así mismo, la capacitación del personal operativo y especializado para orientar y dirigir las acciones que nos den resultados que puedan adaptarse a las exigencias y protocolos de atención de dichos casos, en el tiempo real que se necesitan⁵.

En función de lo anteriormente expuesto en este trabajo surge la necesidad de exponer la problemática actual ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sospechosos de Covid-19 atendidos en el Área de hospitalización Covid-19 de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Mayo 2020- Mayo 2022?

Dentro de los antecedentes de importancia cabe destacar el trabajo realizado por Acosta G titulado: "Caracterización de pacientes con Covid-19 grave, atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú" en 2020. Se registraron 17 pacientes: 76% varones, edad promedio de 53,5 años (25 a 94); 23,5% había regresado del extranjero; 41,2% referido de otros establecimientos de salud; 41,2% ingresó a ventilación mecánica; falleció el 29,4% (5 pacientes). Los factores de riesgo detectados fueron adulto mayor, hipertensión arterial y obesidad; principales síntomas, tos, fiebre y disnea; hallazgos de laboratorio frecuentes, proteína C reactiva elevada y linfopenia; la presentación radiológica predominante, el infiltrado pulmonar intersticial bilateral⁶.

Por su parte Marín A⁷ en el 2020 muestra las "Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia" el mismo analizó en los primeros 100 casos de fallecimientos por COVID-19 en Colombia, patología concomitante, edad y sexo. De los 100 casos, 63 fueron

hombres, promedio de edad $65,75 \pm 18,11$ años y en 22 de ellos no se reportó comorbilidad. Las patologías más frecuentes: hipertensión arterial (35%), diabetes mellitus (21%), enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (19%). Los pacientes mayores de 60 años presentaron mayor riesgo de mortalidad (OR 10,31, IC95% 6,67-15,94, $p < 0,0001$); 10% de los pacientes fallecidos eran menores de 60 años sin comorbilidad.

Salzberger B y cols⁸ en el 2020 en su estudio “Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 y COVID-19, hace mención sobre el conocimiento actual sobre la epidemiología de este virus. El SARS-CoV-2 se replica principalmente en el tracto respiratorio superior e inferior y se transmite principalmente por gotitas de infectado sintomático y sintomático asintomático. La estimación para la reproducción básica. El número (R) está actualmente entre 2 y 3, mientras que el período de incubación es 6 (mediana, rango de 2 a 14) días. Aunque la mayoría de las infecciones son sencillas, del 5 al 10% de los casos desarrollan neumonía, que puede llevar a la hospitalización, insuficiencia respiratoria e insuficiencia multiorgánica.

En el 2020 Llaro M y col⁹ analizaron las características clínico-epidemiológicas y la sobrevida en casos por COVID-19 en Perú. Predominó el sexo masculino, entre 60-79 años, hipertensión arterial y obesidad. Los principales signos y síntomas: disnea, fiebre, tos y frecuencia respiratoria aumentada. Los paraclínicos mostraron alteraciones en PaFi (relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno) <300 , leucocitosis, linfopenia y lactato aumentado. Predominó patrón de vidrio esmerilado y compromiso pulmonar bilateral. 60,87 % de los pacientes ameritaron ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Todos los pacientes fallecieron antes de los 20 días de hospitalización. La mortalidad se asoció a: adultos mayores, sexo masculino con presencia de comorbilidades y con infección COVID-19 moderada a severa.

Rearte A¹⁰ y col compararon las características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de COVID-19 en Argentina 2020. Se observó que 51,2% fueron casos comunitarios, 32,3% contactos y 0,9% importados. El 7,6% trabajadores de salud. La mediana de edad fue 37 años. El 67,0% reportó signos o síntomas, de ellos, 59,0% tuvo fiebre y 78,5% afección respiratoria. El 23,9% presentó anosmia y el 18,3%, disgeusia. Hubo 2134 fallecidos, con 81,6% de ≥ 60 años. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (15,8%) y en fallecidos de ≥ 60 años (58,7%), en fallecidos de <60 años fue diabetes (29,9%). El 5,2% de los fallecidos ≥ 60 años y el 15,1% <60 años no presentaron comorbilidades.

En el 2020 Villagrán K¹¹ y col indican las “Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México”, reportaron 192 pacientes confirmados, más del 50% ubicados entre los 40 y 65 años, el personal de salud en 16.67%. La clínica más frecuente fue fiebre (84.4%), tos (83.8%), cefalea (74.8%), y disnea (65.1%). Obesidad en 33.3%, hipertensión arterial 31.7%, y diabetes mellitus 21.9%. Letalidad general de 31.25%, 75% con intubación. El 56.6% de las muertes ocurrió en los pacientes mayores a 60 años.

En el 2020 Zuccone G y col¹² en el trabajo “Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco de Santiago, Chile: los primeros 164 pacientes reportaron como síntomas de presentación más común tos seca (47%), cefalea (42%) y mialgias (42%). Un 45% refirió contacto con un paciente infectado o haber viajado fuera de la ciudad. 33 casos (20%) requirieron ingreso hospitalario y el 5% ingreso a una unidad de cuidados intensivos.

Damazio V y cols¹³ en el 2020 exaltan en su investigación “Características epidemiológicas y clínicas en Brasil” los mismos obtuvieron como resultados en 510 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19: La mayoría de los pacientes eran varones (56,9%) la edad media fue de 40 años. 61,1%

notificaron antecedentes de contacto cercano con un caso positivo / sospechoso y 34,4% tenía antecedentes de viajes internacionales recientes. Los síntomas más comunes fueron fiebre (67,5%), congestión nasal (42,4%), tos (41,6%). Se requirió hospitalización para 72 (14%) pacientes y 20 (27,8%) ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos. El 65% de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos requirió ventilación mecánica invasiva. La estancia media fue de 9 días para todos los pacientes. Solamente un paciente (1,38%) falleció.

Casas J y cols¹⁴ en el año 2020 estudiaron las “Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19 incluyeron 15.111 pacientes de 150 hospitales”. La mediana de edad fue 69,4 años (rango: 18-102 años) y el 57,2% eran hombres. Las prevalencias de hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus fueron 50,9%, 39,7% y 19,4%, respectivamente. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (84,2%) y tos (73,5%). Fueron frecuentes los valores elevados de ferritina (73,5%), lactato deshidrogenasa (73,9%) y dímero D (63,8%), así como la linfopenia (52,8%). La tasa de mortalidad global fue del 21,0%, con un marcado incremento con la edad (50-59 años: 4,7%; 60-69 años: 10,5%; 70-79 años: 26,9%; ≥ 80 años: 46%).

En el año 2020 Escobar G y col¹⁵ en su investigación las “Características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú”, identificaron 14 casos, 78,6% hombres, edad promedio 73,4 años (rango 26 a 97). 21,4% de casos importados. Factores de riesgo presentes en 92,9% de los casos, predominaron adulto mayor, hipertensión arterial y obesidad. Los síntomas más frecuentes fueron disnea, fiebre y tos; los signos polipnea y estertores respiratorios. Ingresaron a ventilación mecánica 78,6% (11 de 14 casos); con estancia hospitalaria de 4,7 días (+/-2,4).

En general, la vía de transmisión entre humanos más aceptada es de persona a persona por vía respiratoria, con un periodo de incubación de 1 a 14 días. Se presenta en la mayoría de casos con un cuadro clínico correspondiente a una infección respiratoria alta autolimitada, con variedad de sintomatología según grupos de riesgo, presentando una rápida progresión a una neumonía grave y fallo multiorgánico, generalmente fatal en personas de la tercera edad y con presencia de comorbilidades¹⁵.

Desde el punto de vista fisiopatológico se tiene que el virus penetra en la célula receptora tras contactar con el receptor de superficie para la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE-2), que está presente en los neumocitos de tipo II y en células del tracto respiratorio superior, también se localizan en células renales, cardíacas, intestinales y vasculares, donde tiene la capacidad de generar nuevos virus capaces de infectar otras células. El epitelio pulmonar es el que se afecta con mayor intensidad y da lugar a las manifestaciones más graves¹⁶.

En algunos pacientes afectados de COVID-19, el virus tiene la capacidad de producir una respuesta inmunológica aberrante, en la que participa fundamentalmente la respuesta inmune innata mediada por citocinas proinflamatorias, como interleucina 1 beta (IL-1 β), IL-6, IL-8 y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (sintetizadas principalmente por los macrófagos) y el interferón gamma (IFN- γ) (generado por linfocitos T y estimulador de las citocinas previas). La producción exagerada de estas citocinas produce la denominada “cascada citocínica” y genera una respuesta hiperinflamatoria, responsable del cuadro de SDRA y a cambios biológicos caracterizados por un aumento marcado de los niveles de proteína C reactiva (PCR) y ferritina¹⁶.

Para el diagnóstico de la COVID-19 se toma en cuenta la presencia de manifestaciones clínicas, alteraciones biológicas, gasométricas y radiológicas, confirmándose con la detección microbiológica del SARS-CoV-2

mediante RT-PCR o una prueba rápida de detección de antígeno en el exudado nasofaríngeo. En caso de no contar con dichas pruebas se podrá aceptar como diagnóstico inicial de COVID-19 si el paciente presenta síntomas compatibles sumados a cambios analíticos y radiológicos típicos de la enfermedad¹⁶.

En el contexto de las alteraciones biológicas se evidencia una elevación de la PCR, ferritina, fibrinógeno, LDH, así como una linfopenia, trombopenia y aumento de los niveles de dímero-D. Tanto la elevación de los reactantes de fase aguda, de la LDH y la linfopenia se consideran marcadores de peor pronóstico. La positividad en las pruebas microbiológicas RT-PCR o prueba rápida de detección de antígeno, constituyen la confirmación del diagnóstico en un caso clínicamente compatible. Otras de gran valor diagnóstico son las pruebas de serología frente a antígenos específicos de la cápside del virus SARSCoV-2 mediante determinación de IgM, IgA e IgG, las cuales tienen un valor confirmativo en casos clínicamente compatibles a partir de los 10 días de inicio de los síntomas, y actualmente en estudio la respuesta celular T a diferentes antígenos del SARS-CoV-2 en la inmunización^{16, 17}.

En el caso de las alteraciones radiológicas se tiene: 1. Radiografía simple de tórax: que se caracteriza por presentar un infiltrado parcheado, manifiesto o incipiente, de distribución multilobar y bilateral, y de extensión y simetría variable. 2. Tomografía computarizada pulmonar: en las alteraciones tomográficas más comunes se evidencia afectación en vidrio deslustrado de forma aislada o en combinación con consolidaciones pulmonares, engrosamiento de septos interlobulillares, bronquiectasias, engrosamiento pleural y un patrón en empedrado. La afectación bilateral predomina en lóbulos inferiores y con una localización periférica y posterior. 3. Ecografía pulmonar: el hallazgo más importante es la demostración de líneas B (colas de cometa) asociadas a la afectación intersticial y que cuando son

confluentes equivaldrían a las opacidades en vidrio deslustrado de la TC pulmonar¹⁶.

En consideración a los factores de riesgo para desarrollar una COVID-19 grave se tienen: edad por encima de 65 años, presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, neumopatía crónica, tabaquismo, obesidad, hepatopatía crónica, grupo sanguíneo A o AB, infección por VIH con inmunodepresión grave y cáncer activo, además de un nivel socioeconómico bajo¹⁶.

Dentro de las principales características clínicas de la COVID-19 se encuentran: fiebre, tos, tos productiva, disnea corroborada por la taquipnea y manifestación de hipoxemia que se puede confirmar con pulsioximetría, mialgias/ artralgias, diarrea, cefalea, náuseas/ vómitos, ageusia/ anosmia, rinorrea, odinofagia, síncope y conjuntivitis, por lo que se distinguirán cuatro situaciones clínicas de la COVID-19, en función de los criterios de gravedad, que incluyen parámetros clínicos, pulsioximétricos, biológicos/inflamatorios (PCR y ferritina) y radiológicos (inicialmente radiografía de tórax), con la finalidad de aplicar diferentes pautas terapéuticas.

Según lo establecido en el Consenso de la Sociedad Venezolana de Infectología, el COVID-19, se clasifica a partir de las manifestaciones clínicas de la siguiente forma: 1. *Asintomático*: sin síntomas. 2. *COVID-19 leve*: presencia de fiebre, tos dolor de garganta, náuseas, vómito, diarrea, ageusia, anosmia, pero sin disnea saturación de O₂ >96% y radiografía de tórax normal. 3. *COVID-19 moderada*: presencia de síntomas de COVID-19 leve, más evidencia de infección del tracto respiratorio inferior (examen/ radiología), saturación de O₂ > 94 %, necesidad de oxígeno con FiO₂ < 35 %, y SpFi o PaFi > 200 e imagen radiológica con infiltrados pulmonares bilaterales, valores de ferritina > 500 mg/L y/o PCR > 3 mg/dL. Los pacientes con disnea leve, y presencia de algunos de los factores de riesgo conocidos, son candidatos a tratamiento^{16, 17}.

Por su parte, la cuarta presentación del *COVID-19 grave*: presencia de síntomas de COVID-19 moderado, con saturación de O₂ < 94 %, necesidad de oxígeno con FiO₂ > 35%, y SpFi o PaFi < 200 e imagen radiológica con infiltrados pulmonares bilaterales. En situaciones de empeoramiento clínico y valores elevados de las concentraciones basales de ferritina y PCR justificaran el tratamiento en esta situación. 5. *COVID-19 crítica*: síntomas de COVID-19 grave con intubación orotraqueal con insuficiencia respiratoria e imagen radiológica de neumonía bilateral rápidamente evolutiva, en este escenario clínico apoyará el inicio de un tratamiento farmacológico dirigido^{16, 17}.

Dado a la dificultad diagnóstica certera por la accesibilidad a pruebas sensibles y específicas, de los pacientes que presentan sintomatología por SARS COV- 2 en Venezuela asociado a la alta demanda de los centros asistenciales, según lo planteado anteriormente se presenta la problemática de establecer con objetividad el diagnóstico de los pacientes que ingresan con sintomatología en dichos centros, y orientar la conducta terapéutica adecuada.

Se planteó como objetivo general del presente estudio: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sospechosos de Covid-19 en el Área de hospitalización Covid-19 de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Mayo 2020- Mayo 2022, y se establecen como objetivos específicos: Caracterizar a los pacientes según edad, sexo, procedencia, grado de instrucción y Graffar. Determinar las comorbilidades más frecuentes. Conocer la frecuencia y tipo de síntomas y signos. Conocer la frecuencia de pacientes ingresados a UCI. Agrupar de acuerdo a días de hospitalización y el motivo de egreso (mejoría, contra opinión médica o deceso). Relacionar las variables demográficas, comorbilidades y severidad del cuadro clínico con el motivo de egreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional – descriptivo, con un diseño de corte transversal y retrospectivo, centrado en analizar todos los aspectos relacionados con los pacientes sospechosos de Covid-19 atendidos en uno de los centros centinela más importante y referencia del área central.

La población estuvo representada por la totalidad de los pacientes que ingresaron con clínica y antecedentes epidemiológicos de Covid-19 el área de hospitalización de pacientes Covid-19 de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en el periodo mayo 2020- mayo 2022 en el periodo a estudiar. La muestra fue de tipo no probabilística - intencional conformada por 62 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años que ingresaron con clínica sospechosa de Covid-19 en el periodo de estudio, cuya historia clínica tenga más de un 80% del registro de las variables de acuerdo a los requerimientos de los objetivos planteados en la presente investigación y como criterio de exclusión, pacientes menores de 18 años o con una historia con menos de 80% del registro de las variables.

Una vez obtenida la aprobación por parte del comité de bioética de la institución caso de estudio, se procedió a la recolección de los datos, la cual se realizó mediante la técnica de la revisión documental de las historias y como instrumento se utilizó una ficha de registro (Ver Anexo A) dividida en seis (6) secciones que van desde los datos personales hasta la estancia hospitalaria y el motivo de egreso.

Los datos obtenidos fueron vaciados en una tabla maestra de Microsoft® Excel, para luego ser analizados a través de técnicas estadísticas

descriptivas presentados en tablas de asociación (con frecuencias absolutas y relativas) en función de los objetivos propuestos, lo cual fue generado mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 17. A las variables cuantitativas se les calculó media \pm desviación estándar, mediana, valor mínimo y valor máximo. Se asociaron variables cualitativas a partir del análisis no paramétrico Chi cuadrado (X^2) como prueba de independencia entre variables. Adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

De los 62 pacientes con síntomas sospechosos de COVID19 que conformaron la muestra de estudio, se registró un promedio de edad de 67,01 años \pm 1,88. Predominó el sexo masculino con un 62,90%. En relación a la procedencia el municipio predominante fue Valencia con un 64,52%, seguido de Naguanagua 12,90%. El grado de instrucción más frecuente estuvo conformado por primaria completa con un 45,16% seguido de secundaria completa 40,32%, y el estrato socioeconómico más frecuente se encontró que estuvo asociado al Graffar IV con 59,68%. (Tabla 1).

En relación a las comorbilidades más frecuentes asociadas con los pacientes se evidencio que un 59,68% presentaba alguna comorbilidad, de las cuales predominó la hipertensión arterial con un 45,16%, seguida de diabetes mellitus tipo 2 con 24,19% y enfermedad renal crónica 6,45%. (Tabla 2).

Dentro de los síntomas más frecuentes, la fiebre registro un promedio de 77,42%, seguido de tos con 74,19%, y luego disnea con un 74,19%. Con referencia a los signos, un 72,58% requirieron uso de musculatura accesoria, la frecuencia respiratoria registró un promedio de 25,92 rpm \pm 5,12, y la saturación de oxígeno obtuvo un promedio de 81,90% \pm 12,82. (Tabla 3).

Es necesario destacar que en la población estudiada solo 8 pacientes se realizaron rayos x de tórax, evidenciándose 3 casos de infiltrado intersticial

bilateral, 3 con patrón intersticial reticulado difuso, y 2 casos de patrón en vidrio esmerilado bilateral y opacidad periférica bilateral. A solo 13 pacientes se les realizó TAC de tórax obteniéndose entre los hallazgos más frecuentes: 4 con opacidades en vidrio deslustrado bilateral; 3 con opacidad en vidrio deslustrado en lóbulo inferior derecho; 2 con múltiples focos de opacidad bilateral; 1 caso de patrón de vidrio esmerilado bilateral; otro con aumento densidad del parénquima pulmonar con engrosamiento septal; y se observó uno con infiltrado intersticial difuso y por último 1 con múltiples áreas en patrón de vidrio deslustrado en ambos lóbulos inferiores. (Tabla 3)

Por otro lado la frecuencia de los pacientes con sospecha de COVID-19 ingresados a UCI sólo fue de un 16,13% (10 casos), de los cuales predominaron aquellos con edad mayor de 60 años (9 casos) y del sexo masculino (6 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el ingreso a UCI y los grupos de edad. (Tabla 4).

En cuanto a los días de hospitalización fueron más frecuentes aquellos pacientes con menos de 5 días de hospitalización, así como aquellos con 5 y 10 días con un 40,32% en ambos casos. Entre las condiciones de egreso, fueron más frecuentes aquellos pacientes fallecidos con un 58,06%, seguido de aquellos que egresaron por mejoría 40,32%. (Tabla 5).

La presentación clínica de COVID-19 grave predominó con un 62,90% y de ellos 40,32% tuvo desenlace fatal. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la condición de egreso y la presentación clínica del COVID-19 ($p=0,0018$). No hubo asociación entre la condición de egreso y los grupos de edad, así como tampoco entre el sexo ni el estrato socioeconómico; no se encontró asociación con la presencia de comorbilidades ni con los días de hospitalización. (Tabla 6).

DISCUSIÓN

En cuanto al perfil clínico de los pacientes con COVID-19, el promedio de edad fue la sexta década, predominando el sexo masculino en un 62,90%, difiriendo con el estudio de Acosta G et al⁶, donde la edad más frecuente fue de 53,5 años, y se relacionó con el sexo masculino que tuvo mayor prevalencia.

Una revisión de Rivero et al²⁰ y Pedrañez et al²¹, hace referencia a la relación que existe entre la edad avanzada y el desenlace fatal de la infección por SARS-COV2, definida por la presencia de comorbilidades y la inmunosupresión como factores de riesgo significativos en este grupo etario, así como también hace énfasis en por qué la población masculina es más susceptible a desarrollar complicaciones en la infección por SARS COV-2, dado a que presentan ciertas alteraciones en la respuesta inmunitaria innata y adaptativa siendo de mayor importancia la menor producción de IFN-a en respuesta a la activación de TLR7 por parte de las células mononucleares de sangre periférica la cual es clave en la respuesta para la infección por este virus, así como la producción de mayores cantidades de la citosina inmunosupresora de IL-10 luego de la estimulación de los receptores TLR8 y TLR9.

En relación a las comorbilidades predominó la hipertensión arterial, y la diabetes tipo 2, similar al estudio realizado por Franco et al²², esto es un dato importante ya que los principales factores de riesgo en la población mundial, tanto para el desarrollo de enfermedades, como para favorecer la proliferación y complicaciones de otras patologías.

En cuanto a los síntomas presentados predominaron la fiebre, tos, y la disnea, coincidiendo con el estudio de Acosta G et al⁶ y Llaro M et al⁹ que reportan los 3 síntomas principales. Las tres cuartas partes de los pacientes requirieron uso de musculatura accesoria, la frecuencia respiratoria registró un promedio de 25 rpm, este hallazgo guarda similitud a lo encontrado por Escobar G et al¹⁵ quienes reportan Polipnea (85,7%); referente a la saturación de oxígeno se obtuvo un promedio de 85%, lo que se corresponde con Escobar G et al¹⁵ quienes encontraron una saturación de oxígeno < 90%; asociándose esto a una relación de presentar COVID-19 grave y un aumento del desenlace fatal en estos pacientes.

Aunque no fue parte de los objetivos de la presente investigación se evidencio que la población estudiada reporto dentro de los hallazgos de laboratorios linfopenia en un 48% (30 casos) similar a lo encontrado por Casas JM et al¹⁴ quienes reportan linfopenia en más de la mitad de los pacientes (52,8%); por su parte Escobar G et al¹⁵ reporta un porcentaje de linfopenia en un 64,3%; por lo que se considera como un marcador de peor pronostico para desarrollar COVID-19 grave.

Así mismo el patrón radiográfico que predomino fue un patrón de infiltrado intersticial bilateral y en vidrio esmerilado similar a lo reportado por Escobar G et al¹⁵ y Melendez A. et al²⁰ quienes refieren que la presentación radiológica de mayor prevalencia fueron las anteriormente mencionadas. Solo un 20,97% de los pacientes se les realizó TAC de tórax, dentro de la cual el hallazgo más frecuente fueron las opacidades en vidrio esmerilado bilateral guardando relación con Zuccone G. et al¹² donde la TAC de pulmon se realizó a un 29,3% de los pacientes presentando en su mayoría un patrón en vidrio esmerilado difuso uni o bilateral, esto se debe a la aparición de reticulaciones intralobulares por lo que el estudio es de vital importancia para evaluar la evolución, pronóstico y tomar decisiones de manera oportuna en lo referente a la conducta y tratamiento.

Solo un 16,13% de los pacientes con sospecha de COVID-19 fueron ingresados a UCI, de los cuales predominaron aquellos con edad mayor de 60 años y del sexo masculino, similar a lo encontrado por Meléndez et al¹⁹ donde el 16% de los pacientes tuvieron ingreso a la UCI, resultados que difieren con Llaro-Sanchez y Col.⁹ donde reportan un 60,57 %.

Los días de hospitalización fue más frecuente aquellos pacientes con menos de 5 días y entre 5 y 10 días, datos que se corresponden a lo reportado por Escobar G et al¹⁵ quienes reportaron un promedio de estancia hospitalaria de 4,7 días. Entre las condiciones de egreso, fueron los pacientes fallecidos con mayor predominio con (58,06%), que difiere con lo reportado por Villagrán K et al¹¹, Acosta G et al⁶ y Meléndez A. et al¹⁹. Es importante señalar que el incremento de la edad como la presencia o aumento del número de comorbilidades se asocia significativamente con la mortalidad de esta enfermedad. Por su parte los pacientes que egresaron por mejoría representan el segundo lugar en cuanto al egreso (40,32%), difiriendo a lo reportado por Meléndez A. et al¹⁹ donde el porcentaje de pacientes que egresaron con recuperación franca fue de 80%.

De los fallecidos, predominaron aquellos con presentación clínica de COVID-19 grave 62,90%, difiriendo a lo reportado por Llaro M et al⁹ quienes evidencian que un 78,26% de los fallecidos tenían una presentación severa. Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la condición de egreso y la presentación clínica del COVID-19. En este sentido, Pérez M et al¹⁸ exponen que la patología de Covid-19 se presenta en la mayoría de casos con un cuadro clínico correspondiente a una infección respiratoria alta autolimitada, con variedad de sintomatología según grupos de riesgo, presentando una rápida progresión a una neumonía grave y fallo multiorgánico, generalmente fatal en personas de la tercera edad y con presencia de comorbilidades.

CONCLUSIONES

El perfil clínico de los pacientes con COVID19 que conformaron la muestra de estudio, se registró un promedio de 67 años, del sexo masculino y un poco más de la mitad de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad, de las cuales predominó la hipertensión arterial.

En cuanto a los síntomas presentados predominó la fiebre, seguida de la tos y la disnea lo cual coincide de forma contundente con lo reportado en la literatura revisada sean pacientes con sospecha o con diagnóstico certero de Covid-19. A un porcentaje bajo de los pacientes se les realizó rayos x y TAC de tórax.

De igual forma, un porcentaje muy bajo de los pacientes con sospecha de COVID-19 fue ingresado a UCI. En lo correspondiente a los días de hospitalización fueron más frecuentes aquellos pacientes con menos de 5 días, así como aquellos con 5 y 10 días con similar proporción. Entre las condiciones de egreso, más de la mitad de los pacientes fallecieron.

En relación a los pacientes que fallecieron predominaron las características de edades mayores a 60 años; sexo masculino; estrato socioeconómico IV; con presencia de comorbilidades; y aquellos que tenían menos de 5 días de hospitalización.

Por último tenemos que en cuanto a los pacientes fallecidos, prevalecieron aquellos con presentación clínica grave de Covid-19, encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

Es recomendable realizar estudios prospectivos a mayor escala para un mejor análisis y aclarar la importancia del perfil clínico y epidemiológico de la infección por SARS COV-2, así como estudiar la evolución y el pronóstico mediante la inclusión de otras variables en los pacientes con este tipo de patología.

Es importante los programas de educación a los pacientes usando todo tipo de recursos, incluyendo audiovisuales y las redes sociales para sensibilizar a la población en cuanto al diagnóstico clínico precoz del SARS COV-2, hacer énfasis en las medidas de prevención (Lavado de manos, uso de mascarilla, distanciamiento social, dotación de equipos de bioseguridad al personal médico) que impide la propagación del virus, así como hacer énfasis en la vacunación en la población de riesgo, para evitar complicaciones, disminución de hospitalizaciones, y descenso de morbi-mortalidad.

Habilitar centros de mayor envergadura con personal médico especializado, con capacidad de atención y unidad de Cuidados intensivos para pacientes que requieran apoyo ventilatorio y así disminuir tasa de morbi-mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es una Pandemia? 24 de febrero del 2020. Disponible en: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/ [Fecha de consulta: marzo 2021]
2. Cortés M. Coronavirus as a threat to public health. Revista Medica de Chile. 2020;148(1), 124–126. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000100124>. [Fecha de consulta: marzo 2021]
3. D suze C, Echezuria L, et al. Epidemiologia Del COVID-19. Revista Puericultura y Pediatría Organó oficial de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Vol 83 Supl 2020. Disponible en: http://www.svpediatria.org/repositorio/publicaciones/2020/SUP_AVPP%2083-10.pdf [Fecha de consulta: marzo 2021]
4. Google noticias [Internet]. Coronavirus (COVID-19). 2021 [citado el 25 de Julio del 2022]. Disponible en <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&q=US&ceid=US%3Aes-419>. [Fecha de consulta: Julio 2022]
5. Sociedad Venezolana de Infectología COVID-19 : Abordaje terapeutico y recomendaciones. Consenso de recomendaciones terapéuticas y generales para el abordaje médico en adultos con COVID-19. Septiembre 2020. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/mw245> [Fecha de consulta: marzo 2021]
6. Acosta G, Escobar, G, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020; 37(2), 253–258. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437>. [Fecha de consulta: marzo 2021]
7. Marín A. Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health 2020; 44(1), 1– Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87>. [Fecha de consulta: marzo 2021]
8. Salzberger B, Buder, F, Lampl, B, et al. Epidemiology of SARS-CoV-2 infection and COVID-19. Internist 2020; 61(8), 782–788. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00834-9> [Fecha de consulta: marzo 2021]

9. Llaro M, Gamarra B, Camos K. Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal- Callao 2020. *Horiz Med*, 20(2), e1229.
10. Rearte A, Baldani A, et al. Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de Covid-19 en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2020;12, 5–5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116452>. [Fecha de consulta: marzo 2021]
11. Villagrán K, Torrontegui L, y Entzana A. Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México. *Rev Med UAS*. 2020;10(2), 65–79.
12. Zuccone G, Albornoz V, et al. Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco: los primeros 164 pacientes. *Revista Médica de Chile*. 2020;148(8), 1096–1104. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000801096> [Fecha de consulta: marzo 2021]
13. Teich V, Klajner S, et al. Epidemiologic and clinical features of patients with COVID-19 in Brazil. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2020;18:1-7 eAO6022. Disponible en: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao6022 [Fecha de consulta: marzo 2021]
14. Casas JM, Antón JM, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Registry. *Revista Clínica Española*. 2020;220(8), 480–494. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003> [Fecha de consulta: marzo 2021]
15. Escobar G, Matta J, Taype W, et al. Características clínicoepidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*. 2020;20(2), 180–185. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2940> [Fecha de consulta: marzo 2021]
16. Cervera R, Espinosa G, Ramos Casals M, et al. Respuesta inmunoinflamatoria en la COVID-19. 2020; 29 (27): 1-17.
17. Salette M. Protocolo COVID-19 / Marzo 2021. [Internet]. [Consultado 24 May 2021]. Disponible en <https://sostelemedicina.ucv.ve/covid19/manuales/Protocolo%20COVID-19%20marzo%202021.pdf>. [Fecha de consulta: marzo 2021]
18. Pérez M. Gómez J. y Dieguez R. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 [citado]; 19(2):e_3254. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505> [Accedido 25 Agosto 2022]

19. Meléndez A, Segovia M, Cova S, Hernández M, et al. Características y evolución clínico-epidemiológica según su gravedad en pacientes ingresados con la COVID 19 confirmado. Bol Venez Infectol Vol. 32 - N° 1, enero-junio 2021: 27-42. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8hdg6> [Accedido 25 Agosto 2022]
20. Vega J, Ruvalcaba J, Pacheco I, et al. La salud de las personas adultas mayores durante la Pandemia de COVID-19. JONNPR. 2020;5(7):726-39. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3772> [Fecha de consulta: Septiembre 2022]
21. Pedreáñez A, Mosquera-Sulbaran J, Muñoz N, et al. La desventaja de los hombres frente a la COVID-19. Análisis de la influencia del sexo sobre la respuesta inmunitaria ante la infección por SARS-CoV-2. International Journal of Medical and Surgical Sciences Vol. 8- N° 3, septiembre 2021: 2-13. Disponible en: <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i3> [Fecha de consulta: Septiembre 2022]
22. Franco V, Morales L, Baltrons R, et al. Mortalidad por COVID-19 asociada a comorbilidades en pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud. 2021; 4(2): 28–37. Disponle en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v4i2.10366>. [Fecha de consulta: Septiembre 2022]

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

HISTORIA		Fecha		
Sección 1: Datos personales				
Edad		Sexo	Femenino Masculino	
Procedencia (municipio)		Graffar	I II III IV V	
Grado de Instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Bachiller Universitario	Comorbilidades	Si Tipo No	
Sección 2: Manifestaciones Clínicas				
Fiebre		Anosmia		
Cefalea		Disnea		
Tos		Diarrea		
Ageusia		Otros		
Signos Clínicos:				
Uso de musculatura accesoria		Frecuencia Respiratoria		
SatO2		Ingreso a UCI	Si No	
Sección 3: Paraclínicos Laboratorios				
Hemoglobina				
Linfocitos				
Ferritina				
Dimero D				
Otro				
Rx de tórax	Realizada No realizada	Hallazgo		
TAC de tórax	Realizada No realizada	Hallazgo		
Sección 4: Clasificación clínica del COVID-19				
Asintomático	Leve	Moderado	Grave	Crítico
Sección 5: Estancia hospitalaria	Menos de 5 días Entre 5 y 10 días Entre 11 y 15 días Más de 15 días	Sección 6: Motivo de egreso	Mejoría Deceso Contra opinión médica -----	

Tabla N° 1: Caracterización de los pacientes según edad, sexo, procedencia, grado de instrucción y estrato socioeconómico. Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Edad (años)	f	%
20 – 35	4	6,45
36 – 50	5	8,06
51 – 65	13	20,97
66 – 80	29	46,77
>80	11	17,74
$\bar{X} \pm E_s$	67,01 \pm 1,88	
Sexo	f	%
Femenino	23	37,10
Masculino	39	62,90
Procedencia (municipio)	f	%
Valencia	40	64,52
Naguanagua	8	12,90
Guacara	6	9,68
San Diego	5	8,06
Libertador	1	1,61
Los Guayos	1	1,61
San Joaquín	1	1,61
Escolaridad	f	%
Analfabeta	1	1,61
Primaria	28	45,16
Secundaria	25	40,32
TSU	1	1,61
Universitario	6	9,68
No reportado	1	1,61
Estrato socioeconómico	f	%
II	1	1,61
III	24	38,71
IV	37	59,68
Total	62	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)

Tabla N° 2: Comorbilidades más frecuentes entre los pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Comorbilidades	f	%
Ausente	25	40,32
Presente	37	59,68
Total	62	100
Tipo de comorbilidad	f	%
HTA	28	45,16
Diabetes Mellitus 2	15	24,19
ERC	4	6,45
Asma bronquial	2	3,23
EBPOC	2	3,23
Trombofilia primaria	1	1,61
Artritis reumatoide	1	1,61
ADC recto	1	1,61
CA esófago	1	1,61
Cardiopatía chagásica	1	1,61
ECV	1	1,61
Fibrosis pulmonar	1	1,61
Hipotiroidismo	1	1,61
Tabaquismo	1	1,61
Lupus + osteoporosis	1	1,61
ERC G5	1	1,61

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)

Tabla N° 3: Análisis del tipo de síntomas y signos con mayor frecuencia y; Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Síntomas	Si		No	
	f	%	f	%
Fiebre	48	77,42	14	22,58
Tos	46	74,19	16	25,81
Disnea	46	74,19	16	25,81
Cefalea	8	12,90	54	87,10
Diarrea	8	12,90	54	87,10
Ageusia	2	3,23	60	96,77
Anosmia	0	0	62	100
Otros síntomas	f	%	f	%
Astenia	2	3,23	60	96,77
Dolor abdominal	2	3,23	60	96,77
Emesis	1	1,61	61	98,39
Malestar general	1	1,61	61	98,39
Odinofagia	1	1,61	61	98,39
Signos clínicos	f	%	f	%
Uso musculatura accesorias	45	72,58	17	27,42
Frecuencia respiratoria (n=62)	25,92 ± 5,12; Md= 25; m=19; M=40; Cv=20%			
Saturación de oxígeno (n=62)	81,90 ± 12,82; Md= 85; m=38; M=99; Cv=16%			
Paraclínicos	Si		No	
	f	%	f	%
RX tórax	8	12,90	54	87,10
TAC de tórax	13	20,97	49	79,03

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)

Md: mediana, **m:** mínimo, **M:** máximo, **Cv:** coeficiente de variación

Tabla N° 4: Análisis de la frecuencia de pacientes ingresados a UCI; Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Mayo 2020 – Mayo 2022.

UCI	NO		SI		Total	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
≤ 60	16	25,81	1	1,61	17	27,42
>60	36	58,06	9	14,52	45	71,58
$\bar{X} \pm Es$	65,83 +/- 4,33		73,2 +/- 6,18		t = 1,45; P= 0,1519	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	19	30,65	4	6,45	23	37,10
Masculino	33	53,23	6	9,68	39	62,90
Total	52	83,87	10	16,13	62	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)

Tabla N° 5: Análisis de los días de hospitalización y las condiciones de egreso. Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Estancia (días)	f	%
<5	25	40,32
5 a 10	25	40,32
11 a 15	5	8,06
>15	7	11,29
Egreso	f	%
Deceso	36	58,06
Mejoría	25	40,32
Contra opinión medica	1	1,61
Total	62	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)

Tabla N° 6: Relación de las variables demográficas, presencia de comorbilidades y severidad del cuadro clínico según el motivo de egreso. Pacientes sospechosos de COVID-19. Área de hospitalización COVID-19. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Periodo Mayo 2020 – Mayo 2022.

Egreso		Deceso		Mejoría		Contra opinión médica	
Edad (años)	n	f	%	f	%	f	%
≤ 60	17	9	14,52	8	12,90	0	0
>60	45	27	43,55	17	27,42	1	1,61
$\bar{X} \pm Es$		70,19 ± 2,23		61,96 ± 3,16		79,0	
Sexo	n	f	%	f	%	f	%
Femenino	23	12	19,35	11	17,74	0	0
Masculino	39	24	38,71	14	22,58	1	1,61
Estrato socioeconómico	n	f	%	f	%	f	%
II	1	1	1,61	0	0	0	0
III	24	16	25,81	8	12,90	0	0
IV	37	19	30,65	17	27,42	1	1,61
Comorbilidades	n	f	%	f	%	f	%
Ausente	25	12	19,35	12	19,35	1	1,61
Presente	37	24	38,71	13	20,97	0	0
Estancia (días)	n	f	%	f	%	f	%
<5	25	17	27,42	7	11,29	1	1,61
5 a 10	25	10	16,13	15	24,19	0	0
11 a 15	5	5	8,06	0	0	0	0
>15	7	4	6,45	3	4,84	0	0
Presentación Clínica del COVID 19	n	f	%	f	%	f	%
Leve	1	1	1,61	0	0	0	0
Moderado	11	1	1,61	10	16,13	0	0
Grave	39	25	40,32	14	22,58	0	0
Critico	11	9	14,52	1	1,61	1	1,61
Total	62	36	58,06	25	40,32	1	1,61

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bordones; 2022)