



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICA**

TESIS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
POLIFARMACOTERAPIA EN PACIENTES POSITIVOS AL COVID- 19 EN LA
IPRESS – AHUAC**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR

Bach. Arnaldo Virgilio, CAPCHA HUAMANÍ

ASESORA:

Mg. Q.F. Rocío Jerónima, LÓPEZ CALDERÓN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Farmacología, Farmacoterapia y Farmacia Clínica

HUANCAYO-PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mi madre que en paz descansa, a mi esposa Lizbeth e hijos Thiago y Stefano por brindarme su amor y ser el motor en mi vida, para el logro de mi objetivo de ser Químico Farmacéutico.

Arnaldo Capcha Huamani

AGRADECIMIENTO

A mi esposa e hijos por su comprensión y estímulo constante para el logro de mis objetivos académicos.

A mi asesora Mg. Roció Jerónima López Calderón, por su valioso aporte académico y guía en la culminación del presente estudio de investigación.

A la Universidad Franklin Roosevelt, por darme la oportunidad de culminar esta segunda carrera.

Arnaldo Capcha Huamani

PÁGINA DEL JURADO

PRESIDENTE:

Mg. Q.F. LAVADO MORALES, Ivar Jines

MIEMBRO SECRETARIO:

Mg. CURO YLLACONZA, Javier Eduardo

MIEMBRO VOCAL:

Mg. Q.F. LÓPEZ CALDERÓN, Rocío Jerónima

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **CAPCHA HUAMANÍ. Arnaldo Virgilio** con DNI 10089687, doy fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Escuela profesional de Ciencias Farmacéuticas para la elaboración y sustentación de la tesis titulada: “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y POLIFARMACOTERAPIA EN PACIENTES POSITIVOS AL COVID- 19 EN LA IPRESS – AHUAC**”, Dejo constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaro bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento, corresponde a mi autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Así mismo, los fundamentos teóricos están respaldados por referencias bibliográficas, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de mi entera responsabilidad.



Arnaldo Virgilio, CAPCHA HUAMANÍ
DNI N° 10089687

INDICE

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página de jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vi
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. METODO	23
2.1. Tipo y diseño de investigación	23
2.2. Operacionalización de variables	23
2.3. Población, muestra y muestreo	23
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	24
2.5. Procedimiento	24
2.6. Método de análisis de datos	24
2.7. Aspectos éticos	24
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo fue determinar la asociación entre características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac. **La metodología** empleada fue la investigación básica, diseño no experimental de tipo correlacional (asociación) de corte transversal retrospectiva. **La población** estuvo constituida por 70 pacientes positivos al COVID- 19. **Resultados:** Del total de pacientes con dolor de garganta 51,4% presentó polifarmacoterapia y 48,6% no presentó polifarmacoterapia. Con congestión nasal 60,0% presenta polifarmacoterapia y 40,0% no presenta polifarmacoterapia. Con dificultad respiratoria 75,0% presenta polifarmacoterapia y 25,0% no presenta polifarmacoterapia. Con fiebre 55,6% presenta polifarmacoterapia y 44,4% no presenta polifarmacoterapia y con dolor muscular 66,7% presenta polifarmacoterapia y 33,3% no presenta polifarmacoterapia. Por otro lado, con comorbilidades 70,6% presenta polifarmacoterapia y 29,4% no presenta polifarmacoterapia, finalmente los pacientes que tienen de 60 años a más el 66,7% presenta polifarmacoterapia y el 33,3% no presenta polifarmacoterapia. **Conclusión:** Las características como las comorbilidades y edad están asociadas a la polifarmacoterapia. Donde las comorbilidades ($X^2 = 6,296$; p valor = 0,012) y la edad ($X^2 = 6,090$; p valor = 0,014). Así mismo la comorbilidad (OD 4,295; IC 1,313 – 14,043) y la edad (OD 3,675; IC 1,277 – 11,100); es decir que los pacientes con comorbilidades tienen 4,295 veces más probabilidad de presentar polifarmacoterapia frente a los que no presentan comorbilidad, de igual manera las pacientes que tienen de 60 a más años tienen 3,675 veces más probabilidad de presentar polifarmacoterapia frente a las pacientes menores de 60 años.

Palabras clave: clínicas, epidemiológicas, polifarmacoterapia.

ABSTRACT

The objective was determine the association between epidemiological clinical characteristics and polypharmacotherapy in COVID-19 positive patients at IPRESS-Ahuac. **The methodology** used was basic research, a non-experimental design of a retrospective cross-sectional correlational (association) type **The population** consisted of 70 COVID-19 positive patients. **Results:** the total of patients with sore throat, 51.4% presented polypharmacotherapy and 48.6% did not present polypharmacotherapy. With nasal congestion, 60.0% presented polypharmacotherapy and 40.0% did not present polypharmacotherapy. With respiratory distress, 75.0% presented polypharmacotherapy and 25.0% did not present polypharmacy. With fever, 55.6% presented polypharmacotherapy, and 44.4% did not present polypharmacotherapy, and with muscle pain, 66.7% presented polypharmacotherapy and 33.3% did not present polypharmacotherapy. On the other hand, with comorbidities 70.6% presented polypharmacotherapy and 29.4% did not present polypharmacotherapy, finally the patients who are 60 years of age or older 66.7% presented polypharmacotherapy and 33.3% did not present polypharmacotherapy. **Conclusion:** Characteristics such as comorbidities and age are associated with polypharmacotherapy where comorbidities ($X^2 = 6.296$; p value = 0.012) and age ($X^2 = 6.090$; p value = 0.014) Likewise comorbidity (OD 4.295; CI 1.313 - 14,043) and age (OD 3,675; CI 1,277-11,100); In other words, patients with comorbidities are 4,295 times more likely to have polypharmaceutical therapy compared to those who do not present comorbidity, in the same way, patients who are 60 years of age or older are 3,675 times more likely to have polypharmacotherapy compared to patients under 60 years of age.

Key words: clinical, epidemiological, polypharmacotherapy



TDM Roberto S. López Muche
ACADEMIC COORDINATOR
U.P.H. FRANKLIN ROOSEVELT

I. INTRODUCCIÓN

La COVID-19 causada por el coronavirus 2 se conoce por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en Wuhan China, donde se reportaron casos de neumonía de causa desconocida. El número de casos aumentó rápidamente en el resto de Hubei y se propagó a otros territorios. La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020 declare la emergencia sanitaria mundial.(1) Las manifestaciones clínicas se asemejaron a una gripe estacional, con fiebre, tos, disnea, mialgia, fatiga, pérdida súbita del olfato, gusto y diarrea.(2) La OMS reportó 55,925 casos de COVID-19 en China y tuvieron las siguientes manifestaciones clínicas: fiebre (87,9%), tos seca (76,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6%), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5%), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%). (3) En Alemania 97,2% de los casos, presentaron síntomas relevantes como: fiebre (47.1%), tos seca (25.0%), dolor de garganta (16.2%), astenia (6.0%) y dolor (5.1%). (4) Dentro de las características epidemiológicas se tuvo pacientes mayores de 60 años. La hipertensión arterial sistémica, la obesidad y la diabetes mellitus fueron las comorbilidades más frecuentemente. (5) Es un estudio realizado en Shanghái de 136 casos, (61,5%) tenían menos de 60 años (<60) y otros casos tenían más de 60 años (≥60).(4) Desde el inicio de la pandemia los equipos de Atención Primaria (EAP) de países desarrollados han llevado a cabo el manejo de los pacientes con perfiles menos graves y han orientado a aquellos que han requerido atención complementaria o tratamiento, cumpliendo un papel fundamental en el control de la pandemia, a través de la atención integral y la coordinación intersectorial. (6) La polifarmacoterapia es el consumo concomitante de tres o más medicamentos. Esta puede provocar debilitamiento físico y mental.(7) La prescripción potencialmente inapropiada, con duplicidad de medicamentos y de la misma clase tiene un elevado riesgo de interacciones negativas medicamento-enfermedad. El grupo farmacológico más consumido por los adultos fueron los AINES (97,37%). (8) A nivel mundial la polifarmacoterapia varía entre el 78% y 57% en EE.UU y un 51% en Europa.(9) Los pacientes con COVID-19 suelen presentar manifestaciones clínicas y enfermedades subyacentes que requieren un tratamiento con varios medicamentos. Aunque no exista un tratamiento definido en el mundo, en América Latina, se oficializaron protocolos de tratamiento farmacológico, además se dejó la decisión sobre el tratamiento farmacológico a criterio médico, en relación beneficio/riesgo, evidencia disponible y experiencia profesional.(10) En el Perú, el

reporte de la primera persona infectada fue el 6 de marzo de 2020, por ello, el 11 de marzo de 2020, el gobierno peruano declara el estado de emergencia en todo el país. (11) El 19 de marzo se tuvo las primeras víctimas mortales (tres el mismo día) y dos en los días siguientes. En los primeros días de abril se diagnosticaron 2 561 casos positivos para SARS-CoV-2. (12) El cuadro clínico predominante fue: la fiebre, tos, disnea. A la fecha, se tiene 2083567 casos confirmados y 194606 fallecidos en todo el país. El tratamiento farmacológico para los pacientes COVID 19 está enmarcado dentro del protocolo establecido por MINSA, es así, que, un 39,13 % recibieron un esquema terapéutico de hidroxiclороquina más azitromicina y a un 39,13 % se agregaron corticoides.(13) La región Junín, no es ajena a esta situación de la pandemia, a la fecha se registran 119382 casos de COVID- 19, siendo predominante en el sexo femenino con 61,054 casos, y 65,955 adultos. En el distrito de Ahuac a la fecha se tiene 525 casos confirmados, siendo adultos y de sexo femenino los que predominan. (14)

Teniendo los siguientes antecedentes nacionales:

Llaro MK. Gamarra, B (2020) Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020 Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas y el análisis del tiempo de sobrevida en fallecidos por COVID-19 que fueron atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao, en 2020. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Resultados: Las características epidemiológicas predominantes fueron sexo masculino, edad de 60 a 79 años y comorbilidades (hipertensión arterial y obesidad). Los principales signos y síntomas al ingreso hospitalario fueron disnea, fiebre, tos y frecuencia respiratoria aumentada. El 39,13 % recibieron un esquema terapéutico de hidroxiclороquina más azitromicina y en el 39,13 % agregaron corticoides al tratamiento mencionado. Conclusiones: Los pacientes fallecidos fueron, principalmente, adultos mayores de sexo masculino con enfermedades preexistentes como hipertensión arterial y obesidad y clasificados con infección COVID-19 moderada a severa al ingreso hospitalario. (13)

Basurco S, (2020) Características clínico-epidemiológicas asociadas a la prueba rápida para COVID-19. Centro Médico I-3 GyG Diagnostic. Junio-Octubre de 2020. Objetivo: determinar las características clínico epidemiológicas asociadas a la prueba rápida para COVID-19, en pacientes atendidos en el “Centro Médico I-3 GyG Diagnostic”, Juliaca durante junio a octubre del 2020. Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Diseño no experimental: observacional. Resultados: edades entre 18 a 35

años con 51.9% (187) con un 26.11% (94) de casos positivos, seguido de edad entre 36 a 59 años 38.9% (140) con un 20% (72) de casos positivos; en el género masculino 62.5% (225) con 50.2% (113) casos positivos. Característica sociodemográfica: lugar de residencia urbana 88.3% (318) con 43.06% (155) casos positivos. Signos vitales: temperatura $<38^{\circ}\text{C}$ en un 98.9%, frecuencia cardíaca $<100\text{lpm}$ en un 96.6%, saturación de oxígeno $\geq 85\%$ en un 96.9%. Los síntomas fueron: sensación de alza térmica 20.8%, tos 19.7%, dolor de garganta 18.3%, cefalea 18.1%, congestión nasal 14.4%, malestar general 11.7%, dolor osteomuscular y/o torácico 11.4%, diarrea y/o náuseas/vómitos 6.4%, anosmia y/o disgeusia 4.2% y disnea 3.9%. Conclusiones: Los síntomas que presentaron significancia fueron: sensación de alza térmica y anosmia y/o disgeusia. El resultado positivo de prueba rápida para COVID-19 de mayor frecuencia fue reactivo IgM/IgG; de los casos positivos el 21.94% (79) fue asintomático.(15)

Veliz R. (2021).características clínico-epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 moderado y severo a su ingreso, en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el mes de marzo del año 2021, Arequipa-Perú. Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 moderado y severo, en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el mes de marzo del año 2021. Materiales y métodos: Este fue observacional, transversal y retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 368 pacientes adultos, diagnosticados como COVID-19. Resultados: Las características epidemiológicas: la edad más frecuente fue 30-59 años (adultos) (49,46%), 55,43% fueron del sexo masculino. Las características clínicas: la hipertensión arterial fue la más frecuente (35,87%) seguido por la diabetes y la obesidad. Los síntomas más prevalentes son: dificultad respiratoria (73,1%), fiebre-escalofrío (60,60%) y tos (58,70%). Conclusiones: Los pacientes hospitalizados con COVID-19 en el HNCASE son en su mayoría casos moderados. Nuestros datos clínico-epidemiológicos concuerdan con la encontrada en la diversa bibliografía nacional e internacional descrita, así mismos estos datos servirán para considerarse en la implementación de aparatos y recursos, dirigidos a la población que posee mayor frecuencia de las características encontradas. (16)

Narro K. (2020) características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico COVID-19. Red de salud Virú, marzo - mayo 2020. Objetivo: Describir las características clínico epidemiológicas en pacientes con diagnóstico confirmado COVID-19 de la Red de Salud Virú marzo a mayo 2020. Material Y Método: El tipo de estudio es de enfoque cuantitativo y diseño observacional descriptiva con datos secundarios. La población

pacientes diagnosticados positivos a COVID-19. Resultados: Se halló un 67.7% de casos COVID-19 adulto y adulto mayor. Hubo predominio de sexo masculino (57.4 %) frente al sexo femenino con (42.6 %). Los síntomas fueron: Tos (48.7%), malestar general (48.2%), dolor de garganta (39.1%) y fiebre/escalofrío (37.5 %), congestión nasal (22.0 %), cefalea (21.3%) dificultad respiratoria (17.1 %), dolor muscular (12.2 %) y dolor de pecho (8.4%). Otros síntomas en menor proporción, náuseas/vómitos (5.6%), diarrea (5.2 %), dolor abdominal y de articulaciones (1.9%). La comorbilidad predomina diabetes (3.7%), enfermedad cardiovascular (3.5%), embarazo (1.9 %) enfermedad pulmonar crónica (0.5 %), enfermedad hepática y cáncer con (0.2%) respectivamente.(1)

Díaz A, Otivo RM. (2020) Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura. Tuvo como Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura. Materiales y métodos: Estudio de diseño observacional, transversal y analítico realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, Perú, ubicado a 3250 m s. n. m. La población estuvo conformada por 2248 pacientes. Resultados: La población con diagnóstico de COVID-19 fue de 760 pacientes (100,00 %). De ellos, los hombres fueron los más afectados con el 62,36 % (474 pacientes). El promedio de edad fue de 49 años (rango: 15 a 95) y el mayor número de casos se encontró en el grupo etario de 40 a 59 años (38,82 %), sobre todo entre las amas de casa (21, 44 %) y los comerciantes (19,21 %). Los síntomas más comunes de la COVID-19 fueron tos (70,26 %), malestar general (57,63 %), dificultad respiratoria (48,81 %), fiebre (48,15 %) y dolor de garganta (44,21 %). Entre las comorbilidades obesidad (4,47 %), diabetes mellitus (2,76 %) e hipertensión arterial (1,31 %). Conclusiones: La COVID-19 afecta con mayor frecuencia a la población adulta. La tos y el malestar general fueron los síntomas más comunes, mientras que la edad avanzada, la disnea y el uso de ventilación mecánica se asociaron a mayor riesgo de letalidad. (17)

Chiroque E. (2019) Prevalencia de Prescripción Potencialmente Inadecuada y Polifarmacia en pacientes ancianos internados en el Área de Medicina del Hospital Chulucanas. Objetivo determinar la Prevalencia de Prescripción Potencialmente Inadecuada y Polifarmacia en pacientes ancianos internados en el Área de Medicina del Hospital Chulucanas. Estudio observacional transversal y descriptivo en pacientes adultos mayores de 60 años hospitalizados. Resultados: el género femenino (60.89 %). El 66.01 % presentaron Polifarmacia. En el 96.16 % se observó criterios STOPP y 59.22 % tenían Criterios START. Relacionando la Polifarmacia, en el 95,14 % se observó criterios

STOPP. Además, se determinó que se presentaron más de 4 criterios de STOPP en el total de pacientes con hiperpolifarmacia. El 59.22 % de adultos mayores politratados presentaba algún criterio START y en el 66.67 % con múltiple medicación se observó alguno de estos criterios. El 66.01 % de los adultos mayores se encuentran polimedicados el 3.85% Hiperpolifarmacia, la prescripción inadecuada es 96.80% en adultos mayores con criterios STOPP y 60.90% en pacientes con criterios START, se observa correlación entre polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada (41)

Mejía S, Muñoz L. (2017) prevalencia de la polifarmacia en adultos mayores del centro mi espacio de sabiduría Objetivo: Determinar la frecuencia de polifarmacia y características de la prescripción. Metodología: Estudio descriptivo, muestra por conveniencia, conformada por 120 adultos mayores (mujeres y hombres) pertenecientes al Centro Mi Espacio de Sabiduría de la ciudad de Cuenca. Resultados: El rango de edad de adultos mayores entre 65 y 90 años con un 37,5% de polifarmacia con predominio del sexo femenino de 64,1%, la enfermedad más prevalente fue la hipertensión arterial. El 44,2% tomaban dos medicamentos diarios, el 40% toma una vez al día los medicamentos y el 21,6% toma medicación innecesaria.(18)

Troya A. (2019) Polifarmacia en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud tipo C de Catamayo. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de la polifarmacia en este grupo etario, se implementó un estudio tipo descriptivo-transversal, se consideró como muestra a 100 pacientes mayores de 65 años de ambos sexos. Resultados: El 78% consumen entre tres y más de cinco fármacos diarios, considerados como polifarmacia, se evidenció que los medicamentos prescritos más consumidos son los de tipo cardiovascular como losartán, seguido de los preparados hormonales sistémicos como la levotiroxina, protectores gástricos como omeprazol, y suplementos minerales como el calcio, los fármacos que más se autoprescriben son el paracetamol, seguidos de antigripales, y vitamina. (19)

Antecedentes internacionales:

Zuccone, G. Albornoz, V. (2020) Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco Chile. El Objetivo fue Describir las manifestaciones clínicas, los hallazgos imagenológicos y de laboratorio de 164 pacientes con SARS-CoV-2 (+) que consultaron en un servicio de urgencia de un hospital general público de Santiago, Chile. Material y métodos: Revisión de las historias clínicas, imágenes y resultados de laboratorio de 164 pacientes entre 16 y 92 años. Resultados: El síntoma de presentación más frecuente fue la tos seca en el 47% de los pacientes, seguido

de la cefalea en el 42% y las mialgias en el 42%. Conclusiones: Estos pacientes eran predominantemente jóvenes, y sus síntomas más comunes fueron tos seca, cefalea y mialgias.(20)

Rearte A, Baldani AE. (2020) Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de COVID-19 en Argentina tuvo como objetivo caracterizar los primeros 116 974 casos de COVID-19 en Argentina. Métodos: Se trató de un estudio de vigilancia epidemiológica. Resultados: El 51,2% fueron casos comunitarios, 32,3% contactos y 0,9% importados. La mediana de edad fue 37 años (rango intercuartílico: 26-51). El 67,0% reportó signos o síntomas. De ellos, 59,0% fiebre y 78,5% afección respiratoria. El 23,9% presentó anosmia y el 18,3%, disgeusia. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuentemente informada en confirmados (15,8%) y en fallecidos de ≥ 60 años (58,7%). En fallecidos de < 60 años, la más frecuente fue diabetes (29,9%).(21)

Borges M, Saboya LS, (2020) Aspectos clínicos, epidemiología y principales resultados de los pacientes con COVID - 19 en Goiânia. Objetivo: Describir los aspectos clínicos, epidemiológicos y los principales defectos de los pacientes con COVID - 19 en Goiânia en 2020. Metodología: Estudio transversal que evaluó adultos hospitalizados con síndrome gripal (SG) o SARS-confirmado - CoV - 2, en Goiânia, de marzo a agosto de 2020. Resultados: 423 casos de COVID - 19 evaluados, siendo el 50,8% hombres, con una edad media de 57,5 años. El 63% presentaba comorbilidades: HBP (43,7%), DM (22,4%), enfermedad respiratoria (12%), EAC (8,7%), CC (5%) y enfermedad renal crónica (4,7%) y el 5,3% estaba embarazada. Síntomas más frecuentes: tos (78%), disnea (73%), mialgia (43,5%), fiebre antes (35,7%) o después del ingreso (18%), cefalea (41,6%), astenia (54%), inapetencia (29%), náuseas/vómitos (14%), Se utilizaron como terapéuticas: oxigenoterapia (75%), terapia antibiótica (85%), terapia antiviral - oseltamivir (20,5%), corticosteroides (60%, dexametasona en el 46%), heparinización profiláctica (76%) y terapéutica (7%), broncodilatadores (16,5%). Conclusión: El conocimiento de las características del COVID-19 en nuestra región puede contribuir al diagnóstico precoz, a la planificación de la gestión sanitaria y a la elección terapéutica adecuada, con el objetivo de reducir la letalidad.(22)

Boddington N, Charlett A. (2020) Características epidemiológicas y clínicas de los primeros casos de COVID-19, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Objetivo Describir la presentación clínica, el curso de la enfermedad y el comportamiento de búsqueda de atención médica de los primeros cientos de casos de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Métodos Implementamos el protocolo de investigación de los primeros casos y contactos de la Organización Mundial de la Salud para COVID-19. Profesionales de salud pública capacitados recopilaron información sobre 381 casos de COVID-19 confirmados virológicamente entre el 31 de enero de 2020 y el 9 de abril de 2020. Resultados. La mayoría de los casos se presentaron con tos, fiebre y fatiga. La sensibilidad y especificidad de los síntomas varió según la edad, con relaciones no lineales con la edad. Aunque la proporción de casos de COVID-19 con fiebre aumentó con la edad, para aquellos con otras infecciones respiratorias, la aparición de fiebre disminuyó con la edad. La aparición de dificultad para respirar también aumentó con la edad en una mayor proporción de casos de COVID-19. Conclusión el estudio ha proporcionado evidencia útil para generar definiciones de casos y ha informado estudios de modelado sobre la posible carga de COVID-19.(23)

Balla M, Merugu G. (2021) Características epidemiológicas y clínicas de 217 pacientes con COVID-19 en el noroeste de Ohio, Estados Unidos. El estudio tiene como objetivo: identificar características epidemiológicas, clínicas y predictores de mortalidad de pacientes con COVID-19 en el noroeste Ohio. Métodos este estudio se realizó en 217 pacientes con COVID-19 ingresados en los hospitales del Sistema de Salud Pro Medica en el noroeste de Ohio del 25 de marzo al 16 de junio de 2020. Recopilamos datos, incluidos signos clínicos, síntomas y resultados de los pacientes con COVID-19. Resultados: de los 217 pacientes incluidos en el estudio, la edad media de la población fue de 63,13. Entre ellos, el 53% eran mujeres y el 47% hombres. Los síntomas fueron dolor torácico (91,71%), dificultad para respirar (79,7%), tos (71%) y fiebre (64%). La mortalidad se asoció con una edad mayor de 63 años (valor p 0,0052) e hipertensión (valor p: 0,0058) con una significación marginal con el sexo (valor p: 0,0642), dolor en el pecho (valor p: 0,0944) e historia de cáncer (valor de p: 0,0944). Conclusiones: La edad avanzada y la hipertensión (HTA) son predictores independientes de una mayor mortalidad. Los antecedentes de cáncer y dolor torácico se asocian con un aumento de la mortalidad de importancia marginal.(24)

Al Balushi L, Al Fahdi F. (2021) Características epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 en la gobernación de Muscat, Sultanato de Omán. Este estudio describe las características sociodemográficas y epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 en la gobernación de Mascate y los resultados relacionados. Materiales y métodos: Este es un análisis descriptivo y exploratorio. Los datos del estudio se extrajeron principalmente del sistema de notificaciones establecido para la vigilancia

(Tarassud). Las fuentes de datos secundarias fueron listas de contactos y registros médicos del hospital. Resultados: La edad media fue de 35 años, el 84,7% (N = 9862) eran hombres. La fiebre y la tos fueron las manifestaciones más frecuentes (46,3% y 29,5% respectivamente). La diabetes y la hipertensión fueron las comorbilidades más frecuentes (4,9% y 4,6% respectivamente). El período de incubación medido fue de 8 días (IQR 4.0 - 15.0) para el lugar de trabajo, 8 días (IQR 4 - 17) para dormitorios y 4 días (IQR 2.0 - 7.0) para grupos familiares. La tasa de ataque secundario (SAR) estimada fue del 41,6% (IC del 95%: 0,34 - 0,48), 52% (IC del 95%: 0,40 - 0,63) y 33% (IC del 95%: 0,27 - 0,38) para el lugar de trabajo, el dormitorio y la familia. Grupos respectivamente. Conclusión: Los resultados de este estudio determinan la tendencia de transmisión de COVID-19 en un país con alta población inmigrante. Estos hallazgos podrían utilizarse para una mayor planificación de la respuesta en entornos similares.(25)

Yifei, N Jitian, L Xueyong, H (2021) Características epidemiológicas y clínicas de 671 pacientes con COVID-19 en la provincia de Henan, China.. Métodos: recopilamos información epidemiológica, demográfica, clínica. Resultados: La edad media de los pacientes en esta serie de casos fue de 43 años, el 56,2% eran varones y el 22,4% presentaba trastornos médicos coexistentes. Hubo 33 pacientes que no tenían una fuente de transmisión rastreable, siendo el 21,2% agricultores y el 15,2% trabajadores. Conclusiones: El mayor tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico se asoció a una mayor gravedad de la COVID-19, a una mayor edad, a una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares coexistentes, incluida la hipertensión, y a ser varón. La agricultura resultó ser una ocupación de alto riesgo en la provincia de Henan, China.(26)

Zhong, Zhe-feng Huang, Jia (2021) Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con COVID-19 en Hengyang, provincia de Hunan, China. Objetivo: Estudiar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con COVID-19 en Hengyang (China) y proporcionar una referencia confiable para la prevención y el control de COVID-19. Métodos: Desde el 16 de enero hasta el 2 de marzo de 2020, se notificaron en Hengyang un total de 48 casos confirmados de COVID-19. Resultados: Se recolectaron un total de 48 casos de COVID-19, de los cuales 1 fue leve, 38 moderados y 9 severos. Se dio a conocer que había 31 (64,6%) pacientes masculinos y 17 (35,4%) mujeres, con una relación mujer / hombre de 1,82: 1. El rango de edad de los pacientes con COVID-19 fue predominantemente de 30 a 49 años [25 (52,1%) de 48], seguido de los mayores de 60 años [11 (22,9%)]. Además, el 29,2% (14 de 48) de los pacientes tenían

enfermedades básicas y el 57,2% (8 de 14) de los pacientes con enfermedades básicas tenían más de 60 años. El 31% agricultores que trabajaban en la producción agrícola, el 16,7% t trabajadores de servicios que operan en el sector de servicios. Los principales síntomas fueron fiebre 89,6%, tos y expectoración (85,4%), fatiga 45,8% y escalofríos 45,8% Otros síntomas incluyeron falta de apetito 27,1%, dolor de garganta 18,8%, disnea 18,8%, diarrea 14,6%, mareos 10,4%, cefalea 10,4%, dolor muscular 10,4%, náuseas y vómitos 8,3%, hemoptisis 8,3% y secreción nasal (2,1%). Todos los pacientes recibieron medicamentos antivirales, 79,2% aceptaron la medicina tradicional china y 4,2% recibieron tratamiento de células madre mesenquimales del cordón umbilical humano. Conclusión: Los pacientes con COVID-19 a menudo tienen disfunción o daño de múltiples órganos. Las incidencias de elevación de ALT en varones y de AST, CK y glucemia en pacientes graves son notablemente mayores.(27)

Gonzales JM, Otoniel F. (2020) Polifarmacia en los adultos mayores del policlínico Hermanos Cruz en el municipio y provincia Pinar, Objetivo: determinar la frecuencia de polifarmacia y las características de prescripción en adultos mayores de un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Métodos: estudio observacional descriptivo y transversal, se trabajó con un universo conformado por 190 adultos mayores. Resultados: El grupo farmacológico más consumido fue el de los AINES (97,37 %) y las vitaminas (75,26 %). Se identificó posible ocurrencia de interacciones medicamentosas en 187 pacientes (98,4 %), de ellas el 78,61 % fueron farmacocinéticas, con predominio de las de tipo metabólicas (47,06 %). Conclusiones: los adultos mayores, después de la sexta década de la vida, y principalmente las féminas se encuentran propensas al desarrollo de la polifarmacia y la automedicación. La existencia de varias enfermedades genera el consumo de múltiples fármacos, y por tanto la polifarmacia y las interacciones medicamentosas.(8)

Roca LC, Ramos K. (2021) Caracterización de la polifarmacia en adultos mayores de un consultorio médico urbano Con el objetivo de caracterizar la polifarmacia en adultos mayores del consultorio urbano El Golfo, reparto Antonio Guiteras de Bayamo, Policlínico Jimmy Hirzel. Muestra: 40 adultos mayores. Resultados: Predominaron los pacientes de 60 a 64 años (50%) y del sexo femenino (60%), la hipertensión arterial (37 casos) como enfermedad crónica diagnosticada, los antihipertensivos (37 pacientes) como grupo farmacológico más empleado, la asociación de 4 a 5 medicamentos involucrados en la polifarmacia (82,5%) y el captopril (47,5%) como el medicamento más prescrito. Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores hacían uso de varios

medicamentos.(28) **la investigación se sustenta en la siguiente teoría. Teoría epidemiológica del germen.** Teoría del germen da lugar a la era de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, que se impuso a partir del descubrimiento del bacilo de Koch en la década de 1880. Las medidas de acción que se generaron a partir de este paradigma fueron el combate a las enfermedades a través de la interrupción de la transmisión usando vacunas y aislando a los afectados a través de la cuarentena y en hospitales para pacientes infectados. El conocimiento bacteriológico de la transmisión de enfermedades permitió modificar algunas prácticas preventivas tales como la cuarentena y el saneamiento ambiental. Las reglamentaciones relativas a la cuarentena se vieron modificadas para cada enfermedad al establecer con mayor precisión el periodo de incubación.(29) **COVID - 19 SARS-CoV-2,** El virus SARS-CoV-2, responsable de generar la enfermedad COVID-19, se manifiesta por fiebre, tos, disnea. El virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona, a través de gotitas respiratorias que se producen cuando el paciente tose, estornuda o habla.(30) Existen reportes recientes de contagio por virus que se mantienen en el aire en suspensión, por minutos u horas, en espacios mal ventilados.(31) La transmisión por medio de fómites (por ejemplo, botones de ascensor, pasamanos, grifos de baño), cuando se contamina o se expone a agentes infecciosos como un virus, que causan la infección en una persona.(32) El sars-Cov-2. Al llegar a la célula blanco, la proteína S se une al receptor en la célula, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2). La proteína S es luego clivada por una proteasa celular (TMPRSS2) en dos subunidades, S1 y S2. La subunidad S1 contiene el dominio de unión al receptor (RBD, del inglés, Receptor Binding Domain), en tanto que la subunidad S2 contiene el péptido para la fusión a la membrana celular. Luego de su entrada a la célula, mediante la formación de un endosoma, el virus es desenvuelto y el RNA viral es liberado al citoplasma, para iniciarse en los ribosomas la traducción. De los genes ORF 1a y 1b en sus proteínas, las cuales realizan la replicación del genoma viral. Las proteínas estructurales codificadas hacia el extremo 3' son traducidas a partir de mRNAs transcritos desde la hebra de polaridad negativa que se forma durante la replicación del genoma viral. Estas proteínas estructurales son posteriormente ensambladas con el genoma viral, en las membranas celulares internas del retículo endoplasmático y aparato de Golgi, formándose las nuevas partículas virales. Finalmente, las vesículas que contienen los nuevos viriones se fusionan con la membrana celular para liberar los virus al exterior de la célula, proceso llamado exocitosis.(33).

Las características clínicas. Son manifestaciones fisiológicas que se evidencian a la evaluación varía de persona a persona y según la diferencia de edad, una evaluación exhaustiva permite identificar los signos y síntomas para establecer un tratamiento adecuado.(4) Durante la fase sintomática se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias, aunque esto también puede darse en la etapa asintomática o en el proceso de recuperación.(34) En la descripción clínica, se manifiesta con signos respiratorios: tos, taquipnea (frecuencia respiratoria ≥ 25 por minuto).(21) La hipertermia, tos, disnea o dificultad respiratoria son los primeros síntomas que se presentan en la mayoría de los casos. Según una revisión sistémica de 24.410 adultos con COVID-19 de 9 países los síntomas más prevalentes fueron fiebre (78%), tos (57%).(30) Los Síntomas musculoesqueléticos abarca mialgia, dolor de articulaciones, cefalea y fatiga. Según una revisión reciente se observa dolor de cabeza en el 11-34% de los pacientes con COVID-19, ocurriendo en el 6-10% como síntoma de presentación. Los Síntomas gastrointestinales como la diarrea se manifiestan por lesiones que causa el SARS-CoV y el SARS-CoV-2 ya que, son capaces de infectar los enterocitos. En algunos pacientes se encontró calprotectina fecal como un biomarcador fecal fiable que permite la detección de la inflamación intestinal.(30) Los Síntomas otorrinolaringeos se manifiestan a nivel del tracto respiratorio superior como la rinorrea, la congestión nasal, los estornudos y el dolor de garganta. En Europa se reveló que 1.7542.013 pacientes (87%) informaron la pérdida del olfato, mientras que 1.136 (56%) informaron de una disfunción del gusto.(35) Los Síntomas y problemas cardiovasculares provocan efectos directos e indirectos sobre el corazón, especialmente en pacientes con enfermedades cardíacas preexistentes, lesionando los cardiomiocitos, pericitos y fibroblastos.(36) Los síntomas neurológicos se genera por la neuroinvasión característica común de los coronavirus humanos. La neuroinvasión viral puede lograrse por varias vías, entre ellas la transferencia transsináptica a través de las neuronas infectadas, la entrada por el nervio olfatorio, la infección del endotelio vascular o la migración de leucocitos a través de la barrera hematoencefálica.(37) Los síntomas dermatológicos los llamados "dedos del pie COVID", son lesiones parecidas a los sabañones (eritema pernio) que se producen principalmente en las zonas acrales. Estas lesiones pueden ser dolorosas (a veces con picor, a veces asintomáticas) y pueden representar el único síntoma o manifestaciones tardías de la infección por el SARS-CoV-2.(30)

Las características epidemiológicas.- Es una cualidad o circunstancia propia de una enfermedad y su comportamiento, teniendo en cuenta sus determinantes de una

población, para lograr el control y la vigilancia del COVID-19. En Argentina la edad en que se presentó la mayor cantidad de casos de COVID-19 fue de 37 años, el sexo fue masculino. Las comorbilidades, más frecuentes fueron: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca. (21) En España el 57,4% de casos fueron mujeres, el 60% tuvo una comorbilidad baja. (6) En Italia, el sexo masculino fue un factor de riesgo asociado a la mortalidad. Las mujeres y hombres en etapa de menopausia y andropausia en proceso de envejecimiento; experimentan la reducción de hormonas siendo susceptibles al COVID-19. (30) Las comorbilidades tienen un gran impacto en la gravedad y en la mortalidad en la infección COVID-19. (38) La vigilancia epidemiológica del COVID-19 está alineada a la estrategia para controlar la transmisión de COVID-19: mediante: Identificación, detección y aislamiento temprano de casos sospechosos y confirmados, Censo, seguimiento y cuarentena de contactos directos, atención temprana y seguimiento clínico para evitar casos graves y defunciones. La Priorización de población de alto riesgo será notificado si cumple con las definiciones de caso. Corresponde a las IPRESS, identificar y notificar los brotes de COVID-19, según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01 “Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública”, aprobada por Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA o la que haga sus veces. El flujo de la notificación se realiza desde el nivel local y nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo los flujos y procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA o la que haga sus veces. Sobre el Llenado de ficha de investigación clínico-epidemiológica: a. Todos los casos cuentan con la Ficha de investigación clínico-epidemiológica de COVID-19. El original de la ficha queda en la IPRESS correspondiente. b. El médico o el personal de la salud que atiende el caso, en ausencia del médico, es el responsable del llenado de la información contenida en la precitada ficha de acuerdo con su competencia. c. El responsable de epidemiología hace el control de calidad del llenado de la ficha de investigación clínico-epidemiológica y realiza el seguimiento para completar su llenado d.- El original de la ficha queda en la IPRESS, la primera copia es enviada a la oficina de epidemiología del nivel inmediato superior siguiendo el flujo establecido por la normatividad vigente y la segunda copia se envía con la muestra al laboratorio correspondiente. e. Todas las fichas

epidemiológicas de los casos notificados deben ser archivadas por el responsable de epidemiología de la IPRESS.(39)

Polifarmacoterapia Es el uso múltiple de medicamentos por un paciente, numéricamente como 4, 5 ó más medicamentos recetados en cualquier momento, incluyendo los medicamentos sin fórmula médica o los suplementos.(40) Según la OMS la polifarmacia es la utilización de cuatro o más medicamentos (principios activos) en forma simultánea, además se considera la siguiente clasificación: No polifarmacoterapia: entre cero y 3 medicamentos. Polifarmacoterapia: entre 4 a 10 medicamentos. Polifarmacoterapia excesiva: más de 10 medicamentos.(41). Los pacientes con COVID-19 suelen presentar enfermedades subyacentes por ello, reciben varios tipos de medicamentos, establecidos en los protocolos y/o según evidencias científicas, criterio y experiencia profesional del médico. Tratamiento antivírico básico lopinavir/ritonavir, también se debe hacer uso de corticoesteroides a corto y largo plazo para inhibir el flujo de citocina y evitar que la enfermedad siga avanzando en pacientes con neumonía grave a causa del COVID-19. El uso de antibióticos para evitar una Infección bacteriana secundaria en pacientes normales o no graves con COVID -19.(42) En el Perú, el Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Generación de Evidencias en Salud Pública, ha realizado la revisión sistemática “Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19)”, la cual ha sido revisada por el Grupo de Trabajo creado por Resolución Ministerial N° 087-2020/MINSA, modificada por Resolución Ministerial N° 246-2020/MINSA El tratamiento para casos leves de COVID-19 Hidroxicloroquina 400 mg cada 12 horas el primer día, luego 200 mg cada 12 horas por seis días o siete días vía oral. Ivermectina (solución oral 6 mg/ml) 1 gota (200 mcg) por Kg. de peso dosis única. Dosis máxima 50 gotas vía oral. Azitromicina 500 mg primer día.(11) La mayoría de pacientes una vez atendidos y con tratamiento indicado se recuperan, con medidas conservadoras (apoyo holístico, descanso, tratamiento sintomático y aumento gradual de la actividad).(43)

Teniendo los siguientes enfoques conceptuales Características clínicas. Es una cualidad de la enfermedad de COVID -19 Se manifiesta a través de signos y síntomas afectando su estado de salud y su vida diaria. Características epidemiológicas.- Es la singularidad que describe y explica la frecuencia y distribución del COVID -19. Teniendo en cuenta sus determinantes en poblaciones específicas. Polifarmacoterapia.- es el consumo de 4 medicamentos a más como resultado de la prescripción médica para el tratamiento del COVID-19. Pacientes positivos al COVID- 19.- Es el paciente con

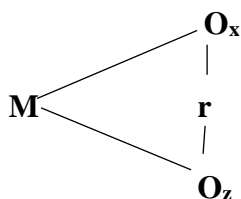
resultado positivo luego de haber sido sometido a una prueba de diagnósticos para COVID – 19. IPRESS.- son instituciones prestadoras de servicios de salud y representa el primer contacto con los pacientes, llevando atención médica lo más cerca posible al paciente. **Por todo ello, se formuló el siguiente problema** ¿existe asociación entre las características clínicas epidemiológicas y la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac? Problemas específicos ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac? ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac? ¿Cómo es la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac? **Justificación** La infección del COVID- 19 originada por el SARS-CoV-2, se transmite principalmente por la inhalación o contacto a corta distancia (< 2 m) a través de los ojos, boca o nariz, con las gotitas respiratorias, emitidas al hablar, gritar, toser o estornudar. La propagación por aerosoles es probable, especialmente, en espacios cerrados no ventilados y con aglomeración de pacientes.(38) Provocando un exceso de morbimortalidad en poco tiempo, tensionando sin precedentes el sistema sanitario.(6) Actualmente no existe, tratamiento médico que este acreditado, sea seguro y efectivo para la COVID-19.(1) Entonces, La decisión sobre el tratamiento farmacológico a utilizar en cada paciente es a criterio médico, en base en la evidencia científica y experiencia profesional. Este hecho hace que los pacientes de los diferentes niveles de atención sean medicados con varios fármacos conllevando a la polifarmacoterapia. (43) En este estudio, aportaremos datos al conocimiento científico, según lo observado en nuestra unidad de estudio, buscando determinar la asociación de las características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS - Ahuac. Además proporcionara evidencia clara de la relación entre estas dos variables, a la que otros estudios no se refirieron. **Objetivo general.** Determinar la asociación entre características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac, en el año 2021. **Objetivos específicos.** Identificar las características clínicas en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac. Describir las características epidemiológicas en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac. Identificar la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac. Hipótesis general: Existe asociación entre las características clínicas epidemiológicas y la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue básica, porque la finalidad es enriquecer el conocimiento teórico científico, mediante el aporte con nuevas teorías o modificar las existentes (44)

El diseño fue no experimental de tipo correlacional (asociación) y de corte transversal – retrospectivo (44)



Donde

M = muestra compuesta por pacientes positivos al COVID- 19.

O_x = características clínicas epidemiológicas

r = relación (asociación)

O_z = polifarmacoterapia

2.2. Operacionalización de variables (anexo 1)

2.3.Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformado por 70 pacientes positivos al COVID -19 mayores de 30 años atendidos durante el periodo del 1 de enero a 30 junio del 2021 en la IPRESS Ahuac. La población, es el conjunto de elementos que tienen características comunes que integra el objeto de estudio, es susceptible a la observación o medición. (45)

La muestra es la misma que la población que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo esta obtenida por un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterio de inclusión

- Pacientes con resultados positivos a COVID-19.
- Pacientes mayores de 30 años
- Pacientes con Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica COVID-19. Y Ficha Única de Atención (FUA) rellenas adecuadamente

Criterio de exclusión

- Pacientes atendidos con enfermedades terminales.

- Pacientes Gestantes.
- Pacientes sin tratamiento farmacológico.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad

La técnica de investigación que se utilizó para la recolección de datos de ambas variables fue la revisión documentaria.

El instrumento para la recolección de datos de la variable 1 fue ficha de investigación clínico epidemiológica COVID- 19. (39)

El instrumento para la recolección de datos de la variable 2 fue la ficha de polifarmacoterapia. (41)

Los instrumentos fueron establecidos por el MINSA y la OMS.

2.5. Procedimiento

Para la recolección de los datos, se realizó las siguientes actividades:

1. Se realizó las coordinaciones respectivas con el director del IPRESS Ahuac
2. El proceso de recolección de datos se realizó en el área de admisión donde se encuentra las historias clínica de los pacientes positivos al COVID-19
3. Se realizó la codificación y uso de la estadística descriptiva haciendo uso del SPSS versión 25.
4. La presentación de los resultados, fue mediante tablas y gráficos en base a los objetivos establecidos.
5. La contratación de hipótesis se hizo mediante Chi Cuadrado - ODDS Ratio
6. Para la discusión de los resultados se usó la estrategia de la triangulación por cada objetivo.
7. Finalmente se elaboró las conclusiones por cada objetivo planteado en el presente estudio y las recomendaciones en base a las conclusiones.

2.6.Método de análisis de datos

Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS 25, con la finalidad de realizar el cruce de variables y determinar la relación (asociación) que exista entre las variables

2.7.Aspectos éticos

Se hizo uso de los principios éticos de respeto por las pacientes, beneficencia, no maleficencia y justicia. Los procedimientos de recolección de datos no requirieron contacto con los pacientes, por otro lado, los casos positivos fueron tratados con códigos números, manteniendo en anonimato la identidad de los pacientes, del mismo modo, se restringió el acceso a la información solo a los investigadores.

III. RESULTADOS.

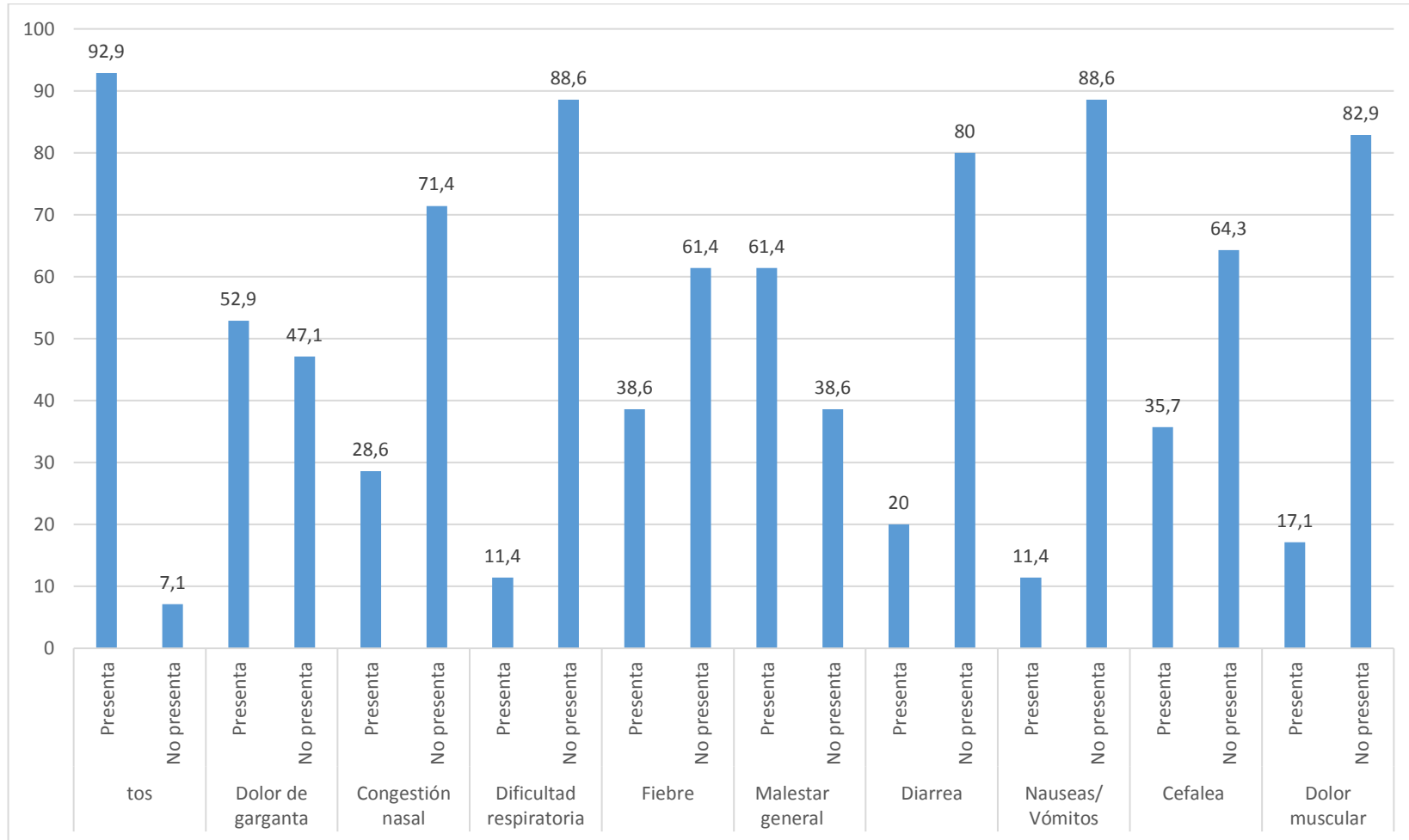
Tabla 1: Características clínicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac

Características	Frecuencia	Porcentaje
Tos		
Presenta	65	92,9
No presenta	5	7,1
Dolor de garganta		
Presenta	37	52,9
No presenta	33	47,1
Congestión nasal		
Presenta	20	28,6
No presenta	50	71,4
Dificultad respiratoria		
Presenta	8	11,4
No presenta	62	88,6
Fiebre		
Presenta	27	38,6
No presenta	43	61,4
Malestar general		
Presenta	43	61,4
No presenta	27	38,6
Diarrea		
Presenta	14	20,0
No presenta	56	80,0
Nauseas/ Vómitos		
Presenta	8	11,4
No presenta	62	88,6
Cefalea		
Presenta	25	35,7
No presenta	45	64,3
Dolor muscular		
Presenta	12	17,1
No presenta	58	82,9

Fuente: Ficha clínica y epidemiológico del COVID_19

En la tabla 1, se presenta las características clínicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene respecto a las tos que el 92,9% (65) presentó tos y el 7,1% (5) no presentaron tos; el 52,9% (37) presentó dolor de garganta y el 47,1% (33) no presentó dolor de garganta; el 28,6% (20) presentaron congestión nasal y el 71,4% (50) no presentaron congestión nasal; el 11,4% (8) presentaron dificultad respiratoria y el 88,6% (62) no presentaron dificultad respiratoria; el 38,6% (27) presentó fiebre y el 61,4% (43) no presentó fiebre; el 61,4% (43) presentó malestar general y el 38,6% (27) no presentó malestar general; el 20,0% (14) presentó deposiciones líquidas y el 80,0% no presentó deposiciones líquidas; el 11,4% (8) presentó náuseas y vómitos y el 88,6% (62) no presentó náuseas y vómitos; el 35,7% (25) presentó cefalea y el 64,3% (45) no presentó cefalea; y el 17,1% (12) presentó dolor muscular y el 82,9% (58) no presentó dolor muscular.

Gráfico 1: Características clínicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac



Fuente: Ficha clínico y epidemiológico del COVID_19

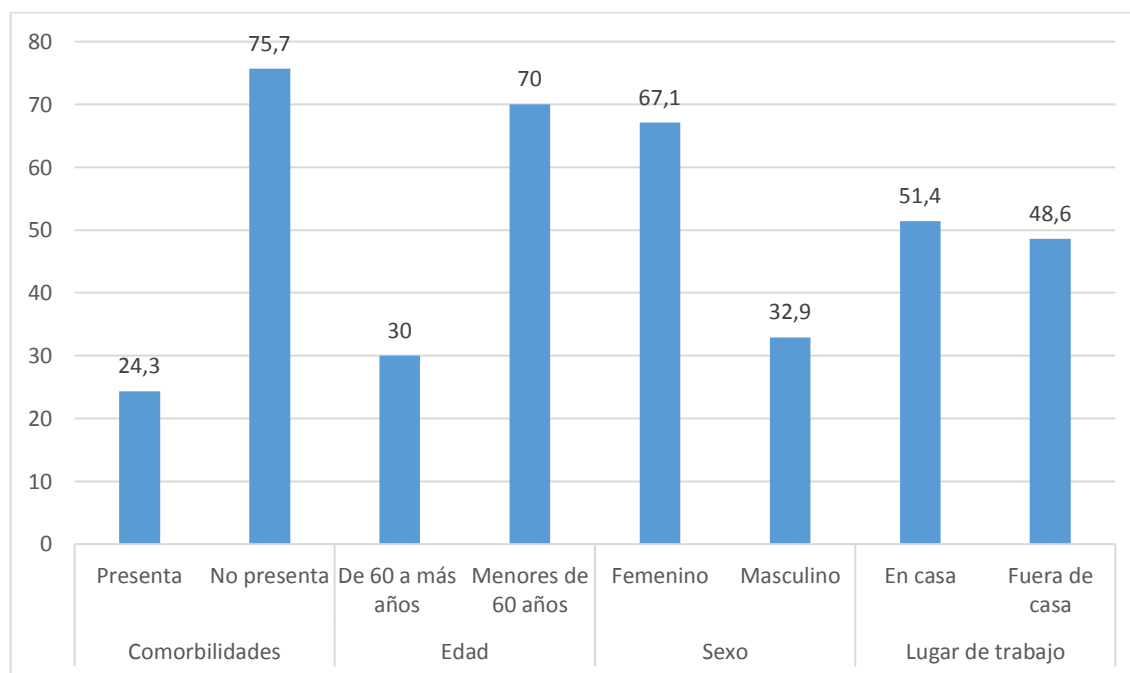
Tabla 2: Características epidemiológicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac

Características	Frecuencia	Porcentaje
COMORBILIDADES		
Presenta	17	24,3
No presenta	53	75,7
EDAD		
De 60 a más años	21	30,0
Menores de 60 años	49	70,0
SEXO		
Femenino	47	67,1
Masculino	23	32,9
LUGAR DE TRABAJO		
En casa	36	51,4
Fuera de casa	34	48,6

Fuente: Ficha clínico y epidemiológico del COVID_19

En la tabla 2, se presenta las características epidemiológicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene respecto a las pacientes que presentaban comorbilidades el 24,3% (17) presentó comorbilidades y el 75,7% (53) no presentaron comorbilidades; el 30,0% (21) presentó una edad de 60 a más años y el 70,0 (49) fueron menores de 60 años; el 67,1% (47) son del sexo femenino y el 32,9% (23) son del sexo masculino; y el 51,5% (36) laboraba en casa y el 48,6% (34) trabajaba fuera de casa.

Gráfico 2: Características epidemiológicas de los pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac



Fuente: Ficha clínico y epidemiológico del COVID_19.

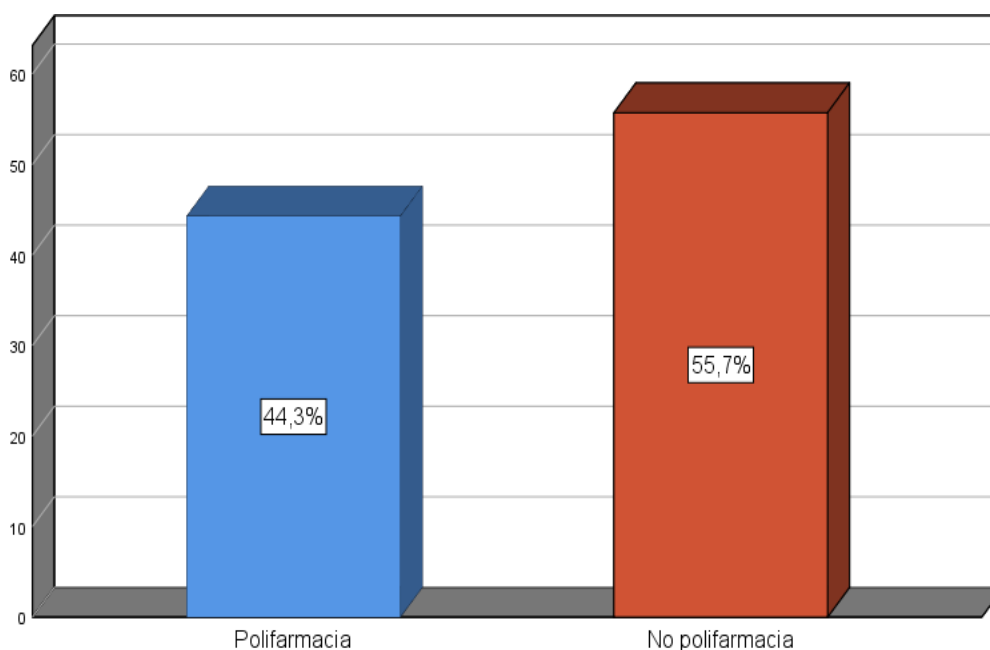
Tabla 3: Polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac

Polifarmacoterapia	Frecuencia	Porcentaje
Polifarmacoterapia	31	44,3%
No polifarmacoterapia	39	55,7%
Total	70	100,0%

Fuente: Ficha de polifarmacoterapia

En la tabla 3, se presenta la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene respecto a los pacientes que presentan polifarmacoterapia en un 44,3% (31) y los que no presentan polifarmacoterapia en un 55,7% (39).

Gráfico 3: Polifarmacoterapia e pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac



Fuente: Ficha de polifarmacoterapia

Tabla 4: Características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac.

CARACTERÍSTICAS	POLIFARMACOTERAPIA			
	Si	No	Total	porcentaje
TOS				
Presenta	30 46,2%	35 53,8%	65 100,0%	92,9%
No presenta	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%	7,1%
DOLOR DE GARGANTA				
Presenta	19 51,4%	18 48,6%	37 100,0%	52,9%
No presenta	12 36,4%	21 63,6%	33 100,0%	47,1%
CONGESTIÓN NASAL				
Presenta	12 60,0%	8 40,0%	20 100,0%	28,6%
No presenta	19 38,0%	31 62,2%	50 100,0%	71,4%
DIFICULTAD RESPIRATORIA				
Presenta	6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%	11,4%
No presenta	25 40,3%	37 59,7%	62 100,0%	88,6%
FIEBRE				
Presenta	15 55,6%	12 44,4%	27 100,0%	38,6%
No presenta	16 37,2%	27 62,8%	43 100,0%	61,4%
MALESTAR GENERAL				
Presenta	22 51,2%	21 48,8%	43 100,0%	61,4%
No presenta	9 33,3%	18 66,7%	27 100,0%	38,6%
DIARREA				
Presenta	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%	20,0%
No presenta	25 44,6%	31 55,4%	56 100,0%	80%
NAUSEAS - VÓMITOS				
Presenta	4 50,0%	4 50,0%	8 100,0%	11,4%
No presenta	27 43,5%	35 56,5%	62 100,0%	88,6%
CEFALEAS				
Presenta	14 56,0%	11 44,0%	25 100,0%	35,7%

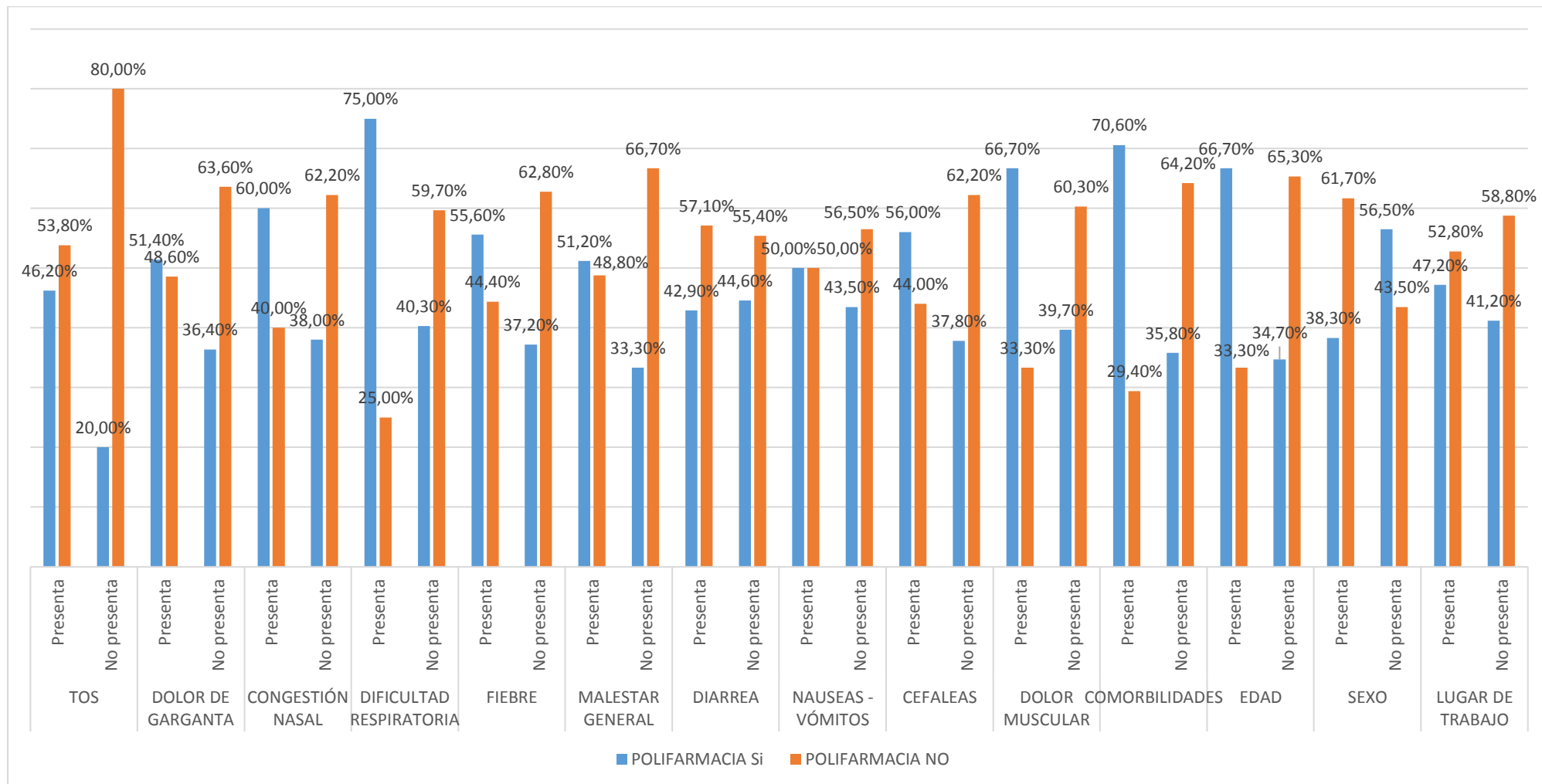
No presenta	17	28	45	64,3%
	37,8%	62,2%	100,0%	
DOLOR MUSCULAR				
Presenta	8	4	12	17,1%
	66,7%	33,3%	100,0%	
No presenta	23	35	58	82,9%
	39,7%	60,3%	100,0%	
COMORBILIDADES				
Presenta	12	5	17	24,3%
	70,6%	29,4%	100,0%	
No presenta	19	34	53	75,7%
	35,8%	64,2%	100,0%	
EDAD				
De 60 a más años	14	7	21	30,0%
	66,7%	33,3%	100%	
Menores de 60 años	17	32	49	70,0%
	34,7%	65,3%	100%	
SEXO				
Femenino	18	29	47	67,1%
	38,3%	61,7%	100,0%	
Masculino	13	10	23	32,9%
	56,5%	43,5%	100,0%	
LUGAR DE TRABAJO				
En casa	17	19	36	51,4%
	47,2%	52,8%	100,0%	
Fuera de casa	14	20	34	48,6%
	41,2%	58,8%	100,0%	

Fuente: Ficha clínico, epidemiológico y polifarmacoterapia.

En la tabla 3, se presenta las características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene que del total de las pacientes que presentan tos el 46,2% presenta polifarmacoterapia y el 53,8% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban tos, se tiene que el 20% presentaba polifarmacoterapia y el 80% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dolor de garganta el 51,4% presenta polifarmacoterapia y el 48,6% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban dolor de garganta, se tiene que el 36,4% presentaba polifarmacoterapia y el 63,6% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan congestión nasal el 60,0% presenta polifarmacoterapia y el 40,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan congestión nasal, se tiene que el 38,0% presentaba polifarmacoterapia y el 62,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dificultad respiratoria el 75,0% presenta polifarmacoterapia y el 25,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan dificultad respiratoria, se tiene que el 40,3% presentaba polifarmacoterapia y el 59,7% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan fiebre el 55,6% presenta polifarmacoterapia y el 44,4%

no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan fiebre, se tiene que el 37,2% presentaba polifarmacoterapia y el 62,8% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan malestar general el 51,2% presenta polifarmacoterapia y el 48,8% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan malestar general, se tiene que el 33,3% presentaba polifarmacoterapia y el 66,7% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan diarrea el 42,9% presenta polifarmacoterapia y el 57,1% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan diarrea, se tiene que el 44,6% presentaba polifarmacoterapia y el 55,4% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan náuseas y vómitos el 50,0% presenta polifarmacoterapia y el otro 50,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan náuseas y vómitos, se tiene que el 43,5% presentaba polifarmacoterapia y el 56,5% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan cefaleas el 56,0% presenta polifarmacoterapia y el 44,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan cefaleas, se tiene que el 37,8% presentaba polifarmacoterapia y el 62,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dolor muscular el 66,7% presenta polifarmacoterapia y el 33,3% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan dolor muscular, se tiene que el 39,7% presentaba polifarmacoterapia y el 60,3% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan comorbilidades el 70,6% presenta polifarmacoterapia y el 29,4% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban comorbilidades, se tiene que el 35,8% presentaba polifarmacoterapia y el 64,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que tienen de 60 años a más el 66,7% presenta polifarmacoterapia y el 33,3% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que tienen menos de 60 años, se tiene que el 34,7% presentaba polifarmacoterapia y el 65,3% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que son del sexo femenino el 38,3% presenta polifarmacoterapia y el 61,7% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes del sexo masculino, se tiene que el 56,5% presentaba polifarmacoterapia y el 43,5% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que trabajan en casa el 347,2% presenta polifarmacoterapia y el 52,8% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que trabajan fuera de casa, se tiene que el 41,2% presentaba polifarmacoterapia y el 58,8% no presenta polifarmacoterapia.

Gráfico 4: Características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac.



Fuente: Ficha clínico, epidemiológico y polifarmacoterapia.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CHI CUADRADO

Pruebas estadísticas características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac.

CARACTERÍSTICAS	POLIFARMACOTERAPIA		X ²	p valor
	Si	No		
COMORBILIDADES				
Presenta	12	5	6,296	0,012
No presenta	19	34		
EDAD				
De 60 a más años	14	7	6,090	0,014
Menores de 60 años	17	32		
DIFICULTAD RESPIRATORIA				
Presenta	6	2	3,453	0,063
No presenta	25	37		
TOS				
Presenta	30	35	1,287	0,257
No presenta	1	4		
DOLOR MUSCULAR				
Presenta	8	4	2,940	0,086
No presenta	23	35		
CONGESTIÓN NASAL				
Presenta	12	8	2,802	0,094
No presenta	19	31		
FIEBRE				
Presenta	15	12	2,263	0,133
No presenta	16	27		
CEFALEA				
Presenta	14	11	2,163	0,141
No presenta	17	28		
MALESTAR GENERAL				
Presenta	22	21	2,137	0,144
No presenta	9	18		
DOLOR DE GARGANTA				
Presenta	19	18	1,588	0,208
No presenta	12	21		
NAUSEAS - VÓMITOS				
Presenta	4	4	0,120	0,730
No presenta	27	35		
LUGAR DE TRABAJO				
En casa	17	19	0,259	0,611
Fuera de casa	14	20		
DIARREA				
Presenta	6	8	0,014	0,904
No presenta	25	31		
SEXO				
Femenino	18	29	2,079	0,149
Masculino	13	10		

Fuente: Ficha sobre características clínicas, epidemiológicas y polifarmacología.

Respecto a la asociación entre las características clínicas y epidemiológicas la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac, donde se aprecia que la tos, dolor de garganta, congestión nasal, dificultad respiratoria, fiebre, malestar general, diarrea, náuseas vómitos, cefalea, dolor muscular, sexo y lugar de trabajo no están asociado a la polifarmacoterapia. Las características como el de presentar comorbilidades ($X^2 = 6,296$; p valor = 0,012) y la edad ($X^2 = 6,090$; p valor = 0,014) están asociados a la polifarmacoterapia.

Prueba estadística ODDS RATIO características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac.

CARACTERÍSTICAS	POLIFARMACOTERAPIA		OR	IC 95%
	Si	No		
COMORBILIDADES				
Presenta	12	5	4,295	1,313 – 14,043
No presenta	19	34		
EDAD				
De 60 a más años	14	7	3,765	1,277 – 11,100
Menores de 60 años	17	32		
DIFICULTAD RESPIRATORIA				
Presenta	6	2	4,440	0,828 - 23,795
No presenta	25	37		
TOS				
Presenta	30	35	3,429	0,363 – 32,364
No presenta	1	4		
DOLOR MUSCULAR				
Presenta	8	4	3,043	0,821 – 11,285
No presenta	23	35		
CONGESTIÓN NASAL				
Presenta	12	8	2,447	0,847 - 7,073
No presenta	19	31		
FIEBRE				
Presenta	15	12	2,109	0,792 – 5,615
No presenta	16	27		
CEFALEA				
Presenta	14	11	2,096	0,776 – 5,661
No presenta	17	28		
MALESTAR GENERAL				
Presenta	22	21	2,095	0,772 – 5,689
No presenta	9	18		
DOLOR DE GARGANTA				
Presenta	19	18	1,847	0,708 – 4,817
No presenta	12	21		
NAUSEAS - VÓMITOS				
Presenta	4	4	1,296	0,297 – 5,661
No presenta	27	35		
LUGAR DE TRABAJO				
En casa	17	19	1,278	0,496 - 3,291
Fuera de casa	14	20		
DIARREA				
Presenta	6	8	0,930	0,285 – 3,034
No presenta	25	31		
SEXO				
Femenino	18	29	0,477	0,173 - 1,314
Masculino	13	10		

Fuente: Ficha clínico, epidemiológico y polifarmacoterapia.

Respecto a la asociación entre las características epidemiológicas y la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac, se aprecia que las pacientes con características como el de presentar comorbilidades (OD =4,295; IC = 1,313 – 14,043) y la edad (OD = 3,675; IC = 1,277 – 11,100) están asociados a la polifarmacoterapia; es decir que la pacientes que presenta comorbilidades presenta 4,295 veces más probabilidad de presentar polifarmacoterapia frente a las pacientes que no presentan comorbilidad, de igual manera las pacientes que tienen de 60 a más años tienen 3,675 veces más probabilidad de presentar polifarmacoterapia frente a las pacientes menores de 60 años. Sobre las variables sexo y lugar de trabajo no se encuentran asociados a polifarmacoterapia. Con respecto a la asociación entre las características clínicas y la polifarmacoterapia, se aprecia que ninguna de las características clínicas está asociada a la polifarmacoterapia.

DISCUSIÓN.

En la tabla 1, se muestra los resultados, de las características clínicas en pacientes positivos al COVID 19, donde un 92,9%(65) presentaron tos y el 7,1% (5) no presentaron tos; el 52,9% (37) presentó dolor de garganta y el 47,1% (33) no presentó dolor de garganta; el 28,6% (20) presentaron congestión nasal y el 71,4% (50) no presentaron congestión nasal; el 11,4% (8) presentaron dificultad respiratoria y el 88,6% (62) no presentaron dificultad respiratoria; el 38,6% (27) presentó fiebre y el 61,4% (43) no presentó fiebre; el 61,4% (43) presentó malestar general y el 38,6% (27) no presentó malestar general; el 20,0% (14) presentó deposiciones líquidas y el 80,0% no presentó deposiciones líquidas; el 11,4% (8) presentó náuseas y vómitos y el 88,6% (62) no presentó náuseas y vómitos; el 35,7% (25) presentó cefalea y el 64,3% (45) no presentó cefalea; y el 17,1% (12) presentó dolor muscular y el 82,9% (58) no presentó dolor muscular. Estos resultados se reafirman con un estudio donde los síntomas clínicos fueron: Tos (48.7%), malestar general (48.2%), dolor de garganta (39.1%) y fiebre/escalofrío (37.5 %). (1) Así mismo, en un estudio se encontró que el síntoma más frecuente fue la tos seguido de la cefalea y las mialgias (20) Otro estudio confirma que los síntomas más comunes de la COVID-19 fue la tos (70,26 %), malestar general (57,63 %), dificultad respiratoria (48,81 %), fiebre (48,15 %) y dolor de garganta (44,21 %). (17) como se denota el síntoma la tos tuvo una distribución uniforme entre los casos de COVID-19 en los diferentes espacios geográficos Por otro lado, encontramos un estudio en China que difieren con nuestro resultado donde los síntomas más frecuentes fueron fiebre 89,6% , tos y expectoración (85,4%). (27) La teoría indica que durante la fase sintomática se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias generando la sintomatología respiratoria, aunque esto también puede darse en la etapa asintomática o en el proceso de recuperación.(34)

En la tabla 2, se presenta las características epidemiológicas de los pacientes positivos al COVID-19. Donde el 24,3% (17) presentó comorbilidades y el 75,7% (53) no presentaron comorbilidades; el 30,0% (21) presentó una edad de 60 a más años y el 70,0 (49) fueron menores de 60 años; el 67,1% (47) son del sexo femenino y el 32,9% (23) son del sexo masculino; y el 51,5% (36) laboraba en casa y el 48,6% (34) trabajaba fuera de casa. Los resultados son similares con un estudio, donde el promedio de edad fue de 49 años (rango: 15 a 95) y el mayor número de casos fue en el grupo etario de 40 a 59 años (38,82 %), sobre todo entre las amas de casa (21, 44 %). (17) Otro estudio confirma que la mediana de edad

fue de 37 años (rango intercuartílico: 26-51). (21) Así mismo guarda similitud con un estudio donde el 63% presentaba comorbilidades que ponen en riesgo la vida de las pacientes cuando estas se exponen al coronavirus..(22) Estas características descritas en los diferentes estudios revisados muestran que son condiciones favorables para pronósticos de severidad y mortalidad en los pacientes positivos al COVID_19. A diferencia de nuestros resultados, encontramos un estudio que difiere, donde el 31 (64,6%) pacientes masculinos y 17 (35,4%) mujeres, con una relación mujer / hombre de 1,82. (28) Además una teoría refiere que las mujeres y hombres en etapa de menopausia y andropausia con proceso de envejecimiento; experimentan la reducción de hormonas siendo susceptibles al COVID-19.(30) Las comorbilidades tienen un gran impacto en la gravedad y en la mortalidad en la infección COVID-19.(38) estas teorías respaldan nuestros resultados obtenidos

En la tabla 3, se presenta la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene respecto a los pacientes que presentan polifarmacoterapia en un 44,3% (31) y los que no presentan polifarmacoterapia en un 55,7% (39). Los resultados son similares en un estudio, donde el 66,01% presentaron Polifarmacia. (18) Así mismo guarda similitud con un estudio donde el 78% consumen entre tres y más de cinco fármacos diarios, considerados como polifarmacia. (20) La teoría menciona que, la polifarmacoterapia es el uso múltiple de medicamentos por un paciente, numéricamente como 4, 5 ó más medicamentos recetados en cualquier momento, incluyendo los medicamentos sin fórmula médica o los suplementos.(40)

En la tabla 4, se presenta las características clínicas y epidemiológicas asociadas a la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac; donde se tiene que del total de las pacientes que presentan tos el 46,2% presenta polifarmacoterapia y el 53,8% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban tos, se tiene que el 20% presentaba polifarmacoterapia y el 80% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dolor de garganta el 51,4% presenta polifarmacoterapia y el 48,6% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban dolor de garganta, se tiene que el 36,4% presentaba polifarmacoterapia y el 63,6% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan congestión nasal el 60,0% presenta polifarmacoterapia y el 40,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan congestión nasal, se tiene que el 38,0% presentaba polifarmacoterapia y el 62,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dificultad respiratoria el 75,0% presenta polifarmacoterapia y el 25,0% no presenta

polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan dificultad respiratoria, se tiene que el 40,3% presentaba polifarmacoterapia y el 59,7% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan fiebre el 55,6% presenta polifarmacoterapia y el 44,4% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan fiebre, se tiene que el 37,2% presentaba polifarmacoterapia y el 62,8% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan malestar general el 51,2% presenta polifarmacoterapia y el 48,8% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan malestar general, se tiene que el 33,3% presentaba polifarmacoterapia y el 66,7% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan diarrea el 42,9% presenta polifarmacoterapia y el 57,1% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan diarrea, se tiene que el 44,6% presentaba polifarmacoterapia y el 55,4% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan náuseas y vómitos el 50,0% presenta polifarmacoterapia y el otro 50,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan náuseas y vómitos, se tiene que el 43,5% presentaba polifarmacoterapia y el 56,5% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan cefaleas el 56,0% presenta polifarmacoterapia y el 44,0% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan cefaleas, se tiene que el 37,8% presentaba polifarmacoterapia y el 62,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan dolor muscular el 66,7% presenta polifarmacoterapia y el 33,3% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que no presentan dolor muscular, se tiene que el 39,7% presentaba polifarmacoterapia y el 60,3% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que presentan comorbilidades el 70,6% presenta polifarmacoterapia y el 29,4% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que no presentaban comorbilidades, se tiene que el 35,8% presentaba polifarmacoterapia y el 64,2% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que tienen de 60 años a más el 66,7% presenta polifarmacoterapia y el 33,3% no presenta polifarmacoterapia respecto a las pacientes que tienen menos de 60 años, se tiene que el 34,7% presentaba polifarmacoterapia y el 65,3% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que son del sexo femenino el 38,3% presenta polifarmacoterapia y el 61,7% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes del sexo masculino, se tiene que el 56,5% presentaba polifarmacoterapia y el 43,5% no presenta polifarmacoterapia. Del total de las pacientes que trabajan en casa el 347,2% presenta polifarmacoterapia y el 52,8% no presenta polifarmacoterapia y respecto a las pacientes que trabajan fuera de casa, se tiene que el 41,2% presentaba polifarmacoterapia y el 58,8% no presenta polifarmacoterapia. Los

resultados obtenidos concuerdan con un estudio donde el 66.01 % de adultos mayores se encuentran polimedificados, el 3.85 % hiperpolifarmacia, la Prescripción Inadecuada es 96.80 % se observa correlación entre Polifarmacia y Prescripción Potencialmente Inadecuada.(41) Así mismo un estudio describe que el rango de edad de adultos mayores es de 65 y 90 años con un 37,5% de polifarmacia con predominio del sexo femenino de 64,1%.(18) el cual guarda similitud con nuestro estudio. Otro estudio refiere que los pacientes de 60 a 64 años de sexo femenino con asociación de 4 a 5 medicamentos se encuentran involucrados en la polifarmacia (28) De las similitudes analizadas con los diferentes estudios resalta que las características como edad, sexo femenino están asociadas a la polifarmacoterapia, esto indica que a mayor edad las personas manifiestan dolencias y recorren al médico para la prescripción farmacológicas llegando muchas veces a la polifarmacoterapia sin tener en cuenta sus reacciones adversas del medicamento. Dentro de las teorías que suscriben nuestros resultados encontramos que los pacientes con COVID-19 suelen presentar enfermedades subyacentes por ello, reciben varios tipos de fármacos, establecidos en los protocolos y/o según evidencias científicas, criterio y experiencia profesional del médico.

El estudio tiene limitaciones, por su naturaleza retrospectiva y además, las variables analizadas fueron obtenidas de una base de datos secundarios, lo que podría conducir a un sesgo en los resultados.

IV. CONCLUSIONES

- 1.- Las características como las comorbilidades y edad están asociadas a la polifarmacoterapia
- 2.- Las características clínicas más frecuentes fueron: la tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, fiebre y malestar general.
- 3.- Las características epidemiológicas más representativas fueron pacientes menores de 60 años de sexo femenino y que laboran en casa.
- 4.- La polifarmacoterapia estuvo presente en menor porcentaje en pacientes positivos al COVID-19

V. RECOMENDACIONES

- 1.- Al personal profesional del establecimiento de salud de Ahuac tener en cuenta las características clínicas y epidemiológicas del paciente para una adecuada y correcta prescripción de medicamentos evitando de esta manera la polifarmacoterapia.
- 2.- La atención del paciente debe ser sistematizada para evitar la duplicidad de prestación de servicios y tratamiento en las diferentes IPRESS de la Micro red de Salud de Chupaca.
- 3.- La ficha de investigación clínico epidemiológica COVID- 19. Debe ser reestructurada considerando una secuencia lógica de acuerdo a los indicadores clínicos y epidemiológicos.
- 4.- A la comunidad académica, realizar estudios de corte transversal retrospectiva sobre efectos negativos de la polifarmacoterapia en la salud de los pacientes pos COVID - 19.

REFERENCIAS

1. Narro K. Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico covid-19. Red De Salud Virú, marzo - mayo 2020. 2020; Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000400372
2. Perez M, Gomez J, Dieguez R. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Habanera Ciencias Medicas [Internet]. 2020;6(5):1–15. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
3. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020;2019(February):16–24.
4. Liu Y, Mao B, Liang S, Yang J, Lu H, Chai Y, et al. Early View Association Between Ages and Clinical Characteristics and Outcomes of Coronavirus Disease 2019 [Internet]. Vol. 2019. 2020. Available from: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/16/13993003.01112-2020>
5. Salinas JE, García C, Rodríguez R, Rodríguez L, Diaz A, Bernal R. Características clínicas y comorbilidades asociadas a mortalidad en pacientes con COVID-19 en Coahuila. 2021;(xxxx):6–10. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=36895c37-4e11-43c7-8550-f91172504552>
6. Pou MA, Gayare R, Ferrer S, Fernandez MI, Feijoo MV, Torne C. Atención Primaria El papel de la atención primaria en la crisis sanitaria por COVID-19 . Experiencia de un equipo de Atención The role of primary care in the COVID-19 crisis . Experience of an urban Primary Care team. Atención Primaria [Internet]. 2021;53(7):0–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102082>
7. Calva K. La polifarmacia y sus principales efectos adversos en los adultos mayores que acuden al centro de atención del adulto mayor de instituto ecuatoriano de seguridad social durante el periodo mayo – diciembre 2015 ”. 2016; Available from: [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17557/1/biblioteca tesis titulada la polifarmacia y sus principales efectos adversos en los adultos mayor.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17557/1/biblioteca%20tesis%20titulada%20la%20polifarmacia%20y%20sus%20principales%20efectos%20adversos%20en%20los%20adultos%20mayor.pdf)

8. Gonzales JM, Otoniel F, Casanova MC, Machado F. Polypharmacy among the elderly in Hermanos Cruz polyclinic Jessica. 2019;15(3):329–37. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?Idarticulo=92172>
9. Martinez JL, Gomez A, Saucedo D. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. 2014;29–38. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=55302>
10. Escalante PA, Cañas M, Calvo DM, Barajas L, Caffaratti M, Mourine N, Fuentes CA, Lopez J. Tratamiento farmacológico para COVID-19 en protocolos latinoamericanos : una revisión narrativa de la eficacia y seguridad Pharmacological treatment for COVID-19 in latin american protocols : A narrative review of the effectiveness and safety. *Visa em debate* [Internet]. 2020;8(3):150–60. Available from: https://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/1741-Texto_do_artigo-10085-3-10-20200828.pdf
11. Poder Ejecutivo-Presidencia de Consejo de Ministros. Decreto Supremo- N° 008-2020-SA. D Of El Peru [Internet]. 2020;1–7. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483010-008-2020-sa>
12. Escobar G, Matta J, Taype-Huamaní W, Ayala R, Amado J. Características clínicoepidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev la Fac Med Humana* [Internet]. 2020;20(2):180–5. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200180&script=sci_abstract
13. LLaro Mk, Gamarra B, Campos K. Clinical-epidemiological characteristics and analysis of survival in deaths from COVID-19. attended in accommodation of the Red Sabogal-Callao 2020. *Horiz Med* [Internet]. 2020;20(2):e1229. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200003
14. Diresa Junin, Oficina DE, Provincias, Confirmados POR, Sexo, Confirmados POR, Por C, Vida EDE. reporte oficial oficina de epidemiologia reporte oficial. 2021; Available from: <http://www.diresajunin.gob.pe/>

15. Basurco S. Características clínico-epidemiológicas asociadas a la prueba rápida para COVID-19. Centro Médico I-3 GyG Diagnostic. Junio-Octubre de 2020. 2020;0–2. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57824>
16. Veliz R. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con covid-19 moderado y severo a su ingreso, en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el mes de marzo del año 2021, Arequipa-Perú. 2021;1–55. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12346>
17. Díaz A, Otivo RM, Nuñez EL, Lopez EA. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura Clinical and epidemiological characteristics of patients with COVID-19 at a high-altitude hospital. 2021;21(2). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Mejia S, Muñoz L, Guapizana F, Arias F. “polifarmacia en adultos mayores del centro mi espacio de sabiduría en el periodo 2016.” 2017; Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/7340>
19. Troya A. “polifarmacia en los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud tipo c de Catamayo.” 2019; Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/21944>
20. Zuccone G, Albornoz V, Ibáñez H, Betancur R, Matute J. Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco: los primeros 164 pacientes. Rev Med Chil [Internet]. 2020;148(8):1096–104. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801096&lng=e&nrm=iso&tlng=e
21. Rearte A, Baldani AE, Barbiera P, Dominguez C, Laurora M, Pesce M, Rojas MP, Da cruz H, Hertlein C, Tarragona S. Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de Covid-19 en Argentina, 2020. Rev Argentina Salud Pública. 2020;12:5–5.
22. Borges M, Saboya LS, Terra L, Leite L, Braga T, Santos R, Padilha D, Cunha R, Tomich L. aspectos clínico - epidemiológicos e desfechos em pacientes com

- covidaspectos clínico - epidemiológicos e desfechos em pacientes com covid. 2021;2020–2. Available from: <https://www.bjid.org.br/en-pdf-S1413867020302476>
23. Boddington N, Charlett A, Elgohani S, Byers C, Coughlan L, Garcia T, Panagiotopoulos N, Vivancos R, Edeghere O, Dabrera G, Saliba V, Lopez J. Epidemiological and clinical features of the first cases of COVID-19, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/99/3/20-265603.pdf>
 24. Balla M, Merugu G, Nesheiwat Z, Patel M, Sheikh T, Fatima R, et al. Características epidemiológicas y clínicas de 217 pacientes con COVID-19 en el noroeste de Ohio , Estados Unidos. 2021;13(4):1–16. Available from: <https://www.cureus.com/articles/55044-epidemiological-and-clinical-characteristics-of-217-covid-19-patients-in-northwest-ohio-united-states>
 25. Al Balushi L, Al Fahdi F, al Ghafri T, Amin M, Singh J. Características epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 en la gobernación de Muscat , Sultanato de Omán. 2021;1–34. Available from: <https://www.scirp.org/journal/journalarticles.aspx?journalid=816>
 26. Nie Yi, Li J, Huang X, Guo W, Zhang X, Ma Y, Wang H, Qi M, Tnag X, Shen X, Dai X. Características epidemiológicas y clínicas de 671 pacientes con COVID-19 en la provincia Henan, China. 2021;1–19. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article/49/4/1085/5862929>
 27. Zhong Z, Huang J, Yang X, Peng J, Zhang X, Hu Y, Fu N, Lin H, Jiang B, Tian Y, Yao H. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con COVID-19 en Hengyang , provincia de Hunan , China. 2021;8(336):2554–65. Available from: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v8/i12/2554.htm>
 28. Roca LC, Ramos K, Matinez GJ, Perez D, Gonzales M. Characterization of polypharmacy in older adults consulted in an urban medical office. 2021;(25). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6691404/>
 29. Urquia ML. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología [Internet]. 2da edicio. 2019. Available from: <http://www.codajic.org/node/3658>
 30. Kamps BS, Hoffmann C. COVID Reference [Internet]. COVID Reference. 2021.

271 p. Available from: <https://amedeo.com/CovidReference01.pdf>

31. Gil P, Bitar P, Deza C, Dreyse J, Florenzano M, Ibarra C, Jorquera J, Melo J, Olivi H, Parada MT, Rodriguez JC, Undurraga A. Cuadro Clínico Del Covid-19. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2021;32(1):20–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.11.004>
32. Joonaki E, Hassanpouryouzband A, Heldt CL, Oluwatoyin A. Perspective Surface Chemistry Can Unlock Drivers of Surface Stability of SARS-CoV-2 in a Variety of Environmental Conditions. *Chem* [Internet]. 2020;6(9):2135–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chempr.2020.08.001>
33. Díaz JF, Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med y Lab* [Internet]. 2020;24(3):183–205. Available from: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268>
34. Perez MR, Gomez JJ, Dieguez R. Características clínico epidemiológicas e la covid. *Arch méd Camaguey* [Internet]. 2010;14(3):0–0. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
35. Lechein JR, Chiesa CM, Hans S, Barillari MR, Jouffe L, Saussez S. Loss of Smell and Taste in 2013 European Patients With Mild to Moderate COVID-19. 2020;173(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32449883/>
36. Ikeuchi K, Saito M, Yamamoto S, Nagai H, Adachi E. Relative Bradycardia in Patients with Mild-to- Moderate Coronavirus Disease, Japan. 2020;26(10). Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2610.202648%0ACoronavirus>
37. Rogers J, Chesney E, Oliver D, Pollak T, McGuire P, Fusar P, Zandi M, Lewis G, Sdauid A. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections : a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(7):611–27. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
38. Molero JM, Arranz J, Gutierrez MI, Redondo J. Basic aspects of COVID-19 for management from primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2021;53(6). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.007>

39. Minsa, Directiva, Sanitaria N 122. Directiva Sanitaria Para La Vigilancia Epidemiológica De La Enfermedad Por Coronavirus (Covid-19) En El Perú. Persepsi Masy Terhadap Perawatan Ortod Yang Dilakukan Oleh Pihak Non Prof [Internet]. 2020;53(9):1689–99. Available from: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/02/boletin_202102.pdf
40. Ramirez AR, Cisneros YD, Castellano MF, Ramirez JF, Borrell J. Polifarmacia en adultos mayores del Consultorio Médico de Familia-9 , Área-II . Una evaluación desde la comunidad . [Internet]. 2017. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3643/2857>
41. Chiroque E. Prevalencia Polifarmacia , Prescripción Inadecuada de Medicamentos en Adultos Mayores hospitalizados Servicio Medicina Hospital Chulucanas 2018. 2019; Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USPE_8ee6d7539365f22739328ce6cb82f700
42. Liandg T, Embajaa de China en Perú. Manual de prevención y tratamiento de intoxicaciones. 2020;1–68. Available from: <http://www.embajadachina.org.pe/esp/sghd/P020200331264861016485.pdf>
43. Picon AJ, Tenesaca C. Prevalencia y factores asociados a polifarmacia en adultos mayores, Hospital Vicente Corral Moscoso, Area De Clinica 2016. 2017; Available from: <https://www.bibliotecasdelecuador.com/Record/oai:localhost:123456789-27046/UserComments>
44. Ñaupas H, Mejia E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la Investigación Cuantitativa- Cualitativa y Redaccion de la Tesis.
45. Hernández R, Sampiere P, Mendoza C. Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Vol. 1, Mc Graw Hill. 2018. 714 p.

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de la Variables

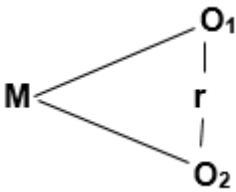
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Medición
Características: <ul style="list-style-type: none"> Clínicas 	Conjuntos de signos y síntomas objetivos, clínicamente veraz, detectado en consulta médica	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Dolor de garganta - Congestión nasal - Dificultad respiratoria - Fiebre - Escalofrío - Malestar general - Diarrea - Nauseas/ Vómitos - Cefalea - Anosmia - Ageusia - Irritabilidad/confusión - Dolor muscular 	Cualitativo Nominal	Dicotómica Si presenta No presenta
	<ul style="list-style-type: none"> Epidemiológicas <p>Son los aspectos, y propiedades de las pacientes relacionadas con alguna enfermedad, con la finalidad de estudio de frecuencia y distribución del fenómeno</p>	Comorbilidades / factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Embarazo - Enfermedad renal - Enfermedad pulmonar crónica - Cáncer - Enfermedad hepática - Inmunodeficiencia (incluye VIH) - Enfermedad crónica neurológica - Postparto - Tuberculosis - Asma 	Cualitativo Nominal	Dicotómica Con comorbilidad Sin comorbilidad

		<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoporosis - Adulto mayor <p>- 30- 39</p> <p>- 40- 49</p> <p>- 50- 59</p> <p>- 60- 69</p> <p>- 70 a mas</p> <p>Sexo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino <p>Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Policía - Militar - Docente - Estudiante - Ama de casa - Agricultor - Otros 	<p>Cuantitativo Ordinal</p> <p>Cualitativo Nominal</p> <p>Cualitativo Nominal</p>	<p>Dicotómica</p> <p>De 30 a 60</p> <p>61 a mas</p> <p>Dicotómica</p> <p>1 masculino</p> <p>2 femenino</p> <p>Dicotómica</p> <p>1 En casa</p> <p>2 Fuera de casa</p>	
Polifarmacoterapia	Cantidad de fármacos o productos medicinales prescritos por el médico.	Numero de medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> - No polifarmacia (de 1 a 4 medicamentos) - Polifarmacia (De 5 a 9 medicamentos) - Polifarmacia excesiva (de 10 a más medicamentos) 	Cualitativo Nominal	<p>Dicotómica</p> <p>SI polifarmacoterapia</p> <p>NO polifarmacoterapia</p>

Anexo 2

Matriz de consistencia

Autor : CAPCHA HUAMANI, Arnaldo Virgilio
Tema : Características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS – Ahuac

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y Dimensiones	Metodología
<p>Problema general ¿Existe asociación entre las características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac?</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación entre características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac.</p>	<p>Hipótesis general Existe asociación entre las características clínicas epidemiológicas y la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac.</p>	<p>Variable 1 características clínicas epidemiológicas Variable 2 polifarmacoterapia</p>	<p>Tipo de investigación: Básica Diseño: No experimental de tipo correlacional (asociación) y de corte transversal retrospectiva.</p>  <pre> graph LR M --- O1 M --- O2 O1 --- r --- O2 </pre> <p>Donde M = muestra compuesta por pacientes positivos al COVID- 19. O₁ = características clínicas epidemiológicas</p>
<p>Problemas específicos 1.- ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes positivos al COVID-19 en la IPRESS- Ahuac? 2.- ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes</p>	<p>Objetivos específicos 1.-Identificar las características clínicas en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac. 2.- Describir las características epidemiológicas en pacientes</p>			

<p>positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac?</p>	<p>positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac.</p> <p>3.- Identificar la polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS- Ahuac.</p>			<p>r = relación (asociación) existente entre variables</p> <p>O₂= polifarmacoterapia</p> <p>Técnicas V1: Revisión documentaria V2: Revisión documentaria</p> <p>Instrumentos: V1: Ficha de características clínicas epidemiológicas del COVID- 19 V2: Ficha de Polifarmacoterapia</p> <p>Población de estudio: 70 pacientes positivos al COVID- 19 de la IPRESS- Ahuac</p> <p>Muestra: es la misma que la población que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo esta obtenida por un muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Criterio de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con resultados positivos a COVID-19. - Pacientes mayores de 30 años - Pacientes con Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica COVID-19. Y
--	--	--	--	---

				<p>Ficha Única de Atención (FUA) rellenadas adecuadamente</p> <p>Criterio de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes atendidos con enfermedades terminales- Pacientes Gestantes.- Pacientes sin tratamiento farmacológico.
--	--	--	--	---

Anexo 3



Anexo 1 : ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19

PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID 19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN					
1. Fecha notificación: ____/____/____			4. Inst. Adm. <input type="checkbox"/> MINSa		
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			<input type="checkbox"/> EsSalud		
3. IPRESS: _____			<input type="checkbox"/> FFAA / PNP		
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso			<input type="checkbox"/> Privado		
II. DATOS DEL PACIENTE					
6. Apellidos y nombres: _____			7. N° Teléfono: _____		
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día			
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____			
12. Peso: _____ gramos		13. Talla: _____ metros			
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente					
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otros _____					
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de nacionalidad _____			
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		País de origen _____			
17. Dirección de residencia actual: _____ País: _____					
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS					
18. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____			Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____		
19. Lugar probable de infección: _____					
Departamento: _____		Pro: _____		Distrito: _____	
20. Síntomas:					
<input type="checkbox"/> Tos		<input type="checkbox"/> Malestar general		<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input type="checkbox"/> Diarrea		<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal		<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos		<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:	
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria		<input type="checkbox"/> Cefalea		<input type="checkbox"/> () Muscular () Pecho	
<input type="checkbox"/> Fiebre		<input type="checkbox"/> Anosmia		<input type="checkbox"/> () Abdominal () Articulaciones	
<input type="checkbox"/> Escalofrío		<input type="checkbox"/> Ageusia			
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____					
21. Signos:					
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo		<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival		<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión				<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____				<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN	
22. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo					
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____)			<input type="checkbox"/> Post parto/aborto (≤ 6 semanas o 42 días)		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)			<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
<input type="checkbox"/> Diabetes			<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática			<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular			<input type="checkbox"/> asma		
<input type="checkbox"/> Obesidad			<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis					
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____					
23. Fecha de culminación del embarazo: ____/____/____					

24. Ocupación

<input type="checkbox"/> Trabajador de Salud	→ Si es trabajador de salud, especificar profesión
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra
<input type="checkbox"/> Otros especificar _____	<input type="checkbox"/> laboratorista
	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería
	<input type="checkbox"/> Otros _____

25. Lugar de trabajo IPRESS _____
Departamento _____
Provincia _____
Distrito _____

26. ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Si la respuesta es si, marque según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Entorno laboral
<input type="checkbox"/> Casa de reposo	<input type="checkbox"/> Centro penitenciario	<input type="checkbox"/> Albergue
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)

27. Hospitalizado Si No 28. Fecha de hospitalización: ____/____/____

29. Nombre del Hospital: _____ Tipo de seguro: _____

30. Diagnóstico de ingreso _____

31. Signos:

<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía
<input type="checkbox"/> Disnea/aquipnea	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía
		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN

32. Servicio de hospitalización Sala de aislamiento UCI Otros _____

3.3 El paciente estuvo en ventilación mecánica Si No Desconocido

34. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Si No

35. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? Si No

VI. EVOLUCIÓN

36. Evolución del paciente: Favorable Desfavorable Falleció Alta

37. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____

38. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 39. Hora de defunción ____:____

40. Lugar de defunción: Hospital / Clínica Vivienda
 Centro de aislamiento temporal Centro penitenciario
 Vía pública Otros: _____

V. LABORATORIO

41. Fecha de toma de muestra:	42. Tipo de muestra	43. Tipo de prueba	44. Resultado	45. Fecha resultado
1 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
2 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
3 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS

45. Persona que llena la ficha: _____

46. Firma y sello _____

Anexo 4

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE POLIFARMACOTERAPIA

Tema: Características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS – Ahuac

Objetivo: Determinar la asociación entre Características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia en pacientes positivos al COVID- 19 en la IPRESS – Ahuac

Responsables: CAPCHA HUAMANI, Arnaldo Virgilio

1.- MEDICAMENTOS RECETADOS.

- | | |
|-----|------|
| 1.- | 6.- |
| 2.- | 7.- |
| 3.- | 8.- |
| 4.- | 9.- |
| 5.- | 10.- |

CLASIFICACIÓN DE LA POLIFARMACOTERAPIA (OMS)		
1	No polifarmacoterapia (de 1 a 4 medicamentos)	
2	Polifarmacoterapia (de 5 a 9 medicamentos)	
3	Polifarmacia excesiva (de 10 a más medicamentos)	

Anexo 5

Registro fotográfico

Institución Prestadora de Servicios de Salud Ahuac



Fuente: registro fotográfico del autor

Identificación de historias clínicas



Fuente: registro fotográfico del autor

Historias clínicas seleccionadas de pacientes COVID- 19



Fuente: registro fotográfico del autor

Recolección de datos características clínicas epidemiológicas y polifarmacoterapia



Fuente: registro fotográfico del autor