



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2**

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES
MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF NO.2, DURANTE EL
PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Ana Laura Castillo Arce

Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

Dr. Carlos Sánchez Anguiano

Médico Familiar

CO-ASESOR

Dra. Brenda Poullette Morales Hernández

Profesora titular de la residencia en Medicina Familiar

Número de registro ante el Comité: R-2021-1603-009.

Zacapu, Michoacán, marzo 2024.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2



**“PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES
MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF NO.2, DURANTE EL
PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Ana Laura Castillo Arce

Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

Dr. Carlos Sánchez Anguiano

Médico Familiar

CO-ASESOR

Dra. Brenda Poullette Morales Hernández

Profesora titular de la residencia en Medicina Familiar

Número de registro ante el Comité: R-2021-1603-009.

Zacapu, Michoacán, marzo 2024.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Enrique Gutiérrez González

Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

Dra. Itza Luna Armenta

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Brenda Poullette Morales Hernández

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dr. Victor Hugo Mercado Gómez

Director de Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa del Departamento de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia al Instituto Mexicano del Seguro Social, que me ha recibido con los brazos abiertos a formar parte de esta gran familia, brindándome todo lo necesario para un desarrollo profesional y personal.

Gracias a mi facultad, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por haberme permitido formarme en ella, por medio de todas las personas que fueron partícipes de este desarrollo, ya sea de forma directa o indirecta.

A la Dra. Itza Luna Armenta, especialista en Medicina Familiar y CCEIS en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 por su confianza y apoyo brindado.

A la Dra. Brenda Paullette Morales Hernández, especialista en Medicina Familiar y profesora titular de la residencia en Medicina Familiar por sus valiosos conocimientos, por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Al Enfermero Juan Martín Morales Bedolla por su tiempo brindado a orientarme y resolver mis dudas.

Al Dr. Carlos Sánchez Anguiano, médico familiar, por el apoyo que me otorgó al inicio de esta investigación dándome las bases para el comienzo de la misma.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi hijo Santiago, mi más grande orgullo, que desde que llego a mi vida ha sido la razón de querer superarme cada día. Gracias por entender que, durante el desarrollo de esta tesis, fue necesario sacrificar situaciones y momentos a tu lado para así poder completar exitosamente mi trabajo académico. Agradezco cada una de tus sonrisas y tus muestras de cariño hacia mí. Todos mis esfuerzos han valido la pena porque has estado a mi lado

A mis padres Amado Eduardo y Ana maría, mis dos grandes pilares que a pesar de todas las adversidades con su amor incondicional han hecho de mí una mejor persona, una mejor madre y ahora una mejor profesionista. Jamás dejaré de agradecer a Dios y a la vida por tenerlos conmigo.

Así mismo, agradezco infinitamente a mis hermanos Luis Eduardo y Erick Baruch que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que puedo llegar a ser. Ojalá algún día yo me convierta en su fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

INDICE

I. Resumen	1
II. Abstract	2
III. Abreviaturas	3
IV. Glosario.....	4
V. Relación de tablas y figuras	5
VI. Introducción	6
VII. Marco teórico	7
VIII. Planteamiento del problema	15
IX. Justificación	16
X. Hipótesis.....	18
XI. Objetivos	18
XII. Material y Métodos	19
XIII. Resultados	28
XIV. Discusión.....	33
XV. Conclusiones.....	38
XVI. Recomendaciones	39
XVII. Bibliografía	40
XVIII. Anexos	44

I. RESUMEN

“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZ/MF No.2, DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”

INTRODUCCIÓN: La COVID-19 es una enfermedad respiratoria febril aguda con hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos de enfermedad del parénquima pulmonar, causada por el Coronavirus. Los principales síntomas son fiebre, cansancio y tos seca. Algunos pacientes pueden presentar mialgias, congestión nasal, rinorrea, odinofagia o diarrea sin embargo la prevalencia varía de acuerdo a la zona demográfica.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de síntomas COVID-19 en pacientes mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Realizado en HGZ/MF No.2 de marzo 2020 - marzo 2021, en pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que presentaron síntomas de COVID-19. Con apoyo del departamento de epidemiología se obtuvieron los datos de la plataforma SINOLAVE. Se realizó estadística descriptiva y X² para determinar asociación entre variables categóricas con valor significativo de $p < 0.05$. Número Registro: R-2021-1603-009.

RESULTADOS: Se contó con una población de 4563 derechohabientes, de los cuales 1439 acudieron al triage respiratorio, confirmándose 337 positivos obteniendo una prevalencia total del 7.37%. La población muestra se conformó por 354 pacientes considerados como casos sospechosos, en su mayoría del sexo femenino de 30 a 39 años de edad. La tos, cefalea y mialgias fueron los tres más frecuentes tanto en el grupo de pacientes positivos como en el de negativos.

CONCLUSIONES: La prevalencia de síntomas por COVID-19 en pacientes mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2 fue del 7.37%, La tos, cefalea y mialgias fueron los tres más frecuentes tanto en el grupo de pacientes positivos como en el de negativos principalmente en sexo femenino y a una edad temprana.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, prevalencia, síntomas.

II. ABSTRACT

"PREVALENCE OF COVID-19 SYMPTOMS IN PATIENTS OVER 18 YEARS OLD AT HGZ MF No.2, DURING THE PERIOD FROM MARCH 2020 TO MARCH 2021"

INTRODUCTION: COVID-19 is an acute febrile respiratory illness with clinical, radiological and histopathological findings of pulmonary parenchymal disease, caused by Coronavirus. The main symptoms are fever, fatigue and dry cough. Some patients may present myalgia, nasal congestion, rhinorrhea, odynophagia or diarrhea, however the prevalence varies according to the demographic area.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of COVID-19 symptoms in patients over 18 years of age at HGZ/MF No.2.

MATERIAL AND METHODS: Observational, cross-sectional and retrospective study. Conducted in HGZ/MF No.2 from March 2020 - March 2021, in patients older than 18 years, of both sexes, who presented COVID-19 symptoms. With the support of the epidemiology department, data were obtained from the SINOLAVE platform. Descriptive statistics and X² were performed to determine the association between categorical variables with a significant value of $p < 0.05$. Registration Number: R-2021-1603-009.

RESULTS: There was a population of 4563 patients, 1439 of whom attended the respiratory triage, and 337 were confirmed positive, obtaining a total prevalence of 7.37%. The sample population consisted of 354 patients considered as suspected cases, mostly females between 30 and 39 years of age. Cough, headache and myalgia were the three most frequent in both positive and negative patients.

CONCLUSIONS: The prevalence of COVID-19 symptoms in patients older than 18 years in HGZ/MF No.2 was 7.37%, Cough, headache and myalgias were the three most frequent in both positive and negative patients group mainly in female sex and at a young age.

KEY WORDS: COVID-19, prevalence, symptoms

III. ABREVIATURAS

COVID-19: Es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.

°C: Grados centígrados

CONACYT: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

HCoV-229E: El coronavirus humano 229E es una especie de virus ARN monocatenario de sentido positivo del género Alphacoronavirus.

HCoV-OC43: El coronavirus humano OC43 es un miembro de la especie Betacoronavirus 1 que infecta a humanos y bovinos.

HCoV-HKU1: El coronavirus humano HKU1 es un virus ARN monocatenario de sentido positivo con el gen HE, que lo distingue como un grupo 2 o Betacoronavirus.

HGZ MF: Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

MERS-COV: Síndrome Respiratorio por Coronavirus de Medio Oriente.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

RSF: Reporteros sin Fronteras

SARS-COV: Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

SINOLAVE: Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica.

IV. GLOSARIO

Anosmia: Es la pérdida total del olfato.

Artralgias: Dolor agudo en las articulaciones.

Cefalea: Conocida coloquialmente como dolor de cabeza.

Disguesia: Alteración en el sentido del gusto, haciendo que la persona perciba sabores con menor intensidad o no sea capaz de distinguirlos.

Disnea: Dificultad respiratoria o falta de aire.

Mialgias: Dolor muscular, que puede afectar a uno o varios músculos del cuerpo; se producen por diversas causas.

Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Virión: Unidad estructural de los virus.

V. RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

TABLAS

Tabla I. Características sociodemográficas de la población.....	28
Tabla II. Frecuencia por sexo y edad entre casos positivos y negativos a COVID-19.....	29
Tabla III. Frecuencia de síntomas COVID-19 en casos positivos y negativos.....	31
Tabla IV. Síntomas de COVID-19 en relación al inicio.....	32

FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de Síntomas Covid-19.....	30
--	----

VI. INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.

El 17 de noviembre del 2019 se detectó el caso de un hombre de 55 años infectado por un virus desconocido en la ciudad de Wuhan, China. En los días posteriores se reportaron de uno a cinco pacientes diariamente. Muy pronto, el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades detectó que varios enfermos trabajaban en el mercado de la ciudad. Para fines de diciembre se habían detectado 266 casos. Sin embargo, los médicos que trataron de alertar sobre la enfermedad fueron detenidos bajo el cargo de difundir “falsos rumores” y China censuró cualquier información que salía a la prensa acerca de la epidemia, con lo que ésta se propagó más rápidamente (RSF, 2020). Para el 31 de diciembre, el Comité de Salud Municipal de China informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que había personas infectadas y varias en estado crítico, muchas de ellas eran trabajadores del mercado de Wuhan. Para el 1 de enero se cerró el mercado. Las autoridades de salud chinas, junto con la OMS, comenzaron a trabajar en la identificación del virus, que muy pronto se identificó como una variedad de coronavirus.

Los enfermos presentaban síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga, los casos más graves presentaban dificultad respiratoria, neumonía y choque séptico, sin embargo varían los síntomas dependiendo la población infectada.

El 30 de enero, la OMS declaró que esta epidemia constituía una emergencia sanitaria de preocupación internacional, dado que no sólo se había extendido a toda China, sino que se había detectado en 15 países.

Para el 11 de marzo, con la enfermedad extendida en más de cien países, la OMS la declara pandemia. Para fines de ese mes hay más de 500 mil casos reportados en todo el mundo. El 14 de diciembre de 2020 se aplicó la primera vacuna de RNA (ácido ribonucleico) desarrolladas por Pfizer-BioNTech, aprobada de emergencia por las agencias reguladoras en Estados Unidos, el Reino Unido y otros países, existen más tipos de vacuna en el mercado actualmente, gracias a ellas la gravedad de los pacientes contagiados es menor.

VII. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El coronavirus, científicamente conocido como Orthocoronavirinae, no es nuevo. Sus antepasados se remontan al siglo IX a. C. Hubo una serie de epidemias que aparecieron a lo largo de la historia. Hacia el 3300 a.C, estaba presente el betacoronavirus; En 3000 AC. el Deltacoronavirus; en el 2.800 a.C los investigadores han descubierto que se propagó el Gammacoronavirus; y en el 2.400 a.C. surgió el Alphacoronavirus.⁽¹⁾

En el siglo XVIII, los coronavirus de los bovinos y se ligó con los humanos, los investigadores coinciden en que entre 1890 y 1899 nació un virus que infecta a los humanos, pero no saben si se debió a la separación del ganado o debido a una mutación. A pesar de esta línea temporal, el pariente más cercano más común se remonta a la década de 1950, el OC43 y está estrechamente relacionado con varias especies de murciélagos.⁽²⁾

Se descubrió por primera vez en humanos en la década de 1960, y desde entonces se han identificado seis nuevos miembros de esta familia, el último de los cuales es el 2019-nCoV o coronavirus. Se trata de una serie de virus denominados así por su forma, porque tienen una especie de corona alrededor del virión, el núcleo del virus. Estas criaturas siempre han convivido con los humanos, y hay muchas especies, animales y humanos.⁽¹⁾

Se han identificado seis coronavirus humanos: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV2. Los virus son genéticamente simples, pero muy diversos.⁽³⁾

Cuatro tipos causan resfriados y otros dos causan infecciones pulmonares agudas: síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y síndrome respiratorio del Medio Oriente coronavirus (MERS). El nuevo coronavirus se llama SARS-CoV-2 debido a su similitud con el virus que causa el SARS.⁽⁴⁾

Inicialmente, el virus se denominó provisionalmente el nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV). Un término nuevo, que puede referirse a una enfermedad o un grupo de síntomas o

manifestaciones clínicas que se presentan en personas infectadas por este virus, o las diferencias que puedan existir entre este virus Corona y quienes lo conocieron antes.

COVID-19 es la última enfermedad infecciosa causada por el coronavirus. Es una enfermedad respiratoria febril aguda con signos clínicos, radiológicos o histopatológicos de enfermedad parenquimatosa pulmonar. Enfermedad respiratoria febril aguda con hallazgos clínicos, radiológicos o histopatológicos de enfermedad del parénquima pulmonar.⁽⁵⁾

El 31 de diciembre de 2019, Wuhan, en la provincia de Hubei, China, informó una serie de casos de neumonía de causa desconocida. El 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó al nuevo coronavirus, COVID-19, como el agente causante de este brote.⁽⁶⁾

La mayoría de los pacientes afirmaron estar conectados directa o indirectamente al mercado de alimentos en la provincia de Hubei, Wuhan.

A partir del 1 de enero de este año, el mercado de Wuhan está cerrado y no hay evidencia clara de transmisión de persona a persona. Al 2 de enero, un total de 41 pacientes han sido hospitalizados y solo ha fallecido un paciente con enfermedades preexistentes graves.⁽⁵⁾

Al 12 de enero de 2020, no se han reportado otros casos relacionados y se cree que el centro de propagación es el mercado cerrado o pueden haber sido infectados en el hospital (hospital de infección).

El 30 de enero de 2020, con más de 9.700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote en estado de emergencia. El nivel de salud pública de interés internacional.⁽⁶⁾

Durante los primeros meses de COVID-19, las autoridades sanitarias mundiales, las agencias gubernamentales y el público no estaban seguros de cómo se propagaría la enfermedad y cómo afectaría la vida de las personas. El 1 de marzo de 2020, las Naciones Unidas liberaron 15 millones en subvenciones para apoyar la respuesta global al COVID-19. Una semana después, el 7 de marzo, el número de casos de COVID-19 llegó a 100.000.

Unos días después, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró al COVID-19 una pandemia. El COVID-19 ha pasado rápidamente de ser un problema grave que parece limitado a China, a una emergencia sanitaria mundial.⁽⁵⁾

El primer caso reportado en las Américas apareció el 19 de enero de 2020 en el estado de Washington, EE. UU.; Un paciente de 35 años con antecedentes de tos y fiebre. En contexto, fue un viaje familiar a Wuhan, China.

El coronavirus llegó a Europa. El primer caso confirmado en el continente fue, según varios medios, en Burdeos, Francia. La ministra de salud de Francia, Agnès Buzyn, informó que tres personas padecían de la llamada entonces “neumonía de Wuhan”.⁽⁷⁾

El 26 de febrero de este año, el Ministerio de Salud de Brasil informó el primer caso de COVID-19 en América del Sur; Un hombre de 61 años de Sao Paulo, que había viajado recientemente a Lombardía, Italia, desarrolló síntomas leves y fue aislado.

El 11 de marzo, con 118,000 casos reportados en 114 países y 4,291 muertes, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote 19 del coronavirus SARS-CoV2 era una pandemia.⁽⁸⁾

El primer caso o caso indicador de COVID-19 en México se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México. Era un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves.⁽⁹⁾

El cuarto caso fue confirmado el 29 de febrero de 2020: una joven del estado de Coahuila, que acababa de viajar a Milán (Italia). El 1 de marzo, una joven que estudiaba en Italia en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, fue confirmada infectada con 5 casos. El 6 de marzo se confirmó el sexto caso en el estado de México: un hombre de 71 años que había viajado a Italia.

El séptimo caso, confirmado el 7 de marzo, es el de un hombre de 46 años de la Ciudad de México. El 11 de marzo, el mismo día en que la Organización Mundial de la Salud clasificó al COVID-19 como pandemia, se reportaron cuatro nuevos casos: dos en la Ciudad de México y uno en Querétaro, todos los pacientes regresaron de 30 y 41 años.⁽⁹⁾

Actualmente, Michoacán tiene 120,199,678 casos sospechosos, 8000 defunciones y 111,949 recuperaciones a la última actualización del 6 de diciembre de 2021. ⁽¹¹⁾

En el mismo contexto del caso, los datos epidemiológicos de la región de Zacapu, que serán estudiados en este procedimiento, aparecen hasta la última actualización con 2608 casos confirmados, 25 sospechosos, 201 muertos y 2404 personas recuperadas. ⁽¹¹⁾

Según la información de la OMS, los síntomas más comunes de COVID-19 son fiebre, fatiga y tos seca. Algunos pacientes pueden experimentar dolor, congestión, secreción nasal, dolor de garganta o diarrea.

Se estableció una definición operacional al inicio de la pandemia para caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, donde se consideraba a las personas de cualquier edad que en los últimos 10 días hubieran presentado al menos uno de los 4 criterios mayores (tos, fiebre, disnea o cefalea), acompañado al menos de un criterio menor (mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos, dolor torácico, rinorrea, anosmia, disgeusia y conjuntivitis).

Actualmente esta definición operacional a cambiado y establece como caso sospechoso lo siguiente:

Persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas (criterios mayores):

- Tos, fiebre o dolor de cabeza. *

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas (criterios menores) :

- Dificultad para respirar (dato de alarma)
- Dolor en las articulaciones
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Escurrimiento nasal
- Conjuntivitis (enrojecimiento, picazón y ojos llorosos)

- Dolor en el pecho

* Nota: En menores de 5 años de edad, la irritabilidad puede sustituir al dolor de cabeza.

Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos ⁽¹⁰⁾

Estos síntomas suelen ser leves y se presentan de forma gradual. Algunas personas se infectan, pero no muestran ningún síntoma y no se enferman. La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recuperan sin un tratamiento especial. ⁽¹²⁾

En los primeros estudios realizados en China (Guan 2020, Zhou 2020), la fiebre fue el síntoma más común, con una media máxima de 38,3 ° C; Solo unos pocos tienen una temperatura superior a 39 ° C. Por lo tanto, la fiebre por sí sola puede no ser suficiente para detectar casos bajo control comunitario. El segundo síntoma más común es la tos y ocurre en aproximadamente dos tercios de los pacientes ⁽¹³⁾

Entre los supervivientes de COVID-19 agudo, la duración media de la fiebre fue de 12,0 días (8-13 días) y la tos duró 19 días. Según una revisión sistemática, que incluyó 148 artículos que incluían a 24.410 adultos con COVID-19, los síntomas más comunes fueron fiebre (78%), tos (57%) y fatiga (31%). ⁽¹⁴⁾

El dolor de cabeza y la pérdida del olfato son los síntomas más comunes en los pacientes europeos con COVID-19 leve a moderado, según un estudio publicado en el Journal of Practical Medicine.

Los otros síntomas más frecuentes fueron congestión nasal (67,8%), tos (63,2%) y fatiga (63,3%), seguidos de dolores musculares (62,5%), secreción nasal (60,1%) y pérdida del gusto (54,2%). Por el contrario, se detectó fiebre en menos de la mitad de los pacientes (45,4%). ⁽¹⁵⁾

De los 5.700 pacientes ingresados en uno de los 12 hospitales de cuidados agudos en Nueva York entre el 1 de marzo y el 4 de abril de 2020, solo el 30,7% tenía fiebre > 38 grados. La frecuencia respiratoria > 24 latidos / min al ingreso fue del 17,3%. ⁽¹⁶⁾

Se ha informado que el COVID-19 puede transmitirse de persona a persona a través del contacto directo con una persona infectada o cuando una persona tose o estornuda y produce gotitas que están en el aire y pueden volar a unos 1,8 metros de distancia. También se ha encontrado que el virus puede transmitirse a través del contacto con superficies contaminadas o vectores negativos.⁽⁹⁾

Por lo tanto, la mejor manera de evitar contraer este virus es seguir buenas prácticas de higiene que incluyen:

Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón o use una solución en gel que contenga 70% de alcohol.

Si está tosiendo o estornudando, que incluye cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable o la parte interna de su brazo.

Si es necesario, use una servilleta desechable, póngala en una bolsa de plástico, ate y deséchela; Luego lávate las manos.

No se toque la cara con las manos sucias, especialmente la nariz, la boca y los ojos.

Limpiar y desinfectar superficies y objetos comunes en hogares, oficinas, puertas cerradas, transporte, centros de reuniones, etc., ventilar y exponer a la luz solar.

Quédese en casa cuando tenga una enfermedad respiratoria y acuda al médico si aparece algún síntoma (fiebre superior a 38 ° C, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal, etc.).

Evite el contacto con personas con enfermedades respiratorias tanto como sea posible.⁽¹⁷⁾

Las pruebas de diagnóstico para COVID-19 se realizan para ver si ha sido infectado con SARS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad del coronavirus 2019⁽¹⁸⁾

Hay tres tipos de pruebas para diagnosticar el SARS-CoV-21 en el laboratorio:

Pruebas de detección de ADN (reacción en cadena de la polimerasa PCR).

Pruebas de detección de antígenos.

Pruebas de detección de anticuerpos (IgG, IgM)⁽¹⁹⁾

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha aprobado este tipo de pruebas para diagnosticar la infección por COVID-19: la prueba de CPR. También conocida como prueba molecular, detecta el material genético del virus que causa COVID-19 mediante una técnica de laboratorio conocida como reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Para recolectar una muestra de líquido, se puede insertar un hisopo de algodón largo (hisopo nasal) en una fosa nasal y recolectar líquido de la parte posterior de la nariz, o se puede usar un hisopo más corto (hisopo mediano) para recolectar el líquido.

En algunos casos, se inserta un hisopo largo en la parte posterior de la garganta (secreciones faríngeas) o se puede aspirar saliva en un tubo para hacer una muestra de saliva. Los resultados pueden estar listos en minutos si se analizan internamente, en días si se envían a un laboratorio externo, o pueden demorar más cuando hay retrasos en el procesamiento analítico.

La prueba de RCP es muy precisa cuando la realiza correctamente un profesional médico, pero es posible que una prueba rápida no detecte algunas afecciones.⁽¹⁸⁾

Prueba de antígeno. La prueba COVID-19 detecta varias proteínas en el virus. Se usa un hisopo largo para tomar una muestra de líquido de la nariz y la prueba de antígeno puede dar resultados en minutos.

Se pueden enviar otras muestras a un laboratorio para su análisis. Un resultado positivo de una prueba de antígeno se considera correcto cuando se siguen cuidadosamente las instrucciones, pero existe una mayor probabilidad de un resultado falso negativo, lo que significa que es posible contraer el virus, pero dar un resultado negativo.

Caso por caso, su médico puede recomendar una prueba de PCR para confirmar un resultado negativo de la prueba de antígeno.⁽¹⁸⁾

Las pruebas para detectar anticuerpos (IgG, IgM) se realizan en una muestra de sangre capilar extraída del dedo de un paciente. Cuando tenemos una infección, como COVID-19,

se producen inmunoglobulinas, que se unen al virus y activan el resto del sistema inmunológico para atacar y eliminar el virus.

La IgM fue la primera inmunoglobulina producida, que es un anticuerpo general que puede unirse a una variedad de patógenos. La presencia de IgM es un indicador de infección temprana. La IgG es un tipo de anticuerpo más específico que se une específicamente al virus SARS-CoV-2.⁽²⁰⁾

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La rápida propagación de la enfermedad llevó a la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero del 2020 a declararla emergencia sanitaria de interés internacional, con base en el impacto del virus. El espectro de la enfermedad varía de leve a fatal. Los numerosos síntomas descritos en los últimos meses dejan en claro que COVID-19 es una enfermedad compleja y de ninguna manera una simple infección respiratoria. Muchos síntomas son inespecíficos, por lo que el diagnóstico diferencial incluye una amplia gama de infecciones, enfermedades respiratorias y más, haciendo difícil el diagnóstico clínico requiriendo forzosamente la realización de una prueba rápida para su correcto diagnóstico, lo que genera un problema ya que no toda la población tiene acceso a la misma y continúa laborando sin aislamiento contagiando a más personas.

El conjunto más común de síntomas respiratorios incluye: tos, flema, dificultad para respirar y fiebre. Otros grupos incluyen síntomas musculoesqueléticos, síntomas gastrointestinales y con menos frecuencia alteraciones dermatológicas.

En la literatura se menciona sobre la diferente sintomatología en varios países incluyendo México, sin embargo, no hay ninguno que hable específicamente del estado de Michoacán y menos de nuestra localidad, por lo que consideramos importante su estudio con la finalidad de lograr identificar los casos sospechosos de una manera más certera, ya que según la definición operativa establecida, prácticamente cualquier persona con cuadro gripal se clasifica como caso sospechoso, por lo que se espera tratar de tener un perfil más claro de la sintomatología sugestiva a COVID-19, razón por la que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de síntomas COVID-19 en pacientes mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2 durante el periodo de marzo 2020 a marzo 2021?

IX. JUSTIFICACIÓN

Los coronavirus son una familia extensa de virus, en su mayoría inofensivos para los humanos. Dos de los virus que causan severas infecciones en los pulmones son el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio por Coronavirus de Medio Oriente (MERS).

Desde el inicio de la pandemia por el virus SARS-CoV hasta el día de hoy se ha contado con una extensa variedad de síntomas, típicamente con fiebre, malestar general, congestión nasal, disnea y tos. Otros tipos de presentación clínica incluyen anosmia, odinofagia, debilidad muscular, cansancio, cefalea y diarrea.

En caso de presentar un cuadro más grave el paciente puede desarrollar síndrome respiratorio agudo severo, fallo multiorgánico y si no logra hacer frente a la enfermedad viral eventualmente muere. A inicios del mes de marzo en un estudio realizado en Wuhan, China, con 103 pacientes contagiados de COVID-19 sugirió que el coronavirus había mutado en al menos dos nuevas cepas, una más agresiva que otra, presentando por lo tanto sintomatología variada cada una de las nuevas cepas encontradas.

Al ser un virus altamente contagioso y mutable hace a la población más vulnerable, por ello la preocupación de conocer más a fondo el comportamiento del mismo, la sintomatología predominante en cada población y su prevalencia para poder sospechar más acertadamente de los casos probables y proceder a la realización de pruebas ya que el número de las mismas es poco en las unidades y no se pueden desperdiciar realizándolas a personas con baja sospecha de la misma, aunado a que no todos los pacientes positivos a COVID-19 presentarán sintomatología.

Después de lo anterior expuesto, consideramos importante realizar el presente estudio con la finalidad de dar a conocer la prevalencia de los síntomas COVID-19 en la población mayor de 18 años que reciben atención médica en el triage respiratorio en el Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Michoacán, para poder hacer un análisis más detallado del porcentaje de síntomas que predomina en nuestra comunidad, tener un mejor entendimiento del comportamiento de la enfermedad en nuestra población, seleccionar mejor a los casos

probables tomando en cuenta la definición operacional a quienes se les realizará prueba rápida y así poder optimizar de mejor forma el recurso dentro de la unidad.

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, contamos con un área de Triage respiratorio en donde es atendido todo paciente que cuente con sintomatología respiratoria, se llena un formato de estudio epidemiológico y se registra la información en la plataforma de SINOLAVE en donde en coordinación por el departamento de Epidemiología se lleva el registro y seguimiento de los casos con resultados tanto positivos como negativos, por lo que consideramos factible de realizar al contar con el recurso e infraestructura necesaria de marzo 2020 a marzo 2022.

X. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Dado que la prevalencia actual de COVID-19 en España es del 8.16%, con este estudio esperamos encontrar que la prevalencia en pacientes mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2 se encuentra por debajo de la media internacional, siendo la fiebre el síntoma más frecuente, seguido de la tos, cefalea y por último la disnea.

XI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de síntomas COVID-19 en pacientes mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el porcentaje de casos positivos y negativos a COVID-19 del total de casos sospechosos atendidos en el HGZ/MF No.2, mayores de 18 años.
- Establecer la caracterización de la población con síntomas COVID-19 en base a la edad y sexo.
- Identificar la frecuencia de los principales síntomas COVID-19 tanto en casos positivos como en negativos.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Control de asignación a los factores de estudio: Observacional.

Secuencia y/o temporalidad: Transversal.

Método de observación: Descriptivo.

Cronología de la recolección de datos: Retrospectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 18 años de edad atendidos en el área de Triage respiratorio del HGZ/MF No.2, de marzo 2020 a marzo 2021, que presenten síntomas COVID-19 y cuenten con registro de resultado de la prueba rápida y/o PCR realizadas para su diagnóstico en la base de datos de la plataforma de SINOLAVE.

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó la recolección de datos en la plataforma SINOLAVE del HGZ/MF No.2, obteniendo el total de los pacientes atendidos en triage respiratorio de marzo 2020 a marzo 2021 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño de población atendida en el periodo de marzo 2020 a marzo 2021: 4563 derechohabientes, con margen de error máximo admitido de 5%, y tamaño para nivel de confianza del 95%, obteniendo un total de 354 muestras a realizar.

Donde:

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	4,563
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%

Tamaño de muestra
"n" = **354.40**

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

- n** = Tamaño de muestra buscado
- N** = Tamaño de la Población o Universo
- Z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)
- e** = Erro de estimación máximo aceptado
- p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)
- q** = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Tipo de muestreo: azar

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años de edad.
- Pacientes atendidos en triage respiratorio del HGZ/MF No.2.
- Pacientes con síntomas de COVID-19 a quienes se les haya realizado la prueba rápida y/o PCR para el diagnóstico.
- Pacientes que tengan registro del resultado de la prueba rápida y/o PCR en la plataforma de SINOLAVE.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes que no se encuentren en la base de datos de SINOLAVE.
- Pacientes que estén fuera del periodo de investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Paciente sin registro de síntomas en la base de datos de SINOLAVE o con base de datos incompleta.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: COVID-19.

Variable independiente: Manifestaciones clínicas de COVID-19.

Variables sociodemográficas: Sexo, edad.

CUADRO DE OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
COVID-19	Enfermedad respiratoria aguda febril con signos clínicos, radiológicos o histopatológicos de enfermedad pulmonar parenquimatosa	El diagnóstico se basa en la prueba de detección de ácidos nucleicos (reacción en cadena de la polimerasa o PCR) y/o Pruebas de detección de antígeno (Prueba rápida) que se les realiza a los pacientes que cumplen con definición operacional: POSITIVO: PCR y/o prueba rápida con resultado positivos. NEGATIVO pacientes que a pesar de que cumplen con definición operacional, la prueba arroja un resultado negativo	Cualitativa	1.-Positivo 2.-Negativo

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
Manifestaciones clínicas de COVID-19	Signos o síntomas que refiere o presenta el paciente durante el periodo en que se encuentra con diagnóstico positivo por prueba rápida y/o PCR confirmada para COVID-19	Se hace el registro en base a los datos que refiere presentar el paciente o signos que determina el médico y que se encuentran registrados en la base de datos de SINOLAVE como puede ser: 1- Fiebre 2. Tos 3. Cefalea 4. disnea 5. irritabilidad 6. dolor torácico 7. escalofrió 8. odinofagia 9. mialgias 10.artralgias 11. anosmia 12. disguesia 13. rinorrea	Cualitativa	1.-Fiebre 2.-Tos 3.-Cefalea 4.-Disnea 5.-Irritabilidad 6.-Dolor torácico 7.-Escalofrió 8.-Odinofagia 9.-Mialgias 10.-Artralgias 11.-Anosmia 12.-Disguesia 13.- Rinorrea 14.-Conjuntivitis 15.- Ataque al estado general 16.- Diarrea 17.- Polipnea 18.- Dolor abdominal 19.- Vómito 20.- Cianosis

		14. conjuntivitis 15. ataque al estado general 16. diarrea 17. polipnea 18. dolor abdominal 19. vomito 20. cianosis		
--	--	---	--	--

VARIABLES SOCIO - DEMOGRÁFICAS	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
EDAD	Tiempo cumplido en años desde su nacimiento	Se tomarán rangos de edades de los pacientes con prueba positiva mayores de 18 años, para observar el grupo de edad con mayor prevalencia registrada en la plataforma SINOLAVE	Cualitativa	1.- Menos 18 2.- 18-29 3.- 30-39 4.- 40-49 5.- 50-59 6.- 60-69 7.- Más de 70

SEXO	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser	Tomado del registro de la plataforma de SINOLAVE. 1.- Femenino: Persona que posee órganos sexuales femeninos 2.-Masculino: Persona que posee órganos sexuales masculinos	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
------	--	--	-------------	-----------------------------

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previa aprobación del Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación en Salud del IMSS y del Director del HGZ/MF No. 2 de Zacapu, Mich., (Anexo 4) y firma de la Carta de Excepción de Consentimiento Informado (Anexo 3), se llevará a cabo el presente estudio en el área de Epidemiología donde se tendrá acceso a la plataforma SINOLAVE, para revisar una base de datos de todos los pacientes atendidos en el periodo establecido de marzo 2020 a marzo 2021 en el área de Triage Respiratorio, que hayan acudido a solicitar atención médica debido a la presencia de síntomas COVID-19, a quienes se les haya realizado prueba rápida para COVID-19 o PCR en caso de cumplir con la definición operacional y cumplan con el resto de los criterios de inclusión y exclusión.

Se realizó la captura de todos los datos interrogados al paciente durante el llenado del estudio epidemiológico, para con ello poder conocer las frecuencias de cada uno de los signos y síntomas referidos por el paciente y obtener datos como la edad y el sexo para la caracterización de la población (Anexo 5).

Todos los datos se recabarán en una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 23 para su análisis.

ANÁLISIS ESTADISTICO

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para estimar la normalidad de la distribución de los datos. Los datos numéricos continuos se expresaron en promedio \pm desviación estándar. Los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes (%). Se realizó estadística descriptiva y X² para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadísticamente significativa con p valor < 0.05 .

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows.

ASPECTOS ETICOS

Los procedimientos propuestos se encontraron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría I. Investigación sin riesgo: Ya que se necesitará únicamente analizar la base de datos ya establecida de los pacientes atendidos de marzo 2020 a marzo 2021 en triage respiratorio y registrada en la plataforma de SINOLAVE del departamento de epidemiología, así como el análisis estadístico de población total que se nos proporcionó por el departamento de ARIMAC.

XIII. RESULTADOS

Se contó con una población de 4563 derechohabientes mayores de 18 años atendidos de marzo 2020 a marzo 2021, de los cuales 1439 acudieron al triage respiratorio por presentar síntomas de COVID-19, a quienes se les realizó prueba rápida para detección confirmándose positivos 337 obteniendo una prevalencia total del 7.37% en el HGZ/MF No.2.

En el presente estudio la muestra se conformó por 354 pacientes considerados como casos sospechosos a COVID-19 atendidos en triage respiratorio, en su mayoría del sexo femenino de 30 a 39 años de edad (**Tabla I**).

Tabla I

Características sociodemográficas de la población

Variable	F (%)
	(n = 354)
Sexo	
Femenino	181 (51.1)
Masculino	173 (48.9)
Edad (años)	
Menos 18	10 (2.8)
18-29	59 (16.6)
30-39	103 (29.1)
40-49	52 (14.7)
50-59	58 (16.4)
60-69	30 (8.5)
Más de 70	42 (11.9)

F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

Por cumplir los 354 pacientes con definición operacional al ingreso a triage respiratorio, se les realizó prueba para detección de COVID-19 al 100% de los pacientes, obteniendo un total de casos positivos de 248 (70%), predominando en el sexo femenino de 30-39 años (**Tabla II**).

Tabla II

Frecuencia por sexo y edad entre casos positivos y negativos a COVID-19

Variable	COVID-19 (n = 354)	
	Casos Positivos F (%)	Casos Negativos F (%)
Sexo		
Femenino	125 (35.3)	56 (15.6)
Masculino	123 (34.7)	50 (14.4)
Edad (años)		
19-29	41 (11.5)	18 (5.08)
30-39	73 (20.6)	30 (8.47)
40-49	37 (10.4)	15 (4.23)
50-59	46 (12.9)	12 (3.38)
60-69	18 (5.08)	12 (3.38)
Más de 70	26 (7.34)	16 (4.51)

F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

En cuanto a los síntomas la tos, cefalea y mialgias fueron los tres más frecuentes en nuestra población, así como en el grupo de pacientes positivos a COVID-19 como en el de negativos, difiriendo en el cuarto síntoma más común que para el grupo de positivos fue artralgias y para los negativos está ocupado por fiebre (**Tabla III, Figura I**)

Figura 1. Frecuencia de Síntomas Covid-19

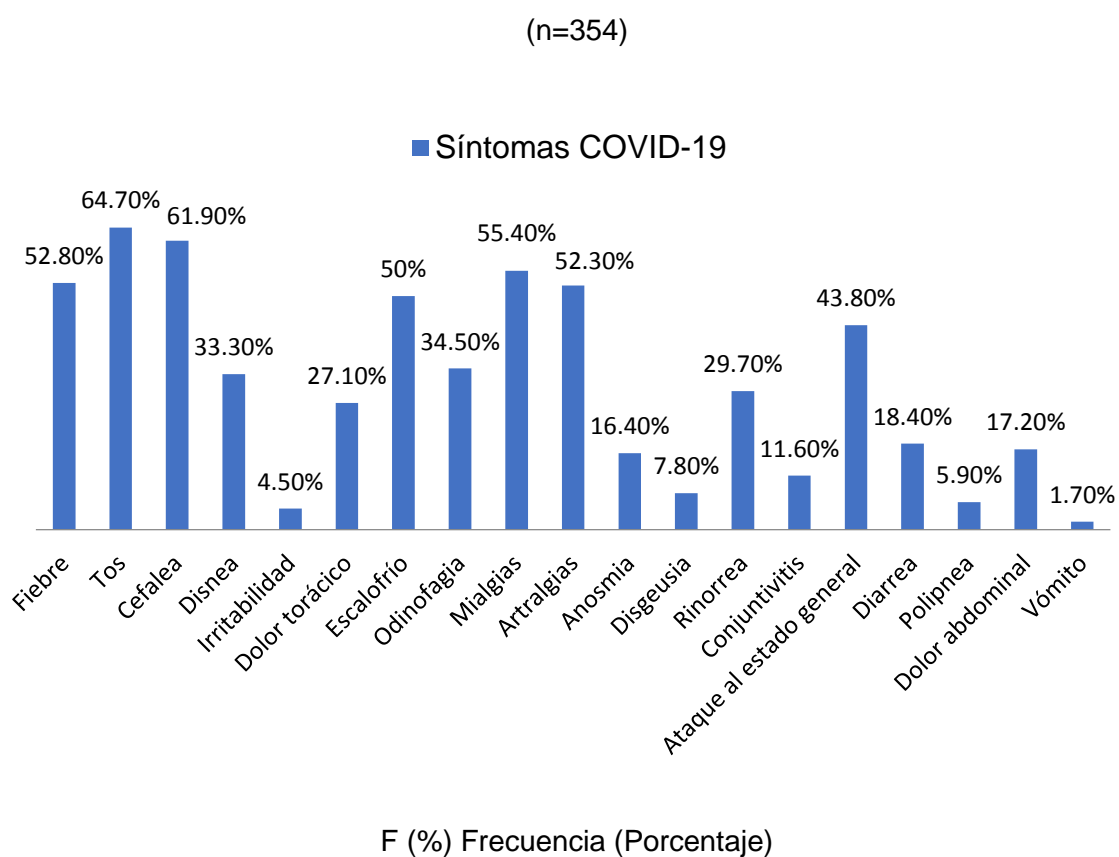


Tabla III

Frecuencia de síntomas COVID-19 en casos positivos y negativos

Síntoma	COVID-19 (n = 354)	
	Casos Positivos	Casos Negativos
	F (%)	F (%)
Fiebre	129 (36.4)	58 (16.3)
Tos	162 (45.7)	67 (18.9)
Cefalea	156 (44)	63 (17.7)
Disnea	88 (24.8)	30 (8.4)
Mialgias	136 (38.4)	60 (16.9)
Artralgias	135 (38.1)	50 (14.1)

F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

En la tabla IV se muestra la relación entre los síntomas de COVID-19 en base al inicio de los síntomas (**Tabla IV**).

Tabla IV*Síntomas de COVID-19 en relación al inicio*

COVID-19 (n = 354)		
Síntomas	Con inicio súbito	Sin inicio súbito
Tos	98 (27.7)	16 (4.5)
Cefalea	91 (25.7)	23 (6.5)
Fiebre	77 (21.8)	37 (10.5)
Mialgias	91 (25.7)	23 (6.5)
Artralgias	84 (23.7)	30 (8.5)
Ataque al estado general	72 (20.3)	42 (42.0)

Chi² 33.321, gl 1, p <0.001*; *Cifra estadísticamente significativa (p < 0.05); F (%) =
Frecuencia (Porcentaje).

XIV. DISCUSION

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria febril aguda con hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos de enfermedad del parénquima pulmonar, causada por el Coronavirus. Los principales síntomas son fiebre, cansancio y tos seca. Algunos pacientes pueden presentar mialgias, congestión nasal, rinorrea, odinofagia y/o diarrea sin embargo la frecuencia varía de acuerdo a la zona demográfica.

Durante el periodo de marzo 2020 a marzo 2021 se contó con una población de 4563 derechohabientes mayores de 18 años, de los cuales 1439 acudieron al triage respiratorio por presentar síntomas de COVID-19, a quienes se les realizó prueba rápida para detección confirmándose positivos 337 de ellos, obteniendo una prevalencia total del 7.37% en el HGZ/MF No.2, confirmándose como casos positivos a COVID-19 el 70% del total de pacientes atendidos en triage respiratorio durante el periodo antes mencionado.

Para conocer la frecuencia de síntomas, se analizó una muestra de 354 casos sospechosos a COVID-19, conformada en su mayoría por mujeres en rango de edad de 30 a 39 años, a quienes se les realizó prueba rápida para COVID-19 por cumplir todos ellos con definición operacional, determinando que los casos positivos se presentaron principalmente en mujeres de 30-39 años de edad.

Moreno LA, et al. en un estudio realizado a 524 participantes (230 pacientes y 294 profesionales de la salud), en 2020, a quienes se les realizó prueba rápida confirmatoria a aquellos que iniciaron con sintomatología y cumplieron con definición operacional, se encontró una prevalencia de 8.16% en el grupo de profesionales, con predominio en mujeres con media de edad de 41.05 ± 12.82 y 11.30% en el de pacientes principalmente del sexo masculino y mayores de 70 años de edad ⁽²¹⁾. Mientras que Díaz-Pinzón JE, en un estudio realizado a la población por departamentos en Colombia en 2020 según la información registrada en el Instituto Nacional de Salud, encontró mayor prevalencia en Amazonas con 3.41% seguido de Bogotá con 2.72%, no hicieron análisis de las características sociodemográficas de la población, pudiéndose justificar que existe mayor porcentaje reportado en nuestro estudio, debido a que se realizó en un Hospital General de

Zona en donde se contaba con área de triage respiratorio, por lo que puede ser la razón por la que acudían con mayor frecuencia pacientes con sintomatología sugestiva a COVID-19, a diferencia de los otros estudios en la que la población de estudio fueron pacientes de una población en general o adscritos a un hospital que no contaba con módulo respiratorio ⁽²²⁾.

Al inicio de esta pandemia se había registrado un mayor porcentaje en el sexo masculino, sin embargo, resultados como los obtenidos a nivel nacional por parte de CONACYT, reportan una frecuencia por género del 50.08% en mujeres y 49.92% en hombres, por su parte el INEGI a nivel estatal registra 53.21% en mujeres y 46.79 en hombres, porcentajes muy similares a los obtenidos en este estudio. ⁽²³⁾

En un estudio, titulado “COVID-19: los impactos del brote en el género” y publicado en la revista científica *The Lancet*, en España, Clare Wenham, Julia Smith y Rosemary Morgan señalan que mientras los hombres tienen una mayor predisposición biológica a ser afectados por esta enfermedad, en el caso de las mujeres es por su rol de cuidadoras principales quienes más lo presentan. La pandemia del coronavirus ha puesto de manifiesto el modo en que la sociedad se organiza, según el último informe elaborado por Oxfam Intermón, las mujeres realizan más de tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerados, y constituyen dos terceras partes de la mano de obra que se ocupa del trabajo de cuidados que sí está remunerado. ⁽²⁴⁾

En un reporte del gobierno de México del año 2020 refiere que como en todo el mundo, en México las familias y los hogares se han transformado. Actualmente hay 35 millones de hogares, de los cuales 10 millones son encabezados por mujeres. Con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) el aumento de hogares cuyo jefe de familia son las mujeres, resultan ser 24.7 en 2008, y 28.5 por ciento en 2018 considerando una tasa de crecimiento de 12 por ciento; mientras que los hogares con jefatura masculina crecieron solo 4.4 por ciento, en el mismo periodo. ⁽²⁵⁾ A pesar de esto al igual que como lo comentaba la revista científica *The Lancet*, en España, en la población de nuestro país la mujer sigue ejerciendo el rol de cuidadora primaria en las diferentes estructuras familiares.

Por lo tanto, podemos deducir que esta podría ser la razón del por qué el porcentaje del sexo femenino es mayor en cuanto a frecuencia por género de síntomas de COVID-19, tomando en cuenta también que hablando de estadísticas la población femenina esta sobre el sexo masculino y que es este grupo de población quien en mayor frecuencia acude a recibir atención médica a las unidades hospitalarias, siendo comúnmente los hombres quienes acuden a solicitarla pero en estadios más avanzados o complicados de la enfermedad.

En cuanto a los rangos de edad pasa algo muy similar, las edades con más frecuencia fueron entre los 30-39 años, que comparado con la base de datos del INEGI a nivel estatal y el CONACYT a nivel nacional vemos que también es el rango que que reportan con mayor predominio.²³

En 2020, de acuerdo con las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050, en el país residen 127.8 millones de personas, de las cuales 20.6 por ciento son niños y niñas menores de 12 años, 30.7 por ciento son personas jóvenes de 12 a 29 años, 37.4 por ciento son personas adultas de 30 a 59 años y 11.3 por ciento son personas de 60 años y más. ⁽²³⁾

Otra explicación también podría estar vinculada a que las vacunaciones a nivel mundial comenzaron por la población de edad más avanzada, que eran los que corrían más riesgo en esos momentos. Y, junto a ello, varios países, sobre todo en América Latina, aún no llegaban las vacunas para las personas menores de 40 años, quienes pese al status en que nos encontrábamos a nivel mundial continuaban asistiendo a laborar sin quedarse en aislamiento a diferencia de lo indicado para el grupo de edad de pacientes embarazadas, niños y adultos mayores.

En este grupo de edad podría atribuirse igualmente un incremento en las opciones de contagio dadas por una mayor aglomeración de personas adultas jóvenes por razones laborales y razones sociales aunado a que conforme la pandemia ha ido avanzando las medidas de prevención se fueron dejando, los cuidados ya no eran tan estrictos como al principio y más por este tipo de grupo de edad pues desde un principio el grupo al que se le

dio la mayor atención fueron a los de edad mayor, sembrando inclusive la idea de que los síntomas y la gravedad de estos no tenían el mismo impacto en los grupos jóvenes.

En cuanto a los síntomas la tos, la cefalea y mialgias fueron los tres principales tanto en el grupo de pacientes positivos a COVID-19 como en el de negativos, difiriendo en el cuarto síntoma más común que para el grupo de positivos fue artralgias y para los negativos está ocupado por fiebre. Fei Zhou, et al. en un estudio realizado en China en 2020, a 191 pacientes positivos a COVID-19, encontraron que los principales síntomas presentados fueron fiebre y tos, seguidos de producción de esputo y fatiga ⁽¹⁴⁾. Mientras que Acosta G, Escobar G, et al. en un estudio realizado en Perú a pacientes graves con COVID-19, encontraron como principales síntomas la tos, fiebre y disnea ⁽²⁷⁾. A contraparte de lo expuesto por Valenzuela-Izundegui AM, Sterling-Pamplona M, et al. en un estudio realizado a 239 pacientes en la Ciudad de México en el año 2022, predominó en el género masculino en edad de 40-69 años, con síntomas más frecuentes en primer lugar astenia y adinamia (67%), mialgias y artralgias (57.6%), seguido por fiebre (61.6%) y cefalea (50.5%). ⁽²⁸⁾ Hablando del estado de Michoacán en los últimos reportes del INEGI los principales 4 síntomas presentados por la población fueron cefalea, tos, fiebre, mialgias.²¹

Por lo que es importante mencionar que hay gran variedad en la sintomatología de los pacientes con COVID-19 en todo el mundo, los cuales varían dependiendo la población afectada y sobre todo de la variante de COVID-19 que predomina en la región estudiada. El estudio React-1, por ejemplo, selecciona a unas 150.000 personas al azar en Inglaterra cada mes, todas ellas se hacen pruebas rápidas de antígenos, sus últimos resultados muestran que los síntomas más comunes de COVID-19 han variado significativamente a lo largo de la pandemia. ⁽²⁹⁾

Esto podría estar relacionado con las mutaciones del coronavirus, según lo que evalúan los científicos, ya que han surgido diversas variantes del patógeno desde la versión original detectada por primera vez en la ciudad de Wuhan, China; la más reciente es la ómicron.

Una de las limitantes encontradas en este estudio fue que se estaba enfrentando una enfermedad nueva, en donde no se contaba con los insumos e infraestructura necesaria, por

lo cual creo que hubo muchos casos que no se recolectaron ya que al principio solo se realizaban pruebas de PCR a paciente con sintomatología y no a toda la población, y la otra al ser una enfermedad desconocida la población realmente se mostraba incrédula y muchos no acudían a realizarse la prueba a pesar de presentar los síntomas o en caso contrario conforme pasaron los primeros meses al ver la mortalidad de la enfermedad y por temor de ser hospitalizados tampoco se realizaban la prueba ni acudían a recibir atención médica.

Otra limitante fue que no todos los pacientes de la base de datos estudiada de SINOLAVE, presentaba reporte de resultados, ya que algunos de ellos tenía reporte como muestra inadecuada o simplemente no reportada por lo que se tuvieron que eliminar 7 casos de los que al inicio habían sido incluidos dentro del tamaño de nuestra muestra.

XV. CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes con síntomas COVID-19 mayores de 18 años en el HGZ/MF No.2 es del 7.37%.

Se obtuvo una frecuencia del 70% de casos positivos del total de pacientes estudiados y conocidos como casos sospechosos al cumplir con definición operacional, presentándose en su mayoría en el sexo femenino de 30-39 años de edad seguida de 18-29 años.

Los principales 4 síntomas que presentaron los casos negativos fueron tos, cefalea, mialgias y fiebre, mientras que en los casos positivos fue tos, cefalea, mialgias y artralgias.

Se encontró asociación entre los principales síntomas de COVID-19 con el inicio súbito de su enfermedad.

XVI. RECOMENDACIONES

En esta investigación se observó que la enfermedad del COVID-19 en la población de Zacapu se comporta de manera similar a lo reportado a nivel nacional y mundial, por lo que como médicos tratantes de primer nivel, debemos de tener en consideración que la sintomatología para considerar a un paciente como caso sospechoso varía considerablemente, en la actualidad la definición operacional para caso sospechoso es cualquier persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas: tos, disnea, fiebre o cefalea, acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos, dolor torácico, rinorrea, polipnea, anosmia, disgeusia y conjuntivitis.

Llegando a la conclusión que, ante cualquier paciente con sintomatología respiratoria, es importante sospechar de COVID-19 y por lo tanto realizar pruebas diagnósticas para evitar la diseminación de la enfermedad y continuar insistiendo a la población sobre las medidas generales de higiene como el lavado de manos frecuente con una adecuada técnica, lo cual disminuye en forma considerable el contagio entre pacientes.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alex L. Historia del coronavirus: un familiar conocido en el 3.300 a.C. La Revista [Internet]. 2020; 1(1): 1-2. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/coronavirus-historia-virus-familiar-conocido-en-el-3-300-a-c--9292>
2. Chen B, Tian EK, He B, Tian L, Han R, Wang S, et al. Overview of lethal human coronaviruses. Signal Transduct Target Ther [Internet]. 2020; 5(1): 1-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533062/>
3. Juan M, Miguel H, et al. Reseña histórica del COVID-19. ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2020; 1-3. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
4. Tesini B. Coronavirus y síndromes respiratorios agudos MERS síndrome respiratorio de Oriente Medio y SARS. Manual MSD versión para profesionales. [Internet]. 2020; 5(2): 2-3. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19-mers-y-sars>
5. ONU México. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). [Internet].2020. 1(1). Disponible en: <https://coronavirus.onu.org.mx/coronavirus/acerca-del-virus>
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19). 28 de febrero de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. 1-2. Disponible en: www.paho.org
7. Rossbell D. Cronología de la llegada del Coronavirus COVID-19 a Las Américas. La colmena [Internet]. 2020; 1-2. Disponible en: <https://colmena.intec.edu.do/2020/03/cronologia-de-la-llegada-del-coronavirus-covid-19-a-las-americas/>
8. Echeverría R., Sueyoshi H.. Situación epidemiológica del Covid-19 en Sudamérica. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2020. 20(3): 525–527. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-525.pdf>

9. Suárez V, Suarez Q, Oros R, Ronquillo J. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clinica Espanola* [Internet]. 2020; 220(8): 463–471. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
10. Coordinacion en planeación de salud/ instituto mexicano del seguro social. Definiciones operacionales [Internet]. 2022. 1(1) Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/covid19-informacion-relevante>
11. SISVER SINAVE. Salud S de. COVID-19 Michoacán [Internet]. 2021.P.1. Disponible en: <https://covid19.srs.care/#/michoacan>
12. OMS: Preguntas y respuestas sobre la COVID-19 [Internet].2021. 8. Disponible en: <http://revhph.sld.cu/index.php/hph/announcement/view/5>
13. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* [Internet]. 2020; 382(18):1708–20.
14. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Curso clínico y factores de riesgo de mortalidad de pacientes adultos hospitalizados con COVID-19 en Wuhan, China: Un estudio de cohorte retrospectivo. *Lanceta* [Internet]. 2020; 395 (10229): 1054-1062. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270627/>
15. Pérez MR, Gómez JJ, Dieguez RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2020; 19(2): 1-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcm202e.pdf>
16. Bernard S, Christian H. Referencia COVID. *ENG* 2020; 1(1): (63-65). Disponible en: <https://amedeo.com/CovidReference01.pdf>
17. Gobierno de Nuevo Leon. et al. Medidas de prevención. [Internet]. 2022. 1(1).Disponible en: <https://www.nl.gob.mx/medidas-de-prevencion-covid-19>
18. Secretaria de Salud.et al. Comunicado emergente sobre el uso de pruebas para la detección de antígeno SARS-CoV-2 en México. [Internet]. 2021. 1(1).Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/11/Prueba_antigenica_COVID_11Nov2020.pdf

19. Soldevila L, Valerio L, Roure S. Interpretación de las pruebas diagnósticas de la COVID-19. FMC [Internet]. 2021; 28(3): 167-173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7984870/>
20. Sánchez ML, Roque H, Delgado N. Detección de SARS-CoV-2 mediante RT-PCR en tiempo real en el Laboratorio de Biología Molecular de Villa Clara. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020; 24(3): 1-13. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3273/2573>
21. Moreno L, Giménez M, Carrera P, González E, Ortíz C, Bonafonte JL, et al. Prevalencia de infección por coronavirus SARS-CoV-2 en pacientes y profesionales de un hospital de media y larga estancia en España. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2021; 56(2): 75-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7664346/>
22. Díaz-Pinzón JE. Estimación de la prevalencia del COVID-19 en Colombia. Repert Med Cir [Internet]. 2020; 29(1): 99-102. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1115/1354>
23. CONACYT. et al. Modelado de datos COVID. [Internet]. 2021. 1. Disponible en: <https://salud.conacyt.mx/coronavirus/>
24. Bard G, Bonavitta P. COVID-19, teletrabajo y cuidados: impacto en la vida de las mujeres profesionales de Argentina. Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo [Internet]. 2021; 5(11): 9-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6680/668071669020/668071669020.pdf>
25. Consejo Nacional de la Poblacion, et al. La composición de las familias y hogares mexicanos se ha transformado en décadas recientes como resultado de cambios demográficos y sociales. CONAPO [Internet]. 2020. 1(1). Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/la-composicion-de-las-familias-y-hogares-mexicanos-se-ha-transformado-en-las-recientes-decadas-como-resultado-de-cambios-demograficos?idiom=es>
26. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú.

Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2020; 37 (2): 253-528. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/253-258/es/>

27. Valenzuela-Siqueiros AM, Sterling-Pamplona M, Badial-López JP, Fandiño-Izundegui J, Morales-Cadena GM. Relación de síntomas y comorbilidades con el pronóstico en pacientes infectados con SARS-CoV-2. An Orl Mex [Internet]. 2022; 67 (1): 16-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2022/aom221b.pdf>

28. García ML, Bautista P, Ángel AH, Valadez Y, Vázquez LM, Morales JA, et al. Caracterización genómica y variantes del virus SARS-CoV-2. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2021; 19(3): 445-456. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n3/1870-7203-amga-19-03-445.pdf>

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1.- HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603
H. GRAL. ZONA NÚM. 4

Registro COFEPRIS 17-CI-16-102-028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16-CI-001-2017033

FECHA: Viernes, 17 de diciembre de 2021

DR. SANCHEZ ANGUIANO CARLOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZ MF No 2, DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-1603-009

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Patricia Ortega León

Presidenta del Comité de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

ANEXO 2. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MARZO A DIC 2021	ENERO A MARZO 2022	ABRIL A MAYO 2022	JUNIO A AGOSTO 2022	SEPT A DIC 2022	ENERO A DIC 2023
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PROTOCOLO						
RECOLECCIÓN DE DATOS						
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS						
RESULTADOS Y CONCLUSIONES						
PRESENTACION FINAL DE TESOS						
REDACCIÓN DE MANUSCRITO PARA PUBLICACIÓN						

ANEXO 3. CARTA DE EXCEPCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27-04-2023

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de HGZMF No.2 que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **“PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF NO.2, DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en la plataforma de SINCLAVE de Marzo 2020 a Marzo 2021:

a) Resultado de prueba rápida de COVID-19; manifestaciones clínicas de la enfermedad, edad y sexo.

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometí a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **“PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF NO.2, DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”**, cuyo propósito es concluir con un producto de tesis para mi titulación.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente



Nombre: Ana Laura Castillo Arce
Categoría contractual: Médico Residente
Investigador(a) Responsable

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION REGIONAL MICHOACAN

Hospital General Zona con Medicina Familiar No. 2

Zacapu, Michoacán, a 10 de diciembre de 2021

CARTA DE NO INCONVENIENTE

R1MF. Dra. Castillo Arce Ana Laura

Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que la Dra. Castillo Arce Ana Laura con matrícula 97178676, residente de Medicina Familiar del primer año, pueda llevar a cabo la revisión y recolección de datos de pacientes registrados en el Departamento de Epidemiología con folio SINOLAVE de dicha Institución, para realizar el trabajo de investigación titulado:

“PREVALENCIA DE SINTOMAS COVID-19 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF No.2, DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO 2021”

Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los pacientes, tales como nombre, teléfono y dirección, debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamen


Dr. Enrique Gutiérrez González.
Director del HGZ MF No. 2


r. Enrique Gutiérrez González
DISEÑADOR MEDICO
MSS
Ced. Prof. 3020232
H.G.Z. M.F. No. 2 Zacapu, Mich.

ANEXO 5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:

Sexo: Hombre: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de nacionalidad: País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia: Municipio de residencia:

Localidad:

Calle: Número:

Entre qué calles: y

Colonia: C.P.: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si No ¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso: Tipo de paciente: 1=Ambulatorio 2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas		
Fiebre		
Tos		
Cefalea		
Disnea		
Irritabilidad		
Dolor torácico		
Escalofríos		
Odinofagia		
Mialgias		
Artralgias		
Anosmia		
Disgeusia		
Rinorrea		
Conjuntivitis		

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes		
EPOC		
Asma		
Inmunosupresión		
Hipertensión		
VIH/SIDA		
Enfermedad cardiovascular		
Obesidad		
Insuficiencia renal crónica		
Tabaquismo		
Otros:		

Especifique otros:

Otros síntomas

	Si	No
Ataque al estado general		
Diarrea		
Polipnea		
Dolor Abdominal		
Vómito		
Cianosis		

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos? Si No

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales? Si No

Si la respuesta fue afirmativa:
 Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir
 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral? dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos? Si No

¿Se inicia tratamiento con antivirales? Si No

Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir
 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas? Si No

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Aves Si No Otro animal
 Cerdos Si No

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas? Si No

Pais: Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año? Si No

Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? Si No

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

Tipo de muestra: 1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo
 3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra: dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución: 1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado
 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción*

Si el caso se da de alta: Especifique la evolución: 1=Mejoría 2=Curación
 3=Voluntaria 4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad? Si No

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

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

Fecha de egreso: dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:*

*Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica

b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)

c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción: Fecha de defunción: dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción *Defunción por influenza o COVID-19 Si No

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró Nombre y cargo de quien autorizó Fecha de elaboración: dd/mm/aaaa