



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**División de Estudios de Posgrados**  
**Instituto del Seguro Social**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 33**



**PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON  
COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA  
Presenta

**Alumno:**

**DR. ALEJANDRO AGUILAR NIETO**

**Director de tesis:**  
**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
**CIUDAD DE MÉXICO 2022**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

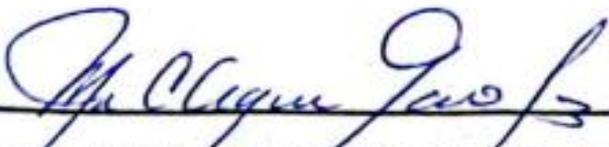
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

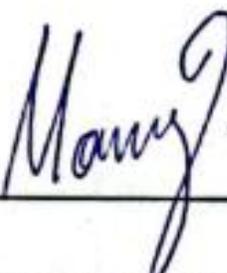
**PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

**AUTORIZACIONES**



---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA  
MEDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 "EL ROSARIO"**



---

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO  
MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 "EL ROSARIO"**



---

**DRA. ELCY ARELI PAREDES GARCIA  
MÉDICO EPIDEMIÓLOGA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 "EL  
ROSARIO"**

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 33**

**MÉDICO EPIDEMIÓLOGA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 “EL  
ROSARIO”**

**ÍNDICE.**

RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	6
ANTECEDENTES .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	20
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS .....	24
RESULTADOS .....	25
TABLAS Y GRÁFICOS .....	27
DISCUSIÓN .....	37
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
ANEXOS .....	44

## RESUMEN

### PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Mónica Catalina Osorio Granjeno,<sup>1</sup> Alejandro Aguilar Nieto <sup>2</sup> Elcy Areli Paredes García<sup>3</sup>.

**Introducción:** El coronavirus se descubrió en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China a finales de 2019. Durante las primeras semanas de 2020 se informaron casos de personas con SARS-CoV-2 fuera de China, con un rápido aumento de casos y muertes en todo el mundo. El primer caso de COVID-19 se detectó en México el 27 de febrero de 2020, observando un comportamiento diferente en cada grupo etario, siendo más susceptibles de presentar un cuadro clínico grave, las personas con alguna comorbilidad **Objetivo:** Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33. **Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado para COVID-19 durante los meses de marzo a octubre de 2020. Se identificaron aspectos sociodemográficos como edad, sexo, localidad y ocupación; así mismo, se tomaron en cuenta datos clínicos como: antecedente de comorbilidad, embarazo, cuadro clínico, tiempo de evolución, tratamiento, contacto con caso sospechoso, contacto con aves o cerdos, antecedente de viaje en los últimos 7 días y realización de prueba de exudado faríngeo. El análisis de resultados se realizó a través de medidas de tendencia central y de dispersión, se calcularon porcentajes y frecuencias. Para la correlación de variables cualitativas se utilizó ji cuadrada y para las variables cuantitativas se utilizará t de student.

**Palabras clave:** Coronavirus, SARS-CoV-2, COVID-19, Panorama Clínico-epidemiológico.

Médico Familiar y Profesora Adjunta del CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”.

<sup>2</sup>Médico Residente de Primer año del CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”

<sup>3</sup>Médico Epidemióloga de la UMF No. 33 “El Rosario”.

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3404**  
U MED FAMILIAR UMH 33

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**

Registro CONREDÉICA **CONREDÉICA 05 CES 913 2018082**

FECHA Viernes, 16 de julio de 2021

**Dra. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33** 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-2021-3404-039

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

**Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Impresor

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



## **INTRODUCCIÓN**

En el mes de diciembre de 2019, un brote de casos de una neumonía grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Los estudios epidemiológicos iniciales mostraron que la enfermedad se expandía rápidamente, que se comportaba más agresivamente en adultos entre los 30 y 79 años, con una letalidad global del 2,3%. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la ocurrencia de la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos.

Los primeros casos confirmados en México se informaron el 28 de febrero de 2020: un caso en la Ciudad de México y el otro en el Estado de Sinaloa. Ambos casos tenían antecedentes de viaje a la región de Lombardía en Italia antes del inicio de los síntomas. El 30 de abril, 64 días después de este primer diagnóstico, el número de pacientes aumentó exponencialmente, alcanzando un total de 19.224 casos confirmados y 1.859 (9,67%) fallecidos. La emergencia de la COVID-19 se ha convertido en un serio problema de salud a nivel mundial. A pesar de las medidas preventivas, siguen en incremento los casos confirmados ante esta pandemia. La identificación de comorbilidades asociadas a la presentación clínica grave de la COVID-19, es de importancia para el adecuado abordaje terapéutico de los pacientes afectados.

Analizando los estudios epidemiológicos realizados desde la llegada del coronavirus a México. Suarez et al. (2020) realizaron un análisis de datos recabados a nivel Nacional, del sitio web oficial del Ministerio de Salud en México, cuyo periodo analizado fue entre el 27 de febrero y el 30 de abril de 2020. La edad promedio de los pacientes fue de 46 años. De los 12.656 casos confirmados, el mayor número de infectados ocurrió en el rango de edad entre 30 y 59 años (65,85%), y hubo una mayor incidencia en hombres (58,18%) que en mujeres (41,82%). Los pacientes fallecidos tenían una o múltiples comorbilidades, principalmente hipertensión (45,53%), diabetes (39,39%) y obesidad (30,4%). En los primeros 64 días de epidemia, China había reportado 80.304 casos con una tasa de mortalidad del 3,66%.

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Se considera que los resultados de la presente investigación, serán de utilidad para los derechohabientes adscritos a la UMF 33, ya que se describe a la población más susceptible de padecer COVID-19. Por otro lado, considerando las características de la población susceptible de contagio, este estudio servirá como punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con COVID-19, u otras epidemias o pandemias.

Por lo descrito previamente, vale la pena identificar el panorama clínico epidemiológico de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar número 33 (UMF 33),

## ANTECEDENTES

A principios de diciembre de 2019, se detectó una neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan (China). A raíz de ello, las autoridades sanitarias de China se vieron sorprendidas por una serie de neumonías de origen desconocido que poseía una gran facilidad para su expansión. No se tardó en encontrar cierto paralelismo con las epidemias previas de coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) producida en 2003 y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) ocurrida en 2012. Esta nueva epidemia provocaba más fallecimientos, aunque con una menor letalidad. Al virus causante, perteneciente a la familia Coronarividae, se le denominó coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), y a la enfermedad, COVID-19 por sus siglas en inglés “Coronavirus Disease 19”. (1)

Esta nueva enfermedad es causante de un aumento en la incidencia de neumonías y enfermedades respiratorias bajas que pueden llegar a ser graves, como se ha observado en los registros hospitalarios, que pueden incrementar de forma súbita el número de hospitalizaciones o muertes. Los ancianos o quienes padecen enfermedades crónicas pulmonares están más expuestos a experimentar complicaciones. (2)

En el mes de diciembre se consideraba que se tenía en control a los pacientes que presentaban neumonía desconocida. Sin embargo, el brote se extendió rápidamente en número de casos y en diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. (3)

Posteriormente, el 11 de marzo, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud declara que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2, es considerada una pandemia. (4)

Considerando lo anterior, es importante saber que los coronavirus (CoV) son virus ARN encapsulados de polaridad positiva altamente diversos, pertenecientes a la familia Coronaviridae, se dividen en 4 géneros: alfa, beta, gamma y deltacoronavirus, que pueden ser transmitidos por animales y humanos. Se han detectado coronavirus endémicos para el

ser humano (HCov-229E, NL63, OC43 y HKU1), los cuales producen infecciones leves en las vías aéreas superiores e inferiores. (5)

Al respecto, en diciembre de 2019, se identificó un grupo de pacientes con un coronavirus novedoso en Wuhan. Inicialmente nombrado tentativamente nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV). El virus ha sido nombrado SARSCoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV). Este virus puede causar la enfermedad llamada enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19). (5)

El genoma del SARS-CoV-2 consiste en aproximadamente 30,000 nucleótidos lineales de ARN, con marcos abiertos de lectura para 27 proteínas, de las cuales cuatro forman parte de su estructura: la proteína S (por spike en inglés), la E de envoltura, la M de membrana y la N de nucleoproteína. Otras 16 proteínas no estructurales tienen la función de replicar (es decir, hacer más copias del RNA viral, mientras que el resto son proteínas con funciones accesorias. (6)

Se sabe que de las proteínas estructurales de SARS-CoV-2, la espiga (o proteína S) es la encargada de interactuar fuerte y específicamente con otra proteína localizada en célula a la que infecta. Esta proteína celular que en condiciones donde no hay infección tiene funciones que en muchas ocasiones consisten en interactuar con otras proteínas, es conocida con el nombre de receptor. Cuando el virus entra en el organismo, solo las células que tienen el receptor adecuado capaz de interactuar con la espiga son susceptibles a ser infectadas y comenzar el ciclo explicativo. (6)

Analizando la biología del coronavirus, se estudió más a detalle la fisiopatología del SARS-COV2 en donde se pudo identificar la evolución clínica que cursan los pacientes infectados, traducidas en las 3 fases que se mencionan a continuación:

a) Estadio I (fase temprana): es el resultado de la replicación viral que condiciona el efecto citopático directo y la activación de la respuesta inmune innata, y se caracteriza por la estabilidad clínica con síntomas leves (tos, fiebre, astenia, dolor de cabeza, mialgia) asociados con linfopenia y elevación de d-dímeros y LDH.

b) Estadio II (fase pulmonar): resulta de la activación de la respuesta inmune adaptativa que resulta en una reducción de la viremia, pero inicia una cascada inflamatoria capaz de

causar daño tisular, y se caracteriza por un empeoramiento de la afección respiratoria (con disnea) que puede condicionar la insuficiencia respiratoria aguda asociada con empeoramiento de linfopenia y elevación moderada de PCR y transaminasas.

c) Estadio III (fase hiperinflamatoria), caracterizado por insuficiencia multiorgánica fulminante con empeoramiento frecuente del compromiso pulmonar, resultado de una respuesta inmune no regulada que condiciona un síndrome de tormenta de citoquinas . Este síndrome, que recuerda a la linfocitosis hemofagocítica secundarias, es potencialmente identificado por HScore. (7)

Se ha estudiado que el periodo de incubación del covid-19 es de aproximadamente 5-6 días, lo que significa que puede haber un periodo de contagiosidad presintomática bastante importante. Esto lo hace distinto a la gripe, ya que este es solo de 1-2 días. (8)

Otros datos preliminares, mencionan que el período de incubación más frecuente se ha estimado entre 4 y 7 días, con un promedio de 5 días, habiéndose producido en un 95 % de los casos a los 12,5 días desde la exposición. Sin embargo, sobre la base del conocimiento de otros Betacoronavirus, MERS-CoV y SARS-CoV, y con los datos de los casos detectados en Europa en este brote, se considera que podría ser desde 1 hasta 14 días. Se informa que un caso tuvo un período de incubación de 27 días. (9)

Cabe mencionar, que el SARS-CoV-2 se transmite por contacto persona a persona y a través de secreciones de personas infectadas, principalmente gotitas respiratorias. Las gotitas expulsadas al hablar, estornudar o toser tienen distintos tamaños; las mayores (> 5 µm) no suelen dispersarse más allá de un metro de distancia y no se mantienen en el aire más de 17 minutos, depositándose en el suelo o superficies de objetos; las menores (< 5 µm) permanecen en el aire por periodos largos de tiempo, formando aerosoles que pueden dispersarse a distancias mayores. Por tanto, el contagio puede ocurrir por aspiración de las gotitas o por contacto con superficies contaminadas por ellas, que permita al virus acceder a las mucosas de boca, nariz y ojos. (10)

Para poder realizar la confirmación de coronavirus, Ramos (2020) menciona lo siguiente: “El aislamiento del virus en cultivo de células y la secuencia completa del genoma del virus (RNA de cadena sencilla y de polaridad positiva) han permitido diseñar herramientas de

diagnóstico molecular (transcriptasa reversa-reacción en cadena de la polimerasa, RT-PCR) que hoy día se utilizan a nivel global". (11)

Complementado lo referido previamente, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) es el método de diagnóstico del SARS-CoV-2, con una sensibilidad de aproximadamente el 70%. La negatividad del hisopado faríngeo no descarta la enfermedad, pues los ácidos nucleicos virales pueden estar en otros tejidos y fluidos corporales. En el día cero de la infección la toma de muestra de la cavidad oral es la de mayor sensibilidad, pero al día cinco el hisopado anal es el de más rentabilidad, ya que muestra una dinámica variable de la presencia del virus en el cuerpo. Rutinariamente se toma la muestra en la nasofaringe, que da un rendimiento del 63%, y en la orofaringe, con un rendimiento del 32%, pero en el esputo, 72%; en el cepillado por broncoscopia, 46%; en el lavado broncoalveolar por broncoscopia, 93%, y en la sangre, 1%. (12)

Pero ¿Por qué no se les hace la prueba de SARS-CoV-2 a todos los pacientes? En este momento ya se identificó al nuevo virus como causante de infecciones respiratorias agudas graves (IRAGs) y ya hay casos en nuestro país, por lo que todos los casos sospechosos serán tratados y manejados asumiendo que son pacientes de COVID-19. Eso implica que a la mayoría de los pacientes se les pedirá que se queden en casa, y que tomen paracetamol (siempre bajo indicación médica, nunca automedicándose) y líquidos abundantes. Solamente a los pacientes que sufran de fiebre alta, dolor de garganta, tos seca y sensación de falta el aire se les pedirá que acudan -de inmediato- a los hospitales designados para manejar los casos que requieran hospitalización. (9)

Al respecto, cabe mencionar que los síntomas descritos como típicos en la presentación de la pandemia por la COVID-19, como fiebre, tos, síntomas respiratorios, falta de aire y otros menos frecuentes como anosmia o hiposmia, o síntomas digestivos (diarrea, dolor abdominal, vómitos, hiporexia) pueden estar ausentes o ser escasos. La hipoxemia en cambio puede aparecer como tal o ser la causa basal de alteraciones funcionales o delirio. (13)

Es necesario tomar en cuenta las definiciones que se han contemplado a lo largo de esta pandemia. Un caso confirmado se definió como un resultado positivo a la prueba de laboratorio para la COVID-19, la cual consiste en el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa en tiempo real (RT-PCR). Un caso sospechoso se

## TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

define como un caso que cumple dos de los criterios siguientes: fiebre, evidencia radiográfica de neumonía, bajo o normal recuento de glóbulos blancos o recuento bajo de linfocitos en la clínica. Un caso asintomático se define como un caso confirmado con temperatura corporal normal o molestias menores. (14)

Es importante mencionar que el número básico de reproducción ( $R_0$ ) para SARS-CoV-2 es entre 2-2,5, esto significa, que por cada paciente se disemina la infección a otras 2-2,5 personas. La transmisión de SARS-CoV-2 por personas asintomáticas o en periodo de incubación, está demostrada y constituye un desafío a las medidas de contención establecidas, para detener la diseminación de la enfermedad. (15)

Los casos confirmados en los primeros reportes de la Secretaria de investigación, hasta el 7 de abril de 2020, estaban divididos en tres tipos: casos importados, contacto importado y transmisión o contagio local. Un caso importado es una persona que ha viajado a un área afectada fuera del país en los 14 días previos al inicio de la enfermedad; contacto importado es la persona infectada por contacto directo con un caso importado y contagio local la persona sin antecedentes de contagio por importación. El caso índice o paciente cero es una persona que da positivo a COVID-19, con la fecha de inicio más temprana en un entorno concreto. (14)

Por lo mencionado previamente, se observa una gran variación de manifestaciones clínicas, desde pacientes asintomáticos, hasta defunciones por dicha patología. Castrillon et al. (2020) en su artículo sobre el virus, la enfermedad y la pandemia menciona lo siguiente: El curso de la COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal . La forma asintomática y las presentaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras. (3)

Es importante recordar que durante una epidemia se deben identificar los grupos de riesgo de complicaciones por la infección, en el caso de infección por SARS-CoV-2. Desde el inicio se observó mayor gravedad en pacientes de mayor edad y quienes presentaban una

comorbilidad. Se conocen otros grupos de riesgo por la experiencia previa con otros coronavirus y por la información actual de los casos confirmados. (16)

Al respecto, Ramos (2020) ha observado que la mayoría de los casos han ocurrido en personas adultas y que ciertas comorbilidades pueden asociarse con casos graves y muerte; sin embargo, también se han registrado casos en menores de un año de edad. (11)

Dentro de los factores que afectan la patogenia del virus se encuentran las enfermedades subyacentes de cada individuo, las cuales pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad, entre esas están: edad avanzada, sexo masculino, enfermedades cardiovasculares preexistentes, diabetes, trastornos respiratorios, cáncer, demencia. (17)

El origen de todas las alteraciones clínicas de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 se inicia con la unión de la glucoproteína S al receptor de la célula huésped (enzima convertidora de angiotensina 2 [ACE2]), que es un paso crítico para la entrada del virus. La ACE2 se encuentra en el riñón, sistema cardiovascular, hígado y tubo digestivo, sistema nervioso central, testículos y placenta. En el tejido adiposo se expresa, además de la ACE2, la enzima dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4), que se ha identificado como receptor de MERS-CoV y que está incrementada en la diabetes y obesidad; participa favoreciendo el proceso inflamatorio al aumentar la actividad de los linfocitos T y la secreción de interleucinas. (18)

En relación con las comorbilidades, los pacientes con diabetes asociada ya tienen afectación vascular (microvascular y macrovascular) y además se ha demostrado que el virus destruye los islotes pancreáticos con lo que disminuye aún más la poca insulina que pudieran tener. Producto de la inmunosenescencia, los diabéticos son propensos a las infecciones y además como resultado de la afectación microvascular a la nefropatía diabética que los lleva a la Enfermedad Renal Crónica (ERC). (19)

Es conocido que en la senescencia exista también una inmunosenescencia. Por lo tanto, el adulto mayor es más vulnerable y susceptible, y están descritas las manifestaciones

atípicas sin fiebre, solamente con confusión, marcado decaimiento, adinamia e inapetencia. (19)

Cabe mencionar que debido a la interacción entre SARS-CoV-2 y la ACE2, se ha sugerido que la hipertensión puede estar involucrada en la patogénesis de COVID-19, desempeñando un papel directo como predictor clínico preexistente de la gravedad de la enfermedad y contribuyendo al deterioro del curso de la enfermedad. Además, se ha evidenciado que la hipertensión conlleva un riesgo casi 2.5 veces mayor de desarrollar enfermedad grave o morir por infección por SARS-CoV-2. De igual forma, se evidenció que los individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen un riesgo 5 veces mayor de mortalidad al igual que los pacientes con enfermedad renal crónica, los cuales tienen un riesgo 3 veces mayor de morir. (17)

Por otro lado, se plantea que la COVID 19 afecta más al género masculino, para lo cual, se plantean varias hipótesis, una de ellas habla de que existen mecanismos específicos que tratan de explicar esta discrepancia para la familia del coronavirus, el diferente comportamiento relacionado con el sexo no se encuentra en otras familias de virus. Los brotes de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) también han mostrado un predominio masculino en la susceptibilidad a la enfermedad. Los ratones machos infectados experimentalmente con SARS- COV eran más susceptibles que los ratones hembras, y la ooforectomía o los antagonistas de los receptores de estrógeno aumentaron la mortalidad de ratones hembra, concluyendo así que los estrógenos podrían tener un efecto protector contra la infección por coronavirus. (20)

Otro punto a destacar es que a través de epidemias previas, es conocido que existen oleadas de brotes con un intervalo de tres a nueve meses entre ellas, sin embargo hasta el momento no se cuenta con una vacuna para la prevención de la infección por COVID-2019, por lo que la mejor manera de prevenir la infección es evitar exponerse al virus. (21)

Los primeros datos epidemiológicos de la COVID 19, fueron los reportados en 2019 en el Hospital de Wuhan, al respecto Ramos et al. (2020) realizaron un estudio detallado de los primeros 99 pacientes atendidos en el Hospital Wuhan Jinyintan, que se llevó a cabo del 1 al 20 de enero de 2020, arrojó que de los 99 pacientes con neumonía 2019-nCoV, el 49%

## TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

tenían antecedentes de exposición al mercado de mariscos de Huanan y el 51% tenían enfermedades crónicas. La edad promedio de estos pacientes fue de 55,5 años, incluidos 67 hombres y 32 mujeres, y el período de incubación del virus se estimó en entre 7 y 14 días. Los pacientes estudiados tenían manifestaciones clínicas de fiebre (83%), tos (82%), dificultad para respirar (31%), dolor muscular (11%), confusión (9%), dolor de cabeza (8%), dolor de garganta (5%), rinorrea (4%), dolor en el pecho (2%), diarrea (2%), náuseas y vómitos (1%). Según el examen por imágenes, el 75% de estos pacientes presentaron neumonía bilateral, el 14% mostró moteado múltiple y opacidad en vidrio esmerilado y el 1% tenía neumotórax. Igualmente, el 17% desarrolló síndrome de dificultad respiratoria aguda, y de ellos el 11% empeoraron en un corto período de tiempo y murieron por insuficiencia orgánica múltiple. (23)

Con un panorama más amplio a nivel Europeo tenemos a Casas (2020) et al. Quienes llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectiva, multicéntrico, que incluye pacientes consecutivos hospitalizados con COVID-19 confirmada en toda España. Se obtuvieron los datos epidemiológicos y clínicos, las pruebas complementarias al ingreso y a los 7 días de la admisión, los tratamientos administrados y la evolución a los 30 días de hospitalización de las historias clínicas electrónicas. Hasta el 30 de junio de 2020 se incluyeron 15.111 pacientes de 150 hospitales. Su mediana de edad fue 69,4 años (rango: 18-102 años) y el 57,2% eran hombres. Tuvieron como resultados que las enfermedades crónicas con mayor prevalencia fueron hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus fueron 50,9%, 39,7% y 19,4%, respectivamente. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (84,2%) y tos (73,5%). (24)

En Latinoamérica se realizaron diversos estudios sobre el comportamiento clínico del COVID-19 por mencionar; a inicios de la pandemia Wainer et al (2020) publicaron un estudio descriptivo de una serie de casos. Se internaron 63 pacientes con sospecha de infección por COVID-19 desde el 3 de marzo del 2020 hasta el 31 de marzo del 2020 se confirmaron 26 con diagnóstico positivo para coronavirus COVID-19 por hisopado nasofaríngeo con método de Reacción en Cadena de la Polimerasa en tiempo Real (RT-PCR) realizados en el Instituto Malbrán de CABA. . obtuvieron los siguientes resultados: la fiebre fue el signo de mayor frecuencia en 24 casos, en 17 duró menos de 3 días y en 7 fue mayor de 6 días. Otros datos fueron tos seca en 18 enfermos, astenia en 9, odinofagia en 7 y

mialgias/artralgias en 5. Tres enfermos presentaron disnea. Los síntomas menos frecuentes fueron los gastrointestinales. (25)

Continuando con una perspectiva latina, Escobar (2020) e identificaron 14 pacientes con COVID-19 fallecidos entre 11 y 31 de marzo. La edad de los pacientes varió entre 26 y 97 años (promedio 73,4 +/- 40,7), siendo del sexo masculino el 78,6% de los casos, la distribución por edad y sus características epidemiológicas encontraron factores de riesgo para enfermedad grave en 92,9% de los casos, siendo más frecuentes la edad mayor de 60 años, hipertensión arterial y obesidad. Se reportó un tiempo de enfermedad entre 3 y 14 días (promedio 8 +/- 3,0). Las manifestaciones clínicas más frecuentes al ingreso fueron polipnea, disnea, fiebre, tos y estertores pulmonares (Tabla 2); los diagnósticos de ingreso fueron insuficiencia respiratoria aguda y neumonía severa en todos los casos. (26)

Así mismo Llaro et al (2020) llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo acerca de la sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao El estudio comprende desde el inicio del estado de emergencia, el 11 de marzo de 2020, hasta el 15 de abril de 2020. Se incluyeron las historias clínicas (HC) de pacientes fallecidos con resultado confirmado de COVID-19 mediante PCR-TR o prueba rápida, y se excluyeron los casos con diagnóstico presuntivo de COVID-19. Los resultados arrojaron que los 23 pacientes fallecidos estudiados, el 69,57 % fueron varones; 43,48 % tuvieron entre 60 a 79 años, y las comorbilidades predominantes fueron hipertensión arterial (30,43 %), obesidad (21,74 %), diabetes (17,39 %) y enfermedad respiratoria crónica (13,04 %) (En este último grupo se incluyó un caso de tuberculosis en tratamiento). Solo se presentó un caso de 26 años, el cual tuvo como única comorbilidad la obesidad e ingresó al hospital con un cuadro severo de COVID-19. Se encontró diferencias significativas entre la edad de mujeres (73±4.89 años) y hombres (58.81±3.58 años) fallecidos ( $p=0.035$ , prueba t de student). En el momento de la hospitalización, los principales signos y síntomas encontrados fueron disnea (91,30 %), fiebre (86,96 %), tos (86,96 %), frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto (69,56 %), confusión (21,74 %); además, síntomas poco frecuentes como diarrea, náuseas y vómitos. (27)

## TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

En otro estudio realizado en Colombia, por Oyata et al (2020), se ha registrado hasta el 29 de marzo de 2020 un reporte de 608 casos confirmados, 8 muertes, 8 recuperados y 11 514 casos descartados. Entre los casos confirmados en Colombia, la enfermedad predominó en el sexo masculino (317 casos, 52%) y en el grupo de edad de los 30 a 49 años (241 casos, 48%). El 54% de los casos fueron importados de otros países, el 32% son casos relacionados con contacto estrecho con un paciente con COVID-19 y en el 14% no se conoce la causa de transmisión. La mayoría de casos se encontraban concentrados en Bogotá (264 casos, 43%), Antioquia (67 casos, 11%) y Cartagena (27 casos, 4%). (28)

Respecto a los datos epidemiológicos de la COVID-19 a nivel Nacional, Suárez (2020) reporta que el primer caso o caso índice de COVID-19 en México, se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México. Se trataba de un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves. El 28 de febrero se confirmaron dos casos más: un italiano de 35 años, residente de la Ciudad de México, y un ciudadano mexicano del estado de Hidalgo que se encontraba en el estado de Sinaloa. Los dos habían viajado recientemente a Italia. (14)

La propagación de la enfermedad abarca hasta ahora a todos los estados de la República, con el mayor índice de casos en la Ciudad de México y Baja California. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, al 14 de mayo de 2020, se cuenta con 40,186 casos confirmados, 24,856 casos sospechosos y 9,378 casos activos. Se han reportado 8,544 casos en trabajadores de la salud con infección confirmada (21% del total), con mayor afección de médicos (47%) y enfermeras (35%) y 111 fallecimientos en este sector. México es uno de los países con menor número de pruebas diagnósticas aplicadas a la población en el mundo, y se estima que, de acuerdo a varios modelos epidemiológicos, la cifra real de pacientes infectados asciende a varios cientos de miles en el país y seguramente la cifra de muertes por COVID-19 es mayor. (29)

En relación al estudio realizado por Palacios, Villagrán et al. (2020), quienes realizaron un estudio observacional, retrolectivo, transversal, descriptivo, con el propósito de explorar y describir las características de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso de COVID-19 en el Hospital Civil de Culiacán desde el 01 de marzo al 31 de mayo del 2020. Se identificaron 274 pacientes como caso sospechoso de COVID-19, el 43.4% perteneció al sexo femenino y 56.6% masculino. El grupo etario más frecuente en femeninos y

### **TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

masculinos fue el de 50-54 y 40-44 años respectivamente, con más del 50% ubicados entre los 40 y 65 años; la sintomatología más frecuente fue fiebre (84.4%), seguido de tos predominantemente seca (83.8%), y cefalea (74.8%); el dato de gravedad más frecuente reportado fue disnea (65.1%). La ocupación más frecuente entre los casos confirmados fue el cuidado del hogar (amas de casa) con el 22.40%, en segundo lugar, las personas que figuran como empleados (16.67%), en el caso de personal de salud, en todas sus líneas, significaron el 16.67% de los casos. (30)

Por otro lado, Suarez et al. (2020) realizaron un análisis de datos recabados a nivel Nacional, del sitio web oficial del Ministerio de Salud en México, cuyo periodo analizado fue entre el 27 de febrero y el 30 de abril de 2020. La edad promedio de los pacientes fue de 46 años. De los 12.656 casos confirmados, el mayor número de infectados ocurrió en el rango de edad entre 30 y 59 años (65,85%), y hubo una mayor incidencia en hombres (58,18%) que en mujeres (41,82%). Los pacientes fallecidos tenían una o múltiples comorbilidades, principalmente hipertensión (45,53%), diabetes (39,39%) y obesidad (30,4%). En los primeros 64 días de epidemia, China había reportado 80.304 casos con una tasa de mortalidad del 3,66%. (14)

Para finalizar, se deben implementar programas de prevención que involucren la administración de vacunas o bien, el uso de drogas antivirales a un amplio rango de la población para la segunda ola; sin embargo, las acciones de prevención, la identificación de forma oportuna del brote inicial y el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada y salida del país, permitirán tener una respuesta oportuna. Aun cuando se considera imposible detener la propagación de un virus pandémico, es necesario minimizar las consecuencias, estando preparados para el desafío con anterioridad. (22)

Para finalizar, se deben implementar programas de prevención que involucren la administración de vacunas o bien, el uso de drogas antivirales a un amplio rango de la población para la segunda ola; sin embargo, las acciones de prevención, la identificación de forma oportuna del brote inicial y el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada y salida del país, permitirán tener una respuesta oportuna. Aun cuando se considera imposible detener la propagación de un virus pandémico, es necesario minimizar las consecuencias, estando preparados para el desafío con anterioridad. (22)

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 33**

población para la segunda ola; sin embargo, las acciones de prevención, la identificación de forma oportuna del brote inicial y el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada y salida del país, permitirán tener una respuesta oportuna. Aun cuando se considera imposible detener la propagación de un virus pandémico, es necesario minimizar las consecuencias, estando preparados para el desafío con anterioridad. (22)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A Nivel Nacional, Villagrán (2020) realizó estudio descriptivo, con el propósito de explorar las características de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso de COVID19 en el Hospital Civil de Culiacán desde el 1 de marzo al 31 de mayo del 2020. Se identificaron 274 pacientes como caso sospechoso a COVID-19, 82.5% de la ciudad de Culiacán, Rosales. El 43.4% pertenecientes al sexo femenino y 56.6% al sexo masculino. De los 274 pacientes sospechosos, el 70.07% (n=192) se identificaron como positivos. 28.10% negativos, y en 1.82% no se contó con muestra. Del total de confirmados, se encuentra una población de 78 pacientes femeninos y 114 pacientes masculinos, el grupo etario más frecuente en femeninos y masculinos fue el de 50-54 y 40-44 años respectivamente, con más del 50% ubicados entre los 40 y 65 años. La ocupación más frecuente entre los casos confirmados fue el cuidado del hogar (amas de casa) con el 22.40%, en segundo lugar, las personas que figuran como empleados (16.67%), en el caso de personal de salud, en todas sus líneas, significaron el 16.67% de los casos. (30)

De acuerdo con Suarez (2020), en su estudio donde se analizaron datos obtenidos del sitio web oficial del Ministerio de Salud en México en un período entre el 27 de febrero y el 30 de abril de 2020. Los casos fueron confirmados mediante RT-PCR en tiempo real, donde se analizaron los datos epidemiológicos, demográficos y clínicos. Se obtuvieron como resultados, que la mayoría de los casos de COVID-19 se ubicaron en la Ciudad de México. La edad promedio de los pacientes fue de 46 años. De los 12.656 casos confirmados, el mayor número de infectados ocurre en el rango de edad entre 30 y 59 años (65,85%), y hubo una mayor incidencia en hombres (58,18%) que en mujeres (41,82%). Los pacientes fallecidos tenían una o múltiples comorbilidades, principalmente hipertensión (45,53%), diabetes (39,39%) y obesidad (30,4%). (14)

Al respecto Riverón, et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo con una población de 114 pacientes sospechosos de COVID-19 con rRT-PCR negativo. Se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo de edades entre 19 y 30 años (25,43 %) y los pacientes de sexo masculino (51,75 %) fueron más frecuentes; el 76,31 % estaban entre los 19 y 60 años. Ser contacto con caso sospechoso (26,31 %), seguido de ser viajero nacional (22,8 %), fueron los antecedentes epidemiológicos y de procedencia más frecuentes. Predominaron los antecedentes de tener buena salud. Los síntomas y signos más

## TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

frecuentes fueron: tos (57,89 %), temperatura menor de 37 °C (50,87 %), frecuencia cardíaca de 81-90 lat/min (44,73 %), frecuencia respiratoria de 18 resp/min (36,84 %), normotensión (76,31 %), y estertores secos (16,66 %). El catarro común fue el diagnóstico más frecuente (46,49 %). (31)

En otro panorama realizado por Marín (2020) donde analizaron las características clínicas básicas de los primeros 100 casos de fallecimientos por COVID-19 en Colombia, con base en los reportes del Instituto Nacional de Salud (INS) desde el inicio de la pandemia. De los 100 casos, 63 fueron de sexo masculino, el promedio de edad fue de  $65,75 \pm 18,11$  años y en 22 de ellos no se había reportado comorbilidad. Las patologías informadas con más frecuencia fueron hipertensión arterial (35%), diabetes mellitus (21%), enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (19%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16%), obesidad (12%), tabaquismo (9%) y patología tiroidea (8%). Los pacientes mayores de 60 años presentaron un mayor riesgo de mortalidad (OR 10,31, IC95% 6,67-15,94,  $p < 0,0001$ ). El 10% de los pacientes fallecidos eran menores de 60 años y no presentaban comorbilidad. (32)

Por otra parte, Damazio et al. (2020) realizaron un estudio retrospectivo, unicéntrico, donde se incluyó a todos los casos de COVID-19 confirmados por laboratorio en el Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil, desde febrero hasta marzo de 2020. Se incluyeron un total de 510 pacientes con un diagnóstico confirmado de COVID-19. La mayoría de los pacientes eran varones (56,9%) con una edad media de 40 años. El 61,1% de los pacientes informaron antecedentes de contacto cercano con un caso positivo / sospechoso y el 34,4% tenía antecedentes de viajes internacionales recientes. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron fiebre (67,5%), congestión nasal (42,4%), tos (41,6%) y mialgia / artralgia (36,3%). (33)

Así mismo Zunyou et al. (2020) analizaron una cohorte de 72,314 casos, de los que destacan 62% de casos confirmados, así como 1% de casos asintomáticos; afectando al grupo etario de 30-79 años con 87% de los casos. En cuanto al espectro de la enfermedad se consideró leve en 81% de los casos, severa en 14% y crítica en 5%. La mortalidad promedio fue de 2.3%, 14.8% de éstas en mayores de 80 años. Se informa que 3.8% de los casos pertenece a profesionales al cuidado de la salud y 5 defunciones en este rubro. (34)

Al respecto, Rodríguez et al. (2020) realizó una revisión sistemática de la enfermedad donde se incluyeron 19 estudios, destacando lo siguiente: de 656 casos, fiebre (88,7%, IC del 95%: 84,5 a 92,9%), tos (57,6%, IC del 95%: 40,8 a 74,4%) y disnea (45,6%, IC del 95%: 10,9 a 80,4%) fueron las manifestaciones más prevalentes. Respecto de las comorbilidades los principales afectados reportaron padecer enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión y la diabetes, curiosamente los pacientes neumópatas crónicos no tuvieron mayores índices de infección. (35)

Para finalizar, Guan et al. (2020) estudiaron 1099 casos confirmados de COVID 19 en china, de los que 926 casos fueron de enfermedad leve, la edad promedio de los afectados fue de 47 años (grupo etario más afectado fue el de 15-49 años, 55% de los casos), con predominio en hombres (58%). El 85% eran no fumadores. El periodo de incubación promedio fue de 4 días. A su admisión hospitalaria, 56.2% no tuvieron fiebre y durante la hospitalización solo 46.9% tuvo fiebre; otros síntomas acompañantes fueron tos (67.8%), fatiga (38.1%) y disnea (18.7%), datos similares a los reportados en el metanálisis. Respecto de comorbilidades, los pacientes más afectados eran hipertensos (15%), diabéticos (7.4%) y cardiópatas (2.5%). Los pacientes afectados fueron neumópatas en 1.1%, de nueva cuenta hallazgos similares a los del metanálisis. (36)

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar número 33.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33.
- Identificar los factores de riesgo de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33.
- Identificar las comorbilidades asociadas de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33.
- Identificar el cuadro clínico de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual, es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Ciudad de México Norte, ubicada en la zona noreste de la Ciudad de México, entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo simple, ya que la investigación consistió en recabar de los estudios epidemiológicos, antecedentes de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso y confirmado de COVID-19; fue de tipo retro lectivo, ya que la información fue recolectada de estudios epidemiológicos de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral.

Las variables que se determinaron fueron las siguientes: sexo, edad, ocupación del paciente, factores de riesgo, comorbilidades asociadas, cuadro clínico de los pacientes, viaje fuera del país, contacto con enfermos de las vías respiratorias, vacunación contra influenza en el último año y muestra de laboratorio.

En esta investigación, se analizaron las características clínico epidemiológicas del total de pacientes, por lo que, no se realizó cálculo de la muestra. Se incluyó en la muestra a todos los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COVID-19, hombres y mujeres de ambos turnos con o sin comorbilidades, de cualquier grupo de edad, que se encontraron adscritos en la Unidad de Medicina Familiar 33. Se excluyeron los estudios epidemiológicos que no fueron llenados en su totalidad.

Se registró un total de 1290 estudios epidemiológicos de caso sospechoso o confirmado de COVID 19 del 3 de marzo al 21 de octubre de 2020. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo en la investigación a todos los estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso sospecho o confirmado de COVID-19.

Por último, cabe mencionar, que la presente investigación, se llevó a cabo en apago a los lineamientos éticos y normativos, que rigen la investigación en México y el mundo, respetando la confidencialidad de los pacientes y los principios éticos, así como la normativa para el manejo de datos sensibles.

## **RESULTADOS**

En cuanto a la distribución de acuerdo a sexo, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de Covid 19, se observó de la siguiente forma: 804 (44%) eran de sexo masculino y 1039 (56%) eran de sexo femenino. (Tabla y gráfica 1)

Referente a la distribución de acuerdo a la ocupación de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 1076 (58%) eran empleados, trabajo informal 451 (25%), personal de salud 187 (10%), ama de casa 64 (4%) estudiante 24 (1%) desempleado 21 (1%) y obrero 20 (1%). (Tabla y gráfica 2)

Con respecto a la distribución de acuerdo a los síntomas de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se identificó de la siguiente: 826 (12%) presentaron cefalea, 728 (11%) tuvieron tos, 610 (9%) cursaron con mialgias, seguido de 577 (9%) con odinofagia, 564 (8%) tenían fiebre, 509 (8%) artralgias, 481 (7%) presentaron ataque al estado general, 475 (7%) con rinorrea, 454 (7%) cursaron con inicio súbito de los síntomas, 451 (7%) tenían otros síntomas, 421 (6%) con escalofríos, 175 (3%) de los pacientes tuvieron conjuntivitis, 160 (2) con dolor torácico, 157 (2%) anosmia, 140 (2%) con disgeusia, 11 (1%) tuvieron disnea, 11 (1%). Ningún paciente presentó irritabilidad, congestión nasal ni disfonía. (Tabla y gráfica 3).

En relación a la distribución de acuerdo a comorbilidades de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se identificó de la siguiente: 358 (23%) tuvieron Hipertensión Arterial, 306 (19) con obesidad, 286 (18%) con otras patologías, 274 (17%) con tabaquismo, 222 (14) presentaron asma, 144 (2%) con VIH / SIDA, 29 (1%) cursaron con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), 25 (1%) con EPOC, 11 (0%) con inmunosupresión. (Tabla y gráfica 4).

En referencia a la distribución de diagnóstico probable, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó de la siguiente forma: 1043 (58%) presentaron infección respiratoria grave y 88 (42%) tuvieron enfermedad tipo influenza. (Tabla y gráfica 5).

En cuanto a la distribución de acuerdo a contacto con animales, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 0 (0%) estuvieron en contacto con aves, cerdos u otros animales. (Tabla y gráfica 6).

En relación a la distribución de acuerdo a la realización de viaje fuera del país, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 1362 (74%) no viajó 7 días antes del

inicio de los síntomas y 481 (26%) si viajó 7 días antes del inicio de los síntomas (Tabla y gráfica 7).

Referente a la distribución de acuerdo al contacto con enfermos de vías respiratorias, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 1494 (81%) no tuvo contacto en las últimas dos semanas, y 349 (19%) si estuvo en contacto en las últimas dos semanas. (Tabla y gráfica 8).

En cuanto a la distribución de acuerdo a la vacunación en el último año, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 1461 (79%) no se vacunaron contra influenza y 382 (21%) si se vacunaron contra influenza. (Tabla y gráfica 9).

Por último, de acuerdo a la distribución de muestra de laboratorio, de los 1848 (100%) estudios epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de caso confirmado o sospechoso de COVID 19, se observó lo siguiente: 1074 (58%) no se les tomo muestra de laboratorio y a 769 (42%) si se les realizó muestra de laboratorio. (Tabla y gráfica 10).

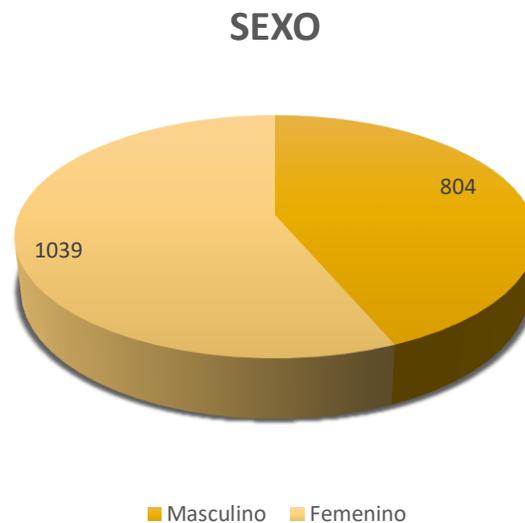
## TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COVID 19 de la UMF 33

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	804	44%
Femenino	1039	56%
Total	1843	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Gráfico 1. Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COVID 19 de la UMF 33



Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33".

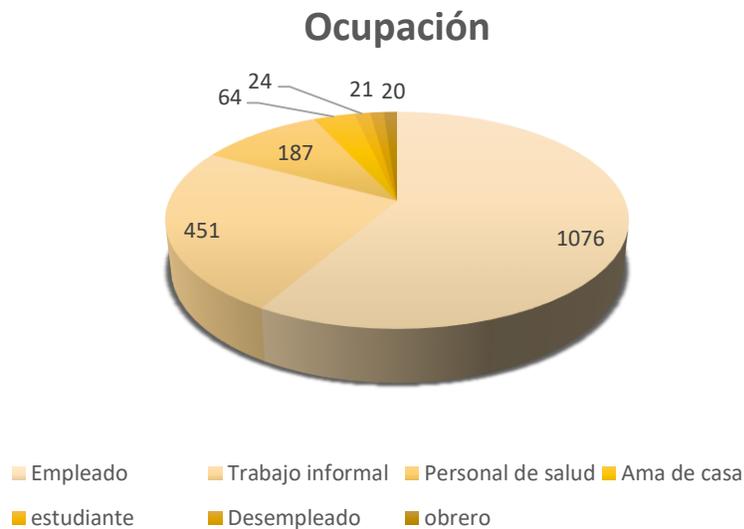
**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Tabla 2. Distribución de acuerdo a la ocupación de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COV ID 19 de la UMF 33

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Empleado</b>	1076	58%
<b>Trabajo informal</b>	451	25%
<b>Personal de salud</b>	187	10%
<b>Ama de casa</b>	64	4%
<b>estudiante</b>	24	1%
<b>Desempleado</b>	21	1%
<b>obrero</b>	20	1%
<b>Total</b>	1843	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Grafica 2 Distribución de acuerdo a la ocupación de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COV ID 19 de la UMF 33



Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

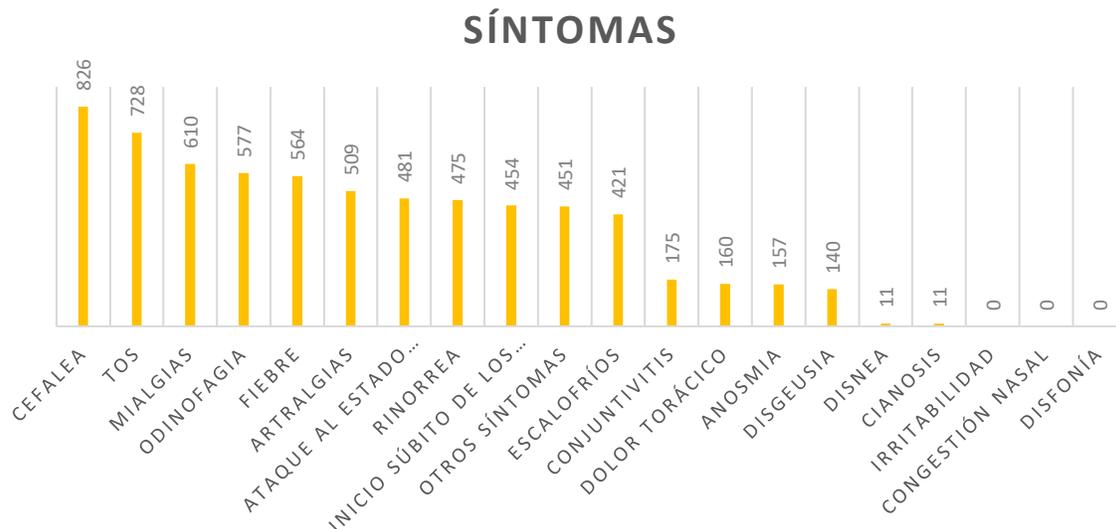
**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Tabla 3 Distribución de acuerdo a los síntomas de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COV ID 19 de la UMF 33

SÍNTOMAS	PACIENTES	PORCENTAJE
Cefalea	826	12%
Tos	728	11%
Mialgias	610	9%
Odinofagia	577	9%
Fiebre	564	8%
Artralgias	509	8%
Ataque al estado general	481	7%
Rinorrea	475	7%
Inicio súbito de los síntomas	454	7%
Otros síntomas	451	7%
Escalofríos	421	6%
Conjuntivitis	175	3%
Dolor torácico	160	2%
Anosmia	157	2%
Disgeusia	140	2%
Disnea	11	1%
Cianosis	11	1%
irritabilidad	0	0%
Congestión nasal	0	0%
Disfonía	0	0%
<b>Total</b>	<b>1843</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Grafica 2 Distribución de acuerdo a los síntomas de los pacientes con diagnóstico de caso sospechoso o confirmado de COV ID 19 de la UMF 33



**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

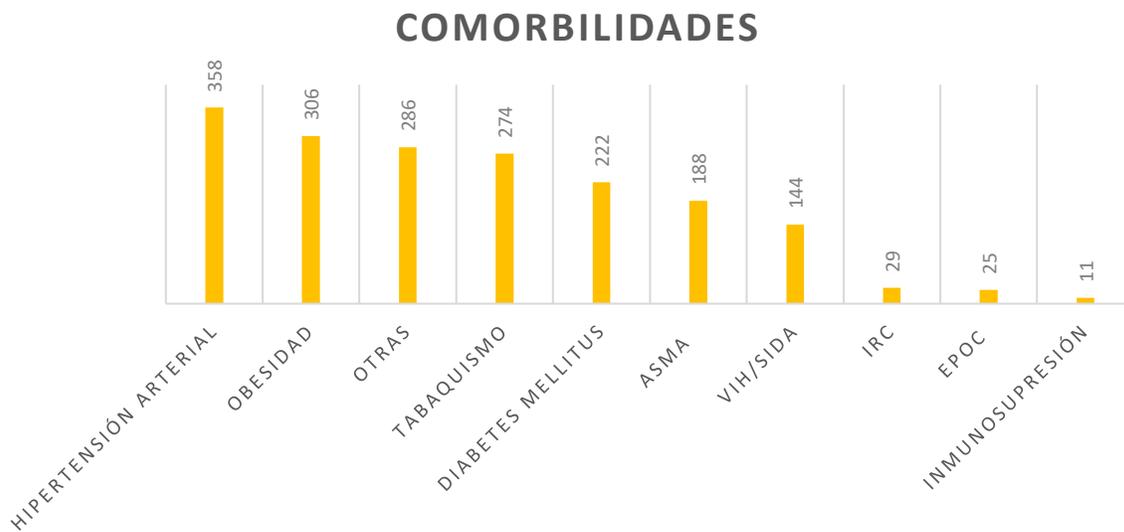
Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Tabla 4 Distribución de acuerdo a las comorbilidades en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19

COMORBILIDADES	PACIENTES	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	358	23%
Obesidad	306	19%
Otras	286	18%
Tabaquismo	274	17%
Diabetes Mellitus	222	14%
Asma	188	5%
VIH/SIDA	144	2%
IRC	29	1%
EPOC	25	1%
Inmunosupresión	11	0%
<b>Total</b>	<b>1843</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Gráfico 4. Distribución de acuerdo a las comorbilidades en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19



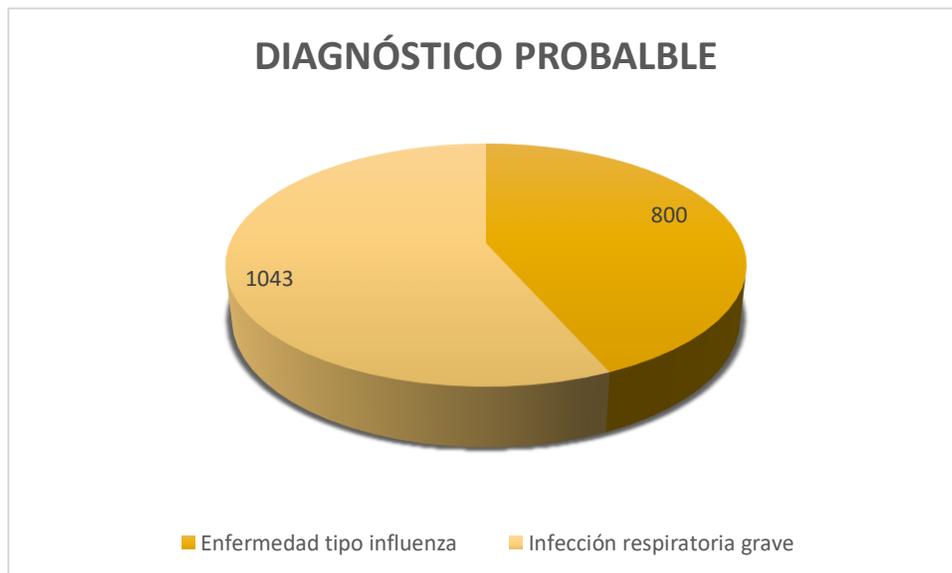
Fuente: Cédula de recolección de datos "Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con covid-19 de la UMF 33

Tabla 5 Distribución de acuerdo al diagnóstico probable en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19

<b>DIAGNÓSTICO PROBABLE</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Enfermedad tipo influenza</b>	800	42%
<b>Infección respiratoria grave</b>	1043	58%
<b>Total</b>	1843	100%

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfico 5. Distribución de acuerdo al diagnóstico probable en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19



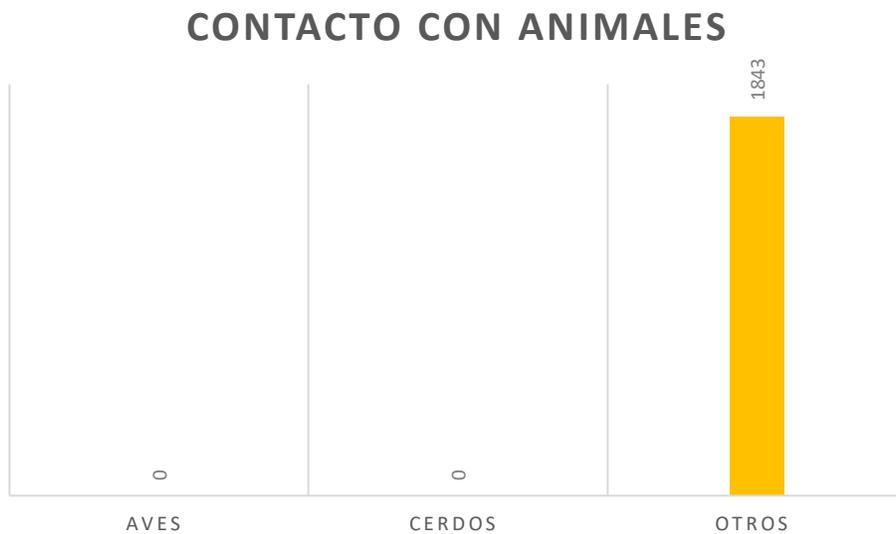
Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Tabla 6 Distribución de acuerdo a contactos con animales en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19

CONTACTO CON ANIMALES	PACIENTES	PORCENTAJE
Aves	0	0%
Cerdos	0	0%
Otros	1843	100%
Total	1843	100%

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfico 6 Distribución de acuerdo a contactos con animales en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19



Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Tabla 7 Distribución de los pacientes con COVID-19 de la UMF 33, de acuerdo a si han viajado fuera del país 7 días antes del inicio de los síntomas.

<b>VIAJE FUERA DEL PAÍS E</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si viajo 7 días antes del inicio de los síntomas.</b>	481	26%
<b>No viajo 7 días antes del inicio de los síntomas</b>	1362	74%
<b>Total</b>	<b>1843</b>	<b>100%</b>

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfico 7. Distribución de acuerdo si en los últimos 7 días ha viajado en el panorama clínico- epidemiológico de pacientes con COVID-19



Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

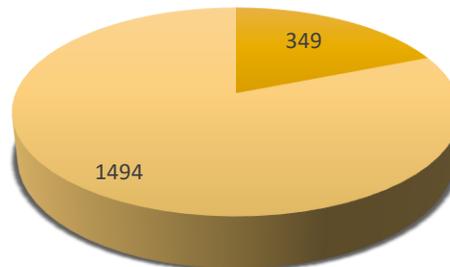
Tabla 8. Distribución de acuerdo a contacto con enfermos de vías respiratorias con en el panorama clínico- epidemiológico de pacientes con COVID-19

<b>CONTACTO CON ENFERMOS DE VÍAS RESPIRATORIAS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si, en contacto en las últimas dos semanas</b>	349	19%
<b>No, contacto en las últimas dos semanas</b>	1494	81%
<b>Total</b>	1843	100%

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfica 8. Distribución de acuerdo a contacto con enfermos de vías respiratorias en el panorama clínico- epidemiológico de pacientes con COVID-19

### **CONTACTO CON ENFERMOS DE VÍAS RESPIRATORIAS**



■ Si, en contacto en las últimas dos semanas ■ No, contacto en las últimas dos semanas

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Tabla 9 Distribución de acuerdo a vacunación en el último año con en el panorama clínico- epidemiológico de pacientes con COVID-19

VACUNACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
Si, en último año de vacuno contra la influenza	382	21%
No, en el último año no se vacuno contra la influenza	1461	79%
Total	1843	100%

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfica 9. Distribución de acuerdo a vacunación contra influenza el último año en el panorama clínico- epidemiológico de pacientes con COVID-19



Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

Tabla 10. Distribución de acuerdo a muestra de laboratorio con en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19

<b>MUESTRA DE LABORATORIO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si, se tomo muestra de exudado faríngeo</b>	769	42%
<b>No, se tomo muestra de exudado faríngeo</b>	1074	58%
<b>Total</b>	1843	100%

Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Gráfica 10 Distribución de acuerdo a muestra de laboratorio con en el panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-1



Fuente: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio determinó el panorama clínico epidemiológico de pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33 de la delegación norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo un análisis de los estudios epidemiológicos de pacientes con diagnósticos de casos sospechosos o confirmados con COVID -19 durante los meses de marzo del 2020 a noviembre del 2020. Al comparar nuestros resultados con otras investigaciones, nos permitió tener las siguientes observaciones.

En relación al sexo se observó mayor frecuencia en el sexo femenino 1039 (56%) en contraste con el sexo masculino 804 (44%). De acuerdo a Lazo (2021) De 2248 (100 %) personas que fueron evaluadas para diagnosticar COVID-19, En el grupo de las 760 personas afectadas por la COVID-19 (100,00 %), el 62,36 % (474) fueron hombres y el 37,64 % (286), mujeres, en una proporción hombre/mujer de 1,65. Mientras que en el grupo de personas sin diagnóstico de COVID-19, que fueron 1488 (100,00 %), el 56,65 % (843) fueron mujeres y el 43,35 % (645), hombres. Otro estudio realizado por Arce et al (2021) De 491 sujetos con prueba positiva a SARS-CoV-2, 156 (31.7 %) fueron hospitalizados por datos clínicos de COVID-19 moderada a grave; 103 (66 %) correspondieron al sexo masculino y 53 (34 %), al sexo femenino. En este sentido es importante mencionar que los hombres tienen un mayor factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares y esta más presente el hábito del tabaco, por lo que son más susceptibles a cuadros graves en comparación con el sexo femenino.

Respecto a la aparición de síntomas se encontró que el que mayor predomina es la cefalea 826 (12%), seguido de la tos 728 (11%), mialgias 610 (9%), odinofagia 577 (9%), altralgias 509 (8%), fiebre 567 (8%), otros síntomas 541(7%), ataque al estado general 481 (7%), rinorrea 475 (7%), escalofríos 421(6%), conjuntivitis 175 (3%), dolor torácico 160 (2%), anosmia 157 (2%), disgeusia 140 (2%), irritabilidad 0 (0%). En un estudio realizado por Sadonio (2020) se observó que los síntomas más frecuentes fueron: disnea (78.1%, n = 307), tos (76.5%; n = 297), fiebre (73.6%; n = 289)), síntomas referidos a la vía aérea

superior (32.1%; n = 123) y diarrea (24.4%; n = 94). El 24.5% (n = 94) presentó anosmia y el 19.5% (n = 75) disgeusia.

En relación con las comorbilidades asociadas se observó que las enfermedades crónicas más frecuentes son hipertensión arterial 174 (23%), obesidad 143 (19%) y el tabaquismo 127 (17%) en comparación con diabetes mellitus 101 (14%), asma 34 (5%), EPOC 5(1%), IRC 9 (1%) y enfermedades inmunosupresoras 4( 0%). En este sentido Lazo (2020) demostró en su estudio que las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con covid-19 fueron la obesidad (4,47 %), diabetes mellitus (2,76 %) e hipertensión arterial (1,31%). Las enfermedades respiratorias (1,30 %) y cardiovasculares crónicas (0,78 %) se presentaron en frecuencias bajas. Otro estudio de Salinas ( 2021) mostró que entre las comorbilidades, los factores de riesgo asociados con la mortalidad en pacientes con COVID-19 fueron: diabetes mellitus (HR = 1,63; IC 95% 1,40 a 1,89), hipertensión arterial sistémica (HR = 1,48; IC 95% 1,28 a 1,72), obesidad (HR = 1,37; IC 95% 1,18 a 1,60) y daño renal crónico (HR = 2,06; IC 95% 1,64 a 2,59). Al identificar las comorbilidades más frecuente nos permitió observar que son pacientes más susceptibles a desarrollar COVID-19 severo e ingresar al hospital. En este sentido es importante la identificación se las enfermedades crónicas asociadas y que nos permite realizar un abordaje adecuado de los pacientes y disminuir la gravedad.

## CONCLUSIONES

La enfermedad de COVID-19 inicio en diciembre del 2019 en la providencia de Hubei, China; esté brote se extendió rápidamente en diferentes regiones de china y se expandió a todo el mundo. El diagnóstico es limitado, en un principio se usaron métodos costosos, porque se vio la necesidad de usar pruebas de ELISA para detectar IgM e IgG, sin embargo, una desventaja de este tipo de estudios es que puede salir falsos positivos.

En anterior estudio mostró que la enfermedad es más frecuente en mujeres en comparación con hombres, difiere con otros estudios que se mostró que es más frecuente en hombres por las comorbilidades asociadas. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos, la mialgia, la cefalea y la odinofagia.

Dentro de las enfermedades asociadas encontramos la hipertensión arterial, la obesidad y el tabaquismo, al encontrar estar enfermedades asociadas condiciona a que los pacientes sean más susceptibles a desarrollar COVID-19.

A nivel mundial se identificaron los grupos vulnerables para COVID-19. De acuerdo a los datos reportados, es posible identificar grupos de mayor riesgo de complicaciones por COVID-19, así como los síntomas que se presentan con mayor frecuencia, sobre todo en población no vacunada contra SARS-CoV-2. lo cual es un mensaje para el médico familiar de implementar acciones y medidas preventivas hacia los grupos vulnerables para COVID-19

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Serrano CA, Eguía OA, García AR y Quintana O. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando. *Semargen*. 2020; 46(51).
2. Pérez NO, Zarreon LE, Guerrero GM, Soriano OR, Figueroa UA, Lopez FJ et AL. Protocolo de Manejo para la infección por COVID-19. *Med Crit*. 2020; 34(1): p. 43-52.
3. Díaz CF y Toro MA. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. 2020; 24(3): p. 183-205.
4. Juan M Koury y Miguel Hirschhaut. Reseña histórica del COVID-19. *acta odontologica Venezolana*. 2020; 58.
5. Leiva SL, Villacís VS, Quishpe JC y Chicaiza QA. La mejor evidencia científica, ante la pandemia de SARS-Cov-2. *Revi Uni con proyc científic*. 2020; 4(2): p. 3-20.
6. Martínez AC, Ramos CP y Vidaltamayo R. Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. *Educ Quimic*. 2020; 3(2): p. 12-22.
7. Cunha MA, Quispe CA, Ávila HA, Valdivia CA, Chino MJ y Vera CO. Breve historia y fisiopatología del COVID-19. *Hosp Clin*. 2020; 61(1): p. 6-11.
8. Carles L y Moragas A. Coronavirus y atención primaria. *Aten Prim*. 2020; 52(5): p. 294-296.
9. Pérez AM, Gómez TJ y Dieguez GR. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev Hab de Cien Méd*. 2020; 19(2).
10. Ruiz BA y Jiménez VM. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm*. 2020; 61(2).
11. Ramos Celso. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *salud pública de méx*. 2020; 62(2): p. 225-227.
12. Accinelli R, Zhang XC, Ju WJ, Yachachin CJ, Cáceres PJ, et al. COVID-19: LA PANDEMIA POR EL NUEVO VIRUS. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 37(2): p. 302-311.
13. Rozenek M, Soengas N, Giber F, Murgieri M. COVID-19 en adultos mayores: ¿corresponde usar la misma definición del caso? *Rev. Arg. de Gerontol y Geria*. 2020; 31(1): p. 3-6.
14. Suárez V, Suarez QM, Oros RS y Ronquillo JE. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clin Esp*. 2020;(20): p. 9.
15. Bastidas PG y Bastidas DO. COVID-19 y prevención de brotes. *Aten Fam*. 2020; 27: p. 12-24.
16. Aragon NR, Vargas AI y Miranda NM. COVID 19 por SARS-COV2: la nueva emergencia de salud. *Rev Med Ped*. 2020; 86(6): p. 213-218.

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

17. Sáenz LJ, Sierra RM, García SJ. Predictores de Mortalidad en Pacientes con COVID-19. *Arch Med*. 2020; 16(26): p. 1-3.
18. López PG, Ramírez SM y Torres AM. Fisiopatología del daño multiorgánico en COVID-19. *Acta Pediatr Mex*. 2020; 41(1): p. S27-S41.
19. Serra Valdés Miguel Angel. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor con comorbilidades. *Revi Hab de Cien Médi*. 2020; 19(3): p. 1-12.
20. Samada SM y Hernández PJ. ¿Predomina la mortalidad por COVID-19 en el sexo masculino? *CIMEQ*. 2020; 1(15).
21. Aragón NR, Vargas AI y Miranda NM. COVID-19 por SARS-CoV-2. *Rev Med Ped*. 2019; 86(6): p. 213-218.
22. Pérez NO, Zamarrón LE, Guerrero GM, Soriano OR, Fiegueroa UA, López FJ et al. Protocolo de manejo para la infección por COVID-19. *Rev Cient*. 2020; 12(3): p. 18-29.
23. Palacios CM, Santos E, Velázquez CM y León JM. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp*. 2020; 20: p. 7.
24. Casas RJ, Anton SJ, Nuñez CJ, Lumbreras BC, Ramos RJ, Roy VE, ET AL. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clin Esp*. 2020; p. 1-10.
25. Wainer P, Saavedra F, Tagliapietra V, Abeledo D, Migliore DE, Lapadula P et al. EXPERIENCIA COVID-19 EN UN SANATORIO PRIVADO DE BUENOS AIRES. *Med Buen Air*. 2020; 80(3).
26. Escobar G, Matta J, Taype W y Ayala R. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Fac Med Hum*. 2020; 20(2): p. 1-6.
27. Llaro SM, Gamarra VB y Campos CK. Características clínico-epidemiológicas y análisis de supervivencia en fallecidos por COVID-19. *Horiz Med (Lima)*. 2020; 20(2): p. 1229.
28. Olaya TA, García M, Jamillo MC y Campos MA. COVID-19: generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. *Cirug Cuello y cab*. 2020; p. 4-13.
29. Escudero X, Guamer J, Galindo FA, Escudero SM, Alcocer GM y Río CD. La pandemia de coronavirus SARS-COV2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovascular y Metabol Scien*. 2020; 31(3): p. 170-177.
30. Villagrán OK, Torrontegui ZL y Entzana GA. Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México. *REVMEDUAS*. 2020; 10(2): p. 65-79.

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

31. Riverón CL, Vergara SM Lunch PA Alba CY y Ortiz RA. Pacientes sospechosos de COVID-19 con RT-PCR negativo atendidos en un centro de aislamiento en Las Tunas. Rev Elec Zolio. 2020; 45(4): p. 1-8.
32. Marin Sánchez Alejandro. Características Clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. Rev Panamde Sal Pub. 2020; 44(1): p. 1-4.
33. Damazio TV, Sidney K, Santiago AF, Bastida DA, Laselva CR, et al. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con COVID-19 en Brasil. Eint Sao Paul. 2020; 18(2): p. 1-7.
34. Zunyou WU, Mc Googan JM. Características y lecciones importantes del brote de enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) en China. Rev Med Pan. 2020; 15(2): p. 22-31.
35. Rodriguez MA, Cardona JO, Gutierrez OE, Villamizar PR, Holguin RY et al. Clinical, Laboratory and Imaging Features of COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. Prepr. 2020; 12(3): p. 1-4.
36. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Zunt WS. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. Med Col. 2020; 24(5): p. 183-205.
37. Diccionario de la Real Academia Española. Real Academia Española, 199, internet (citado Octubre) Disponible <https://dle.rae.es/sexo>. [Online].
38. Diccionario de la Real Academia Española. Real Academia Española, 199, internet (citado Octubre) Disponible: <https://dle.rae.es/edad?m=form>. [Online].
39. 33. Moruno Miralles P. Acerca del concepto de ocupación. TOG A Coruña [Revista en Internet]. 2010 [fecha de la cita]; Vol 7, Supl. 6: p 40-58. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/concepto.pdf>. [Online].
40. Santana CL y Pérez RI. Razonamiento de los signos y síntomas. Med Int Mex 2014;30:442-450. [Online].
41. Martínez N; Gaminde I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano, Med Clin (Barc). 2011;136:441-6. -vol.136 núm 10. [Online].
42. Coronado HT. Diagnóstico Médico. Med Dig. 2015; 11(1): p. 69-73.
43. Capurro ND, Rada GD. El proceso diagnóstico. Rev méd Chil. 2007;135(4):533-538. .
44. Dabanch P. Jeannette. Zoonosis. Rev Chil Infect; 2003;20(supl 1):S47-S51. .
45. Araujo PG y Sevilla GM. LOS VIAJEROS Y SUS MOTIVACIONES. Est Tur. 2017;26:62-85. .
46. Veme ME. Conceptos importantes sobre inmunizaciones. Acta Med Per. 2007;24(1):59-64. .

**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 33**

47. López RA y Tamayo AO. Las practicas de laboratorio en la enseñanza de las Ciencias Naturales.  
Rev Latinoam Est Ed. 2012;;8(1):145-165. .

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Panorama clínico-epidemiológico de pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 EL ROSARIO
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se realizará el presente estudio de Investigación que tiene como objetivo analizar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar 33.
Procedimientos:	Se recabará información de los estudios epidemiológicos de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, para identificar los factores sociodemográficos, así como los factores de riesgo, comorbilidades y cuadro clínico.
Posibles riesgos y molestias:	No aplica. Ya que no se tendrá contacto con el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No aplica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	No aplica.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se encuentre en los estudios epidemiológicos será guardada de manera confidencial. Para garantizar la privacidad de los datos de los pacientes, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar la identidad su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno Matricula: 99354207 Médico Familiar y Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar

TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 El Rosario

Colaboradores:

Dra. Elcy Areli Paredes García

Matrícula: 99357496

Médico Epidemióloga de la UMF 33 El Rosario

TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 El Rosario

Dr. Alejandro Aguiar Nieto

Matrícula: 98358704

Residente de primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 El Rosario

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno

Matricula: 99354207

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

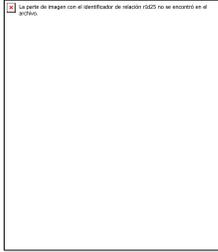
**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

La parte de imagen con el identificador de relación iGCS no se encontró en el archivo.



**TESIS: PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33**

La parte de imagen con el identificador de relación (R22) no se encontró en el archivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DF  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

## 16. CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### PANORAMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

Instrucciones: Se marcará con una "X" cada uno de los apartados identificados en el estudio epidemiológico

1. Sexo:
    - a. Hombre.
    - b. Mujer.
  2. Edad:
    - a. 6-11 años.
    - b. 12-18 años.
    - c. 19-26 años
    - d. 27-59 años
    - e. 60 años y mas
  3. Ocupación
    - a. Empleado.
    - b. Obrero.
    - c. Estudiante.
    - d. Ama de casa.
    - e. Desempleado.
    - f. Personal de salud.
  4. Síntomas
    - a. Inicio súbito de los síntomas
    - b. Fiebre
    - c. Tos
    - d. Cefalea
    - e. Disnea
    - f. Irritabilidad
  - g. Dolor torácico
  - h. Escalofríos
  - i. Odinofagia
  - j. Mialgias
  - k. Artralgias
  - l. Anosmia
  - m. Disgeusia
  - n. Rinorrea
  - o. Conjuntivitis
  - p. Ataque al estado general
  - q. Diarrea
  - r. Polipnea
  - s. Dolor abdominal
  - t. Vómito
  - u. Cianosis
5. Comorbilidades
    - a. Diabetes
    - b. EPOC
    - c. Asma inmunosupresión
    - d. Hipertensión
    - e. VIH-SIDA
    - f. Enfermedad cardiovascular
    - g. Obesidad
    - h. Insuficiencia renal crónica
    - i. Tabaquismo
    - j. Otros
  6. Diagnóstico probable
    - a. Enfermedad tipo Influenza

- b. Infección respiratoria aguda grave
- 7. Contacto con casos de enfermedad respiratoria
  - a. Si estuvo en contacto con casos de enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas.
  - b. No estuvo en contacto con casos de enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas.
- 8. Contacto con animales
  - a. Aves
  - b. Cerdos
  - c. Otro animal
- 9. Realizo un viaje en los últimos 7 días
  - a. Si realizo un viaje un viaje 7 días antes del inicio de los signos y síntomas.
  - b. No realizo un viaje un viaje 7 días antes del inicio de los signos y síntomas.
- 10. Vacuna contra influenza
  - a. el paciente si recibió vacuna contra influenza en el último año.
  - b. el paciente no recibió vacuna contra influenza en el último año.
- 11. Muestra de laboratorio
  - a. si se le tomo muestra al paciente
  - b. no se le tomo muestra al pacien

