



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**MAESTRÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN
ESTADO CRÍTICO**

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA
MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID-19, INGRESADOS A LA UCI
RESPIRATORIO, EN EL HOSPITAL RAFAEL ESTÉVEZ DE AGUADULCE, ENERO-
AGOSTO 2021”**

Elaborado por:

Manuela Quintero Cedeño

CIP: 6-708-1067

Panamá, marzo de 2025.



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**MAESTRÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN
ESTADO CRÍTICO**

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA
MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID-19, INGRESADOS A LA UCI
RESPIRATORIO, EN EL HOSPITAL RAFAEL ESTÉVEZ DE AGUADULCE, ENERO-
AGOSTO 2021”**

**Trabajo final para optar al título de Maestría en
Atención del Paciente Adulto en estado crítico.**

**Elaborado por:
Manuela Quintero Cedeño
CIP: 6-708-1067**

Panamá, marzo de 2025

DEDICATORIA

Al considerar que este esfuerzo no fue solo mío, quiero dedicar esta investigación a Dios por hacer todas las cosas posibles, a Miguel, Ana Sofía y Analía, gracias esposo e hijas, ustedes son la brújula para seguir el camino de la superación y el esfuerzo en el ir y venir de esta profesión. Para ustedes todo el amor y logros.

A mis padres, Eladio y Bernardina, no hay palabras que describan el orgullo que siento por ustedes, han sido unos padres humildes y maravillosos, quienes me han enseñado a luchar por los sueños. Hermanos, familiares y amistades, quienes han estado siempre animándome en cada proyecto, este logro lo comparto con todos ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida y la salud, por regalarnos días al lado de nuestros seres queridos. A toda la familia, gracias por estar siempre allí a cada paso. Quiero agradecer también, a la persona que me animó a seguir esta maestría e impulsó por mucho tiempo a seguir, aun cuando ya había colgado los guantes, gracias, amiga Doralis Ureña, siempre hemos creído que Dios te puso en el camino con un propósito.

A la asesora, Reyna Preciado, usted fue una luz en el camino y esto no hubiera sido posible sin usted, siempre positiva, alentadora, proyectando su apoyo incondicional, dedicación y paciencia, gracias por su conocimiento y correcciones para que lograra alcanzar esta anhelada meta académica.

A todos, mil gracias.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
ÍNDICE GENERAL	III
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE ANEXOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	12
1.1 Antecedentes del Problema.....	12
1.2 Descripción del problema de Investigación	15
1.3 Hipótesis.....	17
1.4 Justificación e Impacto.....	18
1.5 Objetivos	20
1.5.1 Objetivo general.....	20
1.5.2 Objetivos específicos.....	20
1.6 Variables de estudio	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 Coronavirus.....	22
2.1.1 Vías de transmisión	23
2.1.2 Manifestaciones clínicas	24
2.1.3 Diagnóstico y Tratamiento.....	26
2.2 Características epidemiológicas.....	27
2.3 Mortalidad por COVID-19	28
2.3.1 Perspectiva de Enfermería en mortalidad por COVID-19 en la UCI Respiratorio	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	32

3.1 Tipo, diseño y alcance de la investigación	32
3.2 Operacionalización de Variables	33
3.2 Población.....	33
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	34
3.3 Procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos.....	34
3.5 Consideraciones éticas	35
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
4.1 Técnica de Análisis de Datos	37
4.2 Análisis Descriptivo	37
4.3 Contraste de hipótesis.....	47
4.4 Discusión de los Resultados	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según edad y defunción.....	38
Tabla 2 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según sexo y defunción.....	39
Tabla 3 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según nivel educativo y defunción.....	40
Tabla 4 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según residencia y defunción.....	41
Tabla 5 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según diabetes y defunción.....	42
Tabla 6 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según hipertensión y defunción.....	43
Tabla 7 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según ERC y defunción.....	44
Tabla 8 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según obesidad y defunción.....	45
Tabla 9 Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según otras comorbilidades y defunción.....	46
Tabla 10 Pruebas Chi-cuadrado de Pearson para las variables edad, diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras comorbilidades.....	48

Tabla 11	Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Prueba de normalidad.....	49
Tabla 12	Rangos de los fallecidos o no según el tiempo en UCI.....	50
Tabla 13	Prueba de Mann-Whitney entre los fallecidos o no según el tiempo en UCI.....	51

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	Instrumento.....	68
ANEXO 2	Acta de aprobación de Tesis.....	69
ANEXO 3	NO Objeción del director Médico del Hospital Dr. Rafael Estévez de Aguadulce.....	71
ANEXO 4	Certificación de NO Objeción- DENADOI.....	72
ANEXO 5	Registro de Protocolo Ministerio de Salud.....	73
ANEXO 6	Derivación del Protocolo.....	74
ANEXO 7	Aprobación por Comité de Bioética de la investigación del Hospital Luis “Chicho” Fábrega.....	75
ANEXO 8	Autorización de DENADOI.....	77
ANEXO 9	Código de Inscripción en la VIP.....	78
ANEXO 10	Certificación de revisión redacción y ortografía.....	79
ANEXO 11	Certificado aval.....	80
ANEXO 12	Cronograma.....	81

RESUMEN

A finales del 2019 el mundo se enfrentaba a una nueva enfermedad, el coronavirus (SARS-CoV2), que, rápidamente, se convertiría en una pandemia y Panamá no escapó de esta enfermedad.

Objetivo: Determinar la caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID-19 ingresados a la UCI respiratorio, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, en el periodo de enero a agosto de 2021. **Metodología:** Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, analítico, correlacionado, retrospectivo, de corte transversal, en el que se estudia a una población de 48 pacientes cuyos datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes ingresados a la UCI respiratorio y transferidos a una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron analizados en el programa SPSS25, test de CHI cuadrado para prueba de hipótesis y test de Mann–Whitney. **Resultados:** El 65 % de los pacientes eran menores de 60 años y el 35 % tenían 60 años y más. En cuanto al sexo el 29% fueron femeninas y el 71% masculinos; la residencia rural resultó un 33 % y la urbana 67 %. En las comorbilidades destacaron la diabetes con un 44 %, hipertensión arterial 50 %, ERC 6 %, Obesidad 27 %y otras 17 %. La mortalidad registrada en la población de estudio fue de 46 % (22), los pacientes fallecidos estaban en el grupo de 60 años y más (25 %), del sexo masculino (38 %), residentes de área urbana 31 %, y las comorbilidades con mayor defunción fueron la diabetes 23 % (11), la hipertensión 19 % (9) y la obesidad 4 %. El tiempo en la UCI tuvo un promedio de 25.59 días. **Conclusión:** Se encontró relación, estadísticamente, significativas ($p=0.01$), entre las defunciones ocurridas según la edad y la obesidad.

Palabras claves: Características de la población, mortalidad, pacientes, COVID-19, Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

At the end of 2019, the world faced a new disease, the coronavirus (SARS-CoV2), which quickly became a pandemic, and Panama did not escape this disease. Objective: To determine the epidemiological characterization and its relationship with the mortality of COVID-19 patients admitted to the respiratory ICU at the Rafael Estevez Hospital in Aguadulce from January to August 2021. Methodology: This is a quantitative, analytical, correlated, retrospective, cross-sectional study, in which a population of 48 patients was studied, whose data were obtained from the medical records of patients admitted to the respiratory ICU and transferred to a data collection form. The results were analyzed in the SPSS25 program, CHI-square test for hypothesis testing and Mann-Whitney test. Results: 65% of the patients were under 60 years of age and 35% were 60 years of age or older. Regarding sex, 29% were female and 71% male; rural residence was 33% and urban 67%. Comorbidities included diabetes with 44%, arterial hypertension 50%, CKD 6%, obesity 27% and others 17%. Mortality recorded in the study population was 46% (22), the deceased patients were in the group of 60 years and older (25%), male (38%), urban residents 31%, and the comorbidities with the highest death rate were diabetes 23% (11), hypertension 19% (9) and obesity 4%. The time in the ICU averaged 25.59 days. Conclusion: A statistically significant relationship ($p=0.01$) was found between deaths according to age and obesity.

Keywords: Population characteristics, mortality, patients, COVID-19, Intensive Care.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, el mundo se enteraba de la aparición de un síndrome respiratorio de etiología desconocida, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China. Los ojos estaban situados sobre un lugar en específico, el mercado de mariscos. Por las características atípicas del brote, el sistema de salud pública de China, inicia las investigaciones para identificar el virus causante de esta enfermedad. El nuevo patógeno humano con afinidad por el sistema respiratorio se identificó como Coronavirus 2019 (COVID-19) o síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), este virus muestra una similitud genética con los coronavirus identificados en otras especies de mamíferos silvestres como el murciélago y se asocia a otras enfermedades como el SARS y el MERS (Gutiérrez et al., 2019).

A pesar de que China se encuentra al otro lado del mundo a miles de kilómetro, no escapamos de esta enfermedad, la cual fue diseminándose, rápidamente, a otros países y a todos los continentes hasta llegar a Panamá. Hasta que el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el brote como una emergencia de salud pública. El primer caso reportado en Panamá se notificó el 9 de marzo, una femenina procedente de Madrid, ya para el 11 de marzo de 2020, la OMS lo titula como una Pandemia (Vences et al., 2021).

El centro para el control y prevención de enfermedades en China realizó un estudio en el que demostró ciertas características de personas con mayor riesgo a desarrollar formas graves de la enfermedad, entre las que se encuentran: mayores de 60 años, del sexo masculino y que padezcan comorbilidades como trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión y cáncer (Vargas-Correa et al., 2021). De igual manera, otros autores como

Zavaleta et al. (2021), coinciden en que los mencionados anteriormente, son los principales factores asociados a mortalidad por COVID-19. A medida que el coronavirus se propagaba, diversos estudios alertaban de ciertos grupos de pacientes que estaban en mayor riesgo de contraer la enfermedad, de tener una evolución tórpida y mayor mortalidad, ya que, la infección por SARS-CoV2 genera un mayor riesgo de complicaciones en pacientes, previamente, enfermos, es decir, con una o más comorbilidades (León Álvarez et al., 2021). Siendo esencial identificar y controlar a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, para la estratificación de riesgo, distribución de recursos hospitalarios y dirigir acciones preventivas en la comunidad. (Hernández-Galdámez et al., 2020).

Es por ello, que en Panamá las medidas preventivas y de orientación a la comunidad se intensificaron, ya que, a finales de 2020 el país atravesaba por la segunda ola de contagio con el mayor registro de muertes por día, por tal motivo, con este estudio podemos determinar cuál fue la caracterización epidemiológica que presentaban los pacientes infectados de COVID-19 ingresados a la UCI respiratorio del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce durante el periodo enero a agosto de 2021.

Esta investigación consta de cuatro capítulos, en el primero o marco conceptual contempla los antecedentes, planteamiento del problema, justificación, objetivos e hipótesis. El marco teórico contiene información relevante sobre el COVID-19, en el tercer capítulo o metodológico se plasma el tipo de estudio, población, técnica e instrumento de recolección de datos, así como, aspectos bioéticos que rigen la investigación. Por último, se muestran los resultados del estudio, las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes del Problema

España se ubica entre los países europeos más impactados por esta enfermedad. Por esta razón, se llevó a cabo un estudio español titulado Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. El objetivo de este estudio fue establecer un registro de personas internadas por COVID-19 en el país, con la intención de enriquecer el entendimiento sobre diversos aspectos clínicos, diagnósticos, tratamientos y pronósticos de la enfermedad. Este análisis es retrospectivo y multicéntrico, abarcando pacientes hospitalizados por COVID-19 en todo el territorio español. Hasta el 30 de junio de 2020, los resultados reflejaron un total de 15. 111 pacientes investigados procedentes de 150 hospitales. La mediana de edad fue de 69. 4 años y el 57. 2% de los pacientes eran hombres. Las comorbilidades encontradas incluyeron hipertensión arterial en un 50. 9%, dislipidemia en un 39. 7% y diabetes mellitus en un 19. 4%. La tasa general de mortalidad se situó en 21. 0%, aumentando con la edad. (Casas-Rojo et al., 2020).

De manera similar, en Colombia se realizó un estudio titulado Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia, basado en los informes del Instituto Nacional de Salud (Marín-Sánchez, 2020). Esta investigación es descriptiva y examinó la patología asociada, así como la edad y el género. De los 100 casos estudiados, el 63 correspondieron a hombres, mientras que la edad promedio fue de 65.75 ± 18.11 años, observándose que en 22 casos no se reportaron comorbilidades. Las más comunes fueron hipertensión arterial (35%), diabetes mellitus (21%), enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares (19%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (16%), obesidad

(12%), tabaquismo (9%) y otras comorbilidades (8%). El grupo con mayor riesgo de mortalidad fueron aquellos mayores de 60 años.

Desde esa misma óptica, Murrugarra Suarez (2020), llevó a cabo un análisis en Perú titulado Factores asociados a mortalidad en pacientes COVID-19 en un hospital del norte del país, con la meta de identificar los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos relacionados con la mortalidad de estos pacientes. El estudio fue descriptivo y no probabilístico, considerando una población de 208 historias clínicas de pacientes con COVID-19 atendidos entre marzo y julio de 2020. Se evaluaron la edad, el género, el estado civil y factores clínicos como antecedentes epidemiológicos, comorbilidades y la situación de salud. Los hallazgos indicaron que la tasa de mortalidad por COVID-19 fue del 46,20 % en individuos mayores de 65 años (51,90 %), predominantemente hombres (60,40 %) y aquellos casados (65,40 %), junto con antecedentes epidemiológicos (37,5 %) y comorbilidades que representaron un 74,50 %, esencialmente asociadas con hipertensión (8,2 %), obesidad (3,4 %) y diabetes mellitus tipo II (1,9 %), además de comorbilidades indeterminadas en un 6,7 %. Se halló una relación significativa entre los factores clínicos y sociodemográficos con la mortalidad en los pacientes analizados.

En el contexto de Latinoamérica, en México se llevó a cabo el estudio Características clínicas y comorbilidades asociadas a mortalidad en pacientes COVID-19 en Coahuila. Su propósito fue describir las particularidades de los pacientes afectados por la enfermedad y establecer las comorbilidades vinculadas a la mortalidad. Este estudio fue de tipo descriptivo y retrospectivo. Se aplicaron pruebas estadísticas como χ^2 , t de Student y un modelo de regresión de Cox para el análisis de la información. Se incluyó a un total de 17,479 pacientes, obteniendo como resultado una mortalidad del 6,3 %. Los factores asociados a la mortalidad incluyeron: edad mayor a 60 años (HR = 8,04; IC 95% 7,03 a 9,19), diabetes (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 no relacionado (HR = 2,06; IC 95% 1,64 a 2,59). (Salinas-Aguirre et al., 2022).

Así mismo, en otro estudio peruano se analizaron los Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes COVID19 del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion-2021, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad en estos pacientes. La metodología empleada es de modelo observacional, analítico, retrospectivo, de cohorte, diseño no experimental. Los resultados obtenidos incluyeron a 254 pacientes, donde se evidenció que los pacientes con edad avanzada ≥ 60 años (RR = 2.087; IC 95% 1.610 – 2.705; $p < 0,001$); el antecedente de hipertensión arterial (RR = 1,632; IC 95% 1,294 – 2,056; $p < 0.001$); diabetes mellitus (RR = 1.450; IC 95% 1,143 – 1,839; $p = 0.004$); obesidad (RR = 1.424; IC 95% 1,123 – 1,806; $p = 0.005$) son factores asociados a la mortalidad en los pacientes hospitalizados con COVID 19. (Ambrosio Gaspar y Chanca Padilla, 2022).

Por otro lado, en Argentina se realiza el estudio Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de COVID-19 en 2020, con el objetivo de caracterizar los primeros casos, fue un estudio analítico, donde se analizaron las características epidemiológicas, demográficas y clínicas. Los resultados obtenidos señalan que el 51.2 % de los casos fueron comunitarios, 32.3 % contactos y 0.9 % importados. La mediana de edad fue 37 años, hubo 2134 fallecidos, de los cuales el 81.6 % eran mayores de 60 años. La tasa de mortalidad fue de 4.7 fallecidos por cada 100 000 habitantes. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente en confirmados (15.8 %) y en fallecidos (58.7 %), mientras que, en los fallecidos menores de 60 años, la más frecuente fue la diabetes (29.9 %). (Rearte et al., 2020).

A nivel nacional, Cedeño (2022), realiza el estudio Características demográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico molecular de COVID-19 atendidos en la Caja de Seguro Social de

Panamá, periodo junio a noviembre de 2020, con el objetivo de identificar el número de pacientes detectados y no detectados para SAR-CoV2. Estudio con metodología retrospectiva, analítico y descriptivo, donde se analizan los hallazgos demográficos, clínicos y de comorbilidad, se obtiene una muestra de 146.020 formulario de pacientes, de los cuales 45.701 son detectados para COVID-19 y 100.319 no detectado. Los resultados señalan que el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al grupo de edad de 20-39 (40 %) y 40-59 (32 %), el 51% de los detectados eran hombres. Las regiones de salud más afectadas fueron Panamá Oeste (32 %), Metropolitana (21 %) y San Miguelito (11 %), en cuanto a comorbilidades, se obtuvo que un 20 % de los pacientes detectados (9.361) presentaron al menos una comorbilidad, siendo las más frecuente, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad.

Al analizar los resultados de estos estudios, ya sean de Europa o Latinoamérica, coinciden en que la edad mayor de 60 años, el sexo masculino y la presencia de comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes, entre otras, fueron factores que aumentaron los riesgos de presentar esta enfermedad, sufrir complicaciones severas y hasta producirse la muerte.

1.2 Descripción del problema de Investigación

En la actualidad, hay millones de individuos en todo el mundo que enfrentan condiciones de vulnerabilidad; esta situación se intensificó durante la pandemia, poniendo de manifiesto las deficiencias en salud de algunos países. Los sectores más afectados han sido los ancianos, las personas con enfermedades crónicas y aquellos con discapacidades, en comparación con el resto de la población (Cruz Herrera, 2021).

Desde el comienzo de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha informado sobre 610 millones de casos de COVID-19 y un total de 6. 52 millones de decesos. En

América, hasta febrero de 2023, se han reportado 188,150,340 casos y 2,918,149 muertes. Estados Unidos, India, Brasil, Francia y Alemania son algunos de los países que presentan la mayor cantidad de casos; otros, como Perú, México, Colombia y Chile, también están incluidos. Según el Ministerio de Salud de Panamá, a febrero de 2023, se han registrado 1,030,214 casos y 8,599 muertes (Ministerio de Salud, 2023).

Es importante resaltar que no hubo un solo método para abordar los brotes de COVID-19 en el mundo, lo que llevó a cada nación a prepararse según sus recursos para lidiar con las diversas situaciones de la pandemia y tomar las acciones necesarias para reducir la diseminación del virus y mitigar los efectos económicos, políticos y sociales (Martínez Estalella et al., 2021). La declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) validó las medidas de control epidemiológico implementadas por cada país, como el aislamiento, las limitaciones a la movilidad y el cierre de fronteras, centros laborales y escuelas, entre otros (Bravo-García y Magis-Rodríguez, 2020).

A nivel de sanitario, la urgente necesidad de combatir la pandemia de COVID-19 ha planteado un reto en términos de la disponibilidad de trabajadores de la salud y la obtención de suministros y equipamiento para hospitales. Simultáneamente, se implementaron políticas sanitarias y de aislamiento para los enfermos, lo que llevó a la creación de habitaciones de hospitalización y unidades temporales de cuidados intensivos, como respuesta a la creciente demanda (Raurell-Torredà et al., 2020). Por esta razón, cuando se reportó el primer caso de COVID-19 (9 de marzo de 2020) en la ciudad de Panamá, veinte días después, llegó la primera paciente infectada al Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce, que contaba con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de uso general con capacidad para seis camas, destinada a pacientes muy graves. Sin embargo, debido a la naturaleza contagiosa de la enfermedad, a finales

de marzo de 2020, se hizo necesario habilitar un área específica para atender a estos enfermos, mientras se realizaban adecuaciones para establecer la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorio, siendo crucial dividir al personal para asegurar la atención directa y garantizar el cumplimiento riguroso de los protocolos de bioseguridad de la institución. En mayo de 2020, se inauguró la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorio, equipada con cinco camas para pacientes críticos que presentaban problemas respiratorios relacionados con COVID-19.

Debe señalarse que, para el inicio de la pandemia había mucho desconocimiento en general sobre el virus, complicando la atención de personas infectadas, la angustia e incertidumbre invadió a la población ante las medidas aplicadas como cierre de escuelas, poco acceso a alimentos y a insumos de limpieza; muchos perdieron sus trabajos y sus citas médicas, personas con enfermedades crónicas fueron vulnerables a desarrollar de forma severa la enfermedad. Por tal razón, desde nuestra experiencia con pacientes críticos, surge la necesidad de investigar aquellas características epidemiológicas que presentaron los pacientes ingresados a la UCI respiratorio en el periodo de enero a agosto 2021. Teniendo en cuenta estos aspectos, nos realizamos la siguiente interrogante.

¿Cuál es la caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID-19, ingresados en la UCI Respiratorio?

1.3 Hipótesis

Hi: La caracterización epidemiológica está relacionada a la mortalidad en los pacientes COVID-19 ingresados en la UCI respiratorio.

Ho: La caracterización epidemiológica no está relacionada a la mortalidad en los pacientes COVID-19 ingresados en la UCI respiratorio.

1.4 Justificación e Impacto

Las enfermedades emergentes son patologías de origen infeccioso cuyo agente no se conocía con anterioridad y según datos de la Organización Mundial de la Salud son la tercera causa de muerte prematura en el mundo, con cerca del 70 % de las muertes a nivel mundial y el SARS-CoV2 es la más reciente (Rebollo García, Rincón Elvira, et al., 2021). El coronavirus es un tema de relevancia a nivel mundial y ha afectado a millones de personas desde finales del 2019, no solo en lo referente a salud, sino también, a la parte física, económica, emocional y mental de las personas. Dio un golpe a las grandes potencias mundiales y devastó a los países menos privilegiados, el impacto de esta pandemia ha sido tan grande, que surge la necesidad de conocer cada aspecto relacionada a esta enfermedad. (Baztan., L., 2021).

La Agenda Nacional de Prioridades de la Investigación para la Salud 2016-2025 de Panamá, destaca 17 temas importantes, siendo uno de ellos son las enfermedades emergentes y, entre ellas, las enfermedades emergentes de origen infeccioso, es por ello, que esta investigación relacionada al COVID-19 es considerada de prioridad para el país y para la instalación de salud donde se realiza el estudio, ya que, se mantiene con la línea estratégica establecida por los expertos; además, la crisis sanitaria mundial por la COVID-19, es un tema de interés en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde planean grandes esfuerzos derivados de la pandemia los cuales se presentan en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de SALUD Y BIENESTAR. (ONU, 2023).

La línea de investigación que rige el estudio es la de Ciencia, Tecnología e Innovación, además, se podrán conocer la caracterización epidemiológica de los pacientes ingresados en la UCI respiratorio durante enero a agosto de 2021, obteniendo datos relevantes para el análisis de los factores de riesgo y su relación con la mortalidad. Es por ello, que se hace necesario que el

personal de salud identifique cuáles son las características epidemiológicas de la enfermedad y cómo influyen en el aumento de la mortalidad, para emplear las medidas preventivas, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Esta investigación es importante, ya que, aportará conocimientos sobre las características epidemiológicas y la mortalidad de esta enfermedad, que a su vez beneficiará a las enfermeras que son el pilar fundamental en la atención de los pacientes, en especial, aquellos que presentan comorbilidades que los hace susceptibles a la enfermedad; al equipo multidisciplinario, equipo directivo y a los pacientes que ingresen con esta patología en el Hospital Dr. Rafael Estévez, también, será permeable a las instituciones de salud a nivel nacional, de igual forma, servirá para complementar futuras investigaciones.

Los resultados del estudio serán presentados en reunión mensual de docencia del Hospital a los colaboradores de las Unidades de Cuidados Intensivos, al equipo directivo de este hospital y a todos los funcionarios en general, mediante conferencia programadas por el departamento de docencia de enfermería. También será presentado a los programas de atención de grupos de riesgo como la clínica de pacientes diabéticos, hipertensos, con insuficiencia renal crónica, entre otros. Además, estos resultados serán publicados en una revista indexada, arbitrada a nivel nacional o internacional.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID-19 ingresados a la UCI Respiratorio, Hospital Dr. Rafael Estévez de Aguadulce, enero-agosto 2021.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes COVID-19 ingresados a la UCI Respiratorio.
- Cuantificar la mortalidad de los pacientes COVID-19 ingresados a la UCI respiratorio.
- Analizar la relación entre las características epidemiológicas y la mortalidad presentada por los pacientes COVID-19.

1.6 Variables de estudio

Las variables que rigen esta investigación se presentan a continuación con sus definiciones conceptuales y operacionales.

- **Caracterización epidemiológica**

Conceptual: La caracterización epidemiológica de las enfermedades permite conocer su naturaleza y comportamiento y decidir el tipo de respuesta necesaria para su control (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Operacional: Datos obtenidos en la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a UCI respiratorio, enero a agosto 2021.

- **Mortalidad por COVID-19**

Conceptual: Indicador de muerte o fallecimientos provocados por COVID-19. (Gutiérrez et al., 2019)

Operacional: Datos obtenidos en la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a UCI respiratorio, enero a agosto 2021.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Coronavirus

El SARS-CoV-2 es parte del orden nidovirales, dentro de la familia coronaviridae y del género betacoronavirus, donde se hallaron coincidencias filogenéticas con otros coronavirus, como el BatCoV RaTQ13 que habita en murciélagos. El estudio del genoma confirmó la teoría de que la cadena de transmisión de inicio fue de un animal al humano. Las partículas víricas tienen una forma esférica pleomórfica, con un tamaño que varía entre 60 y 140 nm, y están rodeadas de estructuras puntiagudas que miden entre 9 y 12 nm, lo que les otorga su típica apariencia de corona. (Sánchez-Valverde et al., 2021).

Los coronavirus constituyen una extensa familia de virus que provocan una variedad de enfermedades que van desde resfriados comunes hasta afecciones más serias, como MERS-CoV y SARS-CoV. El nuevo coronavirus, que ha afectado al mundo desde 2019, es una cepa que no había sido previamente reconocida en humanos (OMS, 2023). Estos virus son ARN de sentido positivo de cadena simple que se unen a diferentes receptores celulares. Los receptores ECA 2, que se encuentran predominantemente en el tracto respiratorio inferior, son los que tienen mayor afinidad (Accinelli et al., 2020). Asimismo, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), además de estar presente en la mucosa orofaríngea y los pulmones, se localiza también en células del sistema cardiovascular, los riñones y el intestino (Gómez et al., 2020, p. 19).

La proteína espiga, situada en la superficie del virus y que tiene una forma alargada, se utiliza para la clasificación del virus, mientras que la proteína de la nucleocápside, que envuelve

el material genético del virus, puede servir como un antígeno para diagnósticos. Este virus y la enfermedad que causa eran desconocidos hasta que aparecieron en Wuhan (Abreu et al., 2020).

En relación a la fisiopatología de esta patología, se ha descubierto que el virus accede a las células del huésped a través de los receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), lo que provoca la infección, y tiene una fuerte afinidad por este receptor, lo que explica su elevado potencial de transmisión. La manera en que se expresan y distribuyen estos receptores es la que determina el tropismo del virus hacia diferentes tejidos. El receptor ECA2 se localiza, principalmente, en los neumocitos de tipo II y en las células epiteliales del sistema respiratorio. En el proceso de unión al receptor ECA2, el SARS-CoV-2 emplea la proteína S (spike), que es clave en la mediación de dos procesos cruciales durante la infección a través de sus subunidades S1 y S2. La S1 se acopla al receptor ECA2, mientras que la subunidad S2 facilita la fusión de membranas, lo que permite que el virus ingrese en la célula por endocitosis. Estos productos finales ocasionan efectos vasodilatadores, antifibróticos, antiinflamatorios y promueven la natriuresis, resultando en una reducción de la presión arterial y del daño tisular que se observa en los afectados por esta enfermedad; además, en los casos severos de COVID-19, se encuentran niveles altos de Angiotensina II, que se han vinculado a la carga viral y al daño en los pulmones. (Carrasco Monsalve y Espinoza Zúñiga, 2022).

2.1.1 Vías de transmisión

La principal vía de transmisión del virus es respiratoria, por la inhalación de gotas y/o aerosoles que produce una persona enferma al toser, hablar o estornudar hacia las vías respiratorias de una persona susceptible, El SARS-CoV-2 se localiza en un inicio en la nariz o garganta, luego pueden infectar los pulmones al inhalarse. (Carrasco Monsalve y Espinoza Zúñiga, 2022).

Otra vía de transmisión del SARS-CoV-2 es mediante contacto directo o indirecto de persona a persona a través de las manos o fómites contaminados, el virus puede propagarse a través de microgotas en aerosol, tan pequeñas que pueden permanecer suspendidas en el aire con un riesgo de exposición de uno o dos metros de una persona infectada, lo que constituye un problema grave para los ambientes cerrados y con poca ventilación. El virus contenido en aerosol alcanza viabilidad de tres horas, pero si se encuentra en superficies sólidas puede incrementarse, por ejemplo, en plástico hasta 72 horas, acero inoxidable hasta 2 días, cartón 1 día y en superficie de cobre hasta cuatro horas. (Sánchez-Valverde et al., 2021).

Se han planteado otras posibles vías de transmisión como la materno-fetal, lactancia materna y fecal-oral, pero no han sido concluyentes (Gómez et al., 2020).

2.1.2 Manifestaciones clínicas

Los estudios indican que el SARS-CoV-2 puede causar una variedad de síntomas, ya que la infección puede ir desde ser asintomática hasta resultar fatal. Las personas que no presentan síntomas son aquellas que, aunque tienen un resultado positivo para el virus, no muestran ningún signo de enfermedad. Sin embargo, son capaces de contagiar a otros por lo que deben seguir iguales medidas recomendadas para evitar la propagación. (Baztán, 2021).

El tiempo de incubación, que es el intervalo entre la exposición al virus y la aparición de síntomas, puede variar de 1 a 14 días, siendo normalmente de 5 a 6 días. A nivel global, se observa que la mayoría de los infectados presenta síntomas leves, mientras que otros desarrollan cuadros graves que requieren ingresar en unidades de cuidados intensivos. (Quesada, J. A. et al., 2020).

La OMS realiza la siguiente categorización:

- Leve: Pacientes con infección respiratoria alta sin complicaciones notables, que pueden mostrar síntomas como fiebre, malestar general, debilidad y diarrea.
- Neumonía: Pacientes que presentan neumonía sin requerir oxígeno suplementario ni otros síntomas severos.
- Neumonía severa: Pacientes con taquipnea (más de 30 respiraciones por minuto), acumulación de líquido en los pulmones, y niveles de oxígeno por debajo del 93 % sin oxígeno suplementario.
- Shock séptico
- Síndrome de distrés respiratorio agudo

Una de las complicaciones que se asocian con el COVID-19 son las trombosis; la inflamación excesiva, la falta de oxígeno, la inmovilización de los pacientes y la coagulación intravascular diseminada y tromboembolismo pulmonar, siendo más común en casos graves que en leves o moderados. (Carrasco Monsalve y Espinoza Zúñiga, 2022).

Entre los métodos para diagnosticar la enfermedad, destaca la medición de la carga viral como el único procedimiento específico para confirmar la COVID-19, además de realizar una radiografía de tórax, dada la afinidad del virus por el sistema respiratorio en la etapa inicial de la enfermedad. Las imágenes obtenidas pueden ser localizadas o afectar uno o varios lóbulos pulmonares, tanto de manera unilateral como bilateral. Radiológicamente, se pueden detectar opacidades ya sean focales o difusas. También pueden aparecer otras alteraciones como fibrosis, masas, derrames pleurales y calcificaciones, las cuales dificultan la respiración. (Quesada, J. A. et al., 2020).

2.1.3 Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico de la enfermedad se realiza según criterios que incluyen la clínica del paciente, aspectos epidemiológicos y resultados de laboratorios, los cuales, varían según las normas que cada país adopto para el diagnóstico de la población sintomática y asintomática. Las pruebas utilizadas incluyen pruebas de PCR (prueba de reacción en cadena de la polimerasa) o de antígeno, pruebas NAAT (amplificación de ácido nucleico) y pruebas moleculares (Purilla Bellido, 2024). En Panamá, se colocaron centros de hisopados en instalaciones de salud, centros deportivos y comerciales en varios puntos del país, para detectar casos de forma oportuna.

En cuanto al tratamiento, no se ha descubierto cura efectiva para el virus y manejo terapéutico del COVID-19 es sintomático (Yuan et al., 2023), debido a lo novedoso de la enfermedad, no se ha reportado fármaco o tratamiento específico para la misma, las aproximaciones terapéuticas empleadas hasta el momento son medicamentos que se utilizan en otras enfermedades y que por su mecanismo de acción podrían ser eficaces, también, se estudia la eficacia de medicamentos dirigidos a las complicaciones que se presentan como glucocorticoides, anticoagulantes, antivirales, entre otros. (Gómez et al., 2020).

Es necesario recalcar, que hasta el momento no se ha descrito un tratamiento específico para la cura de la enfermedad, debido a lo nuevo del virus en huésped humano, por lo que mitigar los contagios es la medida más importante (Accinelli et al., 2020), es por ello, que en Panamá, se llevaron a cabo medidas preventivas y de manejo de personas infectadas, tales como aislamiento domiciliario, uso de cubre bocas y lavado de manos a fin de disminuir los casos por coronavirus. Además, del inicio de vacunación a nivel nacional en 2021, lo que marcó una diferencia en los contagios y mortalidad.

2.2 Características epidemiológicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) describe la Epidemiología como “el análisis de cómo se distribuyen y cuáles son los factores que influyen en el estado o en los eventos (especialmente en las enfermedades) relacionados con la salud, así como la utilización de estos estudios para controlar enfermedades y otros temas de salud. Las personas presentan características y atributos que, al estar vinculados a diversas enfermedades, son de interés epidemiológico, dado que individuos con determinadas cualidades pueden tener una probabilidad más alta o más baja de sufrir de una enfermedad. Estas características incluyen el nivel educativo, extracto socioeconómico, ocupación, aspectos culturales, y las características inherentes a cada individuo como sexo, edad y la raza. (Ibáñez-Martí, Consuelo, 2019).

A raíz de la pandemia, las redes de salud global han intensificado su vigilancia epidemiológica con diferentes grados de medidas, como parte de las estrategias para contener el COVID-19 (Medeiros-Figueiredo et al., 2021), con la aparición de investigaciones y monitoreo constante de la OMS y la OPS, logrando identificar claramente a la población de mayor riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la mayoría de las personas contagiadas con el virus desarrollaran síntomas leves o moderados y la mayoría suele recuperarse sin necesidad de tratamientos específicos; sin embargo, hay quienes desarrollan una enfermedad grave y requieren atención médica, siendo los ancianos y aquellos con problemas de salud preexistentes, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer, los más vulnerables. Es importante señalar que cualquier persona, sin importar su edad, tiene la posibilidad de contraer COVID-19 y también de sufrir gravemente por la enfermedad, incluso llegar a fallecer.

Igualmente, otros investigadores relacionan la edad avanzada, el ser hombre y la presencia de otras enfermedades con la aparición de formas severas de la enfermedad, así como con antecedentes de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, afecciones respiratorias, problemas renales o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias y el hábito de fumar (Plasencia, Thais et al., 2020). Otros estudios indican que las personas mayores con comorbilidades han mostrado una rápida progresión hacia neumonía grave y fallo multiorgánico (Abreu et al., 2020). En términos de edad, se calculó un punto de corte de 71. 5 años, observándose que, a partir de esta edad, se es más propenso a enfermedades y complicaciones, así como a fallecer. (Herrera Cartaya et al., 2022). Esto se alinea con los informes de Panamá, donde la población de 70 años y más tiene el mayor número de muertes (OPS, 2021).

Sobre la obesidad, múltiples investigaciones la han identificado como un elemento de riesgo y un indicador de gravedad en el contexto del COVID-19. Investigaciones que se llevaron a cabo en China, Italia y Estados Unidos han encontrado que los individuos con obesidad presentan una mayor probabilidad de contraer la enfermedad, experimentar neumonías más severas, enfrentar complicaciones y tener un mayor riesgo de fallecer, además de entrar más frecuentemente en cuidados intensivos y necesitar oxígeno adicional (Fernández García et al., 2020).

2.3 Mortalidad por COVID-19

Desde el inicio de la pandemia, la población a nivel mundial ha estado azotada por oleajes de contagios y muerte, colapsando sistemas de salud en países incluso desarrollados y confinando a países enteros. Según reporte N°59 del 27 de julio de 2021, en Panamá se acumulaba 6,750 fallecidos con un porcentaje de letalidad de 1.6 %, siendo el pico más elevado de mortalidad en la

semana epidemiológica N°2 de 2021 con 328 defunciones. Para el año 2022 se acumularon 7,583 muertes con una letalidad de 1.2 % y para febrero de 2023 se acumulan 8,599 casos con una tasa de letalidad de 0.83 %.

Actualmente, se ha descrito en estudios a nivel mundial, los factores de riesgo asociados a mortalidad, es decir, aquellas características que aumentan el riesgo de morir por COVID-19. Los resultados han mostrado que la edad, es uno de los factores de riesgo más asociados a la mortalidad, identificada en algunos países en el rango de 60 a 70 años y más (Fantin et al., 2021). De igual manera, se incluyen otros factores como género masculino y comorbilidades entre ellas, hipertensión, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, inmunosupresión y cáncer (Zavaleta et al., 2021). La identificación de las comorbilidades asociadas a la presentación grave de COVID-19 es de importancia para el adecuado abordaje terapéutico y el desarrollo de estrategias de salud orientadas a la prevención y tratamiento de complicaciones (Plasencia , Thais et al., 2020).

Cabe destacar, que esta enfermedad puede evolucionar rápidamente a su forma moderada y grave si no se busca atención oportuna. La forma crítica puede evolucionar hacia la aparición del síndrome de distrés respiratorio agudo o ARDS (siglas en ingles) y falla multiorgánica, debido a la aparición de neumonías, que son causales de muerte. Es importante destacar, que la presencia de comorbilidades aumenta el riesgo de muerte, tal como lo destacan muchos estudios, sin embargo, hay reportes de muertes por COVID-19 en paciente que no padecen enfermedades crónicas e incluso en pacientes menores de 60 años (Valdez Jiménez, 2024), lo que nos lleva a reflexionar, que el COVID-19 es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y la prevención, así como, la atención oportuna ante síntomas graves es la clave para disminuir la mortalidad.

2.3.1 Perspectiva de Enfermería en mortalidad por COVID-19 en la UCI Respiratorio

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área especial dentro de la instalación de salud que brinda medicina intensiva, es decir, la que se ocupa de la atención del paciente en estado crítico. Por lo general, los pacientes que ingresan a la UCI requieren una atención muy rápida por la inestabilidad que presentan, sobre todo a nivel respiratorio los cuales requieren un manejo clínico especializado que incluye soporte ventilatorio, monitorización invasiva continua, tratamiento óptimo, etc. Toda la complejidad que involucra la atención de un paciente, críticamente, enfermo está encaminada a disminuir el riesgo de mortalidad, este es el principal objetivo de todo el equipo multidisciplinario que atiende a pacientes COVID-19. (Aguilar y Domínguez, 2021).

Las atenciones de los pacientes COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos (UCI), se convirtieron en un reto para los profesionales de la salud, debido al aumento de ingresos de pacientes graves y las frecuentes muertes, además, de la necesidad de recurso humano capacitado para la atención directa, lo que resultó en agotamiento físico y mental (Vera Carrasco, 2022). El personal que estuvo en la primera línea de atención en la pandemia sufrió de muchas formas, algunos perdieron la vida, otros sufrieron un impacto psicológico y mental que los llevo a desarrollar ansiedad y depresión (Peralta-Sumba y Campoverde-Jiménez, 2024), tal como se plasma en estudios recientes, ya que durante los picos de contagio los sistemas sanitario estaban a su máxima capacidad, desbordados, con necesidad de aplicar criterios de selección para ser admitidos a las UCI, muchos morían en espera de una cama o de un suministro de oxígeno.

En cuanto a la experiencia propia, no estuvo muy lejos de lo antes expuesto, ya que, de enero a agosto de 2021 la UCI respiratorio del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce

estuvo a su máxima capacidad (5 camas), brindando atención a pacientes gravemente enfermos por COVID-19, siendo una cantidad reducida para la demanda de atención. Como enfermera intensivista, parte de la primera línea de atención, fue una etapa muy dura con experiencias amargas ante la mortalidad de los pacientes, pero también, de mucho aprendizaje y resiliencia.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo, diseño y alcance de la investigación

El estudio se lleva a cabo en el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez, el cual está ubicado en la avenida Alejandro Tapia, en el distrito de Aguadulce, corregimiento de Aguadulce, provincia de Coclé. Fue inaugurado en el 2001, actualmente, cuenta con 20 especialidades de atención, servicios técnicos e intermedios. Es un hospital de segundo nivel de complejidad y docente, que provee servicios de salud a las provincias centrales de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. El Hospital Regional Dr. Rafael Estévez tiene una capacidad de 209 camas para hospitalización, de las cuales 10 son de cuidados intensivos, distribuidas de la siguiente manera: cinco (5) camas a UCI general y cinco (5) camas a UCI respiratorio. El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorio, lugar donde se atendió desde marzo 2020 hasta septiembre 2021 a los pacientes COVID-19 positivos en su forma grave.

Esta investigación pertenece al paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo, ya que, la información de recolectó de los expedientes de los pacientes ingresados con COVID-19 de enero a agosto de 2021. El alcance del estudio es analítico y correlacional, porque se relacionan las variables caracterización epidemiológica y mortalidad por COVID-19 (Hernández Sampieri et.al.,2014).

3.2 Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición/Categoría
Variable Independiente Caracterización epidemiológica	La caracterización epidemiológica de las enfermedades permite conocer su naturaleza y comportamiento y decidir el tipo de respuesta necesaria para su control. (Organización Panamericana de la Salud, 2011).	Datos obtenidos en la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a UCI respiratorio, enero a agosto 2021.	Edad	Nominal Edad cumplida
			Sexo	Masculino Femenino
			Residencia	Urbano Rural
			Comorbilidades	Hipertensión Arterial, diabetes Mellitus, Obesidad otra Ninguna
Variable Dependiente Mortalidad por COVID-19	Indicador de muerte o fallecimientos provocados por COVID-19. (Gutiérrez <i>et al.</i> , 2019)		Defunción por COVID-19	SÍ/NO
			Tiempo en la UCI	Días

3.2 Población

La población de estudio son 48 pacientes ingresados a la UCI respiratorio diagnosticados con COVID-19, en el periodo de enero a agosto de 2021, cuyos datos se obtuvieron al revisar sus historias clínicas. Por el tamaño de la población, no se obtuvo muestra.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluirá a todos los pacientes cuyas historias clínicas tengan registradas las variables de estudio. Mientras que, se excluirán historias clínicas de pacientes que ingresaron a la unidad sin diagnóstico confirmado por COVID-19.

3.3 Procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos

La investigación nace de la experiencia vivida con los pacientes COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo cual, se inició la búsqueda de la información en artículos científicos relacionados con COVID-19, en la base de datos de Redalyc, SciELO, Elsevier, Google académico, entre otras.

Se estructuró el protocolo de investigación con asesoría y luego se presentó a la comisión evaluadora de la Maestría de Cuidado Crítico del Centro Regional Universitario de Azuero, donde se obtiene el Acta de Aprobación. Posteriormente, se entrega el protocolo con otros requisitos al Departamento de Docencia del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce donde se obtiene la no objeción por parte del director Médico de la institución y del Departamento Nacional de Docencia e Investigación (DENADOI) de la Caja del Seguro Social obteniendo la Certificación de No Objeción mediante notas N°005-2023 y N°218-2023 respectivamente. Posteriormente, se registra el estudio en el Ministerio de Salud (REGESIS) donde se asigna código 2844 al mismo. Con todas las aprobaciones anteriores, se envía la documentación al Comité Nacional de Bioética de la Investigación (por ser un estudio de una enfermedad emergente) el cual lo evalúa y lo remiten al Comité Institucional de Ética de la Investigación del Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, donde es revisado y aprobado mediante nota N°056-2023. Luego, se envía nuevamente a DENADOI donde se obtiene el permiso final para proceder a revisar las Historias Clínicas de los pacientes

mediante nota N°527-2023 y registrado con el código DENADOI-SIBI-092-2023, así fue posible recolectar la información, para su posterior análisis.

La información se recolectó de los 48 expedientes que pertenecían a los pacientes ingresados a la UCI respiratorio en el periodo de enero a agosto de 2021. Para obtener los datos se empleó un instrumento o ficha de recolección, de elaboración propia, el cual, consta de siete (7) ítems destacando las dos variables de estudio, como son las características epidemiológicas (edad, sexo, nivel educativo, residencia, presencia de comorbilidades) y mortalidad (defunción por COVID-19, tiempo en la UCI). La evidencia de validez del instrumento se verificó mediante un panel de tres jueces, dos médicos y una enfermera. Los aspectos evaluados fueron: Claridad en la redacción, Coherencia interna y Relevancia. Los jueces, en conjunto, consideraron que el instrumento cumple con los tres criterios objeto de la evaluación, ya que es adecuado para los objetivos por el cual fue creado, los ítems son comprensibles y reflejan con precisión la característica que se quiere evaluar, están relacionados entre sí, miden consistentemente la misma característica y cada uno es relevante para la dimensión de la que forman parte. Por ello, recomiendan que sea aplicado tal cual les fue presentado.

3.5 Consideraciones éticas

En el estudio se respetaron las normas y criterios éticos establecidos en los Códigos Nacionales de Ética y leyes vigentes, así como las consideraciones del Comité Nacional de Bioética de la Investigación, al cual fue sometido dada la naturaleza de este, según lo dispone la Resolución N° 400 del 7 de junio de 2021 del Ministerio de Salud, además, de las establecidas por la Universidad de Panamá, Caja Seguro Social y entidades de salud pertinentes.

También, se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia

y justicia. De igual forma, se cumplieron con las leyes nacionales como la Ley 84 del 14 de mayo de 2019, la cual regula y promueve la investigación para la salud y establece su rectoría y gobernanza y dicta otras disposiciones, la Ley 81 del 26 de marzo de 2019, referente a la protección de los datos personales y la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, garantiza el derecho a la información, intimidad, autonomía y los derechos en relación al mismo (Gaceta Oficial, 2019). Además, se tienen presente las Declaraciones de Helsinki (1964), Código de Núremberg (1947) y las normas contempladas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Se garantiza la confidencialidad de los datos y resguardo de estos, los cuales solo fueron utilizados para esta investigación y manejados por la investigadora Manuela Quintero y la asesora Reyna Preciado, una vez finalizada la investigación, fueron custodiados en un archivador bajo llave, en el departamento de docencia del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce por un periodo de cinco (5) años y posterior a este periodo serán descartados. No existe conflicto de interés, ni ningún tipo de remuneración con la realización del estudio.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Técnica de Análisis de Datos

Los datos fueron procesados y analizados en el Programa estadístico SPSS25 y para las pruebas de hipótesis se utilizó el Test chi cuadrado de Pearson de Independencia con un nivel de confianza del 95 %. Para determinar la existencia o no de una relación entre el Tiempo en UCI de los pacientes con COVID-19 y mortalidad, se comprobó, inicialmente, el supuesto de normalidad mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, pero, ante la falta de normalidad, en la variable Tiempo en UCI, para la contratación de la relación entre esta y la variable defunción, se empleó el test de Mann–Whitney (prueba no paramétrica). Los resultados del estudio son presentados en tablas.

4.2 Análisis Descriptivo

A continuación, se presentan los resultados de los datos obtenidos para el análisis del estudio Caracterizaciones epidemiológicas y su relación con la Mortalidad en pacientes COVID-19, ingresados en la UCI respiratorio, Hospital Dr. Rafael Estévez de Aguadulce, enero a agosto 2021.

Tabla 1

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según edad y defunción.

EDAD	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Menos de 60	10	21	21	44	31	65
60 y más	12	25	5	10	17	35
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los pacientes (31-65 %) atendidos en la UCI respiratorio tenían una edad menor a 60 años. Sin embargo, la mayor frecuencia de las defunciones (12-25 %) ocurrió en el grupo de pacientes de 60 años y más años (Tabla 1).

Tabla 2

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según sexo y defunción.

SEXO	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
F	4	8	10	21	14	29
M	18	38	16	33	34	71
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

Se estudiaron 48 pacientes con COVID 19, de los cuales 14 (29 %) son del sexo femenino y 34 (71 %) del masculino, siendo estos los más afectados, ya que, el 38 % (18) de las defunciones ocurrieron en los hombres (Tabla 2).

Tabla 3

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según nivel educativo y defunción.

NIVEL EDUCATIVO	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Primaria	5	10	6	13	11	23
Secundaria	14	29	10	21	24	50
Universitaria	3	6	10	21	13	27
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

Según el nivel educativo, once (23 %) contaban con estudios primarios, 24 (50 %) secundarios y 13 (27 %) universitarios. La mayor frecuencia de defunciones ocurrió en los pacientes con estudios secundarios (14-29 %), seguido de los de primaria (5-10 %) y solo un 6 % (3) de los que contaban con educación universitaria (Tabla 3).

Tabla 4

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según residencia y defunción.

RESIDENCIA	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Rural	7	15	9	19	16	33
Urbana	15	31	17	35	32	67
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los pacientes (32-67 %) eran procedentes del área urbana y el 33 % del área rural (16). La mayor frecuencia de las defunciones se dio en pacientes del área urbana (15-31 %) (Tabla 4), es donde se concentra la mayor parte de la población y a donde muchos se desplazan, ya sea por aspectos laborales, comerciales, atención de salud, etc.

Tabla 5

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según diabetes y defunción.

Diabetes	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Sí	11	23	10	21	21	44
No	11	23	16	33	27	56
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes, en cuanto al estudio, el 44% (21) de los atendidos en la UCI respiratorio tienen la enfermedad. De ellos, el 23 % (11) de los pacientes diabéticos fallecieron por COVID-19 (Tabla 5).

Tabla 6

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según hipertensión y defunción.

Hipertensión	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Sí	9	19	15	31	24	50
No	13	27	11	23	24	50
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas que mayor afecta a la población panameña, la padeció el 50 % (24) de los ingresados en UCI por COVID-19. De ellos, fallecieron el 19 % (9) (Tabla 6).

Tabla 7

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según ERC y defunción.

ERC	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Sí	2	4	1	2	3	6
No	20	42	25	52	45	94
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

En la provincia de Coclé, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una de las enfermedades que se reporta con gran aumento en comunidades como Antón y Río Hato, sin embargo, fue una comorbilidad que solo 3 (6 %) de los ingresados padecía (ERC). De estos fallecieron 2 (4 %) pacientes en la UCI. (Tabla 7).

Tabla 8

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según obesidad y defunción.

Obesidad	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Sí	2	4	11	23	13	27
No	20	42	15	31	35	73
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

La Obesidad es una enfermedad que cada día va en aumento, no solo en los adultos sino en todas las edades y es un factor de riesgo para otras comorbilidades. En este caso, los pacientes obesos solo representan a un 27 % (13) de la población estudiada. De ellos, falleció el 4 % (2) (Tabla 8).

Tabla 9

Distribución de los pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce según otras comorbilidades y defunción.

Otras	DEFUNCIÓN				Total	
	Sí		No			
	f	%	f	%	f	%
Sí	4	8	4	8	8	17
No	18	38	22	46	40	83
Total	22	46	26	54	48	100

Fuente: elaboración propia

Solo un 17 % (8) reportó padecer otro tipo de comorbilidades. De estos, un 8 % (4) fallecieron (Tabla 9), siendo el asma y el cáncer algunas de otras enfermedades que padecieron los pacientes.

4.3 Contraste de hipótesis

Variables defunción, edad y las comorbilidades: diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras.

Las hipótesis contrastadas fueron las siguientes:

Hipótesis Nula (H0): No hay relación o asociación significativa entre las variables edad, diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras comorbilidades y las defunciones en los pacientes con COVID-19.

Hipótesis Alternativa (H1): Hay relación o asociación significativa entre las variables edad, diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras comorbilidades y las defunciones en los pacientes con COVID-19.

Realizado el contraste entre las defunciones y las variables de interés solo se encontraron diferencias, estadísticamente, significativas, entre las defunciones ocurridas según la edad y la obesidad ($p=0.01$, respectivamente). En el primer caso, el mayor porcentaje de defunciones se presentaron entre los pacientes con 60 años y más y; en el segundo, el mayor porcentaje se dio entre los no obesos (42 %-20) (Tabla 10).

Tabla 10

Pruebas Chi-cuadrado de Pearson para las variables edad, diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras comorbilidades.

Variable	Categorías	Defunción		Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) p valor
		Sí	No		
Sexo	F	4	10	2.37	0.20
	M	18	16		
Nivel educativo	Primaria	5	6	4.22	0.12
	Secundaria	14	10		
	Universitaria	3	10		
Residencia	Rural	7	9	0.04	0.84
	Urbana	15	17		
Edad	Menos de 60	10	21	6.50	0.01*
	60 y más	12	5		
Diabetes	Sí	11	10	0.65	0.42
	No	11	16		
Hipertensión	Sí	9	15	1.34	0.25
	No	13	11		
ERC	Sí	2	1	0.56	0.45
	No	20	25		
Obesidad	Sí	2	11	6.66	0.01*
	No	20	15		
Otras	Sí	4	4	0.07	0.80
	No	18	22		

Fuente: elaboración propia

Variables defunción y tiempo en UCI

Para determinar la existencia o no de una relación entre el tiempo en UCI de los pacientes con COVID-19 se comprobó, inicialmente, el supuesto de normalidad mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk que es aplicable cuando se analizan muestras compuestas por menos de 50 elementos (muestras pequeñas).

Hipótesis contrastadas

Hipótesis Nula (H_0): La distribución de los tiempos en UCI es normal

Hipótesis Alternativa (H_1): La distribución de los tiempos en UCI no es normal

Los resultados indican que el tiempo en UCI no sigue una distribución normal ($S-W=0.902$, $p=0.01$) en la población de pacientes con COVID-19 (Tabla 11).

Tabla 11

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

Prueba de normalidad			
	Estadístico	Shapiro-Wilk gl	Sig.
Tiempo en UCI	0.902	48	0.001

Fuente: elaboración propia

Ante la falta de normalidad, en la variable tiempo en UCI, para la contratación de la relación entre esta y la variable defunción, se empleó el test de Mann-Whitney (prueba no paramétrica) que contrasta la probabilidad de que una observación de la población X supere a una observación de la población Y, es igual a la probabilidad de que una observación de la población Y supere a

una de la población X. Es decir, que los valores de una población no tienden a ser mayores que los de otra.

Las hipótesis contrastadas fueron las siguientes:

Hipótesis Nula (H_0): La probabilidad de que el tiempo en UCI de pacientes que fallecieron sea mayor que el tiempo en UCI de los pacientes que no fallecieron es igual a la probabilidad de que el tiempo en UCI de los pacientes que no fallecieron sea mayor que el tiempo en UCI de pacientes que fallecieron.

Hipótesis Alternativa (H_1): La probabilidad de que el tiempo en UCI de pacientes que fallecieron sea mayor que el tiempo en UCI de los pacientes que no fallecieron no es igual a la probabilidad de que el tiempo en UCI de los pacientes que no fallecieron sea mayor que el tiempo en UCI de pacientes que fallecieron.

Los resultados indican que no existen diferencias significativas en el tiempo en UCI ($p>0.05$) entre los pacientes que fallecieron o no por COVID 19 (Tablas 12 y 13).

Tabla 12

Rangos de los fallecidos o no según el tiempo en UCI.

Rangos				
	Defunción	N	Rango promedio	Suma de rangos
Tiempo en UCI	Si	22	25.59	563.00
	No	26	23.58	613.00
	Total	48		

Fuente: elaboración propia

Tabla 13**Prueba de Mann-Whitney entre los fallecidos o no según el tiempo en UCI.**

Estadísticos de prueba	
	Tiempo en UCI
U de Mann-Whitney	262
Z	-0.497
Sig. asintótica (bilateral)	0.619

a. Variable de agrupación: Defunción

Fuente: elaboración propia

4.4 Discusión de los Resultados

La investigación sobre datos concernientes al COVID-19 supone un gran reto, debido a que tiene una caracterización distinta (Cruz Herrera, 2021), ya que, la misma puede variar en diferentes poblaciones a nivel mundial. En esta investigación, analizamos la historia clínica de 48 pacientes, en la cual se valora la caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID-19, en la cual se obtuvo una serie de resultados que coinciden con la tendencia descrita por otros autores a nivel nacional e internacional.

La edad con mayor representatividad fue la de menos de 60 años (65 %), sin embargo, el mayor porcentaje de fallecidos está en el grupo de 60 años y más (12-25 %), con un valor estadístico de $p=0.01$, lo que la relaciona, significativamente, con la mortalidad, lo que se entiende que a medida que aumenta la edad, se incrementa el riesgo de gravedad. Este resultado es consistente a los encontrados en el estudio de Murrugarra (2020), el cual muestra que sobre los mayores de 65 años se dio el 30.80 % de las muertes. De igual forma, otros estudios tienen resultados similares como el de Ambrosio Gaspar y Chanca Padilla (2022), Salinas-Aguirre et al. (2022), Morales Fasabi (2022) y Casas-Rojo et al. (2020), entre otros.

Congruente con los estudios anteriores, Zhao et al. (2020), señala que existe evidencia de que con la edad disminuye la fuerza muscular y la acumulación de grasa, al igual que, se afecta algunos órganos por la declinación de la actividad hormonal y la disminución en la eficiencia del sistema inmunitario en las personas de edad avanzada. Como es el caso de los, mayormente, afectados entre la población de estudio.

En cuanto al sexo, podemos destacar que, de los 48 casos estudiados, el 71 % (34) eran masculinos y el 29 % femeninas, de los cuales el mayor porcentaje de defunción está en el grupo

masculino (18) con 38 %, esto es consistente con la mayoría de los estudios, que señalan mayor porcentaje de casos y muertes por COVID-19 en la población masculina, como es el caso del estudio bajo la autoría del panameño José Cedeño (2022) y el estudio realizado por Marín-Sánchez (2020). Sin embargo, a pesar de coincidir con gran parte de los estudios, no se mostró relevancia estadística significativa entre el sexo y la mortalidad en este estudio, resultado que también se observó en el estudio de Ambrosio Gaspar y Chanca Padilla (2022), Murrugarra (2020) y León Álvarez et al., (2021). Por lo contrario, en el estudio de Morales Fasabi (2022), en relación con las personas fallecidas se evidenció que el género masculino tuvo mayor significancia estadística (CHI cuadrado: valor $p=0.018$) en relación con la variable mortalidad.

La población con mayor representatividad en lo referente al nivel educativo de los pacientes fue el nivel secundario con 50 %, y es el que presentó mayor frecuencia de (14) defunciones con 29%. Según, los resultados esta variable no mostró relevancia significativa asociada a la mortalidad, igual resultado, que en el estudio de Morales Fasabi (2022).

Al analizar la residencia de los 48 pacientes estudiados, se obtuvo que el 68 % viven en área urbana (32) y en la rural (16) un 33 %, destacando una mayor frecuencia de (15) defunciones en los que viven en el área urbana con 31 % y en este aspecto, tampoco se encontró relación estadística significativa con la mortalidad igual que el estudio de Cruz Herrera (2021), por el contrario, en el de Morales Fasabi (2022) sí se demostró significancia estadística (χ^2 : valor $p < 0,001$) de la procedencia con relación a la mortalidad. En cuanto a la residencia, sabemos por los reportes estadísticos, que el mayor número de contagios se registra en zonas urbanas donde hay mayor concentración de población respecto a la rural.

Referente a las comorbilidades, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) la define como “la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona” y en el

coronavirus se asocian al aumento del cuadro grave de la enfermedad. Siendo la hipertensión y la diabetes las principales comorbilidades que presentan los pacientes con COVID-19 que tienen una evolución grave o crítica (Cajahuaman, 2024), esto es consistente con los resultados obtenidos en la investigación donde la diabetes (44 %), la hipertensión (50 %) y la obesidad (27 %) resultaron ser las comorbilidades más frecuentes en los pacientes, en menor grado resultó la ERC con 3 % y otras. Estas comorbilidades fueron, igualmente, reportadas en la mayoría de los estudios de COVID-19 a nivel local, América Latina y el mundo.

En el contraste de hipótesis de las variables defunción y las comorbilidades diabetes, hipertensión, ERC, obesidad y otras mostradas en la tabla 10, podemos analizar que de los 21 diabéticos (41 %) del estudio fallecieron 11 (23 %) y de los hipertensos fallecieron 9 (19 %), lo que coloca a la diabetes como la comorbilidad con mayor reporte de muertes en esta investigación, pero sin diferencia estadística significativa con la mortalidad, lo que resulta contrario al estudio de Carrasco Monsalve y Espinoza Zúñiga (2022), donde señala que los que sufren de hipertensión y diabetes tienen mayor riesgo de fallecer.

Con obesidad se registraron 13 pacientes (27 %), de los cuales fallecieron 2 (4 %), con una diferencia estadística significativa, destacando que el mayor porcentaje de fallecidos se dio entre los no obesos (42 % - 20), lo que podría considerarse como un factor protector, esto puede deberse a que la mayoría de los obesos pertenece al grupo de edad de menor de 60 años, donde hubo menos porcentaje de muertes, o tal vez, se deba a lo descrito en el estudio peruano de Vences et.al. (2021), en el que también mostró poca relación entre obesidad y mortalidad, asociándolo a posible sesgo de medición de índice de masa corporal en las historias clínicas. Este resultado, es contrario a dos estudios revisados, donde la obesidad sí está relacionada a mortalidad, como es el caso del presentado por Ambrosio Gaspar y Chanca Padilla (2022), donde resultó que el 64.4 % de los

pacientes con obesidad fallecieron, concluyendo que los pacientes con obesidad tienen mayor riesgo de muerte que en aquellos no obesos y el otros estudio es de Tenorio-Mucha et al., (2020), donde la obesidad está relacionada con mortalidad y otras complicaciones clínicas.

En la variable Tiempo en UCI, para la contratación de la relación entre esta y la variable Defunción, se empleó el test de Mann–Whitney (prueba no paramétrica) ante la falta de normalidad. Los resultados indican que no existen diferencias significativas del Tiempo en UCI entre los pacientes que fallecieron o no por COVID - 19, ya que, los que fallecieron tuvieron un promedio de 25.59 días versus los que no fallecieron 23.58 días. A diferencia del estudio colombiano de Jiménez et al., (2022), donde la mediana de días en UCI para los fallecidos fue de 13.5 días y para los no fallecidos solo 4 días.

En cuanto a la mortalidad, se determinó que, de los 48 pacientes estudiados, fallecieron 22, lo que representa un 46 %, semejante a la mortalidad descrita en el estudio peruano de Murrugarra (2020), con un 46.2 %.

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en la UCI respiratorio muestran que la mayoría de los pacientes eran menores de 60 años (65 %), de sexo masculino (71 %), con nivel educativo secundario (50 %) y residentes en área urbana (67 %). En cuanto a las comorbilidades, la hipertensión, diabetes y obesidad alcanzaron la mayor frecuencia con un 50 %, 44 % y 27 %, respectivamente.

La mortalidad COVID-19 alcanzó al 46 % de pacientes ingresados a la UCI respiratorio durante el periodo de enero a agosto 2021. Las defunciones estuvieron en el rango de mayores de 60 años (25 %), de sexo masculino (38 %), nivel educativo secundario (29 %), los residentes en área urbana (31 %).

Al realizar el contraste entre la mortalidad y las características epidemiológicas, solo se encontraron diferencias, estadísticamente, significativas, entre las defunciones ocurridas según la edad y la obesidad ($p=0.01$, respectivamente). En el primer caso el mayor porcentaje de defunciones se presentaron entre los pacientes con 60 años y más y, en el segundo, el mayor porcentaje de fallecidos se dio entre los no obesos (42 %-20).

RECOMENDACIONES

La pandemia del COVID-19 ha afectado a la población de múltiples formas, en lo referente a la salud física, psicológica, social y económica, es por ello, que esta enfermedad requiere un abordaje sistémico e integral, para el cuidado a las personas afectadas y a sus familias.

Es necesario promover políticas y estrategias de planificación y gestión ante enfermedades emergentes de este tipo, donde el personal debe estar preparado para brindar una atención de calidad, con adecuada protección de bioseguridad y protocolos establecidos. El conocimiento brindará las herramientas necesarias para adaptarnos y hacerle frente a esta enfermedad.

Debe continuarse con las políticas prevención y programa de vacunación a nivel nacional, en especial, en personas de mayor riesgo como adultos mayores y los que padecen algún tipo de comorbilidad. Por lo cual, la enfermera debe estar, altamente, cualificada para ejercer su labor de atención y docencia en salud, para minimizar los riesgos del COVID-19 y otros virus que puedan afectar a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. R. P., Tejeda, J. J. G., y Guach, R. A. D. (2020). Características Clínico-Epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15.
- Accinelli, R. A., Zhang Xu, C. M., Ju Wang, J.-D., Yachachin-Chávez, J. M., Cáceres-Pizarro, J. A., Tafur-Bances, K. B., Flores-Tejada, R. G., y Paiva-Andrade, A. D. C. (2020). COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 302-311.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
- Aguilar, Á. R., y Domínguez, P. L. (2021). Cuidados al paciente COVID en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Docente*, 56-61.
- Ambrosio Gaspar, H. B., y Chanca Padilla, V. (2022). Factores de Riesgo asociados a Mortalidad en pacientes con COVID-19 del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión—2021. <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/7765>
- Baztán, L. Y. (2021). Descripción del Perfil Clínico Epidemiológico de los Pacientes Diagnosticados e ingresados por COVID-19 durante el año 2020 en el Departamento de Salud de Requena. 73.
- Bravo-García, E., y Magis-Rodríguez, C. (2020). La respuesta Mundial a la Epidemia del COVID-19: Los primeros tres meses. 1, 6.
- Cajahuaman, L. F. (2024). Factores relacionados a mortalidad en pacientes con COVID 19

severo en el Hospital Central FAP, periodo marzo 2020 – agosto 2021. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/21531>

Carrasco Monsalve, C. M., y Espinoza Zúñiga, C. A. (2022). Estudio transversal de las características clínicas y demográficas de pacientes con COVID-19 en el Hospital Universitario del Río—Cuenca en el año 2020, Universidad del Azuay].
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11953>

Casas-Rojo, J. M., Antón-Santos, J. M., Millán-Núñez-Cortés, J., Lumbreras-Bermejo, C., Ramos-Rincón, J. M., Roy-Vallejo, E., Artero-Mora, A., Arnalich-Fernández, F., García-Bruñen, J. M., Vargas-Núñez, J. A., Freire-Castro, S. J., Manzano-Espinosa, L., Perales-Fraile, I., Crestelo-Viéitez, A., Puchades-Gimeno, F., Rodilla-Sala, E., Solís-Marquínez, M. N., Bonet-Tur, D., Fidalgo-Moreno, M. P., ... Gómez-Huelgas, R. (2020). Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: Resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Revista Clínica Española*, 220(8), 480-494.
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003>

Cedeño, J. (2022). Características demográficas y Clínicas de Pacientes con Diagnóstico Molecular de COVID-19, atendidos en la Caja de Seguro Social de Panamá en el periodo de junio a noviembre de 2020. *Societas*, 24(1), Article 1.

Cruz Herrera, S. S. (2021). Perfil sociodemográfico y clínico relacionado con la mortalidad en pacientes por la COVID-19 en el Hospital Regional de Moquegua. Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/62873>

- Fantin, R., Brenes-Camacho, G., y Barboza-Solís, C. (2021). Defunciones por COVID-19: Distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.42>
- Fernández García, L., Puentes Gutiérrez, A. B., y García Bascones, M. (2020). Relación entre obesidad, diabetes e ingreso en UCI en pacientes COVID-19. *Medicina Clínica*, 155(7), 314-315. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.009>
- Gaceta Oficial. (2019). Gaceta Oficial Digital.
- Gómez, G. G. V., González, A. D. D., Rodríguez, S. Á., y Ruiz, D. M. M. (2020). COVID-19: Fisiopatología y propuestas terapéuticas en investigación clínica. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle*, 14(53), 133-158. <https://doi.org/10.26457/recein.v14i53.2688>
- Gutiérrez, R. de J. R., Ramírez, M., Rodríguez, A., & Hernández, J. (2019). COVID-19 en Panamá y el Mundo: una revisión de la literatura. *Revista Médico Científica*, 32, 37-60. <https://doi.org/10.37416/rmc.v32i1.553>
- Hernández-Galdámez, D., Rivera-Andrade, A., Morales-Juárez, A., Ramírez-Zea, M., y Montano, C. (2020). ¿Qué consecuencias tiene la pandemia por COVID-19 en las enfermedades crónicas no transmisibles y cómo reducirlas? <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18174.41280>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.

Herrera Cartaya, C. E., Lage Dávila, A., Betancourt Cervantes, J., Barreto Fiu, E., Sánchez

Valdés, L., Hernández Claro, L., Herrera Cartaya, C. E., Lage Dávila, A., Betancourt Cervantes, J., Barreto Fiu, E., Sánchez Valdés, L., y Hernández Claro, L. (2022). La edad como variable asociada a la gravedad en pacientes con la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572022000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ibáñez Martí, Consuelo. (2019). Estudios epidemiológicos descriptivos: Características.

https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/06/86037

Jiménez, C. A. B., Lemos, B. E. C., Vergara, L. G., y Vásquez, D. (2022). Características

clínicas de pacientes hospitalizados con infección por Covid-19 en la Clínica SOMA de Medellín, Colombia. *Medicina U.P.B.*, 41(2), 100-106.

León Álvarez, J. L., Calderón Martínez, M., Gutiérrez Rojas, A. R., León Álvarez, J. L.,

Calderón Martínez, M., y Gutiérrez Rojas, A. R. (2021). Análisis de mortalidad y comorbilidad por Covid-19 en Cuba. *Revista Cubana de Medicina*, 60(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232021000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Marín-Sánchez, A. (2020). Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de

COVID-19 en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87>

Martínez Estalella, G., Zabalegui, A., y Sevilla Guerra, S. (2021). Gestión y liderazgo de los

servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: La experiencia del Hospital Clínica de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 31, S12-S17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>

Medeiros-Figueiredo, A., Daponte-Codina, A., Moreira Marculino Figueiredo, D. C., Toledo

Vianna, R. P., Costa de Lima, K., y Gil-García, E. (2021). Factores asociados a la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 445-452. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.004>

Ministerio de Salud. (2023). Ministerio de Salud, Sistema de información.

<http://appwebs.minsa.gob.pa/apps/>

Morales Fasabi, S. (2022). Factores de riesgo asociados a morbi-mortalidad en pacientes adultos con COVID—19 del Hospital Amazónico de Yarinacocha—Pucallpa, Perú 2020. Universidad Nacional de Ucayali. <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5303>

Murrugarra Suarez, S. T. (2020). Factores sociodemográficos y clínicos relacionados a la mortalidad en pacientes COVID-19. Hospital II EsSalud –Chocope. Repositorio institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49032>

OMS. (2023). Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/healthtopics/coronavirus>

ONU (2023). Organización de las Naciones Unidas

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

OPS. (2021). Reporte de Situación COVID-19 Panamá.

<https://www.paho.org/es/panama/informes-situacion-covid-19>

Peralta-Sumba, D. E., y Campoverde-Jiménez, G. E. (2024). Prevalencia del personal de salud que estuvo involucrado o trataron a pacientes con diagnóstico de COVID 19 en áreas críticas del Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2023(1), Article 1. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.410-423>

Plasencia, Thais, Aguilera, Raúl, y Almaguer, Luis. (2020). Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: Revisión sistemática y meta-análisis. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2020000400002&script=sci_arttext&tlng=en

Purilla Bellido, J. V. (2024). Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el Centro de Salud La Palma Grande, en el periodo febrero 2022—febrero 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4987>

Quesada, J.A., López Pineda, A., Gil Guillen, V.F., Arriero Marín, J.M., Gutiérrez, F., y Carratalá Munuera, C. (2020). Período de incubación de la COVID-19: Revisión sistemática y metaanálisis. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.08.005>

Raurell-Torredà, M., Martínez-Estalella, G., Frade-Mera, M. J., Carrasco Rodríguez-Rey, L. F., y Romero de San Pío, E. (2020). Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 90-93. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.002>

Rearte, A., Baldani, A. E. M., Bárcena Barbeira, P., Domínguez, C. S., Laurora, M. A., Pesce,

- M., Rojas Mena, M. P., da Cruz Ferreira Silva, H. H., Hertlein, C., Tarragona, S., y Vizzotti, C. (2020). Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de COVID-19 en Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 5-5.
- Rebollo García, L., Rincón Elvira, E., León Gómez, V., y García Murciego, M. (2021). Las enfermedades emergentes y reemergentes del siglo XXI.
- Salinas-Aguirre, J. E., Sánchez-García, C., Rodríguez-Sánchez, R., Rodríguez-Muñoz, L., Díaz-Castaño, A., y Bernal-Gómez, R. (2022). Características clínicas y comorbilidades asociadas a mortalidad en pacientes con COVID-19 en Coahuila (México). *Revista Clínica Española*, 222(5), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.12.006>
- Sánchez-Valverde, A. J., Aparicio-Díaz, K., Miranda-Temoche, C. E., Castillo-Caicedo, C. R., Arellano-Hernández, N. B., Sánchez Valverde, A. J., Aparicio Díaz, K., Miranda Temoche, C. E., Castillo Caicedo, C. R., y Arellano Hernández, N. B. (2021). COVID-19: Epidemiología, virología y transmisibilidad. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 90-104. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.10>
- Tenorio-Mucha, J., Hurtado-Roca, Y., Tenorio-Mucha, J., y Hurtado-Roca, Y. (2020). Sobre Obesidad como factor de riesgo para mortalidad por COVID-19. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 324-329. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1197>
- Valdez Jiménez, Y. (2024). Mortalidad asociada a infección nosocomial por Covid-19 en el Hospital Belén y la infección por Covid-19 adquirida en la comunidad en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2021 – 2023. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/20832>

Vargas-Correa, A., Mereles, E. F., Coronel, N. S., Ayala, A. G., Santracruz, L., Ojeda, L.,

Elizeche, H. K., y Samudio, M. (2021). Características clínico-epidemiológicas de pacientes confirmados con COVID-19 del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Revista de salud pública del Paraguay*, 11(1), Article 1.

Vences, M., Pareja-Ramos, J., Otero, P., Veramendi-Espinoza, L., Vega-Villafana, M., Lavi, J.,

Morales-Romero, E., Olivera-Vera, J., Meza, C., Salas-Lazo, L., Triveño, A., Marín-Dávalos, R., Rodríguez, R., y Zafra-Tanaka, J. (2021). Factores asociados a mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19: Cohorte prospectiva en un hospital de referencia nacional de Perú. *Medwave*, 21. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.06.8231>

Vera Carrasco, O. (2022). La Importancia y Realidad actual de la Unidad de

Cuidados Intensivos en la pandemia del COVID-19. *Revista Médica La Paz*, 28(1), 64-74.

Yuan, Y., Jiao, B., Qu, L., Yang, D., y Liu, R. (2023). The development of COVID-19

treatment. *Frontiers in Immunology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1125246>

Zavaleta, M. H., Corzo, C. A. C., Silva, F. B., Palacios, R. F., Rocchetti, L. B., y Zapata, V. A.

B. (2021). Características y Factores de Riesgo para Mortalidad en Pacientes Hospitalizados por COVID -19 en un Hospital Público en Tacna. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1764>

Zhao, W., Zhong, Z., Xie, X., Yu, Q., y Liu, J. (2020). Relation Between Chest CT Findings and

Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study.

AJR. American Journal of Roentgenology, 214(5), 1072-1077.

<https://doi.org/10.2214/AJR.20.22976>

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NÚMERO DE
FORMULARIO

Título de la investigación: "Caracterización epidemiológica y su relación con la Mortalidad de los pacientes COVID19, ingresados a UCI Respiratoria, Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, enero-agosto 2021"

Objetivo: Valorar las características epidemiológicas y su relación con la mortalidad de los pacientes covid-19 ingresados a la UCI Respiratoria en el Hospital Dr. Rafael Estévez de Aguadulce, enero-agosto 2021.

Características Epidemiológicas	
1. Edad	años
2. Sexo	Masculino
	Femenino
3. Nivel educativo	primario
	secundario
	técnico
	universitario
4. Residencia	urbano
	rural
5. Presencia de comorbilidades	Hipertensión Arterial
	Diabetes Mellitus
	Obesidad
	Enfermedad Renal Crónica
	Otras
	Ninguna
Mortalidad	
6. Defunción por covid-19	Si
	No
7. Tiempo en la UCI	

1



Escaneado con CamScanner

ANEXO 2

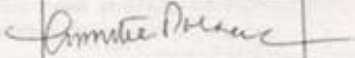
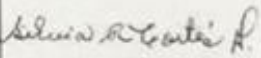
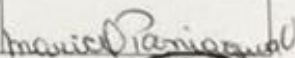
Acta de Aprobación de Tesis

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMISIÓN ACADÉMICA DE LA MAESTRÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO
Acta de Aprobación de Tesis

Mediante la presente y a solicitud de la parte interesada, la Comisión Académica
Del Programa de Maestría en Cuidados Críticos del Paciente Adulto

Certifica que:

Manuela Quintero, con cédula de identidad personal 6-708-1067, participante de la maestría en Atención Paciente a Adulto en Estado Crítico, programa de la Facultad de Ciencias de la Enfermería, que se desarrolla en el Centro Regional Universitario de Azuero, ha presentado la propuesta de Tesis: "Caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID19, ingresados a la UCI respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce", el mismo ha sido aprobado por la Comisión Académica.

Nombre	Cargo	Firma
Linnette Palacios	Presidenta de la Comisión Académica	
Vielka Avila	Coordinadora de la Facultad de Ciencias de Enfermería	
Silvia Cortés	Coordinadora del Programa en el Centro Regional	
Maricel Paniagua	Miembro de la Comisión Académica	

Dado en la Ciudad de Chitré a los 12 días del mes de Abril de 2021





UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Centro Regional Universitario de Azuero
Coordinación de Investigación y Postgrado

Apartado 77- Chitré, Provincia de Herrera, República de Panamá- tels.: 996-4712/996-0649/996-0698
 Fax: 996-5910- correo electrónico: postgradocrua@up.ac.pa

Acta de Aprobación de Tesis

Mediante la presente y a solicitud de la parte interesada, la Comisión Académica del Programa de Maestría en Atención del Paciente Adulto en Estado Crítico.

Certifica que:

El Participante del programa Licenciado **MANUELA QUINTERO**, con cédula de identidad personal **N° 6-708-1067**, participante de la maestría en Atención del Paciente Adulto en Estado Crítico, programa de la Facultad de Enfermería que se desarrolla en el Centro Regional Universitario de Azuero, ha presentado la propuesta de Protocolo de tesis denominado: **"CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS A LA UCI RESPIRATORIA RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE, ENERO – AGOSTO 2021 "**, el mismo ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación del Hospital Doctor Luis "Chicho" Fábrega.

Nombre	Cargo	Firma
Mirna F. de Flores	Presidenta de la Comisión Académica	
Vielka Ávila	Coordinador (a) de la Facultad de Enfermería.	
Elizabeth Castillo	Coordinador (a) del Programa	
Maricel Paniagua	Miembro de la Comisión Académica	

Dado en la Ciudad de Chitré al 1 día del mes de noviembre de 2023.

Año 2023: "A 100 años de la Fundación de Acción Comunal"



ANEXO 3

NO Objeción por director Médico del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce

CAJA DE SEGURO SOCIAL

 Avenida 28-12-00508
 PANAMA S. PANAMA

D.I- HRDRE-005-2023
 Aguadulce, 26 de enero 2023

Doctor
Bolívar Saldaña Ch.
 Director Médico
 Hospital Regional Dr. Rafael Estévez

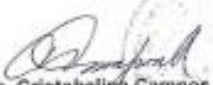

Dr. Bolívar Saldaña Ch.
 Director Médico
 HRDRE
 

Respetado Doctor:

El Departamento de Docencia ha verificado la viabilidad de la ejecución del protocolo "Caracterización epidemiológica y su relación con la Mortalidad en pacientes COVID-19, Ingresados a la UCI Respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce" que propone realizar Licenciada Manuela Quintero enfermera intensivista. El protocolo propuesto cumple con todos los requisitos necesarios para que pueda ejecutarlo en nuestro Hospital una vez que cuente con la No objeción y la aprobación del Comité de Ética.

Proponemos que se le dé Visto Bueno para su ejecución cuando cumpla con todos los pasos antes mencionados.

Atentamente


Dra. Cristobalina Campos
 Coordinadora
 Docencia e Investigación
 Hospital Regional Dr. Rafael Estévez

cc. Dra. Idalina Cubilla – Comité Local de Investigación HRRE
 Dr. Jorge Pineda – Jefe Médico UCI
 Mgter Lidys González – Enfermera Jefe HRRE
 Licda. Manuela Quintero - Investigadora

" 2023: AÑO DE RESULTADOS "




 @csspanama
  (507) 513-0276
  www.css.gob.pa

ANEXO 4

Certificación de NO Objeción DENADOI

CAJA DE SEGURO SOCIAL



Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 5, PANAMÁ

DENSYP-S-DENADOI-N-0232-2023
Panamá, 20 de marzo de 2023

Licenciada
Manuela Quintero Cedeño
Investigadora Principal
Ciudad.

Estimada Licda. Quintero:

Luego de revisada la información recibida con referencia al estudio **“Caracterización epidemiológica y su relación con la Mortalidad de los pacientes COVID19, ingresados a la UCI respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce”**, nos es grato informarle que hemos recibido visto bueno del Dr. Euriko G. Torrazza, delegado por el Dr. Enrique Lau Cortés, Director General de la CSS, como **Certificación de No Objeción** para desarrollar el protocolo de investigación en el Hospital Dr. Rafael Estévez.

Adjunto les estamos haciendo entrega de la nota original con el visto bueno mencionado. Queremos solicitarle, que una vez reciban aprobación por parte del Comité de Bioética y el aval sanitario correspondiente, favor presentar la versión aprobada del protocolo junto con la resolución del Comité para la autorización final, sin la cual no podrá iniciar el estudio en la institución.

Saludos y éxitos.

Adj. Lo Indicado


Dra. Nydia Flores Chiari, MSPH

Jefa de la Sección de Investigación
y Bioética


NFCH



" 2023: AÑO DE RESULTADOS "

   @csspanama

 (507) 513-0276

 www.css.gob.pa

ANEXO 5

Registro de protocolo en el Ministerio de Salud

 **PROYECTOS**  Manuela Quintero EN ES **SALIR**

Lista de Proyectos [+ Crear nuevo](#)

Mostrar registros

[Columnas](#) [Excel](#) Buscar:

Consecutivo 	Estado 	Título del proyecto 	Investigador(es) princi
2844	REGISTRADO	Caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID19, ingresados a la UCI respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce.	Lic. Manuela Quintero (9

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

[Anterior](#) [1](#) [Siguiente](#)

ANEXO 6

Comité Nacional de Bioética de la Investigación deriva Protocolo

27/5/23, 7:48

Gmail - Estudio NUEVO Lic. Manuela Quintero



Manuela Quintero <manuelaquintero2319@gmail.com>

Estudio NUEVO Lic. Manuela Quintero

2 mensajes

cnbi.panama <cnbi.panama@senacyt.gob.pa>
 Para: Comité Hospital Luis Chicho Fabrega <cbi-hrhcfr@minsa.gob.pa>
 CC: Manuela Quintero <manuelaquintero2319@gmail.com>

13 de abril de 2023, 14:17

Buenas Tardes

Según lo establecido en el Procedimiento Operativo PO-026 para Revisión Especial de Protocolos de Investigación en respuesta a emergencias sanitarias, desastres o brotes de enfermedades, adjunto a este correo, se ha designado para revisión del CBI el estudio de la Lic. Manuela Quintero: "Caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID19, ingresados a la UCI respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce".

Adjuntamos los documentos enviados por el IP.

Copio en este correo a la investigadora.

Estimada Lic. Quintero, de acuerdo a nuestros procedimientos, su estudio ha sido derivado al Comité Institucional de Ética de la Investigación del Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega, contando con el respaldo del CNBI.

Saludos cordiales,

Nelly Escobar
 Comité Nacional de Bioética de la Investigación
 SENACYT-Ciudad del Saber | Edificio 205 | Panamá
 cnbi.panama@senacyt.gob.pa
 Tel: (507) 517-0132



Este mensaje está protegido por la Ley 81 DE 2019 SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y puede contener información confidencial, cuya divulgación no está permitida por Ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, rogamos que nos lo comunique. La distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

ANEXO 7

**Aprobación por Comité de Bioética de la Investigación de Hospital Luis “Chicho”
Fábrega, Santiago de Veraguas.**

**COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL DR. LUIS CHICHO FÁBREGA**



Nota 056-CBI-HRLCHF/2023
Atalaya, 22 de mayo 2023

Licenciada
Manuela Quintero Cedeño
Investigadora
E. S. M.



Respetada Investigadora:

Por este medio informamos que luego de recibir sus correcciones este Comité de Bioética de la Investigación decidió **APROBAR** el protocolo en referencia:

No. Interno de Seguimiento:	EC-CBIHRLCHF-2023-0492
Número del Protocolo:	2844 (DIGESA)
Título de Protocolo:	<i>Caracterización epidemiológica y su relación con la mortalidad de los pacientes COVID19, Ingresados a la UCI respiratoria, en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, enero-agosto 2021</i>
Patrocinador:	Investigadora
Investigador Principal:	Licenciada Manuela Quintero Cedeño
Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	Hospital Rafael Estévez
Fecha de aprobación:	22 de mayo de 2023
Observación	Aprobación condicional el 25 de abril, se reciben las correcciones y mejoras en el documento.

La aprobación está sujeta al cumplimiento de todos los compromisos y responsabilidades adquiridos en aspectos éticos y confidencialidad los cuales los Investigadores deberán velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de investigación:

- Conducir la investigación de acuerdo al protocolo aprobado.
- Conducir la investigación en observancia a las Buenas Prácticas Clínicas, regulaciones locales e internacionales aplicables.
- Conducir la investigación en observancia a los acuerdos y condiciones establecidas durante el proceso de revisión y aprobación.
- Delegar las funciones del estudio a personal calificado, con la experiencia y educación que respalden su capacidad para desempeñar las funciones delegadas.
- Desarrollar y supervisar personalmente la investigación.
- Presentar oportunamente los reportes continuos y final del desarrollo de la investigación al comité.
- Recibir y atender las visitas del CBI-HRLCHF al sitio de investigación cuando lo solicite.

**COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL DR. LUIS CHICHO FÁBREGA**



Nota 056-CBI-HIRLCHIF/2023
Atalaya, 22 de mayo 2023

Por este medio se certifica que la información arriba descrita es fiel y verdadera según se refleja en los archivos y documentación del Comité de Bioética de la Investigación del hospital Dr. Luis Chicho Fábrega

Sin otro particular, queda de usted

Atentamente,

Melissa Herrera T. M.
Presidenta
CBI - HIRLCHIF

Lidia MELLISSA HERRERA
Presidenta

Comité de Bioética de la Investigación Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega
2023



Copia: archivo/EC-CBI-HIRLCHIF-2023-0492

ANEXO 8

Autorización Final de DENADOI

CAJA DE SEGURO SOCIAL



Apartado 08-15-06008
PANAMÁ, S. PANAMÁ

DENSYPs-DENADOI-527-2023
Panamá, 31 de mayo de 2023

Licenciada
Manuela Quintero
Investigadora Principal
Ciudad.-

Respetada Lda. Quintero:

Hemos revisado la información recibida con referencia al estudio "Caracterización epidemiológica y su relación con la Mortalidad en pacientes COVID-19 ingresados a UCI Respiratorio, Hospital de Aguadulce, 2021."

Verificamos que su estudio recibió Aprobación por parte del Comité de Bioética de la Investigación del Hospital Luis Chicho Fábrega el día 22 de mayo de 2023, y que las condiciones para el desarrollo del estudio en nuestra institución se mantienen, como se habían avalado previamente mediante Certificación de No Objeción por parte del Dr. Eunko G. Torrazza R., delegado por el Dr. Enrique Lau Cortés, Director General de la Caja de Seguro Social.

Por lo anterior, damos Autorización para el desarrollo del mismo dentro de la institución. Su estudio fue registrado con el código DENADOI-SIBI-092-2023, favor hacer referencia del mismo para cualquier consulta o para entrega del informe final o copia de la publicación.

Atentamente,



Dra. Nydia Flores Chirri
Jefa de la Sección de Investigación
y Bioética
NFCH/abw



"2023: AÑO DE RESULTADOS"


 ccsparatoma
 
 (507) 513-6276
 
 www.ccs.gob.pa

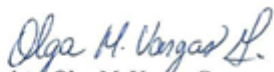
ANEXO 10**Certificación de Revisión redacción y ortografía**

Chitré, 16 de agosto de 2024

A QUIEN CONCIERNA:

Que la suscrita, OLGA M. VARGAS G., con cédula de identidad personal 7-111-872, Magíster en Lingüística Aplicada con especialización en Redacción y Corrección de Textos certifico, que he revisado la redacción y ortografía de la tesis titulada **“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID-19, INGRESADOS A LA UCI RESPIRATORIO, EN EL HOSPITAL RAFAEL ESTÉVEZ DE AGUADULCE, ENERO-AGOSTO 2021”**, presentada por la estudiante, **Manuela Elizabeth Quintero Cedeño**, con cédula de identidad personal 6-708-1067, para optar por el título de Maestría en Atención del Paciente Adulto en Estado Crítico.

Atentamente,


Magíster Olga M. Vargas G.

ANEXO 11

Certificado Aval

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO
HACE CONSTAR QUE

Olga M. Vargas E.

HA TERMINADO ESTUDIOS DE MAESTRÍA Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TÍTULO DE

**Magister en Lingüística Aplicada con Especialización
en Redacción y Corrección de Textos**

Y EN CONSECUENCIA SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE DAVID, A LOS **Treinta y un** DÍAS
DEL MES DE **Agosto** DEL AÑO DOS MIL **cuatro**.

Raúl E. Quirós C.
Secretario General
Diploma - 011051 -
Identificación Personal 7-111-872

[Firma]
Decano

Juanita Ramos Olue
Vicepresidente
de Investigación y Postgrado

[Firma]



ANEXO 12

CRONOGRAMA

[illegible]