

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS POST INFECCIÓN POR SARS-  
COV-2 EN PACIENTES DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS, 2021**

**TESIS**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR  
JAIR WILLMAN AYALA RAMOS  
WILDER JEAN CARLOS QUEVEDO ZUTA**

**ASESOR  
RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**LIMA - PERÚ  
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS POST INFECCIÓN POR  
SARS-COV-2 EN PACIENTES DEL HOSPITAL EDGARDO  
REBAGLIATI MARTINS, 2021**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:**

**JAIR WILLMAN AYALA RAMOS  
WILDER JEAN CARLOS QUEVEDO ZUTA**

**ASESOR  
Dr. RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a nuestras familias por su apoyo incondicional, confianza y amor día a día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias, por el apoyo en todo momento durante la realización de la presente tesis.

A aquellos miembros del Hospital Edgardo Rebagliati Martins por su respaldo para realizar nuestra recolección de datos e investigación, en especial al Dr. Daniel Angulo Chocano.

Al asesor, el Dr. Risof Solís Cóndor, por la ayuda brindada para la culminación del trabajo.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>I. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>11</b>
<b>II. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>III. DISCUSIÓN</b>	<b>21</b>
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	<b>24</b>
<b>V. RECOMENDACIONES</b>	<b>29</b>
<b>VI. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO 3: CONSTANCIA DE AUTORIZACION</b>	<b>44</b>



**JURADO**

**PRESIDENTE: NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO**

**MIEMBRO: JOHNNY FRANCISCO CASANOVA SALDARRIAGA**

**MIEMBRO: JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**



## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar y describir la prevalencia de la sintomatología clínica post infección por SARS-CoV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.

**Material y método:** Estudio cuantitativo observacional, descriptivo y transversal realizado durante enero a agosto del 2023 en el Hospital Eduardo Rebagliati Martins en Lima, Perú. La muestra correspondió a 167 pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna por el diagnóstico principal de COVID-19. Se obtuvo la data a través de entrevistas telefónicas utilizando “NSW Health COVID-19 Case Questionnaire”, así como al Índice de Comorbilidad de Charlson. Finalmente, se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo.

**Resultados:** En la población estudiada, la prevalencia de síntomas post COVID-19 es de 94.6%. Por otra parte, tras al menos un año posterior al alta hospitalaria, la prevalencia corresponde al 21.6%. Los sistemas más afectados fueron: Neurológico (28.8%); Musculoesquelético (10.78%); Cardiorrespiratorio (8.99%); Psicoemocional (8.99%) y Gastrointestinal (7.79%), otros representan 16.8%. La sintomatología persistente se asocia con una mayor edad ( $p < 0.000$ ), el menor lapso entre comienzo del cuadro clínico y la atención médica ( $p < 0.034$ ), un menor nivel educativo ( $p < 0.000$ ) y la no automedicación previa ( $p < 0.040$ ).

**Conclusión:** Se identificó una alta prevalencia de sintomatología post COVID persistente, en población que fue hospitalizada por COVID-19 en el Hospital Eduardo Rebagliati Martins en Lima, Perú.

**Palabras clave:** Pandemia, Signos y síntomas, Coronavirus, Comorbilidad, Virus del SRAS, Neumonía, Síndrome Post Agudo de COVID-19.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify and describe the prevalence of clinical symptoms post SARS-CoV-2 infection in patients treated at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in 2021.

**Material and method:** Quantitative observational, descriptive, and cross-sectional study carried out during January to August 2023 at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in Lima, Peru. In the present study, the sample corresponded to 167 patients who were hospitalized in the Internal Medicine service. Patient data was obtained through telephone interviews using the “NSW Health COVID-19 Case Questionnaire”, as well as the Charlson Comorbidity Index. Finally, a descriptive statistical analysis was carried out.

**Results:** In the studied population, the prevalence of persistent symptoms post COVID-19 is 94.6%. On the other hand, after at least one year after hospital discharge, the prevalence is 21.6%. The most affected systems were: Neurological (28.8%); Musculoskeletal (10.78%); Cardiorespiratory (8.99%), Psychoemotional (8.99%) and Gastrointestinal (7.79%), others represent 16.8%. Persistent symptoms are associated with older age ( $p$  0.000), shorter time between onset and medical attention ( $p$  0.034), lower educational level ( $p$  0.000) and no prior self-medication ( $p$  0.040).

**Conclusion:** A high prevalence of persistent post-COVID symptoms was identified in a population that was hospitalized for COVID-19 at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in Lima, Peru.

**Keywords:** Pandemics, Signs and Symptoms, Coronavirus, Comorbidity, SARS virus, Pneumonia, Post-Acute COVID-19 Syndrome.

NOMBRE DEL TRABAJO

**PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS POST  
INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIE  
NTES DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGL  
I**

AUTOR

**JAIR WILLMAN AYALA RAMOS**

RECuento de palabras

**9389 Words**

RECuento de caracteres

**52917 Characters**

RECuento de páginas

**46 Pages**

Tamaño del archivo

**1.1MB**

Fecha de entrega

**Mar 8, 2024 10:04 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Mar 8, 2024 10:06 AM GMT-5**

● **16% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## INTRODUCCIÓN

El primer informe respecto pandemia que hacía referencia al síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) fue en Wuhan, China, en el mes de diciembre del año 2019, siendo esta una de las primeras investigaciones que se tenía acerca del cuadro. Posteriormente, surgieron mayor número de ellas con el fin de ampliar conocimiento acerca de esta nueva enfermedad, centrándose en encontrar más información con respecto a su fisiopatología, clínica, métodos diagnósticos, tratamiento, entre otros. Sin embargo, por ser una patología relativamente nueva, pasó por inadvertido en un principio plantear la persistencia de síntomas en las personas que hayan padecido COVID-19.

El SARS-CoV-2 se define como una enfermedad infecciosa ocasionada por un coronavirus que conlleva a cuadros respiratorios leves a moderados y su recuperación es posible sin un tratamiento especializado. El virus se propaga mediante gotitas de Flügge en saliva o secreciones nasales que son generadas en el momento que la persona infectada estornuda o tose. No obstante, ancianos y aquellos que padecen comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas, entre otros, presentan una mayor probabilidad de presentar una clínica más severa. (19)

El National Institute for Health and Care Excellence sugiere las definiciones con relación a la infección por SARS-CoV-2. El COVID-19 agudo frecuentemente dura hasta las 4 semanas desde que aparecen los síntomas. El COVID-19 post agudo ocurre cuando los síntomas persisten por más de 4 semanas, o si en caso aparecen complicaciones tardías, este también incluye a los pacientes con COVID-19 persistente y secuelas post-COVID-19. La prevalencia global de síndrome post-COVID-19 se estima en 43%, según el metaanálisis de Chen et al. (58, 49)

Con respecto a la fisiopatología del COVID-19 persistente aún no están claros. Sin embargo, un elemento de suma importancia podría ser el estado de hiperinflamación crónica. Este virus en los pulmones activa la inmunidad innata, causando la cascada inflamatoria de liberación de citocinas, en las cuales se encuentran la interleucina IL-1, IL-6, factor de necrosis tumoral alfa y especies reactivas de oxígeno. (58)

Las elevaciones sistemáticas de citocinas son factores del desarrollo de fibrosis pulmonar y lesiones a nivel cardíaco y neurológico secundarias al daño endotelial producto de la activación de fibroblastos con depósito de colágeno y fibronectina. (58)

Además, niveles muy elevados de IL-6 podrían detener la homeostasis metabólica muscular e incrementar la pérdida muscular. Refieren que el músculo esquelético podría afectarse por la infección directa por SARS-CoV-2 de los miocitos, siendo estas células portadoras de una elevada expresión del receptor ACE2; así como indirectamente por la liberación sistémica de citocinas y la posterior perturbación de la homeostasis muscular, produciendo la debilidad muscular y fatiga. (58)

El primo hermano del COVID-19, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) fue una epidemia viral propagada por el SARS-CoV-1 en el año 2003 que afectó principalmente a la China, donde un total de 5327 casos fueron diagnosticados en aquel país y 349 personas perdieron la vida. Esa patología pudo extenderse a 29 países del hemisferio norte, gracias a su periodo de incubación de entre 10 a 14 días, dejando un saldo de 8422 casos y 916 muertes globales. Estudios relacionados a aquella enfermedad, como el de Zhang y colaboradores -siguiendo durante 15 años las afecciones residuales por el SARS-CoV-1 (2003-2018)- demostraron la existencia de lesiones residuales respiratorias asociadas a la pérdida de función pulmonar. (9, 10)

Según un estudio italiano del año 2020 por Carti y colaboradores, la gran mayoría de pacientes afectados por el COVID-19 presenta en su sintomatología disnea, fiebre, tos, síntomas gastrointestinales y musculoesqueléticos -como fatiga, dolor articular y mialgias-, disgeusia y anosmia. En los pacientes recuperados, se les analizó 60 días después de sus primeras molestias, encontrándose que solo un 13 % se habían recuperado sin síntomas asociados al COVID-19; y en contraste, el 32% continuó con uno o dos síntomas, y el 55% siguió mostrando al menos tres de ellos. Principalmente se encontró a la fatiga (53%), disnea (43%), artralgias (27%) y dolor en tórax (21%). (6)

En un trabajo por Greenhalgh et al. en el British Medical Journal, se estipula, en un marco de ausencia de definiciones claras y consensuadas, el término de “COVID-19 post agudo”, el cual refiere a la presencia de sintomatología posterior a esta

enfermedad tras tres semanas desde la primera manifestación. De la misma forma, el nombre “COVID-19 crónico” a los síntomas con duración superior a las doce semanas. Esa publicación se basa, a su vez, en el Estudio de Síntomas del COVID en Reino Unido, en el cual se reportó que un 10% de pacientes infectados presentó síntomas más allá de tres semanas, e incluso un porcentaje menor por un periodo de algunos meses. (17).

Una revisión narrativa de A. López-Sampalo et al. acerca de la prevalencia de COVID-19 persistente, definida como síntomas que persisten más de 4 a 12 semanas posterior a la infección aguda, nos relata que países como el Reino Unido, en torno al 10% de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 se mantienen con síntomas después de las 3 semanas y un porcentaje inferior durante meses posteriores a la fase aguda. (58)

Asimismo, en Estados Unidos, en un estudio observacional de cohortes en el cual se evaluó a 488 pacientes posteriormente a su alta hospitalaria, se halló que el 32.6% de esos pacientes informaron síntomas persistentes a los 3 meses, siendo de principal prevalencia la disnea, seguido de la tos y en tercer lugar la anosmia/ageusia. (58)

En Italia, se halló que, de 143 pacientes, el 87.4% presentaba síntomas que persistían tras un seguimiento de 2 meses desde que iniciaron el cuadro; donde se encontraron que los síntomas más frecuentes eran la fatiga, disnea y dolor articular. En Francia, el 66% de los pacientes los tenían a los 60 días de seguimiento, principalmente la astenia, disnea, anosmia/ageusia. (58).

En China, donde fueron evaluados 1733 personas a los 6 meses de inicio de la clínica, se encontró que el 76% reportaron al menos un síntoma que aún persistía, con los síntomas más comunes como dificultad para dormir, fatiga/debilidad muscular y ansiedad/depresión. (58).

A su vez, en un estudio multicéntrico español de cohorte retrospectiva, se analizó la prevalencia en 962 pacientes que estuvieron hospitalizados en la fase aguda de la infección, encontrado que el 63.9% presentaba síntomas después de 6 meses de seguimiento, donde se encontró usualmente la disnea, fatiga y anosmia. (58)

En nuestro país, un estudio realizado en el servicio de infectología de un hospital general en Lima, con pacientes que continuaron con la sintomatología tras más de dos semanas de concluir con su aislamiento, indica que aún es incierto el futuro de los pacientes recuperados de esta enfermedad, así como la continuación de manifestaciones clínicas, la magnitud, impacto en la vida y salud. Estos presentaron mayores quejas en el aparato respiratorio, seguido de problemas neurológicos, otorrinolaringológicos, musculoesqueléticos, digestivos y psiquiátricos. (7)

La información recolectada acerca de la sintomatología post infección COVID-19 que fue atendida en un hospital nos contribuye a inferir un pronóstico e identificar factores de riesgo que podrían tener los pacientes.

El establecimiento donde se ha realizado el estudio es un hospital de Lima Metropolitana perteneciente al Seguro Social de Salud, llamado Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el distrito de Jesús María de la ciudad de Lima capital del Perú. El estudio se realiza mediante un cuestionario que tiene como referencia al NSW Health COVID-19 Case Questionnaire del sistema de salud público del Gobierno de Nueva Gales del Sur, Australia y al Índice de Comorbilidad de Charlson.

El presente proyecto plantea describir los síntomas posteriores a la infección por SARS-CoV-2, planteando la pregunta ¿Cuál es la prevalencia de la persistencia de los síntomas post infección por SARS-CoV-2 en los pacientes hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el 2021?

El objetivo que se tiene con la pregunta es el identificar y describir la prevalencia de la sintomatología clínica post infección por SARS-CoV-2.

## I. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación está circunscrita a un estudio de diseño observacional a consecuencia que no intercede en el rumbo de los acontecimientos, es descriptivo porque se limitó a caracterizar las variables del estudio y transversal debido a que la encuesta se realizó en un momento definido.

El proyecto se llevó a cabo en un hospital de Lima Metropolitana perteneciente al Seguro Social de Salud, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el distrito de Jesús María, y se realizó en el área COVID de medicina interna, en un universo poblacional de 7757 pacientes atendidos desde enero hasta diciembre del 2021.

El tamaño muestral fue calculado con la fórmula de población finita de estudios transversales, considerando una significancia de 95%, y una potencia de 5% obteniendo como resultado 167 participantes.

El muestreo empleado fue probabilístico tipo sistemático, ya que se escogió al primer paciente al azar y luego se seleccionaron a los posteriores con intervalos sistemáticos cada tres pacientes, si en caso el paciente no contestaba se procedía a escoger al paciente que se encontraba debajo en la lista, hasta alcanzar el tamaño de muestra deseado.

Como criterios de inclusión se consideró a pacientes que acepten participar a través del consentimiento informado y con alta hospitalaria tras infección por SARS-CoV-2. Como criterios de exclusión se consideró a pacientes con prueba para SARS-CoV-2 positiva posterior a su alta del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, así como a aquellos fallecidos tras esta sin importar la causa del evento.

Solo un 10% aproximadamente recordaba con cierta claridad los medicamentos que uso al automedicarse o aquellos brindados por un médico, por lo cual la medicación utilizada no se pudo precisar. No se incluyeron gestantes, advirtiéndose que ninguna participante femenina se encontraba gestando al momento de la infección por SARS-CoV-2. Tampoco los pacientes pudieron precisar con exactitud el método de método de confirmación diagnóstica en más del 20% casos.



Para la ejecución del instrumento, en primer lugar, se solicitó la autorización del Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres. Después la autorización por parte de Grados y Títulos de la misma universidad. Por último, se solicitó la autorización y aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, posterior a ello se organizó y construyó la base de datos con la información necesaria de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión en el programa Microsoft Excel.

Finalmente, se realizaron encuestas telefónicas a los pacientes seleccionados, se les solicitaba autorización para participar en el estudio, se les comunicaba el consentimiento informado, y con su aprobación se procedía con la encuesta de unos 20 minutos aproximadamente. Los resultados se anotaron directamente en el programa Microsoft Excel.

El instrumento empleado tiene como base de referencia la versión en español del NSW Health COVID-19 Case Questionnaire del sistema de salud público del Gobierno de Nueva Gales del Sur, Australia y al Índice de Comorbilidad de Charlson, con el fin de extraer la información necesaria para responder a nuestras variables de este trabajo.

En la primera parte de la encuesta está conformado por datos generales del paciente. En la segunda, por preguntas de datos clínicos. La tercera sirve para verificar los síntomas. Finalmente, en la última parte se comprueba qué factores de riesgo presenta y se describe el estado de vacunación que tiene el paciente. (62)

Con respecto al procesamiento de la información, se utilizó una base de datos elaborada en Microsoft Excel, permitiendo la elaboración de la digitación informática en el programa SPSS. Se desarrolló el análisis de consistencia de los datos. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo de frecuencias. Tras ello, el bivariado usando pruebas de chi cuadrado para variables categorías con el fin de valorar relaciones entre los datos contemplados. Asimismo, los resultados se presentan en tablas y gráficos según la naturaleza de las variables.

El estudio cumplió con los principios éticos. Se respetó la Autonomía con relación a que los pacientes decidieron participar mediante el consentimiento informado (Anexo 1). Existe el principio de Beneficios de la medicina, debido a que con este

estudio se puede conocer los síntomas más percibidos como secuela post COVID-19 con el fin de aportar información estadística e impulsar más líneas de investigación a favor de la salud de la población.

El trabajo cumple con el principio de la No Maleficencia, al no ocasionar perjuicio alguno a los participantes, respetando en primer lugar la confidencialidad de sus datos. Por último, se brinda Justicia, ya que todos los participantes tuvieron el mismo respeto y consideración.

## II. RESULTADOS

Se realizaron llamadas a 167 pacientes que fueron hospitalizados con diagnóstico COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre los meses de enero a diciembre de 2021. De estos, la media de edad de los encuestados fue de 55 años. La mayor parte corresponden al género femenino, siendo 100 pacientes (59.88%). En su mayoría fueron adultos mayores con un número de 67 personas (40.12%).

Considerando la actividad laboral gran parte estuvieron laborando como empleados, 89 pacientes (53.29%). Asimismo, la mayor parte de los encuestados tuvieron un Nivel de instrucción secundario alcanzando a corresponder a una suma de 74 de ellos (44.31%). Por último, 128 (76,65%) residían en Lima Metropolitana al momento de la infección [ver Tabla 1].

Con relación a los antecedentes de COVID-19 en la familia, tenemos que, dentro de su hogar la gran parte convive con aproximadamente tres a cuatro personas reflejado en 88 pacientes (52.70%), siendo esta misma cantidad la comúnmente afectada por COVID-19, dentro de una misma vivienda con 60 de los encuestados (35.93%). 53 personas (31.74%) destacaron que algún familiar directo fue hospitalizado también por COVID-19. Además, 41 del total (24.55%) presentaron al menos un familiar directo fallecido por esta enfermedad.

Clínicamente, tras los primeros síntomas, 146 de los entrevistados esperaron hasta 10 días en recibir una primera atención médica (87.42%) -la mitad de ellos no superando los 5 días-. 69 pacientes se automedicaron (41.32%). Un total de 155 (92.8%) no estaban vacunados en ese momento. Posteriormente, 71 personas (42.51%) estuvieron hospitalizados entre 15 y 30 días, seguido por 65 de estos con tiempo internado menor a los 15 días (38.92%).

Ciento nueve pacientes presentaron al menos una comorbilidad previa (65.27%). Además, fue este cuadro la primera infección diagnosticada por SARS-CoV-2 para 163 (97.60%) –se considera un tiempo de al menos doce semanas entre episodios para diferenciar cuadros separados en el tiempo de COVID-19 persistente-.

**Tabla 1.** Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y de salud de los pacientes con síntomas post infección por SARS COV-2 del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el Año 2021

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	67	40.12
Femenino	100	59.88
<b>Grupos de Edad</b>		
<30	2	1.20
31--40	8	4.80
41--50	42	25.15
51--60	48	28.74
>60	67	40.13
<b>Grado de Instrucción</b>		
Ninguna o inicial	5	2.99
Primaria	34	20.36
Secundaria	74	44.31
Superior	54	32.34
<b>Número de personas con las que vive</b>		
0	4	2.40
1-2	25	14.97
3-4	88	52.70
≥5	52	31.14
<b>Número de personas de su hogar infectado con COVID</b>		
0	21	12.57
1-2	59	35.33
3-4	60	35.93
≥5	27	16.17
<b>Ocupación</b>		
Sin ocupación / Jubilado	41	24.55
Ama de casa	13	7.78
Estudiante	0	0.00
Agricultor	0	0.00
Personal de salud	15	8.98
Ejecutivo / director	3	1.80
Empleado	89	53.29
Obrero	6	3.59
<b>Procedencia</b>		
Lima Metropolitano	128	76.65
Lima Provincia	1	0.60
Callao	5	2.99
Otras regiones	33	19.76

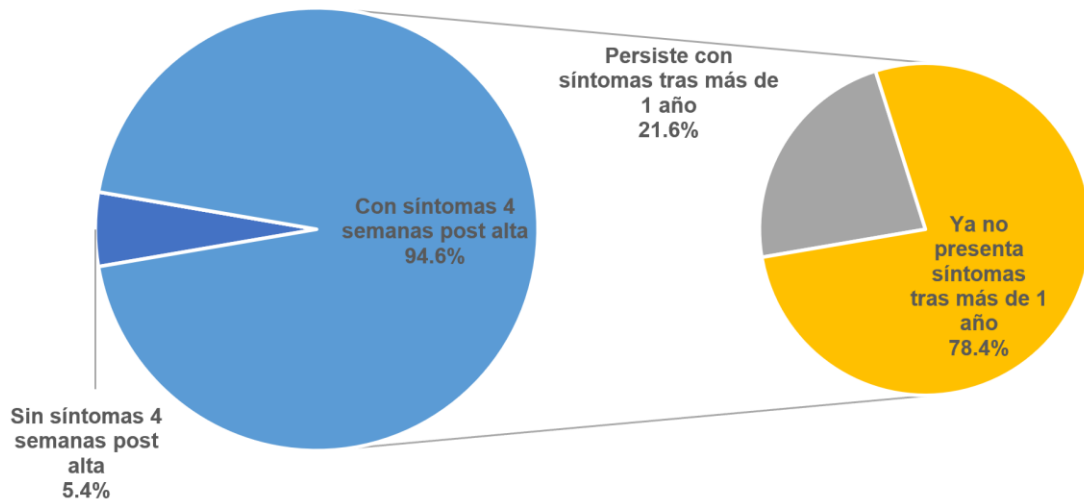
<b>Número de días desde que inicio de síntomas hasta tratamiento de un médico</b>		
0--5	73	43.71
6--10	73	43.71
>10	21	12.58
<b>Tiempo de hospitalización</b>		
Menor a 15 días	65	38.92
Entre 15 días y un mes	71	42.51
Entre un mes a 45 días	20	11.98
Más de 45 días	10	5.99
No sabe	1	0.60
<b>Algún miembro de su familia directa falleció por COVID-19</b>		
No	126	75.45
Si	41	24.55
<b>Algún miembro de su familia directa se hospitalizo por COVID-19</b>		
No	114	68.26
Si	53	31.74
<b>Automedicación</b>		
No	98	58.68
Si	69	41.32
<b>Antecedentes de infección por COVID-19 hace más de 3 meses</b>		
Ninguna	0	0.00
1 vez	163	97.60
2 veces	4	2.40
Más de 2 veces	0	0.00
<b>Vacunación previa a la infección</b>		
No	155	92.8
Sí	12	7.2
<b>Número de comorbilidades</b>		
0	58	34.73
1	72	43.11
2	21	12.57
≥3	16	9.58

Fuente: Elaboración propia

De 167 pacientes entrevistados, 158 (94.6%) refiere que percibió al menos un síntoma persistente como secuela tras cuatro semanas posteriores al alta de su hospitalización por infección por SARS-CoV-2.

Asimismo, dentro de este grupo, 34 pacientes (21.6%) continuaron con esta sintomatología hasta el momento de la encuesta. Teniendo en cuenta que el

paciente con un tiempo de alta más próxima a la entrevista fue de doce meses, consideramos esto como una prevalencia de persistencia de síntomas al año del alta. [Ver Figura 1]



**Figura 1.** Prevalencia global de síntomas persistentes post COVID-19 en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el Año 2021

Fuente: Elaboración propia

Al caracterizar la sintomatología persistente tras más de un año, encontramos que según sistema del organismo; los predominantemente reportados son: síntomas neurológicos en 49 pacientes (28.8%); seguido por el sistema musculoesquelético en 18 de estos (10.78%); en tercer lugar, el cardiorrespiratorio y los problemas psicoemocionales con 15 entrevistados cada uno (8.99% y 8.99% respectivamente); tras ellos el aparato gastrointestinal se muestra afectado en 9 del grupo (5.4%). Cabe resaltar que hay un gran sector de síntomas diversos, cuya frecuencia relativa asoma el 16.8%. [Ver Tabla 2]

**Tabla 2.** Consolidado según sistemas sobre la prevalencia de pacientes con síntomas persistentes tras más de un año post alta hospitalaria por infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins

	n	%
<b>Neurológicas</b>	49	28.8
<b>Musculoesqueléticas</b>	18	10.78
<b>Cardiorrespiratorias</b>	15	8.99
<b>Psicoemocionales</b>	15	8.99
<b>Gastrointestinales</b>	9	5.4
<b>Otras</b>	28	16.8

Fuente: Elaboración propia

Al describir la sintomatología persistente tras un año en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins según síntomas específicos, la fatiga en 16 pacientes (9.58%); fallos en la memoria en 12 (7.19%); dolor torácico en 9 (5.39%); dolor articular en 9 (5.39%); alteraciones visuales en 8 (4.79%); calambres en 8 (4.79%) y disnea en 7 de los encuestados (4.19%). [Ver Tabla 3]

**Tabla 3.** Distribución de la clínica persistente tras más de un año de los pacientes con síntomas post infección por SARS COV-2 del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el Año 2021

	n	%
<b>Neurológicos</b>		
Fallo de memoria	12	<b>7.19</b>
Visión borrosa	8	<b>4.79</b>
Calambres	8	<b>4.79</b>
Dificultad de atención	6	<b>3.59</b>
Parestesias	4	<b>2.40</b>
Dificultad en cálculos	4	<b>2.40</b>
Cefalea	4	<b>2.40</b>
Pérdida de sabor	1	<b>0.60</b>
Pérdida de olfato	1	<b>0.60</b>
Confusión	1	<b>0.60</b>
<b>Musculoesqueléticos</b>		
Dolor torácico	9	<b>5.39</b>

Dolor articular	9	<b>5.39</b>
<b>Cardiorrespiratorios</b>		
Disnea	7	<b>4.19</b>
Rinorrea	3	<b>1.80</b>
Palpitaciones	3	<b>1.80</b>
Tos	2	<b>1.20</b>
<b>Psicoemocionales</b>		
Deprimido	6	<b>3.59</b>
Preocupación	4	<b>2.40</b>
Malestar	3	<b>1.80</b>
Irritabilidad	2	<b>1.20</b>
<b>Gastrointestinales</b>		
Dolor abdominal	4	<b>2.40</b>
Diarrea	3	<b>1.80</b>
Náuseas / Vómitos	2	<b>1.20</b>
<b>Otros</b>		
Fatiga	16	<b>9.58</b>
Caída de cabello	6	<b>3.59</b>
Dolor de garganta	2	<b>1.20</b>
Debilidad	2	<b>1.20</b>
Fiebre	1	<b>0.60</b>
Escalofríos	1	<b>0.60</b>
Diaforesis	1	<b>0.60</b>

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar la presencia de síntomas persistentes después de al menos un año tras el alta de los pacientes con relación a características cualitativas sociodemográficas y de salud, encontramos una relación estadística significativa con respecto al nivel educativo del paciente y la presencia de automedicación, apreciándose que, a menor grado alcanzado de estudios, este representa una mayor probabilidad de presentar clínica persistente (p 0.000).

Asimismo, aquellos pacientes que antes a la atención médica se automedicaron, presentan una menor prevalencia de sintomatología persistente subsiguientemente (p 0.040).

Por otra parte, destaca el hecho que no existe asociación significativa en referencia a la vacunación previa (p 1.000) o comorbilidad preexistente en el paciente (p 0.155). Del mismo modo, otras variables como el sexo (p 0.456) o el precedente de



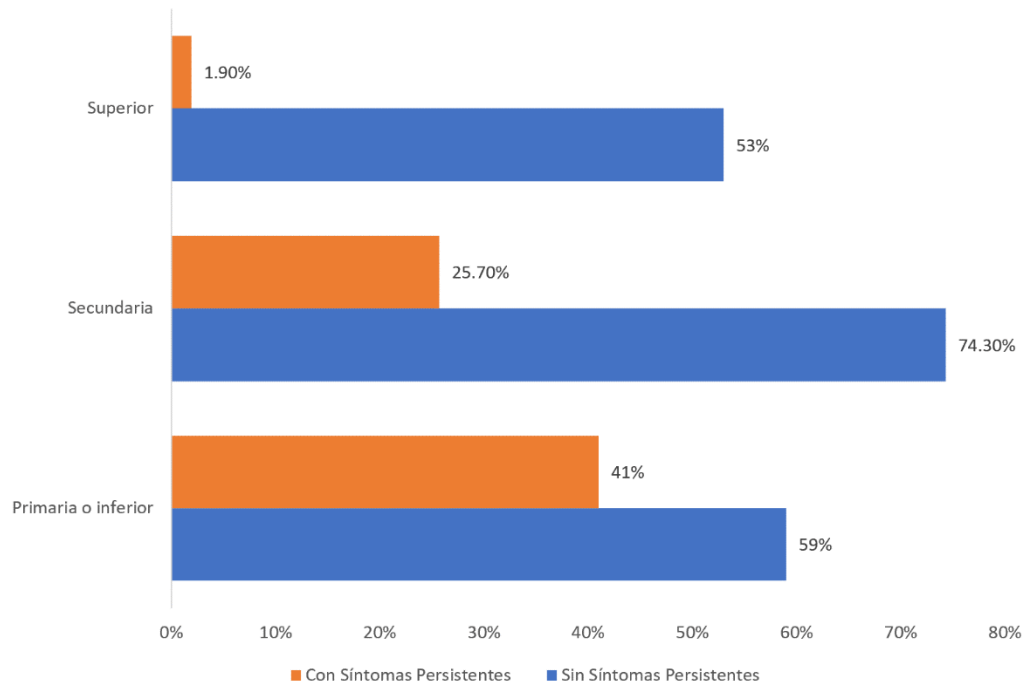
una infección con COVID-19 anterior al episodio del estudio ( $p < 0.000$ ) tampoco fueron significativos. [Ver Tabla 4]

**Tabla 4.** Presencia de sintomatología persistente tras por lo menos un año ulterior al alta hospitalaria según características cualitativas sociodemográficas y médicas.

<b>Síntomas persistentes tras al menos un año después del alta</b>					
	<i>Sin síntomas persistentes</i>		<i>Con síntomas persistentes</i>		<i>p</i>
<b>Sexo</b>					
<b>Masculino</b>	76	76.0%	24	24.0%	0.456
<b>Femenino</b>	55	82.1%	12	17.9%	
<b>Nivel educativo</b>					
<b>Primaria o inferior</b>	23	59.0%	16	41.0%	0.000
<b>Secundaria</b>	55	74.3%	19	25.7%	
<b>Superior</b>	53	98.1%	1	1.9%	
<b>Automedicación</b>					
<b>No</b>	71	72.4%	27	27.6%	0.040
<b>Sí</b>	60	87.0%	9	13.0%	
<b>Antecedente de infección por COVID-19 hace más de 3 meses</b>					
<b>1 vez</b>	128	78.5%	35	21.5%	1.000
<b>2 veces</b>	3	75.0%	1	25.0%	
<b>Vacunación previa</b>					
<b>No</b>	122	77.7%	35	22.3%	1.000
<b>Sí</b>	9	90.0%	1	10.0%	
<b>Comorbilidad previa</b>					
<b>No</b>	48	85.7%	8	14.3%	0.155
<b>Sí</b>	83	74.8%	28	25.2%	

Fuente: Elaboración propia

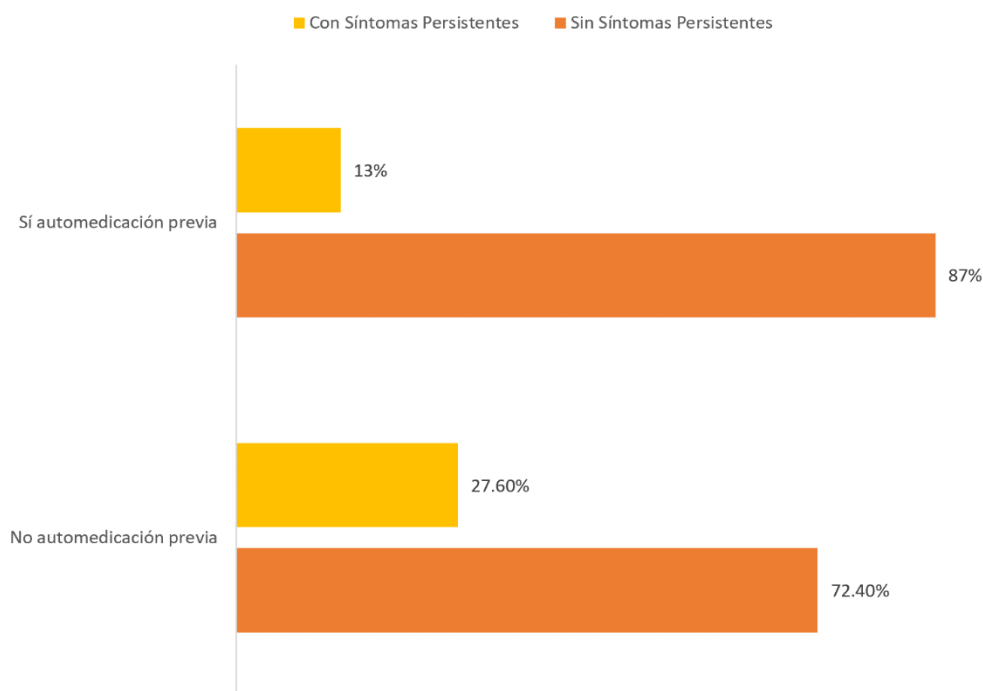
En la Figura 2 se representa el porcentaje de pacientes según nivel educativo comparando ambos grupos entre la persistencia o no de clínica posterior al alta hospitalaria. Es evidente que, a menor grado de instrucción, se llegó a más número de personas con síntomas duraderos. Graficando lo mencionado previamente de una significancia estadística encontrada ( $p < 0.000$ ).



**Figura 2.** Comparación entre Persistencia de síntomas post COVID-19 y el Nivel Educativo

Fuente: Elaboración propia

Del mismo modo, al comparar la persistencia de síntomas en automedicados o no; se evidencia la menor prevalencia en los pacientes con antecedentes de automedicación ( $p$  0.040). [Ver Gráfico 3].



**Figura 3.** Comparación entre Persistencia de síntomas post COVID-19 y el la Automedicación Previa

Fuente: Elaboración propia

Al comparar la presencia de síntomas persistentes después de al menos un año posterior al alta de los pacientes en relación con las características cuantitativas sociodemográficas y de salud. Es importante mencionar que se manifiesta mayor prevalencia en aquellos de más ancianos ( $p < 0.000$ ). Por otro lado, un menor número de días desde el inicio del cuadro infeccioso, hasta finalmente acudir por manejo médico se asocia con mayor posibilidad de persistencia ( $p < 0.034$ ), siendo el tiempo aproximadamente de 5 días hasta la atención médica. [Ver Tabla 5].

**Tabla 5.** Presencia de sintomatología persistente tras por lo menos un año ulterior al alta hospitalaria según características cuantitativas sociodemográficas y médicas.

	Síntomas persistentes tras al menos un año después del alta				
	<i>Sin síntomas persistentes</i>		<i>Con síntomas persistentes</i>		<b>p</b>
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	
<b>Edad</b>	54.88	11.790	63.89	9.444	0.000

<b>N° personas con las que vive</b>	4.18	2.085	3.39	2.115	<i>0.012</i>
<b>N° personas de su hogar que se infectaron con COVID-19</b>	2.92	2.250	2.75	1.873	<i>0.953</i>
<b>N° días desde inicio de síntomas hasta tratamiento de un médico</b>	6.51	4.493	5.03	4.359	<i>0.034</i>
<b>Tiempo de hospitalización</b>	1.85	0.895	1.92	0.874	<i>0.633</i>
<b>Días desde inicio de los síntomas hasta alta</b>	6.51	4.493	5.03	4.359	<i>0.839</i>

Fuente: Elaboración propia

### III. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es el identificar y describir la prevalencia de la sintomatología clínica post infección por SARS-CoV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021. Se identificó en la muestra trabajada que casi el total de pacientes (94.6%) presentaron sintomatología persistente que identificaron como secuela tras cuatro semanas después de salir de alta del mencionado hospital.

Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA), consideran al Síndrome post-COVID 19 a aquel Conjunto de manifestaciones clínicas en relación posterior a la infección por SARS-CoV-2 después de las 3-4 semanas consecutivas al cuadro. (44, 45)

Desde comienzos de la pandemia, se realizaron investigaciones y proyecciones, como de la Organización Mundial de Salud (OMS), en función a que las manifestaciones clínicas del COVID-19 pueden perdurar por años siguientes. (8, 18)

Otros proyectos con relación a infecciones por MERS concluyen la fatiga crónica como consecuencia mayor posterior al cuadro. (12)

En estudios previos realizados en función a la pandemia por SARS-CoV-2, como en el Sibila et al. Identifican a la disnea, marcadores inflamatorios y anormalidades en DLCO como consecuencias tras la hospitalización por la enfermedad, especialmente en pacientes con comorbilidades crónicas. (16)

Con respecto a la prevalencia global de secuelas, denominado como síndrome post-COVID 19, esta se estima en 43% según el metaanálisis de Chen et al. Sin embargo, este valor es variable según el tipo de población. En pacientes que fueron hospitalizados –como en este presente trabajo-, el rango oscila entre 22 a 81%; en no hospitalizados varía de 23 a 53%; finalmente, en grupos mixtos, nos arroja el rango de 9 a 62%. La clínica representativa es la fatiga (58%). (49)

Según el metaanálisis de López-León et al., este demuestra un 80% de persistencia de síntomas posteriores a las 2 semanas tras la infección. Siendo los más frecuentes la fatiga, cefalea, alteración de la concentración, pérdida de cabello y disnea. Muy similar al trabajo de Gutiérrez et al. (38, 51)

En el estudio reportamos un 94.6% de prevalencia de síndrome post-COVID 19. Probablemente en relación con el tipo de muestra, siendo del área de hospitalización de medicina interna de un hospital de tercer nivel, referencia en el país, durante la segunda ola de infecciones y sin vacunación previa en la gran mayoría de casos. Considerando las dificultades de una entrevista telefónica.

Otros metaanálisis como los de O'Mahoney et al., Huang et al y Rahmati et al. Arrojan una prevalencia de 45%, 50% y 41.7% respectivamente. Asimismo, estos –sumado a Iqbal et al, Han et. Al., entre otros- reportan la predominancia de la fatiga, disnea y tos, así como el mayor impacto en síntomas respiratorios y neurológicos -estos últimos como son la alteración cognitiva, ansiedad y depresión- seguidos por el síndrome doloroso torácico, articular, entre otros. Resultados que se relacionan con lo informado en la presente tesis. (38, 39, 40, 47, 48, 50, 55)

Se estudió la persistencia de síntomas tras al menos un año culminado la infección. Se encontró esta afección en 21.6% del total de pacientes que estuvieron hospitalizados.

Los sistemas más afectados fueron el neurológico (28.8%), seguido por el musculoesquelético (10.78%); más atrás quedan el aparato cardiorrespiratorio y el psicoemocional (8.99% cada uno). Por otro lado, la clínica más recurrente en persistencia corresponde a la fatiga (9.58%), fallos en la memoria (7.19%), dolor torácico (5.39%), dolor articular (5.39%), alteraciones visuales (4.79%), calambres (4.79%) y disnea (4.19 %).

Destacan otras revisiones, como Han et al., que muestra factores asociados a la posibilidad de desarrollar síndrome post COVID-19; estos son la edad avanzada, el sexo femenino y severidad del cuadro inicial. Por su parte, Marjenberg et al. añade otras variables como el nivel socioeconómico, fumadores, obesidad, asma y salud previa a la infección como relacionadas a mayor riesgo de desarrollar secuelas. (37, 50, 54)

En nuestro trabajo, hemos identificado asociación estadística en una mayor persistencia de síntomas junto a: La mayor edad (p 0.000), posiblemente debida a la inmunosenescencia natural en el organismo. El menor lapso entre el comienzo del cuadro y la atención médica (p 0.034), quizás relacionado a que, a mayor severidad de síntomas iniciales, más pronto acudir a un centro de salud. Un menor nivel educativo (p 0.000), seguramente subsecuente al mejor acceso al sistema de salud, medicinas, entre otros correspondientes a un mejor estatus socioeconómico. Y finalmente, a la no automedicación previa (p 0.040), ya que es probable que, en el intento de anticipar una cura o mejoría, algún fármaco haya tenido cierto efecto positivo en la salud del paciente.

También es destacable que no exista significancia estadística encontrada en nuestra población entre variables como vacunación previa (p 1.000), presuntamente en cuestión a que durante el tiempo anterior a que estos pacientes se hospitalizaron no había vacunas disponibles en nuestro país; aquellos participantes del estudio quienes sí contaron con alguna dosis la habían obtenido en un país extranjero.

Paralelamente, no encontramos asociación significativa en el ítem de comorbilidad previa (p 0.155), así como del tiempo de hospitalización (p 0.633); esto podría ser debido a que las mencionadas variables están más en correlación a términos de severidad del cuadro, más no a COVID-19 persistente.

Igualmente, el antecedente de cuadro previo de infección por SARS-CoV-2 no es significativo, presumimos se debe al tipo de población con la que se elaboró la tesis, quienes en su gran mayoría era el primer episodio sintomático de la enfermedad (p 1.000).

Del mismo modo, mencionamos que globalmente se identifica al sexo femenino con el síndrome post agudo de COVID-19; encontramos mayor número de pacientes femeninos en nuestra población, no obstante, no es significativa la relación (p 0.456). (37, 49, 50, 51, 54, 60, 61)

Se debe considerar que este proyecto excluye a pacientes que hayan fallecido, independientemente de la causa de ese hecho, siguientemente del alta.

De todos modos, al presentar nosotros un trabajo exploratorio, estos factores que se encuentran asociados deberían evaluarse en estudios analíticos para ser corroborados.

En otro tema, existen estudios que comparan la disminución de la prevalencia de síntomas constantes conforme pasan los meses ulteriores a la infección por SARS-CoV-2. Según Liu et al. -quienes consideran en su trabajo una prevalencia de 51.2% inicialmente- este valor disminuye a 40% a los 3 meses y a 28% en los 6 meses posteriores. Por parte de Han et al., el original 68% de persistencia decrece a 49% dentro de los 12 meses consecutivos. En nuestro trabajo, inicialmente un 94.6 % de pacientes refieren haber tenido al menos un síntoma tras las cuatro semanas de alta, tras ello solo un 21.6% continúa con alguno luego mínimo un año transcurrido. (50, 56)

Trabajos realizados en Sudamérica también denotan a la fatiga como primer síntoma destacado, así como una prevalencia general de síndrome post COVID-19 de aproximadamente 70%. (53, 57)

En cuanto a otras tesis realizadas en nuestro país, los resultados son similares a los de Rojas, Ochoa, Guerrero y Tarazona et al. demostrando que entre seis a ocho pacientes de cada diez persiste con síntomas subsiguiente a la viremia (40, 41, 42, 43)

Como limitantes, se anuncia la falta de estudios similares al momento de la producción del plan de investigación y realización de las encuestas por el contexto de crisis sanitaria. Sin embargo, consideramos esa como una oportunidad al ser de los primeros en el Perú que aborda la presente problemática, más aún en un hospital de alta complejidad. Por otra parte, no se busca el seguimiento de pacientes, identificar la causalidad de los síntomas ni factores que los desencadenan.

A su vez, la presente investigación sólo comprendió de pacientes atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, por lo cual es susceptible a sesgos, ya que no será extrapolable a distintas poblaciones.

Se espera que los resultados sirvan para lograr un enfoque anticipado sobre la carga hospitalaria, el diseño de estrategias de prevención temprana de los



síntomas y rehabilitación, conocer a los pacientes que podrían verse más afectados, inferir y focalizar la atención a aquellos de mayor riesgo y anticipar el motivo de consulta por parte de pacientes que fueron afectados por la pandemia. En la misma línea, se impulsa a la realización de mayores estudios en diferentes poblaciones y en búsqueda de asociaciones de causalidad, factores de riesgo y seguimiento de pacientes.

#### IV. CONCLUSIONES

- Los pacientes hospitalizados por COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, fueron principalmente mujeres, así como la mayoría del total fueron adultos mayores; la gran parte presentó al menos una comorbilidad previa.
- En el presente proyecto, la prevalencia de síndrome post-COVID 19 es de 94.6%, alta en comparativa a la prevalencia mundial de pacientes post hospitalizados (22 a 81%).
- La prevalencia persistente luego de mínimo un año posterior al alta hospitalaria, fue de 21.6%
- Los sistemas más afectados del grupo mencionado en el punto anterior son: Neurológico (28.8%); Musculoesquelético (10.78%); Cardiorrespiratorio (8.99%) y Psicoemocional (8.99%) y Gastrointestinal (5.4%). De otros síntomas diversos, su frecuencia relativa asoma el 16.8%.
- Los síntomas post COVID-19 que más persisten tras el año ulterior al alta son la Fatiga (9.58%), Fallos en la memoria (7.19%), Dolor torácico (5.39%), Dolor articular (5.39%), Alteraciones visuales (4.79%), Calambres (4.79%) y Disnea (4.19%).
- Los factores clínicos-sociodemográficos asociados estadísticamente significativos son: la mayor edad (p 0.000), el menor lapso entre comienzo del cuadro y la atención médica (p 0.034), un menor nivel educativo (p 0.000) y la no automedicación previa (p 0.040).

## V. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar, por parte del Ministerio de Salud, protocolos de atención para identificar y tratar las secuelas mayormente reportadas por parte de pacientes que fueron afectados por la pandemia. Incorporando estrategias de rehabilitación.
- El personal de médico de primer nivel de atención debe capacitarse en conocer a los pacientes que podrían verse más afectados y focalizar la atención a aquellos de mayor riesgo posterior a la infección por COVID-19.
- Se recomienda diseñar, desarrollar y fortalecer estrategias de parte del Gobierno enfocadas a la atención integral al paciente afectado por la pandemia en cuestión de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud tras superado este cuadro.
- Se plantea la necesidad de impulsar la continuidad de líneas de investigación respecto a las secuelas post infección por SARS-CoV-2 en diferentes poblaciones, así como el análisis de causalidad y factores que afectan la presencia de la persistencia de este problema, con el fin de mejorar y perfeccionar la atención integral de calidad a los pacientes con síntomas y secuelas post COVID-19.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chakraborty C, Sharma AR, Sharma G, Bhattacharya M, Lee SS. SARS-CoV-2 causing pneumonia-associated respiratory disorder (COVID-19): diagnostic and proposed therapeutic options. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* abril de 2020;24(7):4016-26.
2. Chen Y, Klein SL, Garibaldi BT, Li H, Wu C, Osevala NM, et al. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. *Ageing Res Rev.* enero de 2021;65:101205.
3. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, DC: OPS; c2021. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19); 9 de febrero de 2021 [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-febrero-2021>
4. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Lima: INS; c2021. INS detectó la presencia de la variante brasileña del coronavirus en Loreto, Huánuco y Lima; 2021 [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/ins-detecto-la-presencia-de-la-variante-brasilena-del-coronavirus-en-loreto-huanuco>
5. Gestión [Internet]. Lima; c2021. Pandemia del COVID-19 dobla las muertes anuales de Perú, con un incremento de 125,000; 2021 [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/pandemia-del-covid-19-dobla-las-muertes-anuales-de-peru-con-un-incremento-de-125000-noticia/>
6. Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 11 de agosto de 2020;324(6):603-5.
7. Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, Herrera-Alania O, Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, et al. ¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID-19? *Acta Médica Peru.* Octubre de 2020;37(4):565-70.
8. Wang F, Kream RM, Stefano GB. Long-Term Respiratory and Neurological Sequelae of COVID-19. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 1 de noviembre de 2020;26:e928996.

9. Ngai JC, Ko FW, Ng SS, To K-W, Tong M, Hui DS. The long-term impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity and health status. *Respirology*. 2010;15(3):543-50.
10. Zhang P, Li J, Liu H, Han N, Ju J, Kou Y, et al. Long-term bone and lung consequences associated with hospital-acquired severe acute respiratory syndrome: a 15-year follow-up from a prospective cohort study. *Bone Res*. 14 de febrero de 2020;8(1):1-8.
11. Chan K, Zheng J, Mok YW, Li Y, Liu Y-N, Chu C, et al. SARS: prognosis, outcome and sequelae. *Respirology*. 2003;8(s1):S36-40.
12. Moldofsky H, Patcai J. Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study. *BMC Neurol*. 24 de marzo de 2011;11(1):37.
13. O'Sullivan O. Long-term sequelae following previous coronavirus epidemics. *Clin Med*. 1 de enero de 2021;21(1):e68-70.
14. Lee SH, Shin H-S, Park HY, Kim JL, Lee JJ, Lee H, et al. Depression as a Mediator of Chronic Fatigue and Post-Traumatic Stress Symptoms in Middle East Respiratory Syndrome Survivors. *Psychiatry Investig*. enero de 2019;16(1):59-64.
15. Abdel-Hamid HM, Rizk HI, Magdy S. Occurrence of pulmonary residuals as one of the sequelae of COVID-19 and it's predictors among moderate and severe cases. *Indian J Tuberc* 2021;68(2).
16. Sibila O, Albacar N, Perea L, Faner R, Torralba Y, Hernandez-Gonzalez F, et al. Lung Function sequelae in COVID-19 Patients 3 Months After Hospital Discharge. *Arch Bronconeumol*. Abril de 2021;57:59-61.
17. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 11 de agosto de 2020;370:m3026.
18. Fiani B, Covarrubias C, Desai A, Sekhon M, Jarrah R. A Contemporary Review of Neurological Sequelae of COVID-19. *Front Neurol*. 2020;11:640.
19. Abad-Corpa E, Sánchez-López D, Moreno-Casbas MT. Scoping review sobre las recomendaciones para el aislamiento domiciliario en la pandemia de COVID-19. *Enfermería Clin*. Febrero de 2021;31:S94-9.
20. Alejandro García A, Pavón Romero GF, Carreto Binaghi LE, Bandera Anzaldo J, Alvarado Amador I. Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. *Rev Latinoam Infectol Pediátrica*. 2020;33(s1):5-9.

21. Muñoz-Jarillo NY, Arenal-Serna J, Muñoz-Jarillo R, Camacho-Zarco E. Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus hallazgos por imagen. *Rev Fac Med*. 25 de septiembre de 2020;63(5):18-25.
22. Cardinal-Fernández P, Correger E, Villanueva J, Rios F. Distrés respiratorio agudo: del síndrome a la enfermedad. *Med Intensiva*. 1 de abril de 2016;40(3):169-75.
23. Báez-Saldaña R, Gómez-Zamora C, López-Elizondo C, Molina-Corona H, Santillán-Martínez A, Sánchez-Hernández J, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. *Neumol Cir Torax*. 2013;72:38.
24. Álvarez-Rocha L, Alos JI, Blanquer J, Álvarez-Lerma F, Garau J, Guerrero A, et al. Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. *Med Intensiva*. 1 de enero de 2005;29(1):21-62.
25. Jiménez-Álvarez LA, Ramos JZ, Ramírez-Martínez G. Mecanismos moleculares y celulares de la respuesta inmune en el pulmón. *Rev Inst Natl Enf Resp Mex*. 2009;22(4):304-15.
26. The French National Academy of Medicine. COVID-19 medical sequelae. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 de diciembre de 2020;204(9, Supplement):e118-9.
27. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci*. 1 de abril de 2020;11(7):995-8.
28. Netland J, Meyerholz DK, Moore S, Cassell M, Perlman S. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection Causes Neuronal Death in the Absence of Encephalitis in Mice Transgenic for Human ACE2. *J Virol*. 1 de agosto de 2008;82(15):7264-75.
29. Carod Artal FJ. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. *Rev Neurol*. 2020;70(09):311.
30. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Sao Paulo: DeCS; c2010. Pandemias; 25 de junio 2010 [citado 7 de junio 2021]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=54399&filter=ths\\_termall&q=pandemia](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=54399&filter=ths_termall&q=pandemia)

31. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Sao Paulo: DeCS; c2010. Signos y Síntomas; 1 de enero 1999 [citado 7 de junio 2021]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13195&filter=ths\\_termall&q=sintoma](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13195&filter=ths_termall&q=sintoma)
32. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Sao Paulo: DeCS; c2010. Virus; 1 de enero 1999 [citado 7 de junio 2021]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=15182&filter=&q=&lang\\_another=es](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=15182&filter=&q=&lang_another=es)
33. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Sao Paulo: DeCS; c2010. Comorbilidad; 25 de mayo de 1989 [citado 7 de junio 2021]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=24572&filter=ths\\_termall&q=comorbilidad](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=24572&filter=ths_termall&q=comorbilidad)
34. Serra Valdés MÁ, Serra Valdés MÁ. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. Rev Habanera Cienc Médicas. Febrero de 2020;19(1):1-5.
35. Quiroz Carrillo CG, Pareja Cruz A, Valencia Ayala E, Enriquez Valencia YP, De Leon Delgado J, Aguilar Ramirez P, et al. Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad: COVID-19. Horiz Méd Lima. Abril de 2020;20(2).
36. Rodríguez L, Quishpe M. Factores de riesgo que provocan la neumonía adquirida en la comunidad de niños de 1 a 5 años atendidos en el área de pediatría del hospital básico el Puyo [tesis doctoral en internet]. Bogotá: Universidad de los Andes, 2019 [citado 7 de junio de 2021]. 53 p. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10652>
37. Taboada M, Cariñena A, Moreno E, Rodríguez N, Domínguez MJ, et al. Estado funcional post-COVID-19 seis meses después de la hospitalización. Journal of Infection, 26 de diciembre de 2021; 82 (4), e31 – e33.
38. Gutiérrez BD, Mosqueda MEE, Joaquín VH, Morales FJA, Cruz SAX, Chávez AJE et al. Efectos a largo plazo de la COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Med Grupo Angeles. 28 de junio de 2021; 19 (3): 421-428.
39. Leonardo R, Mora L. Síntomas residuales posterior a la infección COVID-19 en un grupo pacientes de la ciudad de Bogotá durante el año 2020, análisis de una cohorte [tesis de maestría en internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2021 [citado 7 de junio de 2021]. 17 p. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/32332>

40. Tarazona-Fernández A, Rauch-Sánchez E, Herrera-Alania O, Galán-Rodas E. ¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID19? *Acta Med Peru.* 2020;37(4):565-7.
41. Rojas R, Jeanpierre A. Secuelas en pacientes post COVID-19, en un centro de atención primaria de Ica, 2021 [tesis de pregrado]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022 [citado 10 de diciembre de 2023]. 41 p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/3963>
42. Ochoa A, Torres J. Identificación de secuelas y tratamientos en pacientes post covid-19 en el asentamiento humano agrupamiento familiar Las Flores Campoy, marzo-junio 2021 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2021. 48 p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/578>
43. Guerrero A. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con síndrome post COVID-19 que y acuden al Centro de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 [tesis de pregrado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3052>
44. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Georgia: CDC; c2023. Afecciones posteriores al COVID-19; 20 de julio 2023 [citado 8 de enero de 2024]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>
45. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Georgia: CDC; c2023. Long COVID: From Mechanism to Treatment; 28 de junio 2023 [citado 8 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/vaccines/long-covid-from-mechanism-to-treatment/#/+0/publishedDate\\_na\\_dt/desc/](https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/vaccines/long-covid-from-mechanism-to-treatment/#/+0/publishedDate_na_dt/desc/)
46. Huang L, Yao Q, Gu X, Wang Q, Ren L, Wang Y, et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet.* 28 de agosto de 2021;398(10302):747-58.
47. Rahmati M, Udeh R, Yon DK, Lee SW, Dolja-Gore X, McEVoy M, et al. A systematic review and meta-analysis of long-term sequelae of COVID-19 2-year after SARS-CoV-2 infection: A call to action for neurological, physical, and psychological sciences. *Journal of Medical Virology.* 2023;95(6):e28852.



48. Iqbal FM, Lam K, Sounderajah V, Clarke JM, Ashrafian H, Darzi A. Characteristics and predictors of acute and chronic post-COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. Junio de 2021;36:100899.
49. Chen C, Hauptert SR, Zimmermann L, Shi X, Fritsche LG, Mukherjee B. Global Prevalence of Post-Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Infect Dis*. 1 de noviembre de 2022;226(9):1593-607.
50. Han Q, Zheng B, Daines L, Sheikh A. Long-Term Sequelae of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of One-Year Follow-Up Studies on Post-COVID Symptoms. *Pathogens*. 19 de febrero de 2022;11(2):269.
51. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 30 de enero de 2021;2021.01.27.21250617.
52. Huang Q, Jia M, Sun Y, Jiang B, Cui D, Feng L, et al. One-Year Temporal Changes in Long COVID Prevalence and Characteristics: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health*. 1 de junio de 2023;26(6):934-42.
53. Feter N, Caputo EL, Leite JS, Delpino FM, Silva LS da, Vieira YP, et al. Prevalence and factors associated with long COVID in adults from Southern Brazil: findings from the PAMPA cohort. *Cad Saúde Pública*. 11 de diciembre de 2023;39:e00098023.
54. Marjenberg Z, Leng S, Tascini C, Garg M, Misso K, El Guerche Seblain C, et al. Risk of long COVID main symptoms after SARS-CoV-2 infection: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 15 de septiembre de 2023;13(1):15332.
55. O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, Ekezie W, Welford A, Zhang A, et al. The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 1 de enero de 2023; 101762(55).
56. Liu T, Wu D, Yan W, Wang X, Zhang X, Ma K, et al. Twelve-Month Systemic Consequences of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Patients

- Discharged From Hospital: A Prospective Cohort Study in Wuhan, China. Clin Infect Dis. 10 de junio de 2022;74(11):1953-65.
57. Montiel Gómez CR, Ocampos Montiel SE, Ortiz Galeano I. Prevalencia de síntomas persistentes en pacientes con COVID-19 seguidos por el área de telemedicina del Hospital de Clínicas San Lorenzo. Rev virtual Soc Parag Med Int. 30 de septiembre 2023; 10(2):21-28.
58. Almudena López-Sampalo, María Rosa Bernal-López, Gómez-Huelgas R. Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa. Revista Clínica Española. 1 de abril de 2022; 222(4):241-50.
59. López-Sampalo A, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R. Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa. Rev Clin Esp. Abril de 2022;222(4):241-50.
60. Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Almaguer-Mederos LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 23 de junio 2020; 19 (Suppl 1): e3389.
61. Ríos E del SG, Soldán OMCP, Goicochea NIG, Villacorta JV, Ríos E del SG, Soldán OMCP, et al. Secuelas post infección por COVID 19 en pacientes del Hospital I Florencia de Mora. Trujillo - Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 12 de octubre de 2022;22(4):754-64.
62. Parliament of New South Wales [Internet]. Nueva Gales del Sur: NSW; c2021. COVID-19 Case Questionnaire; 22 de febrero 2021 [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en <https://www.parliament.nsw.gov.au/lcdocs/other/18108/Portfolio%20Committee%20No.2%20%E2%80%93%20Inquiry%20into%20the%20COVID-19%20classification%20of%20the%20Minister%20for%20Health%20-%2030%20November%202022.pdf>

## ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la prevalencia de los síntomas post infección por SARS-CoV-2 en los pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2021?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar y describir la prevalencia de los síntomas post infección por SARS-CoV-2 en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la prevalencia de la sintomatología asociada a COVID-19 en pacientes dados de alta hospitalaria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.</p> <p>Describir la sintomatología asociada a COVID-19 en pacientes dados de alta hospitalaria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.</p> <p>Identificar las diferencias sociodemográficas y clínicas entre los pacientes que presentan o no sintomatología asociada a COVID-19 posterior a dos semanas del alta hospitalaria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.</p>	<p>Estudio cuantitativo observacional, descriptivo y transversal.</p>	<p>Población de estudio</p> <p>La población de estudio se conformará por 136 pacientes dados de alta por infección por SARS-CoV-2, en los últimos dos meses, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>En la primera parte está conformado por datos generales del paciente, en la segunda parte por preguntas de datos clínicos, en la tercera parte se verifica los síntomas, en la cuarta parte se comprueba qué factores de riesgo presenta y finalmente se describe el estado de vacunación tiene el paciente.</p> <p>Este instrumento tiene como base de referencia al NSW Health COVID-19 Case Questionnaire del sistema de salud público del Gobierno de Nueva Gales del Sur, Australia y al Índice de Comorbilidad de Charlson, que fueron adaptados con el fin de extraer la información necesaria para responder a nuestras variables de este trabajo.</p> <p>Dado que el presente trabajo es descriptivo y no tiene como finalidad llegar a un diagnóstico, este instrumento adaptado no necesita validación.</p>

## ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES			
Edad: ____ años	Sexo: (0) Masculino (1) Femenino	Seguro de salud: (0) Ninguno (1) Essalud (2) Essalud + CTS (3) SIS (4) No sabe	Nivel educativo: (0) Ninguna o inicial (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superiores
N° personas con las que vive: ____	N° personas de su hogar que se infectaron con COVID-19: ____	Ocupación: (0) Sin ocupación (4) Personal (1) Ama de casa (5) Ejecutivo/Director (2) Estudiante (6) Empleado (3) Agricultor (7) Obrero	Procedencia: (0) Lima metropolitana (1) Lima provincia (2) Callao (3) Otras regiones
DATOS CLÍNICOS			
N° personas con las que vive: ____	N° personas en su hogar infectado con COVID-19: ____	N° días desde inicio de síntomas hasta tratamiento de un médico: ____	
Método de confirmación (0) No recuerda (1) Clínico (2) Tomografía (3) Prueba molecular (4) Prueba antigénica (5) Prueba serológica	Tiempo de hospitalización: (1) Menor a 15 días (2) Entre 15 días y un mes (3) Entre un mes y 45 días (4) Más de 45 días (5) No sabe	¿Alguien de su familia directa falleció por COVID-19? (0) No (1) Sí	¿Alguien de su familia directa se hospitalizó por COVID-19? (0) No (1) Sí
¿Se auto medicó? (0) No (1) Sí	¿Con qué medicamentos? (0) Ninguno (1) No recuerda (2) Azitromicina (3) Ivermectina (4) Hidroxicloriquina (5) Doxiciclina (6) Paracetamol (7) Dexametasona (8) Dióxido de cloro (9) Otros (10) Anticoagulante	Si ha recibido tx. médico. ¿Qué medicamentos le prescribieron?	Antecedente de infección por COVID-19 hace más de 3 meses: (0) Ninguna (1) 1 vez (2) 2 veces (3) Más de 2 veces
Tiempo de enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta el alta médica aproximadamente: ____ semana(s)			¿Cuánto tiempo lleva de alta?
SÍNTOMAS			

	(0) NO	(1) SÍ LO TUVO	(2) PERSISTE HASTA EL MOMENTO
Fiebre			
Tos			
Escalofríos			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Rinorrea			
Cefalea			
Fatiga			
Caída de cabello			
Parestesias			
Calambres			
Hormigueos en extremidades			
Pérdida de fuerza / debilidad			
Confusión			
Irritabilidad			
Pérdida de sabor			
Pérdida de olfato			
Palpitaciones			
Dolor torácico			
Dolor articular			
Visión borrosa			
Diaforesis			
Diarrea			
Náuseas / vómitos			
Dolor abdominal			
Fallos de memoria			
Preocupación			
Deprimido			
Malestar			
Dificultad de atención			
Acalculia			

Otros	Especificar:		
FACTORES DE RIESGO			
	(0) NO	(1) SÍ	(2) NO SABE
Hipertensión arterial			
Infarto miocardio			
Insuficiencia cardiaca			
Arteriopatía periférica			
Demencia			
EPOC			
Colagenosis			
Úlcera gastroduodenal			
Hepatopatía leve			
Diabetes Mellitus no complicada			
Diabetes Mellitus complicada			
Hemiplejía			
Nefropatía			
Tumor sólido			
Leucemia			
Linfoma			
Hepatopatía grave			
Metástasis			
SIDA			
Sobrepeso / obesidad			
Actualmente fumador	Cigarrillos por día: Años fumando:		
Gestación	Semanas de gestación:		
ESTADO DE VACUNACIÓN			
¿Ha recibido alguna vez una vacuna contra el COVID-19? (0) No (1) No (2) No sabe			
Sí la respuesta es SÍ: Número de dosis aplicadas previa última hospitalización por COVID-19: (0) 0 (1) 1 (2) 2			

<b>Laboratorio de vacuna</b>	<b>(1) Sinopharm</b> <b>(2) AstraZeneca</b> <b>(3) Pfizer</b> <b>(4) Johnson&amp;Johnson</b> <b>(5) Otro: _____</b>
------------------------------	---

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por Ayala Ramos, Jair Willman y Quevedo Zuta, Wilder Jean Carlos alumnos de V año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. La meta de este estudio es describir qué síntomas e identificar la frecuencia de ellas post infección por SARS-CoV-2 en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2021.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una entrevista a profundidad lo que le tomará 30 minutos aproximadamente de su tiempo. La conversación será grabada, así los investigadores podrán transcribir las ideas que usted haya expresado.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas serán totalmente confidenciales, no se le pedirá identificación alguna.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Desde ya le agradecemos por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los alumnos antes mencionados. He sido informado (a) acerca de los objetivos de este estudio. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es rigurosamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi aprobación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto conduzca inconveniente alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a Jair Willman Ayala Ramos al correo [jair.aramos@hotmail.com](mailto:jair.aramos@hotmail.com) o Wilder Jean Carlos Quevedo Zuta al correo [jean\\_quevedo77@outlook.com](mailto:jean_quevedo77@outlook.com), así mismo si siento que mis derechos han sido vulnerados puedo contactarme con el presidente del Comité Institucional de Ética en investigación de la USMP, el Dr. Amador Vargas Guerra al teléfono 999098514 o al correo electrónico [etica\\_fmh@usmp.pe](mailto:etica_fmh@usmp.pe) o apersonarme al Comité Institucional de Ética en Investigación de la USMP (CIEI) localizado en Av. Alameda del corregidor 1531, Urb. Los Sirios III etapa – La Molina, Lima.



Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de soporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de una universidad de Lima Metropolitana.

¿Otorga usted (Nombres y apellidos del entrevistado) \_\_\_\_\_ su consentimiento informado? [Debe responder: Sí]

¿Acepta y comprende claramente la información que acaba de ser leída? [Debe responder: Sí]

¿Le brindé la oportunidad de resolver cualquier duda o posibles inquietudes? [Debe responder: Sí]

¿Presenta alguna última pregunta? [Debe responder: No]

# ANEXO 3: CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS



PERÚ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"  
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

CARTA N° 1689 -GRPR-ESSALUD-2022

Lima,

09 NOV 2022



Alumno de la Facultad de Medicina Humana- USMP  
**WILDER JEAN CARLOS QUEVEDO ZUTA**  
Investigador Principal  
Presente.-

Asunto: **APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

De mi consideración:

La presente tiene el objeto dar respuesta a su solicitud de revisión y aprobación del Proyecto de Investigación observacional titulado: **"PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS POST INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2021"**.



Al respecto, manifestarle que el presente proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el cual vela por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, y por la Directiva N°03-IETSI-ESSALUD-2019 "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud".

En ese sentido, la Gerencia de la Red Prestacional Rebagliati, manifiesta su **Aprobación y Autoriza la Ejecución** del presente proyecto de investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Así mismo, una vez ejecutado y concluido el proyecto, deberá presentar el Informe Final, a la Oficina de Investigación y Docencia, para conocimiento y fines correspondientes.

Sin otro en particular, quedo de usted.

Atentamente.

ESSALUD  
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI  
Dr. Edgard Linchón Miguel Siacha  
C.M.P. 29467  
GERENTE

ELMS/vmey/rdm  
C.c. Archivo

Área	Año	Correlativo
832	2022	319

www.essalud.gob.pe

Av. Rebagliati N° 490  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-4901

Siempre  
con el pueblo



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

**COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

## **CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN ÉTICA**

El Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en la sesión realizada el día 27 de octubre de 2022, ha acordado aprobar el Proyecto de Investigación Titulado "Prevalencia de los Síntomas Post Infección por SARS-CoV-2 en Pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2021", presentado por el Est. Wilder Jean Carlos Quevedo Zuta, como Investigador Principal, y el Dr. Risof Rolland, Solis Cóndor, como Co-Investigador.

El investigador deberá hacer llegar al Comité de Ética un informe de avance del estudio en forma anual.

**FECHA:** 03 de noviembre de 2022

**FIRMA :**

  
**EsSalud H.N.E.R.M.**  
**HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**  
**DR. GADWYN SANCHEZ FELIX**  
**CMSP 12342**  
**COMITÉ DE ÉTICA**  
**PRESIDENTE**

GSF /lbjd (CEI 1578)  
(03.11.2022)  
Folios (04)  
NIT: 832-2022-319

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Rebagliati N° 490  
Jesús María  
Lima 11 – Perú  
Tel.: 265-4901

 **Siempre**  
con el pueblo

 **BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024**