



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

ATENCIÓN Y MOTIVOS DE DESCOMPENSACIÓN DE
PATOLOGÍAS NO RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN POR EL
VIRUS DEL SARS-CoV-2 EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA
COVID-19 EN EL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NAVAL. JULIO
2020 – JUNIO 2021.

MEDICAL CONSULTATION AND REASONS FOR
DECOMPENSATION OF PATHOLOGIES NOT RELATED TO
SARS-CoV-2 VIRUS INFECTION IN THE CONTEXT OF THE
COVID-19 PANDEMIC AT THE NAVAL MEDICAL CENTER
HOSPITAL. JULY 2020 – JUNE 2021.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

AUTOR

KATHLEEN STEFANIE ESTHER RIOS MELENDEZ DE TOSCANO

ASESOR

JUAN CÉSAR MURO SLOCOVICH

LIMA – PERÚ

2022

ATENCIÓN Y MOTIVOS DE DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍAS NO RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL SARS-CoV-2 EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19 EN EL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NAVAL, JULIO 2020 – JU

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unesum.edu.ec	2%
Fuente de Internet		
2	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	2%
Fuente de Internet		
3	repositorio.usmp.edu.pe	1%
Fuente de Internet		
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	1%
Trabajo del estudiante		
5	Submitted to Universidad Científica del Sur	1%
Trabajo del estudiante		
6	hdl.handle.net	1%
Fuente de Internet		
7	es.wikipedia.org	1%
Fuente de Internet		

8	www.iesalc.unesco.org Fuente de Internet	1 %
9	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %
10	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	slidehtml5.com Fuente de Internet	1 %
12	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
13	bonga.unisimon.edu.co Fuente de Internet	<1 %
14	osha.europa.eu Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Trabajo del estudiante	<1 %
16	bioone.org Fuente de Internet	<1 %
17	es.elpasobackclinic.com Fuente de Internet	<1 %
18	www.rri.ro Fuente de Internet	<1 %
19	archive.org	

	Fuente de Internet	<1 %
20	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
21	www.cnn.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
23	www.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
24	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

RESUMEN

Objetivo: Investigar los motivos de descompensación de las patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19. **Diseño:** Estudio de tipo observacional analítico de corte transversal. **Procedimientos básicos:** El total de pacientes a estudiar será de 368. La selección de los pacientes se hará mediante un muestreo aleatorio simple de un total de 14 000 pacientes que acudieron a emergencia en el periodo julio 2020- junio 2021. La técnica de recolección será el análisis documental, y se elaborará una hoja Excel en la cual se registrará las variables de interés. **Análisis estadístico:** Para la descripción de las variables categóricas se utilizarán las frecuencias absolutas y relativas. Las variables numéricas serán descritas con el uso de medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis bivariado se utilizará pruebas de χ^2 , T Student o no paramétricas, según corresponda. Para el análisis multivariado se considerará como variable dependiente a la descompensación, mientras la variable independiente principal será la patología crónica de fondo. Se usará un modelo lineal generalizado con familia binomial y función de enlace log con el objetivo de calcular razones de prevalencia. **Importancia:** La importancia del estudio radica en hacer de conocimiento la situación de las complicaciones que enfrentan los pacientes con patologías crónicas (No Covid-19), principalmente enfermedades cardiovasculares y diabetes, durante la pandemia; en la que en muchos casos los afectados pudieron ser evitables.

Palabras clave (MeSH): Descompensación, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes.

1. INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS) indicó que la enfermedad COVID-19 ya se catalogaba como una pandemia global; principalmente por su alarmante proliferación y gravedad(1).

En consecuencia, los países del mundo decretaron medidas de control para reducir su transmisión desde las más flexibles como el distanciamiento social, restricciones del transporte público, hasta las más estrictas entre las que destacaron la suspensión de clases y de sitios de entretenimiento, prohibición de reuniones públicas y el confinamiento(2).

La rápida propagación de la pandemia en el mundo, impactó notablemente en la posibilidad de respuesta del sistema de salud y provocó la interrupción de la atención de muchos pacientes que padecen afecciones no relacionadas al COVID-19 tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer; siendo los más afectados los pacientes de países con bajos ingresos(3).

Los pacientes con patologías crónicas, VIH, tuberculosis entre otras, requieren continuidad de la atención y corren un mayor riesgo de muerte o complicaciones si se interrumpe su tratamiento(4).

También son más susceptibles a una infección grave y mortal por COVID-19 (5). Estudios reportan que, durante la pandemia de influenza H1N1 del 2009, incluso en entornos con buenos recursos, el aumento de las cargas de atención de la salud se relacionó con un aumento de las muertes por accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva(6).

En el Perú, del 15 de marzo al 30 de junio del 2020, se decretó el estado de emergencia nacional y la cuarentena nacional (7,8). En el mismo mes, el Ministerio de Salud decretó una pausa de la atención en todos los establecimientos de salud del Sistema de Salud y solo se brindó asistencia médica a los pacientes que requerían de tratamientos necesarios (diálisis y quimioterapia) sin los cuales no podrían vivir (9), por consiguiente la atención hospitalaria en el Perú se centró mayoritariamente el tratamiento de enfermos de COVID-19 disminuyendo o cancelando las atenciones a pacientes con otras patologías (“No Covid-19”) y reduciendo los diagnósticos, tratamientos y acceso a medicamentos de los pacientes con casos urgentes(10).

Según la Organización Panamericana de la Salud, los pacientes que sufren enfermedades cardiovasculares pueden correr un mayor riesgo de complicaciones de su enfermedad (síndromes coronarios agudos, crisis hipertensivas, accidentes cerebrovasculares y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca).

El limitado acceso a los establecimientos médicos, a los medicamentos administrados continuamente y la escasez de suministros son algunos de los factores agravados por la pandemia COVID-19; que aumentó el riesgo de estas complicaciones. A esto se le suma la dificultad para poder mantener un estilo de vida saludable con actividad física restringida, incremento del sedentarismo y poco acceso a una dieta saludable (frutas y verduras)(11).

La atención de descompensaciones de enfermedades cardiovasculares, durante la pandemia tuvo un cambio de patrón. El infarto de miocardio, considerado clínicamente una verdadera emergencia médica, fue una de las enfermedades cardiovasculares(12) que tuvo variaciones en su atención. Estudios en Alemania, España, Reino Unido revelaron que hubo una reducción en el volumen de atención de pacientes con infarto de miocardio(13,14), un mayor tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el primer contacto médico(15). Existen diversos factores tales como la edad, comorbilidades y el atraso de tiempo en la administración del tratamiento que se encuentran relacionados a su progreso(16).

En un estudio realizado en el Perú se compararon las características de los pacientes pre-pandemia y post- pandemia que sufrieron infarto de miocardio. Se encontró, durante el periodo de cuarentena, que un porcentaje alto pacientes con precedente de hipertensión arterial y dislipidemia padecieron de esta enfermedad.

Además, se menciona que la cuarentena pudo haber influido en la continuación de la terapia usual debido a las complicaciones que existían para la obtención de medicamentos,

lo que conllevó al descontrol de características conocidas como factores de riesgo tradicionales modificables como la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia(17).

Las crisis hipertensivas se caracterizan por un aumento de la presión arterial que puede exceder 180/110 mm Hg y eventualmente puede generar una situación de riesgo para la vida del paciente. Se dividen en dos tipos: Urgencias Hipertensivas sin compromiso de daño agudo a algún órgano y Emergencias Hipertensiva con compromiso de daño de órgano blanco y aumento de la presión arterial, usualmente 220/120 mm Hg.

La mayoría de los pacientes que acuden por emergencia a los establecimientos de salud con elevación severa de la presión arterial corresponden a pacientes con antecedente de hipertensión arterial crónica(18).

Los estudios demuestran que la falta de adherencia a la medicación hipertensiva y el deficiente control de la presión arterial son los principales factores de riesgo para que estos pacientes desarrollen crisis hipertensivas. Y que la carencia de atención oportuna en el sistema de salud es la principal causa de descompensación(19,20).

Durante la pandemia; el padrón de hospitalización por crisis hipertensivas según un estudio argentino, aumentó su prevalencia en los establecimientos de salud y se encontró relacionado los niveles de ansiedad ocasionados por la pandemia, la falta de acceso a la medicación y por dificultades en la continuidad de suministro de fármacos(21).

Los pacientes que sufren de diabetes también presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones propias de su enfermedad; tales como: hiperglucemia grave, cetoacidosis diabética, infecciones de la piel y los tejidos blandos y úlceras en los pies.

El incremento de estas complicaciones se debe a múltiples factores relacionados principalmente por las limitaciones que ocasionó la Pandemia; entre las principales destacan: la restricción al uso de los servicios de atención primaria, la dificultad de reabastecimiento de medicamentos por falta de recetas médicas y de acceso a las farmacias, así como también la escasez de suministros. Por otra parte; también resultó perjudicial para estos pacientes la dificultad de mantener hábitos para llevar un estilo de vida saludable(22).

Los sistemas de detección, identificación de casos y referencia para el cáncer también fueron perjudicados por el desarrollo de la COVID-19, lo que ha resultado en una disminución sustancial en el diagnóstico de cáncer(23).

En un estudio realizado en Cataluña se obtuvo que marzo y septiembre de 2020 observaron una reducción del 34% de diagnósticos de neoplasias malignas en comparación con lo esperado. Este infradiagnóstico fue mayor en mayores de 64 años, hombres y en algunos tipos de cáncer (piel, colorrectal, próstata). Aunque la reducción se centró predominantemente durante el confinamiento, aún no se han alcanzado las cifras esperadas

(40,5 % de reducción durante el confinamiento y 24,3 % de reducción después). El estudio concluyó en la necesidad de intervenciones políticas urgentes para aminorar las consecuencias indirectas ocasionadas por la pandemia de COVID-19 además de diseñar estrategias para reducir el infradiagnóstico del cáncer(24).

Se presume y la literatura publicada indica que las restricciones originadas por la pandemia han perjudicado la atención de otras patologías principalmente las crónicas; además han generado que se presenten otros factores asociados a las descompensaciones de patologías no Covid-19 a causa de las restricciones a los servicios de salud. Como es el caso de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes cuyas descompensaciones son las más frecuentes en los establecimientos de salud.

Por ese motivo que se origina la idea de estudiar las variaciones e inclusiones de otros factores relacionados a las descompensaciones de pacientes con patologías crónicas durante el primer año de pandemia.

Con el propósito de poner a disposición conocimiento de la nueva situación que enfrentan los pacientes con patologías crónicas No Covid-19, en la que se están viendo afectados considerablemente, sufriendo muertes en algunos casos evitables. Y que exige un cambio de estrategia a fin de evitar un aumento de la morbilidad y mortalidad debido a estas descompensaciones principalmente ocasionados por la irrupción de la atención en el periodo de esta crisis sanitaria. Es por ello que el principal objetivo de este estudio es investigar los motivos de descompensación de patologías crónicas (No Covid-19) y con ello poder establecer planes para la mejora en cuanto a la prevención de estas complicaciones.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Investigar los motivos de descompensación de las patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 y que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval entre julio del 2020 y junio del 2021.

Objetivos específicos

- Describir las patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 y que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval.

- Estudiar las características sociodemográficas de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19.
- Caracterizar el consumo de sustancias nocivas de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus atendidos por alguna descompensación durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval.
- Describir los factores relacionados a la falta de atención producto de la pandemia de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus atendidos por alguna descompensación durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño de estudio

Estudio de tipo observacional analítico de corte transversal. Debido a que se recolectarán registros de historias clínicas motiva el tipo de estudio retrospectivo.

b) Población

Todos los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2 que acudieron a la emergencia del Hospital Centro Médico Naval entre julio de 2020 y junio de 2021.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos.
- Pacientes con resultado SARS-COV-2 negativo por prueba antigénica o PCR.
- Pacientes no sintomáticos respiratorios durante al menos 15 días previos a su atención.
- Pacientes con antecedente de patología crónica.

Criterios de exclusión:

- Presencia de patología ginecológica u obstétrica
- Pacientes que acuden por emergencia traumática
- Patologías quirúrgicas (apendicectomías, colecistectomías, abscesos anorrectales, entre otros.)

c) Tamaño de muestra y muestreo

Se utilizó el programa EPIDAT v 4.2 para el cálculo del tamaño de muestra. Para ello se hizo uso del módulo de comparación de proporciones para grupos independientes. Según el estudio de Shean S, et al.(20), se consideró una proporción esperada en el grupo de interés de 67.40 %, una proporción esperada en el grupo comparador de 52.63 % y una razón de tamaños muestrales de 1.22; es así que el tamaño de muestra obtenido fue de 334 pacientes. Se considerará una pérdida del 10 %, por lo que el número de pacientes a recolectar será de 368 (**Anexo 1**).

La selección de los 368 pacientes se hará mediante un muestreo aleatorio simple con el uso del programa EPIDAT v 4.2. Para este proceso se está considerando que el total de pacientes que acudieron en el tiempo previsto sería de 14 000, por lo que, usando el módulo de selección de muestras por muestreo aleatorio simple, se obtienen los pacientes a considerar en el estudio, los cuales se detallan en al **anexo 2**.

d) Operacionalización de variables

Se detallan en al **Anexo 3**.

e) Procedimientos y técnicas

Posterior a realizar las coordinaciones y solicitudes de permiso con el Hospital Centro Médico Naval, se acudirá al departamento de estadística con el objetivo de solicitar el listado de pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad. La técnica de recolección será el análisis documental, por ello, se elaborará una hoja Excel (**Anexo 4**) en la cual se registrará las variables de interés de la presente investigación.

El responsable de revisar los criterios de elegibilidad y recolectar la información de interés será el investigador principal. Se tendrá en consideración que para quien definió si una patología está descompensada es el médico tratante de cada paciente. Este diagnóstico será extraído de la Historia Clínica, entre los cuales se considera la crisis hipertensiva, el síndrome hiperosmolar, la cetoacidosis diabética, manifestaciones clínicas de hipotiroidismo y resultados confirmatorios de algún cáncer.

Culminado de realizar los registros en Excel, serán analizados exportados a otro software estadístico.

f) Aspectos éticos

El presente proyecto será sometido al Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La investigación no involucra el contacto directo con seres humanos. Se hará uso de información presente en bases de datos e historias clínicas, por lo que no habrá ningún procedimiento invasivo en seres humanos. Tampoco se requerirá un consentimiento informado porque todos estos registros provienen de pacientes atendidos años atrás y quien dará el permiso de recolección de estos registros será el Comité de Ética.

Los datos obtenidos de cada uno de los registros serán codificados con el objetivo de respetar la confidencialidad de los pacientes de quienes se recogieron los datos.

g) Plan de análisis

Se hará uso el programa estadístico STATA v 16

Estadística descriptiva: El conjunto de variables categóricas serán descritas mediante frecuencias absolutas y relativas. Entre estas se tienen a la descompensación, patología de fondo, sexo, procedencia, estado civil y comorbilidad. Las variables numéricas serán descritas mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango). La variable numérica a describir será la edad.

Estadística analítica: Para el análisis bivariado se utilizará pruebas de chi², T Student o no paramétricas, según corresponda. Para el análisis multivariado se considerará como variable dependiente a la descompensación, mientras la variable independiente principal será la enfermedad de fondo. Se usará un modelo lineal generalizado con familia binomial y función de enlace log con el objetivo de calcular razones de prevalencia. Se considerará un intervalo de confianza al 95 % y un valor alfa de 0.05.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. [Internet]. 11 de marzo del 2020. [Consultado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Wang Z, Whittington J, Yuan H-Y, Miao H, Tian H, Stenseth NChr. Evaluating the effectiveness of control measures in multiple regions during the early phase of the COVID-19 pandemic in 2020. Biosaf Health. 2021;3(5):264-75.
3. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: Results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334136/9789240010291-eng.pdf>
4. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease. JAMA Intern Med. 2014;174(5):742-8.

5. World Health Organization. Information note on COVID-19 and NCDs [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [Consultado el 13 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds>
6. Robinson L, Muttter R, Viboud C, Hupert N, Uyeki T, Creanga A, et al. Impact of the fall 2009 influenza A(H1N1)pdm09 pandemic on US hospitals. *Med Care*. 2013;51(3):259-65.
7. Decreto Supremo que establece las medidas que debe observar la ciudadanía en la Nueva Convivencia Social y prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19. Decreto Supremo N° 116-2020-PCM. Publicado en el diario oficial El Peruano, 26 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/738529-116-2020-pcm>
8. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM. Publicado en el diario oficial El Peruano, 15 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
9. Suspenden consultas externas en hospitales del Minsa y Essalud. *El Peruano*. [Internet]. 16 de marzo de 2020. [Consultado el 13 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/93120-suspenden-consultas-externas-en-hospitales-del-minsa-y-essalud>
10. Grupo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). Informe nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú (al mes mayo, 2020). Report No.: Reporte N° 1-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP; 2020. Lima: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [Consultado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/mesa-nacional/informe-nacional-sobre-el-impacto-del-covid-19-en-las-dimensiones-economica-social-y-en-salud-en-el-peru>
11. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las personas con hipertensión y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19. 2020 [Consultado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52383>
12. Fernández-Ortiz DA. Qué es el infarto agudo de miocardio. En: Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA [Internet]. 1.ª ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2009 [Consultado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.fbbva.es/publicaciones/libro-de-la-salud-cardiovascular-del-hospital-clinico-san-carlos-y-la-fundacion-bbva/>
13. Schmitz T, Meisinger C, Kirchberger I, Thilo C, Amann U, Baumeister SE, et al. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on myocardial infarction care. *Eur J Epidemiol*. 2021;36(6):619-27.
14. Ibáñez B. Infartos en tiempos de la COVID-19. *Rev Esp Cardiol*. diciembre de 2020;73(12):975-7.
15. Abdelaziz HK, Abdelrahman A, Nabi A, Debski M, Mentias A, Choudhury T, et al. Impact of COVID-19 pandemic on patients with ST-segment elevation myocardial infarction: Insights from a British cardiac center. *Am Heart J*. agosto de 2020;226:45-8.
16. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con

- elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 1 de diciembre de 2017;70(12):1082.e1-1082.e61.
17. Custodio - Sánchez P, Miranda D, Murillo L. Impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la atención del infarto de miocardio ST elevado en el Perú. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 9 de julio de 2020;1(2):87-94.
 18. Bernedo-Valdez A. Crisis hipertensivas. Rev Soc Peru Med Interna. 2017;30(3):168-71.
 19. Tisdale JE, Huang MB, Borzak S. Risk factors for hypertensive crisis: importance of out-patient blood pressure control. Fam Pract. 1 de agosto de 2004;21(4):420-4.
 20. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing Factors for Severe, Uncontrolled Hypertension in an Inner-City Minority Population. N Engl J Med. 10 de septiembre de 1992;327(11):776-81.
 21. Vensentini N, Zaidel EJ, Charask A, Salzberg S, Gagliardi J, Perea J, et al. Internaciones cardiovasculares en unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID-19. Medicina (B. Aires). 2020;80(5):425-32.
 22. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de pacientes diabéticos durante la pandemia de COVID-19. 2020 [Consultado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52382>
 23. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. Lancet Oncol. junio de 2020;21(6):748-50.
 24. Coma E, Guiriguet C, Mora N, marzo-Castillejo M, Benítez M, Méndez-Boo L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: a time-series analysis of primary care electronic health records covering about five million people. BMJ Open. 1 de mayo de 2021;11(5):e047567.

5. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

a) Presupuesto: Autofinanciado

PRESUPUESTO	TOTAL (S/.)
Material de escritorio	832.6
Misceláneas	200.0
TOTAL	1032.6

DESCRIPCIÓN	Unidad de medida	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	TOTAL (S/.)
Archivador de palanca, tamaño oficio	Unidad	1	5.3	5.3
Bolígrafo color negro	Unidad	3	0.89	2.67
Folder manila tamaño carta	Unidad	30	0.2	6.0
Folder manila tamaño oficio	Unidad	15	0.25	3.75
Lápiz de carbón N° 2, caja x 12	Caja	5	5.0	25.0
Libreta de notas tamaño carta x 100 hojas	Unidad	3	5.0	15.0
Liga. Bolsa x 1000 unidades	Bolsa	2	9.1	18.2
Papel bond A-4 60grs., paquete x 1000 unidades	Paquete	5	15.6	78.0
Papel fotocopia A-4 80gr; paquete x 500 unidades	Paquete	2	35.8	71.6
Perforador	Unidad	2	20.0	40.0
Porta clips	Unidad	3	2.66	7.98
Post it, 3x3cm	Unidad	1	36.0	36.0
Sacagrapas	Unidad	3	2.2	6.6
Sobre manila tamaño carta	Unidad	30	0.2	6.0
Sobre manila tamaño oficio	Unidad	15	0.4	6.0
Tajador	Unidad	3	1.5	4.5
Entrenamiento en manejo estadístico	Unidad	1	500	500.0
TOTAL				832.6

b) Cronograma

FASES/ MES	2022										
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov
Elaboración del protocolo	X	X	X								
Envío y aprobación del comité de ética				X	X	X					
Obtención de base de datos							X	X	X		
Análisis de datos									X	X	
Redacción del informe final											X

6. ANEXOS

Anexo 1. Cálculo del tamaño de muestra

[3] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:
 Población 1: 67,740%
 Población 2: 52,630%
 Razón entre tamaños muestrales: 1,22
 Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	150	184	334

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Anexo 2. Muestreo

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
9	1270	2459	3861	5034	6063	7096	8093	9198	10386	11559	12573	13731
102	1353	2466	3913	5054	6065	7103	8094	9262	10403	11574	12604	13742
109	1378	2483	3924	5070	6086	7231	8112	9355	10432	11591	12622	13743
110	1392	2541	3939	5085	6122	7238	8201	9458	10435	11816	12678	13782
151	1446	2583	4007	5121	6124	7253	8281	9498	10478	11886	12683	13805
208	1493	2646	4128	5128	6202	7339	8349	9646	10603	11890	12686	13810
227	1498	2654	4142	5192	6254	7367	8366	9684	10640	11957	12722	13874
271	1553	2655	4181	5199	6277	7411	8383	9700	10695	11997	12755	13950
277	1596	2694	4185	5200	6339	7426	8392	9707	10735	12008	12770	
327	1631	2716	4228	5201	6382	7438	8423	9735	10834	12040	12817	
337	1726	2751	4265	5218	6392	7453	8454	9752	10848	12045	12876	
341	1802	2786	4283	5223	6403	7456	8471	9795	10945	12078	12888	
357	1826	2798	4427	5234	6465	7458	8572	9865	10976	12091	12922	
380	1837	2866	4470	5273	6477	7477	8645	9876	11009	12105	12942	
394	1868	2996	4479	5491	6484	7528	8663	9896	11032	12119	13005	
431	1883	3035	4499	5505	6489	7530	8718	9918	11039	12202	13026	
440	1956	3117	4509	5623	6556	7613	8742	9941	11040	12209	13041	
484	1983	3125	4541	5634	6570	7695	8754	9974	11109	12216	13059	
548	2023	3133	4634	5698	6671	7702	8806	10002	11131	12230	13138	
566	2094	3146	4644	5702	6742	7718	8838	10007	11204	12311	13173	
652	2129	3201	4670	5713	6748	7722	8858	10064	11228	12368	13174	
663	2132	3319	4718	5740	6771	7758	8963	10070	11310	12390	13203	
772	2134	3553	4754	5773	6867	7783	8970	10136	11319	12458	13271	
790	2165	3593	4804	5794	6901	7785	8980	10159	11320	12479	13348	
800	2259	3623	4805	5879	6902	7803	9040	10176	11399	12489	13423	
845	2262	3656	4810	5918	6916	7842	9126	10194	11400	12492	13559	
878	2264	3736	4906	5932	6985	7908	9130	10255	11496	12526	13642	
1068	2268	3743	4959	5954	6996	7918	9160	10301	11502	12543	13671	
1242	2320	3752	5022	5968	7004	7974	9172	10322	11541	12551	13717	
1258	2444	3761	5032	5996	7042	7995	9189	10353	11546	12554	13722	

Anexo 3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valor final
Descompensación	Alteración del equilibrio homeostático de un organismo vivo	Alteración del equilibrio homeostático de una persona	Categórica	Nominal	0. No (3-4) 1. Sí (1-2)
Tipo de descompensación Se modificó	Manifestación clínica de la alteración que presenta un paciente con alguna patología de fondo.	Manifestación clínica de la alteración que presenta un paciente con alguna patología de fondo.	Categórica	Nominal	1. Crisis hipertensiva 2. Cetoacidosis, 3. Sd Hiperosmolar 4. Somnolencia o bradicardia.
Enfermedad crónica de fondo Se modificó	Enfermedades de larga duración que son resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.	Enfermedad crónica que padece una persona y que es motivo directo de la descompensación	Categórica	Nominal	1. Enfermedades Cardiovasculares 2. Diabetes Mellitus 3. Hipotiroidismo 4. Cáncer 5. Obesidad 6. Hipercolesterolemia
Edad	Tiempo de vida en años	Tiempo de vida en años del paciente	Numérica	De razón	Entero finito
Sexo	Característica genotípica que diferencia machos de hembras	Característica genotípica y biológica evidenciada en la HC	Categórica	Nominal	0. Femenino 1. Masculino
Procedencia	Zona geográfica donde vive una persona	Zona geográfica donde vive el paciente	Categórica	Nominal	1. Urbano 2. Rural
Estado civil	Condiciones de una persona física que determinan su situación jurídica	Información sobre el estado civil consignada en la Historia Clínica.	Categórica	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado
Consumo de	Consumo de	Consumo de	Categórica	Nominal	1. Tabaco

sustancias nocivas	drogas lícitas o ilícitas	drogas lícitas o ilícitas			2. Alcohol 3. Drogas
Factores relacionados a la falta de atención producto de la Pandemia.	Características o condiciones que los individuos presentan de dificultad o facilidad para recibir atención en el sistema de salud.	Factores geográficos, logísticos, económicos, de transporte, etc.	Categórica	Nominal	1. Adherencia a su medicación habitual 2. Control periódico de enfermedad 3. Suministro de Medicamentos por parte del establecimiento de Salud

Anexo 4. Instrumento de recolección de los datos: Excel de recolección

1	id	descompensación	patología de fondo	edad	sexo	procedencia	estado civil	comorbilidad	Factores relacionados a la falta de atención producto de la Pandemia.
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Anexo 5. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
PRINCIPAL	GENERAL		Variables principales	Enfoque de estudio: Cuantitativo

¿Cuáles son los motivos de descompensación de las patologías crónicas no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2 en el contexto de la pandemia COVID-19 y que fueron atendidas en el Hospital Centro Médico Naval entre julio del 2020 y junio del 2021?	Investigar los motivos de descompensación de las patologías crónicas no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2 en el contexto de la pandemia COVID-19 y que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval entre julio del 2020 y junio del 2021 ESPECÍFICOS • Describir las patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 y que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval. • Estudiar las características sociodemográficas de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19. • Caracterizar el consumo de sustancias nocivas de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la	La falta de adherencia a su medicación habitual, el control irregular de enfermedad y la ausencia de suministro de Medicamentos por parte del establecimiento de Salud estarían asociados a la descompensación de las patologías no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2	Descompensación Variables secundarias - Patología de fondo - Edad - Sexo - Procedencia - Estado civil - Consumo de sustancias nocivas - Factores relacionados a la falta de atención producto de la pandemia COVID-19	Tipo de estudio: Observacional, analítico y de corte transversal Población de estudio: Todos los pacientes con patologías no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2 que acudieron a la emergencia del Hospital Centro Médico Naval entre julio de 2020 y junio de 2021. Técnica de recolección de datos: Análisis documental Análisis estadístico: Se hará uso del programa Microsoft Excel para Windows 2007 y del programa STATA versión 12.1. Se realizará estadística descriptiva y analítica.
---	---	--	--	---

	enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus atendidos por alguna descompensación durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval. • Describir los factores relacionados a la falta de atención producto de la pandemia de los pacientes con patologías crónicas no relacionadas con la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus atendidos por alguna descompensación durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 en el área de emergencia del Hospital Centro Médico Naval.			
--	---	--	--	--