



EXPERIENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS DE VILLAHERMOSA TABASCO

THERAPEUTIC EXPERIENCE IN PATIENTS WITH COVID-19 IN A FAMILY MEDICINE UNIT OF THE IMSS OF VILLAHERMOSA TABASCO

Abel Pérez Pavón

Unidad de Medicina Familiar Núm. 43
Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco, México
ORCID: 0000-0001-5847-3984

Azalea Berenice Couoh Amador

Unidad de Medicina Familiar Núm. 43
Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco, México

Donovan Casas Patiño

Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca
ORCID: 0000-0002-3129-9418

José Martín Reyes Pérez

Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca
ORCID: 0000-0002-8443-6973

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 originado en Wuhan, China, es causado por el coronavirus tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). Se caracteriza por contagio directo, aparición de neumonía grave y peor evolución en adultos mayores o pacientes con comorbilidades. Es vital conocer los esquemas terapéuticos utilizados que

evidenciaron científicamente, mejores resultados. **Objetivo:** Determinar los alcances de la experiencia terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 IMSS de Villahermosa Tabasco. **Material y Método:** Durante el 2020-2021 en la Unidad de Medicina Familiar N°43 de Villahermosa Tabasco, se realizó una investigación; Donde se utilizó un diseño, analítico, transversal y retrospectivo. El cálculo de la



muestra se realizó con la fórmula de “n” para poblaciones infinitas, se incluyeron pacientes que reunieron los criterios de selección. Se revisaron expedientes para capturar en una hoja de recolección de datos que incluyó en sus dominios: Características sociodemográficas, comorbilidades y complicaciones. (Método Delphos). Esta recolección se realizó a través de una base datos de Excel, donde se integraron las variables consideradas. El contraste de variables se realizó; Mediante la fórmula de X^2 , los datos se procesaron mediante el programa de SPSS versión 25 de Windows. **Resultados:** Los diferentes esquemas terapéuticos contrastados con sobrevida, mortalidad, días de estancia hospitalaria, necesidad de intubación, aporte de oxígeno complementario y comorbilidades presentaron una p mayor 0.05. **Conclusiones:** Los diversos esquemas terapéuticos no mostraron significancia estadística, se consideran útiles para el manejo de la COVID 19 de acuerdo a sintomatología, considerando los estadios de la enfermedad y comorbilidad de los enfermos.

Palabras claves: COVID-19, esquema terapéutico, mortalidad, morbilidades.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 originating in Wuhan, China, is caused by the type 2 coronavirus, which causes severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV-2). It is characterized by direct contagion, the appearance of severe pneumonia and a worse evolution in older adults or patients with comorbidities. It is vital to know the therapeutic schemes used that scientifically evidenced better results.

Objective: To determine the scope of the therapeutic experience in patients with COVID-19 from the UMF No 43 IMSS of Villahermosa Tabasco.

Material and Method: During 2020-2021 at the Family Medicine Unit No.43 of Villahermosa Tabasco, an investigation was carried out; Where an analytical, cross-sectional and retrospective design was used. The sample calculation was performed using the “n” formula for infinite populations, including patients who met the selection criteria. Records were reviewed to capture a data collection



sheet that included in its domains: Sociodemographic characteristics, comorbidities, and complications. (Delphos method). This collection was carried out through an Excel database, where the variables considered were integrated. The contrast of variables was carried out; Using the X2 formula, the data was processed using the SPSS version 25 Windows program. **Results:** The different therapeutic schemes contrasted with survival, mortality, days of hospital stay, need for intubation, supplementary oxygen supply and comorbidities presented a p greater than 0.05. **Conclusions:** The various therapeutic schemes did not show statistical significance, they are considered useful for the management of COVID 19 according to symptomatology, considering the stages of the disease and comorbidity of the patients.

Keywords: COVID-19, therapeutic scheme, mortality, morbidity

INTRODUCCIÓN

La COVID-19, es una enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS-COV-2. La OMS tuvo

noticias por primera vez de este virus el 31 de diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei, China, con 27 casos de neumonía. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró finalmente al COVID-19 como una pandemia global, el 11 de marzo de 2020. ⁽²⁾

Clínicamente, la infección por SARS-COV-2 es extensa, abarca infección asintomática, infección de tracto respiratorio superior, neumonía grave e incluso la muerte.

Los síntomas comunes incluyen fiebre, fatiga y tos, seguido siempre por anorexia, mialgia, disnea, etc. ⁽³⁾

Las vías de transmisión son mediante gotas, por contacto directo con fluidos y por fómites. El periodo de incubación transcurre desde que una persona entra en contacto con un agente infeccioso hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la enfermedad; se estima que SARS-COV-2 tiene un período de incubación de 12-14 días. La transmisión se produce 1 o 2 días antes del inicio de síntomas, hasta 5 o 6 días posteriores. ⁽⁴⁾



Se ha visto que infecta a personas de todas las edades, aunque el riesgo de enfermar de manera grave se incrementa con la edad especialmente en personas que superan los 60 años de edad, más del 50% son hombres y pacientes que padezcan alguna enfermedad crónico-degenerativa, o respiratoria crónica, además de la obesidad.

La serie publicada por el CDC de China, indicó que la tasa de letalidad fue elevada entre aquellos pacientes con afecciones médicas coexistentes.

Con un total de 1.023 muertes entre los casos confirmados (44.672) la letalidad bruta fue 2,3%. El grupo de edad ≥ 80 años tuvo la letalidad más alta de todos los grupos de edad con 14,8%. Los pacientes que no presentaban comorbilidades tuvieron una tasa de letalidad de 0,9%, frente a los pacientes que si presentan alguna comorbilidad, que tuvieron tasas mucho más altas: para aquellos con enfermedad cardiovascular 10.5%, para diabetes 7.3%, para enfermedad respiratoria crónica 6.3%, para hipertensión 6.0% y para el cáncer 5,6%; el modelo de regresión logística

multivariable, sólo resultó asociada de forma significativa a la mortalidad la edad (OR: 1,10; IC95%: 1,03–1,17 por cada año de incremento; $p=0,0043$).⁽⁵⁾

La OMS publicó una guía sobre el uso de corticosteroides en pacientes con COVID-19, donde se hizo una recomendación para el tratamiento de pacientes con COVID-19 grave y crítico. Se sugirió no usar corticosteroides en el tratamiento de pacientes con COVID-19 no grave, ya que el tratamiento no reportó beneficios e incluso podría resultar perjudicial. En un metaanálisis de 7 ensayos clínicos realizado el 2 de septiembre de 2020 por la OMS donde participaron 1703 pacientes de los cuales 647 murieron, la mortalidad por todas las causas a los 28 días fue menor entre los pacientes que recibieron corticosteroides en comparación con los que recibieron la atención habitual o placebo (razón de probabilidades resumida, 0,66).

En otra investigación se realizó un análisis retrospectivo CON 21 pacientes de COVID-19 tratados con Tocilizumab un anticuerpo monoclonal que se utilizó en 2 hospitales de



China. Los cuales presentaban niveles elevados de IL-6, se observaron resultados clínicos (normalización de la temperatura, alivio sintomático y mejoría de la oxigenación), analíticos (normalización del recuento de linfocitos y de la PCR) y radiológicos favorables. En este estudio no se observaron reacciones adversas al fármaco. ⁽⁶⁾

En un ensayo multicéntrico patrocinado por la United States National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) llamado el “Adaptiva Covid-19 Treatment Trial 1”, en donde se estudió a 1063 pacientes adultos hospitalizados con COVID-19 y afección pulmonar avanzada, se encontró que los que recibieron Remdesivir se recuperaron en un periodo varios días menor que pacientes similares que recibieron placebo; sin embargo, no se observó

beneficio en cuanto a mortalidad. Posteriormente; Otro estudio en el que se compararon 5 días y 10 días de Remdesivir no hubo diferencia estadísticamente significativa en el

estado clínico entre los dos regímenes de tratamiento. ⁽⁷⁾

El manejo de pacientes COVID en Asia y Europa demostró que un 63% (7047/11,028, 95% CI 52,5-75,3%) de los hospitalizados recibió tratamiento antibiótico y tratamiento antirretroviral un 62.4%, mejorando únicamente con los últimos la fiebre, la capacidad de oxigenación e imágenes radiográficas.

La Ivermectina es un fármaco antiparasitario, que se ha usado extensamente en Latinoamérica para el tratamiento del COVID-19. No obstante, en estudios in vitro de Ivermectina en dosis mucho más altas que las que se consideran seguras en humanos, no se ha logrado reducir las cargas virales de SARS-CoV-2. ⁽⁸⁾

Los pacientes que sufren una infección por SARS-CoV-2 tienen un aumento del riesgo de eventos tromboembólicos, especialmente ETEV, relacionado con la situación crítica y de inmovilización que con lleva esta entidad. Estudios realizados en la población de Wuhan mostraron una alta incidencia de ETEV (de hasta el



20% de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados Intensivos) asociada con una elevada mortalidad. Sin embargo, las estrategias óptimas de anticoagulación profiláctica y terapéutica durante el ingreso hospitalario no están claramente establecidas.

Los estudios derivados del COVID-19 utilizan en todos los casos HBPM durante el ingreso en dosis profilácticas (Enoxaparina 40-60mg/día) durante al menos 7 días. Hay que considerar la fase de convalecencia en domicilio, que puede aumentar los eventos tromboembólicos y la mortalidad que esa inmovilización conlleva, por lo que se considera prudente prolongar el uso de la HBPM en dosis profilácticas durante 7-10 días tras el alta. ⁽⁹⁾

RESULTADOS

Edad: Mediana de; 57, media de 56 y moda de 53; En la evaluación de las características sociodemográficas; con respecto a la variable género, se encontraron los siguientes datos; Hombre: 129(59.7%) y mujeres: 85(39.4%).

MATERIAL Y MÉTODO.

Durante el 2020-2021 en la unidad de Medicina Familiar N° 43 de Villahermosa, Tabasco, México, se realizó una investigación con un diseño, analítico, transversal y retrospectivo.

Se incluyeron 214 pacientes los cuales tenían PCR positiva para COVID-19, con y sin comorbilidades.

Los alcances terapéuticos fueron identificados mediante la evolución de los pacientes, y estado de salud del paciente. Se utilizó estadística descriptiva, así también el contraste de variables se realizó mediante la fórmula de X^2 . Mediante el programa de SPSS versión 25 de Windows.

El análisis de las características sociodemográficas de la variable estado civil donde fueron consideradas 6 categorías, se encontraron los siguientes resultados en cuanto a frecuencia y porcentajes: Casado 131(60.6%), Unión libre 28 (13%), Soltero 22 (10.2%), Viudo 21 (9.7%),



Divorciado 9 (4.2%), Separado 3 (13%).

Al efectuar el análisis estadístico en cuanto a frecuencia de las características sociodemográficas de la variable escolaridad, se encontraron los siguientes datos: Licenciatura 56 (25.9%), Primaria 49 (22.7%), Preparatoria 47 (21.8%), Secundaria 42 (19.4%), Analfabeta 18 (8.3%) y Carrera Técnica 2 (9%).

La evaluación de la variable sociodemografica religión donde fueron consideradas 4 categorías; se encontraron los siguientes resultados: Católico 154 (71.3%), Cristiano 43 (19.9%), Ateo 12 (5-6%), Otros 3 (1.4%).



Tabla 1. Muestra la variable estancia hospitalaria contrastada con esquemas terapéuticos.

VARIABLE ESTANCIA HOSPITALARIA	NA	1 A 7 DÍAS	8 A 14 DÍAS	+15 DÍAS	P	χ^2
Plasma	15	6	7	2	0.144	5.410
Analgésicos	208	122	68	18	0.163	5.128
Antirretroviral	37	24	11	2	0.528	2.220
Antibióticos	210	124	68	18	0.119	5.845
Antiparasitario	4	1	0	3	0.001	26.03
Antitrombóticos	203	119	66	18	0.527	2.224
Inmunomoduladores	19	10	6	3	0.627	1.743
Corticoides	156	86	54	16	0.159	5.185

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 2. Muestra la variable días de estancia hospitalaria, en contraste si requirieron oxígeno suplementario y si requirieron manejo avanzado de la vía aérea (intubación).

VARIABLE ESTANCIA HOSPITALARIA	NA	1 A 7 DÍAS	8 A 14 DÍAS	+15 DÍAS	P	χ^2
Requirió oxígeno	211	124	68	19	0.535	2.004
Requirió intubación	63	27	27	10	0.004	13.547

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 3. Se expone la variable esquemas terapéuticos, mortalidad y sobrevida.

VARIABLE	NUMERO ABSOLUTO	VARIABLE	DECESOS	SOBREVIDA	P	χ^2
Plasma	213	14	9	5	0.010	6.706
Analgésicos	213	207	69	138	0.392	0.734
Antirretroviral	211	37	12	25	0.001	0.969
Antibióticos	213	209	70	139	0.158	1.996
Antiparasitario	209	4	2	2	0.543	0.461
Antitrombóticos	213	202	69	133	0.085	2.971
Inmunomoduladores	213	19	7	12	0.699	0.150
Corticoides	212	156	54	102	0.283	1.151
Requirió oxígeno	213	210	70	140	0.222	1.490
Requirió intubación	213	62	48	14	0.001	78.690

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 4. Se expone la variable esquemas terapéuticos en pacientes diabéticos intubados, y esquemas terapéuticos en pacientes diabéticos contrastada con la mortalidad.

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS	DIABÉTICOS	NUMERO ABSOLUTO	A CUANTOS SE LES DIERON	P	χ^2	INTUBADOS	DECESOS	P	χ^2
Analgésicos	90	(86)	0.215	1.534	0.496	0.523	0.706	0.142	
Antirretroviral	88	(13)	0.386	0.750	0.647	0.209	0.671	0.181	
Antibióticos	90	(97)	0.178	1.815	1.000	0.001	0.209	1.579	
Antiparasitario	90	(2)	0.745	0.106	0.613	0.256	0.308	1.040	
Antitrombóticos	90	(83)	0.649	0.208	0.077	0.781	0.49	3.863	
Inmunomoduladores	90	(8)	0.996	0.001	0.295	1.098	0.307	1.044	
Corticoides	90	(63)	0.361	0.834	0.626	0.238	0.384	0.757	

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco

Tabla 5. Se expone la variable esquemas terapéuticos en pacientes hipertensos intubados, y esquemas terapéuticos en



pacientes hipertensos contrastado con la mortalidad.

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.	HIPERTENSOS		P	X2	INTUBADOS		DECESOS
	NUMERO ABSOLUTO	A QUIEN SE LES DIERON			P	X2	
Analgésicos	122	(117)	0.186	1.745	3.073	0.80	0.192 0.661
Antirretroviral	120	(21)	0.984	0.001	0.434	0.612	0.298 1.081
Antibióticos	122	(119)	0.463	0.538	0.777	0.80	0.266 1.237
Antiparasitario	122	(2)	0.775	0.82	0.441	0.594	0.366 0.818
Antitrombóticos	122	(115)	0.649	0.208	0.885	0.021	0.84 2.988
Inmunomoduladores	122	(9)	0.374	0.791	0.615	0.253	0.226 1.467
Corticoides	121	(93)	0.171	0.873	0.240	1.382	0.064 3.441

mortalidad.

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.	INMUNOCOMPROMETIDOS		P	X2	INTUBADOS		DECESOS
	NUMERO ABSOLUTO	A QUIEN SE LES DIERON			P	X2	
Analgésicos	16	(15)	0.678	0.777	0.620	0.246	0.464 0.536
Antirretroviral	16	(0)	0.16	8.250	0.619	0.245	0.463 0.535
Antibióticos	16	(15)	0.402	1.822	0.618	0.244	0.462 0.534
Antiparasitario	16	(0)	0.839	0.352	0.615	0.240	0.459 0.528
Antitrombóticos	16	(15)	0.953	0.096	0.620	0.242	0.461 0.532
Inmunomoduladores	16	(0)	0.407	1.799	0.619	0.245	0.465 0.531
Corticoides	16	(13)	0.195	3.269	0.473	0.515	0.283 1.154

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 6. Se expone la variable esquemas terapéuticos en pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar intubados, y esquemas terapéuticos en pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar contrastada con la mortalidad.

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.	ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PULMONAR		P	X2	INTUBADOS		DECESOS
	NUMERO ABSOLUTO	A QUIEN SE LES DIERON			P	X2	
Analgésicos	196	(186)	0.934	0.007	0.280	1.165	0.405 0.692
Antirretroviral	196	(35)	0.519	0.415	0.516	0.421	0.800 0.064
Antibióticos	196	(192)	0.541	0.374	0.822	0.051	0.163 1.949
Antiparasitario	196	(4)	0.541	0.374	0.048	3.912	0.445 0.585
Antitrombóticos	196	(189)	0.934	0.007	0.994	0.001	0.025 5.031
Inmunomoduladores	196	(17)	0.728	0.121	0.032	4.615	0.413 0.670
Corticoides	195	(144)	0.510	0.433	0.389	0.74	0.080 3.072

Fuente: Experiencia Terapéutica en pacientes con COVID-19 de la UMF N° 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 7. Se expone la variable esquemas terapéuticos en pacientes con inmunocomprometidos intubados, y esquemas terapéuticos en pacientes inmunocomprometidos contrastado con la



DISCUSIÓN La COVID 19 como enfermedad; es producto de un agente de etiología viral con un comportamiento errático donde las condiciones generales del paciente son un factor fundamental en las manifestaciones clínicas del paciente, y los esquemas terapéuticos no responden de la manera esperada.

En la presente investigación se encontró que los hombres tuvieron una proporción mayor (59.7%), que las mujeres; resultados equiparables al metaanálisis de la OMS, donde se encontró que los hombres presentan mayor número de casos por COVID 19.

Al evaluar la variable manejo con antibióticos del tipo de la Ceftriaxona y Claritromicina reporta una p de p:0.119, en contraste con los resultados obtenidos por Moyano IM, León Jiménez y Ocaña; quien encontró que los pacientes hospitalizados en tratamiento con antibiótico y tratamiento antirretroviral tuvieron mejoría únicamente en los últimos días en la fiebre oxigenación e imágenes

En el manejo de con antiparasitario (Ivermectina) se encontró una p de p: 0.001; situación que no debe considerarse en el presente proyecto; puesto que la muestra fue escasa por la suspensión del fármaco; y la muestra fue no significativa.

En el manejo con antitrombóticos (Apixaban, Enoxaparina): se encontró una p: 0.527, resultados que difieren con los datos obtenidos por Vivas d, Roldan V, Esteve pastor y

Ruiz-Nodar; donde corroboraron que el tratamiento inicial con HBPM reduce la mortalidad y logra una mejoría significativa del cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de O_2 (pao_2/fio_2) al mitigar la formación de microtrombos y la coagulopatía pulmonar asociada. Disminuye la afección inflamatoria.

Al realizar el análisis del manejo con inmunomoduladores (Tocilizumab) los resultados fueron p: 0.627, en Discrepancia con los resultados obtenidos por Horby p, Emberson Linsell y Bell: donde encontraron que el manejo con Tocilizumab normalizó la sintomatología clínica y oxigenación linfocitos.



En el manejo con corticoesteroides (Dexametasona, Metilprednisolona) no se encontró diferencia significativa: Análisis que diverge con los resultados emitidos por la OMS donde refieren que la mortalidad fue menor en pacientes que usaron corticoides.

En el análisis de las variables de esquemas terapéuticos contrastada con mortalidad y sobrevida en los pacientes con COVID-19; no se encontraron diferencias significativas en los diferentes esquemas utilizados en nuestros pacientes (manejo con plasma, analgésicos, antirretroviral, antibióticos, antiparasitario, inmunomoduladores y corticoesteroides); en contraste con los resultados obtenidos por la OMS donde publica que la mortalidad fue menor en pacientes que usaron corticoides; Así también los resultados obtenidos de la investigación difieren con los resultados de Vivas D, Roldan V, Esteve Pastor y Ruiz-Nodar; donde encontraron que la mortalidad es menor en pacientes con dímero D elevado; y coincide con los resultados publicados con este autor con respecto al uso de Enoxaparina donde, no se encontró diferencias significativas en la mortalidad.

En el análisis de la variables pacientes con diabetes tipo 2 contrastado con los diferentes esquemas terapéuticos (analgésicos, antirretrovirales, antibióticos, antiparasitarios, antitrombóticos, inmunomoduladores, corticoides) y la relación con intubados y decesos no se encontró significancia estadística; en contraste con el meta-análisis de la OMS donde refiere disminución de la mortalidad con el uso de corticoides.

En el análisis de la variables pacientes con hipertensión arterial contrastado con los diferentes esquemas terapéuticos (analgésicos antirretrovirales antibióticos, antiparasitarios, antitrombóticos, inmunomoduladores, corticoides) y su relación con decesos e intubados no se encontró significancia estadística; resultados que coinciden con los publicados por Vivas D, Roldan V, Esteve Pastor y Ruiz-Nodar que publica que el uso de Enoxaparina no disminuye la mortalidad.

En el contraste de la variables pacientes con enfermedad pulmonar contrastado con los diferentes esquemas terapéuticos (analgésicos



antirretrovirales, antibióticos, antiparasitarios, antitrombóticos, inmunomoduladores, corticoides no se encontró significancia estadística, y no se encontró un estudio equiparable a esta cohorte de pacientes en particular; solo con la población en general; donde Vivas, Roldan, Esteve Pastor y Ruiz-Nodar publican, que el uso de Enoxaparina no tuvo significancia coincidiendo con los resultados de la investigación realizada.

En el contraste de las variables pacientes inmunocomprometidos contrastado con los diferentes esquemas terapéuticos (analgésicos antirretrovirales, antibióticos, antiparasitarios, antitrombóticos, inmunomoduladores, corticoides) no se encontraron resultados que incidieran significativamente en la estadística; sin encontrar estudios equiparables con inmunocomprometidos que los ya mencionados en el análisis de resultados previo.

CONCLUSIONES

La media de la muestra estudiada corresponde a 56 años con respecto a la variable edad.

Los pacientes enfermos en cuanto a proporciones fue mayor en el género hombre

La variable sociodemográfica estado civil casado corresponde a una proporción mayor de enfermos por COVID.

La variable escolaridad licenciatura fue la que presentó mayor proporción de enfermos.

La variable religión católica fue la que presentó mayor cantidad de enfermos por COVID 19.

La situación geográfica urbana presentó mayor número de pacientes con COVID 19.

El contraste de variables estancia hospitalaria y los diferentes esquemas terapéuticos analizados no mostraron diferencias significativas.

El análisis de la variable estancia hospitalaria y requerimientos de oxígeno analizados no mostró diferencia significativa.

El análisis de la variable intubación y mortalidad de la población general contrastada con el análisis de los



diferentes esquemas terapéuticos no mostro significancia estadística.

En el contraste de las variable intubación y decesos de los pacientes con diabetes tipo 2, contrastada con el análisis de los diferentes esquemas terapéuticos no mostro significancia estadística.

En el análisis de los pacientes con hipertensión arterial al contrastar las variables intubación y decesos y los diferentes esquemas terapéuticos no se encontró diferencia estadística.

En la evaluación integral de los pacientes con enfermedad pulmonar al contraste de las variables intubación y decesos y los diferentes esquemas terapéuticos no se encontró diferencia estadística.

BIBLIOGRAFIA

Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, et al. Community transmission of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26(6):1320–3. <https://doi.org/10.3201/eid2606.200239>.

He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol.* 2020; 92(7):719–25.

<https://doi.org/10.1002/jmv.25766>.

Ramos C. Covid-19: the new pathology caused by a coronavirus. *Salud Publica Mex.* 2020; 62(2):225–7.

<https://doi.org/10.21149/11276>.

Quesada, J. A., López-Pineda, A., Gil-Guillén, V. F., Arriero-Marín, J. M., Gutiérrez, F., & Carratala-Munuera, C. (2021). Período de incubación de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Clínica Española*, 221(2), 109–117.

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.08.00>

Huang I, Lim MA, Pranata R. La diabetes mellitus se asocia con una mayor mortalidad y gravedad de la enfermedad en la neumonía por COVID-19: una revisión sistemática, un metanálisis y una metarregresión. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4):1-22 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162793/>.



Horby P, Lim WS, Emberson J, Mafham M, Bell J, Linsell L, et al. Effect of dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – preliminary report [Internet]. bioRxiv. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273> :

[:http://dx.doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273](http://dx.doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273)

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>.

Moyano LM, Leon-Jimenez F, Cavalcanti S, Ocaña V. Uso responsable de Antibióticos en COVID-19 en Perú. 2021 ;(102172):102172.

Chiara Chilet CM, Saavedra Velasco M. Antibiotic control in times of COVID-19. Rev. Fac Med. Humana. 2020;20(4):758–9.<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3050>.