



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Eficacia del uso de corticoides en la disminución de la letalidad, en
pacientes con COVID 19 en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORA:

Meza Lázaro, Cecilia Ivonne (ORCID: 0000-0002-6189-9342)

ASESORA:

Dra. Llaque Sánchez, María Rocío del Pilar (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TRANSMISIBLES

TRUJILLO – PERÚ

2022

I. INTRODUCCIÓN

En Wuhan (China), se notifica por primera vez un proceso neumónico de causa desconocida denominado síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). A finales del mes de Enero del 2020, la Organización Mundial de la salud (OMS), lo cataloga como un daño a la salud de importancia internacional por su rápida expansión e incremento de pacientes notificados en el continente asiático y europeo.^{1, 2}

En el mes de febrero se aísla el primer caso en Sudamérica que según investigaciones el paciente provino de Italia; este caso se convierte en el primero en Sudamérica. Fue entonces que en marzo la OMS declara una pandemia. En el Perú diagnosticaron por primera vez COVID 19 desde el 6 de marzo y la primera muerte aconteció 13 días después. Actualmente a nivel mundial ya se han notificado aproximadamente 14 millones de nuevos casos incluyendo más de 300.000 muertes.^{2; 3}

Ante esta problemática se ha optado por crear guías de manejo, en América Latina se oficializan protocolos de manejo farmacológico según la gravedad del paciente y según la clasificación de los institutos de la salud de acuerdo a su nivel de complejidad (I, II y III nivel). Sin embargo, el criterio médico sigue prevaleciendo e individualizando el tratamiento terapéutico según cada paciente; es decir, según su evaluación se determina riesgo/beneficio y se decide en base a la evidencia hasta el momento disponible y a su experiencia laboral.⁴

Además de sintomáticos, anticoagulantes, antibióticos entre otros; los corticoides también forman parte del protocolo debido a que han demostrado su beneficio en el paciente. Este es el caso de la Metilprednisolona que aún con un estudio aplicado con pequeño tamaño muestral demostró reducir la mortalidad en pacientes COVID

(23/50; 46% de muertes) respecto a los que no recibieron este medicamento (21/34; 61.8% de muertes); HR 0,38; IC 95%.⁵

Problema planteado del estudio: **¿Es eficaz el uso de corticoides en la disminución de la letalidad, en pacientes con COVID 19 atendidos en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022?**

Esta investigación se justifica debido a que el uso de corticoides como ya se revisó se ha estudiado a nivel mundial, evidenciándose así su utilidad en los pacientes con COVID ya sea en mortalidad y tiempo hospitalario; y a su vez también se evidenciado que su administración puede ser perjudicial para los pacientes, por los efectos adversos que presentan debido a su uso y abuso en casos innecesarios. Por ello es necesario aportar un nuevo estudio que determine su eficacia en nuestro medio y verificar con ello si en nuestra población los resultados podrían coincidir con lo evidenciado en las investigaciones a nivel nacional e internacional previamente revisadas.

El **objetivo principal propuesto** es: Determinar la eficacia del uso de corticoides en la disminución de la letalidad, en pacientes con COVID 19 atendidos en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022. Los **objetivos específicos** son: Valorar el riesgo de letalidad en pacientes COVID 19, tratados con corticoides. Valorar el riesgo de letalidad en pacientes COVID 19, no tratados con corticoides. Caracterizar a la población según edad, género, tiempo de enfermedad, tiempo de inicio y duración de la corticoterapia. Identificar el tipo de corticoide aplicado. Establecer las comorbilidades de los pacientes.

En cuanto a las hipótesis, tenemos como H1: El uso de corticoides es eficaz en la disminución de la letalidad, en pacientes con COVID 19 atendidos en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022. H0: El uso de corticoides no es eficaz en la disminución de la letalidad, en pacientes con COVID 19 atendidos en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Chen Q. et al (China, 2021), valoraron la eficacia del empleo de corticosteroides en neumonía grave por COVID-19, y la asociación entre la corticoterapia y la muerte del paciente; por medio de una revisión retrospectiva de historias clínicas. Se tomaron 371 expedientes de los cuales 200 pacientes recibieron terapia con corticosteroides, metilprednisolona (197 [94,3%]). Los factores que se midieron fueron: temperatura al ingreso, ventilación mecánica e ingreso la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); los cuales se asociaron significativamente con el uso de corticosteroides. Se demostró que los corticosteroides disminuyen significativamente la mortalidad (RR = 0.592, [IC 95%], p = 0.006).⁶

Corral L. et al (España, 2021), determinaron el beneficio del tratamiento con glucocorticoides (GC), de qué manera disminuye la tasa de mortalidad y a qué nivel de gravedad se beneficia su uso; mediante una revisión sistemática. Los estudios evidenciaron una significativa disminución de la muerte en los pacientes con estado crítico (RA de muerte a los 21-28: 10%, IC 95% -5 a-14%). Por el contrario, en los pacientes graves con requerimiento de oxígeno sin asistencia mecánica ventilatoria (RA del 3%, con IC 95% -3 a 0%). En pacientes sin requerimiento de oxigenoterapia no fue útil.⁷

Lee T. et al (Canadá, 2021), estudiaron el impacto de la corticoterapia en pacientes hospitalizados con COVID 19, mediante un estudio probabilístico que incluyó a 7557 pacientes. Se formaron 3 grupos: pacientes tratados con remdesivir, con corticoides y un grupo control. Se evidenció que la mortalidad disminuyó a 93% en el grupo manejado con corticoides y en la misma proporción disminuyó el uso de ventilador mecánico en los que requerían de oxigenoterapia. Sin embargo, en pacientes sin requerimiento de oxígeno suplementario la disminución de la mortalidad era de sólo el 7%.⁸

Tortosa F. (Argentina, 2020), valoraron el beneficio del manejo con dexametasona en casos graves de COVID 19; realizando una investigación extensa, no sistemática, empleando la metodología GRADE. Como resultado se obtuvo que el empleo de dexametasona redujo la muerte de estos pacientes a los veintiocho días (RR: 0,83; IC95%; NNT: 33). Además, se evidenció baja cifra de muertes en los que tenían necesidad de ventilación asistida (VMA) (RR: 0,64; IC95%; NNT: 8,5); y con requerimiento de oxígeno sin VMA (RR: 0,82; IC95%;). Cuando no existía requerimiento de oxigenoterapia no se encontraron beneficios (RR: 1,19; IC95%: 0,91-1,55).⁹

García S. et al (España, 2020), valoraron el efecto del uso de corticoides a baja dosis frente a altas dosis con respecto a su ingreso a UCI; mediante una investigación retrospectiva observacional que abarcó a 127 pacientes con COVID, de ellos se formó dos grupos. Ambos grupos recibieron al menos dos dosis de corticoides cuando ingresaron. Ingresaron a UCI, menos del 13% que usaron metilprednisolona en dosificación elevada y el 30% de pacientes con dexametasona en dosis bajas. Como datos predictivos se consideró a la dexametasona a dosis bajas ($p=0,002$), hombres ($p=0,023$), mayores de 50 años ($p=0,014$) y nivel de Interleucina 6 >70 pg/mL ($p=0,004$).¹⁰

Horby P. et al (Europa, 2020), estimaron la respuesta a la terapia con dexametasona en COVID-19, mediante una investigación aleatorizada, controlada y abierta. Se comparó el uso de dexametasona 6 mg QD por diez días en 2104 pacientes (Grupo 1) versus la atención habitual sola en 4321 pacientes (Grupo 2). Resultando que el 21,6% del primer grupo y el 24,6% del segundo murieron dentro de los 28 días (RR 0,83; [IC 95%]; $P <0,001$). La disminución de mortalidad varió de acuerdo al nivel de soporte respiratorio: la dexametasona disminuyó la mortalidad en pacientes con ventilación mecánica (RR 0.65 [IC del 95%]; $p <0,001$), y en oxigenoterapia sin ventilación (RR 0,80 [IC del 95%]; $p = 0,002$). No hubo cambios en los que no recibieron soporte respiratorio (RR 1.22 [IC 95%]; $p=0.14$).¹¹

OMS. (Inglaterra, 2020), determinaron la relación entre el uso de corticoides con la medicación usual o placebo y la tasa de mortalidad en pacientes COVID; por medio de un metaanálisis prospectivo que incluyó 7 ensayos clínicos al azar. Se registraron 222 muertes entre los 678 pacientes con corticoterapia y 425 muertos entre los 1025 pacientes con placebo (OR 0,66 [IC del 95]; $p < 0,001$). En relación al tipo de corticoide la mortalidad fue 0,64 (IC del 95%; $p < 0,001$) para dexametasona en comparación con el placebo, el OR fue 0,69 (IC del 95%; $P = 0,13$) para la hidrocortisona, y la OR fue 0,91 (IC del 95%; $P=0,87$) para la metilprednisolona. Entre los 6 ensayos que notificaron incidentes adversos graves, 64 eventos ocurrieron entre 354 pacientes con corticosteroides y 80 eventos entre 342 pacientes con placebo.¹²

OMS. (2020), demostraron la eficacia del empleo de corticosteroides sistémicos en el manejo de pacientes con COVID19, por ello analizaron 7 ensayos clínicos de los cuales concluyeron que se reduce los índices de fallecimiento pacientes críticos a los 28 días [RR] 0,80, IC 95%; y también en pacientes graves- RR 0,80, IC 95%. Así mismo, podrían elevar el riesgo de muerte si se emplea en pacientes sin criterios de gravedad (RR 1,22, IC 95%); también reducen el requerimiento de asistencia ventilatoria (RR 0,74, IC 95%).¹³

Callejas J. et al¹⁴ (España, 2020), valoraron la respuesta del uso de pulsos de glucocorticoides (GC) contra la liberación de citocinas (SLC) en COVID 19, mediante un estudio observacional retrospectivo. Fueron 92 participantes incluidos en el estudio los mismos que fueron divididos: al 65,2% se le administró GC; al 25% GC y tocilizumab al mismo tiempo; y 9.8% los que recibieron exclusivamente tocilizumab. El SLC se definió tomando los valores de IL-6, ferritina, dímeros-D y/o triglicéridos. En el 1º grupo se evidenció que el 8.3% sobrevivieron sin intubación (RR (IC 95%) 0,064 (0,03-1,181) $p = 0,065$); del grupo 2 el 4.4% (RR (IC 95%) 0,24 (0,009-6,261) $p = 0,39$); y en el 3º el 11.1% sobrevivieron sin intubación (RR) (IC 95%) 1).¹⁴

Villar J. et al (España, 2020), estudiaron la efectividad de los glucocorticoides en el cuadro de dificultad respiratoria aguda (SDRA), el estudio aleatorizado multicéntrico se les realizó a 277 pacientes, dos grupos: 139 que recibieron GC y 138 fueron el grupo control. El objetivo fue mantener al paciente sin usar ventilador mecánico y de acuerdo a los resultados los pacientes con GC resistieron más días sin usar ventilador (diferencia de 4,8 días [IC95%]; $p < 0,0001$).¹⁵

Wu C. et al (China, 2020), determinaron el beneficio de la metilprednisolona en el SDRA y sobre la mortalidad; mediante un estudio retrospectivo. De los 84 pacientes estudiados se evidenció que aquellos con SDRA que fueron tratados con metilprednisolona mejoraron (RR: 0,38; IC 95%: 0,20-0,72). Además, se identificaron en estos pacientes factores de riesgo como: edad > 65 años, fiebre (>39°C), neutrofilia, y parámetros de coagulación alterados.¹⁶

Zha L. et al (China, 2020), asociaron el tratamiento con corticoides y el tiempo de aclaramiento del coronavirus (COVID 19), mediante un análisis de regresión incluyendo a 31 pacientes de los cuales 11 recibieron tratamiento con corticosteroides. Los resultados no mostraron una asociación significativa (RR 1,26; IC del 95%, 0,58-2,74), en cuanto al tiempo de hospitalización se determinó una RR de 0,77 (IC del 95%, 0,33-1,78), y la duración de los síntomas una RR: 0,86 (IC del 95%, 0,40-1,83).¹⁷

Franciois P. et al (Francia, 2020), determinaron el efecto de la hidrocortisona con respecto a la muerte del paciente a los 21 días de hospitalizado; a través de un ensayo clínico aleatorizado que abarcó a 149 personas, 148 (99,3%) completaron el estudio, y se encontró 69 eventos de fallos de tratamiento, incluyendo 11 muertos. Como resultado se obtuvo que el fracaso al tratamiento en el día 21, se dio en 32 de los 76 pacientes (42,1%) del grupo con hidrocortisona y en 37 de 73 (50,7%) del grupo con placebo; teniendo como diferencia de proporciones: 8,6% [IC 95]; $P = .29$). No se registraron efectos adversos graves con el tratamiento.¹⁸

Prado C. et al (Brasil, 2020), asociaron el manejo con corticoides y la muerte del paciente a los 28 días de hospitalización; por medio de un estudio aleatorizado que implicó a 647 pacientes, de los que se analizaron 393, 194 con metilprednisolona y placebo en 199 individuos. La infección por COVID19 fue diagnosticada mediante RT-PCR en un 81,3%. La mortalidad en el día 28 no fue diferente entre ambos grupos. El estudio de los subgrupos evidenció que los mayores de 60 años tratados con metilprednisolona tenían menos registros de muerte a los 28 días.¹⁹

Tomazini B. et al (Brasil, 2020), determinaron el beneficio de los corticoides como tratamiento en el SDRA Moderado – Grave en COVID19; mediante un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado en 299 pacientes. Como resultado se obtuvo que las personas que recibieron corticoides estuvieron sin ventilador más días que el grupo estándar. A los siete días, el grupo con corticoide alcanzó un SOFA de 6 puntos en promedio, frente a 7 en el grupo de estándar. Se determinó que el uso de dexametasona con atención habitual aumentó significativamente en el número de días sin ventilador durante 28 días.²⁰

Yang Z. et al (China, 2020), establecieron el beneficio de los corticosteroides en pacientes críticos con COVID; por medio de un metaanálisis que incluyó 5270 pacientes. Como resultado se obtuvo que los pacientes críticos eran más propensos a necesitar glucocorticosteroides (RR = 1,56, IC 95%, P<0,001). Sin embargo, los glucocorticosteroides se asociaron a mayor mortalidad (RR = 2, 11; IC 95%; P = 0,019), mayor estancia hospitalaria (diferencia media ponderada [WMD] = 6,31, IC 95%, p<0,001), una mayor frecuencia de infecciones bacterianas (RR = 2,08, IC 95%; p<0.001) y disminución de potasio sérico (RR=2.21, IC 95%, P = 0.032) pero no hiperglucemia o hipocalcemia.²¹

Zhu H. et al (China, 2020), precisaron las ventajas del manejo con corticoides en COVID-19 grave; por medio de un análisis retrospectivo que incluyó 102 participantes, los que se distribuyeron 2 grupos, uno con tratamiento con corticoides (69; 67,6%) y un grupo control (33; 32,4%). Según los resultados se evidenció en

cuanto al pronóstico que 29 (78,4%) pacientes del grupo de tratamiento murieron con respecto al grupo control donde fueron 40 (61,5%). Según la prueba de rango de registro y la curva de supervivencia Kaplan-Meier, la diferencia en la mortalidad entre ambos grupos fue insignificante ($P = 0,655$).²²

Ni Y. et al (China, 2019), estimaron la administración de corticoides con el número de muertes con neumonía por Influenza; mediante un metaanálisis que incluyó a 6548 pacientes. Como resultado se tuvo que en comparación con el placebo, los corticosteroides se asociaron con una mayor posibilidad de muerte (RR 1,75, IC 95%: 1,30 ~ 2,36, $Z = 3,71$, $P = 0,0002$), mayor duración de la UCI (diferencia media [DM] 2,14, 95 % IC 1,17 ~ 3,10, $Z = 4,35$, $P < 0,0001$) e incidencia alta de infección secundaria (RR 1,98, 95% IC 1,04 ~ 3,78, $Z = 2,08$, $P = 0,04$).²³

Arabi Y. et al (Arabia Saudita, 2017), valoraron el uso de corticoides en pacientes de la UCI con síndrome respiratorio del Medio Oriente (MER); mediante un estudio retrospectivo que abarcó a 309 pacientes; de los cuales 151 recibieron corticosteroides. Se evidenció que la corticoterapia se asoció a un mayor riesgo de ventilación mecánica (141 de 151 [93,4%] frente a 121 de 158 [76,6%]; $P < 0,0001$) y tuvo mayor mortalidad a los 90 días (112 de 151 [74,2%] frente a 91 de 158 [57,6%]; $P = 0,002$). En conclusión, los corticosteroides no se asociaron significativamente con la mortalidad de 90 días (relación de probabilidades ajustadas, 0,75; IC 95%, 0,52–1,07; $P = 0,12$) pero se asoció con un lento aclaramiento del ARN coronavirus MERS (RR 0,35; IC del 95%, 0,17–0,72; $P = 0,005$).²⁴

Meregildo E. et al (Perú, 2020), evaluaron la existencia de evidencia que respalde el uso de corticoides en pacientes con Covid 19 severo o SDRA mediante una revisión sistemática que incluyó a 9 investigaciones que cumplieron con los criterios de selección pertinentes. Se determinó que los corticoides parenterales disminuyeron la mortalidad en este grupo de pacientes [OR 0.83 (IC 95% 0.63-1.08)].²⁵

El agente infeccioso de la COVID 19 es el virus del tipo SARS-CoV-2, en sí los coronavirus son un grupo extenso y propiciar el desarrollo de patologías que pueden ir desde un resfrío hasta una enfermedad grave que curse con síndrome de dificultad respiratorio severo. Este se transmite mediante gotas respiratorias y fómites que se pueden intercambiar al contacto cercano y sin protección.²⁶

En cuanto a su tiempo de incubación; la sintomatología comienza entre cinco a seis días posterior a la infección, en promedio se mantiene un rango hasta los 14 días. Su período de transmisibilidad se puede dar hasta 7 días después del comienzo de la sintomatología y podría extenderse hasta 14 días. Por último, con respecto a la susceptibilidad, las evidencias descritas hasta el momento no señalan una inmunidad previa debido a su nueva aparición, y sobre la inmunidad que se lograría después de una vacuna o infección previa aún está en estudio.²⁷

El estudio del paciente puede mostrar las siguientes situaciones: Asintomático, sin síntomas con evidencia de infección mediante prueba de laboratorio. Un caso leve presenta tos, fiebre, malestar general, cefalea, mantiene una oxigenación adecuada (>94%) y una frecuencia respiratoria (FR) < 22 respiraciones por minuto (en un caso leve no se evidencia dificultad para respirar). Un caso moderado evidencia una SO_2 <94%, disnea y/o alteraciones radiológicas, fiebre que persiste y taquipnea (FR >20 por minuto). Un caso grave o severo incluye una SO_2 <94%, FR ≥ 30 por minuto o PaO_2/FiO_2 <300 o una tomografía pulmonar que indique un compromiso >50%. Y un caso crítico abarca alteración de la conciencia, astenia, distrés respiratorio, presión arterial media <65, PaO_2/FiO_2 <150 – 200 o lactato menor de dos; además existe la necesidad de ventilador mecánico por el estado de shock o colapso vascular.²⁸

Existen también criterios de severidad que comprenden datos generales: edad avanzada (>60 años), comorbilidades importantes y también incluyen datos de laboratorio como: Leucocitosis y/o linfopenia, elevación de ALT, DLH, troponina I ultrasensible, CPK, Dímero D, IL-6, entre otros.²⁹

Los criterios para hospitalización incluyen a los pacientes con enfermedad moderada, severa y crítica. Su manejo inicial además de la terapia de soporte (Dieta, oxigenoterapia, hidratación y posición), incluye la administración de corticoides: Dexametasona 6 mg EV o VO cada 24 horas, administración de antitrombóticos: Enoxaparina 40 mg – 60 mg SC cada 24 horas según peso del paciente. Si hubiera alguna sobreinfección bacteriana se indicará terapia con antibióticos según sospecha clínica; por ejemplo, si se piensa en una Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) se utilizará Ceftriaxona gr EV cada 24 horas por 7 días. Se valorará de acuerdo al grado de severidad del paciente el ambiente propicio para su manejo.³⁰

Los corticoides o también denominados glucocorticosteroides son hormonas esteroideas producidas en las glándulas suprarrenales y sus derivados sintéticos se obtienen cambiando su estructura química. Su utilidad clínica radica en sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras; sin embargo, también registran efectos secundarios no beneficiosos para los pacientes.³¹

Tanto la OMS, el Ministerio de Salud y ESSALUD, han expuesto mediante guías y/o protocolos de manejo de COVID-19 que el uso de corticoides debe ser para aquellos usuarios con marcada dificultad respiratoria; es decir, pacientes calificados con SARS-CoV-2 entre moderado, grave y crítico. Negando así su empleo en casos leves o no graves.³²

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Aplicada.³³

Diseño de investigación: No experimental, cohorte retrospectiva.³³ (Ver Anexo 01)

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: Uso de corticoides

Variable dependiente: Mortalidad en pacientes COVID19.

Variantes intervinientes: Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Asma.

Operacionalización de Variables. (Ver Anexo 02)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Todos los pacientes COVID 19 atendidos en un Hospital Nivel IV EsSalud Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, al 2022, que cumplan con los criterios de selección propuestos en el trabajo.

Criterios de inclusión:

Paciente con diagnóstico de COVID 19 con prueba confirmatoria.

Con tratamiento intrahospitalario con corticoides, mínimo 10 días.

Paciente que cuente con historia clínica completa en sistema.

Paciente con Certificado de defunción digital que evidencien como causa de DEFUNCIÓN: COVID 19

Criterios de exclusión:

Paciente que interrumpe el tratamiento.

Paciente con corticoterapia previa, por enfermedades como Lupus, Artritis Reumatoide, Vasculitis, entre otras.

Muestra: Se utiliza la fórmula para la diferencia de dos proporciones consideradas en el estudio de cohorte no pareada. Se obtuvieron como resultado 18 pacientes en cada grupo. ³⁸ (Ver Anexo 03)

Muestreo: Se eligió el muestreo probabilístico, aleatorio, simple.³³

Unidad de análisis: Cada paciente con diagnóstico de COVID 19.

Unidad de muestreo: La historia clínica y certificado de defunción digital de cada paciente.

3.4. Técnicas, instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica: Revisión documentaria³³ de la base de datos del sistema informático: Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS) de EsSalud.

Instrumento: Ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora, donde consten datos generales del paciente, antecedentes personales, esquema de tratamiento (especialmente corticoterapia), efectos adversos, días de hospitalización, evolución y fallecimiento. (Ver Anexo 04)

Validación y confiabilidad: Validado por el criterio de expertos³⁹; en este caso son tres médicos especialistas en Medicina Interna del hospital en estudio que verificarán que en la ficha se registre información relevante para el presente estudio.

3.5. Procedimiento:

Se solicita el permiso a la Dirección del Hospital con copia al Departamento de Capacitación para ingresar al Sistema SGSS (Sistema de EsSalud) y revisar las historias clínicas pertinentes. Así mismo se solicita permiso y apoyo del Departamento de Epidemiología para obtener información de los pacientes hospitalizados en área COVID. Los datos serán recolectados de manera manual en los formularios creados de acuerdo al número de pacientes calculados en la muestra.

3.6. Método de análisis de datos

Lo recolectado será procesado en el Programa Microsoft Excel 2010 y analizado en el programa SPSS 27. El estadístico de prueba para valorar el riesgo en la población en estudio es: Riesgo Absoluto, Riesgo Relativo, Riesgo Atribuible, OR con los respectivos intervalos de confianza, Chi cuadrado y el valor de $p < 0.05$.³³

3.7. Aspectos éticos

Se seguirán las disposiciones de ética citadas en la Declaración de Hellsinky⁴⁰, con respecto a la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Por el período que se tomará para realizar esta investigación no se requerirá el contacto directo con los pacientes, además al momento de exponer resultados se mantendrá en privado a los pacientes en estudio. Sólo la autora de la investigación tendrá acceso a la información autorizada.

Anexo 02

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Uso de corticoides</p>	<p>Los corticoides son hormonas producidas en la corteza suprarrenal, regulan eventos en respuesta a la tensión fisiológica, presión arterial y equilibrio electrolítico. ³⁴</p>	<p>Pacientes con Covid 19 a los que se administró corticoides vía oral, endovenosa o intramuscular; según conste en historia clínica.</p>	<p>SI NO</p>	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Mortalidad por Covid19</p>	<p><i>Mortalidad:</i> Número y causa de defunciones producidas en un lugar y un intervalo de tiempo. ³⁵ <i>Covid 19:</i> Enfermedad infecciosa causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2). ³⁶</p>	<p>Paciente que haya fallecido por Covid 19, según conste en Historia Clínica y Certificado de defunción.</p>	<p>SI NO</p>	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p>

<p>VARIANTES INTERVINIENTES</p>	<p>Las variables intervinientes son variables que ejercen un cambio o alteran el efecto que causa la variable independiente sobre la dependiente.³⁷</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asma. 2. Obesidad (IMC >30 kg/m²). 3. Hipertensión Arterial. 4. Diabetes Mellitus 2. 5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 	<p>SI NO</p>	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p>
--	--	--	------------------	--------------------------------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Proyecto de Investigación titulado: "Eficacia del uso de corticoides en la disminución de la letalidad, en pacientes con COVID 19 en un Hospital Nivel IV EsSalud 2022", cuyo autor es MEZA LAZARO CECILIA IVONNE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de %, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el Proyecto de Investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 25 de Noviembre del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR DNI: 17907759 ORCID: 000-0002-6764-4068	Firmado electrónicamente por: LLAQUES el 01-12- 2022 13:50:32

Código documento Trilce: TRI - 0454798