

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS ADULTOS  
MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA -  
DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

Autoras:

MARIA SANTOSA ANCCO PAYTAN  
ELVIRA ESTHER POZO HUAMAN  
CARMEN MARIA ROMANI RODRIGUEZ

Callao, 2022

PERU



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN**

### **MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:**

Dra. Mery Juana Abastos Abarca.	PRESIDENTA
Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía	SECRETARIA
Dra. Vilma María Arroyo Vigíl	MIEMBRO

ASESORA: Dra. Miriam Corina Cribillero Roca

N° de Libro: 4

N° de Folio: 046

N° de Acta: 047 - 2022

Fecha de Aprobación: 05 de setiembre del año 2022.

Resolución de Sustentación: N° 187 – 2022 –D/FCS

## DEDICATORIA

A mi familia y docentes, por el  
apoyo, la motivación y las  
enseñanzas aprendidas

Carmen.

A Dios, la familia, profesores y  
amigos, por el conocimiento, la  
buena educación, el apoyo  
incondicional y los momentos  
vividos

Elvira.

Agradezco a Dios, por darme  
sabiduría, fortaleza y haberme  
acompañado a lo largo de mi  
carrera, a mi familia por su  
apoyo constante

María.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer primeramente a Dios, por la vida, la familia que me tocó, los momentos vividos y el apoyo espiritual y moral constante.

A la Universidad, a los docentes que inculcaron los conocimientos para ser las profesionales que deseamos ser, el esfuerzo y la dedicación a enseñar y cultivar el aprendizaje necesario para culminar con éxito la carrera profesional y la segunda especialidad.

A la Red Bonilla la Punta por brindarnos la oportunidad laboral, por la experiencia profesional, por los amigos que hicimos dentro de nuestras horas laborales y por el apoyo que nos brindó para poder realizar nuestra segunda especialidad.

## ÍNDICE

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESÚMEN.....	
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	13
I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	15
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	15
1.2 Formulación del problema.....	19
1.2.1 Problema general .....	19
1.2.2 Problemas específicos .....	19
1.3 Objetivos de la investigación.....	19
1.3.1 Objetivo general .....	19
1.3.2 Objetivo específicos .....	19
1.4 Limitantes de la investigación .....	19
II. MARCO TEORICO .....	21
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	21

2.1.2	Antecedentes nacionales .....	23
2.2	Bases teóricas .....	26
2.2.1	La teoría de Florence Nigthingale.....	26
2.2.2	Teoría de Jhon Snow .....	27
2.3	Base Conceptual.....	28
2.3.1	Perfil epidemiológico .....	28
2.3.2	Comorbilidades.....	32
2.3.3	Perfil clínico .....	34
2.3.4	Coronavirus .....	35
2.4	Definición de términos.....	38
III.	HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	40
3.1	Hipótesis .....	40
3.2	Definición conceptual de la variable.....	40
3.2.1	Operacionalización de variables.....	41
IV.	DISEÑO METODOLOGICO .....	43
4.1	Tipo y diseño de investigación .....	43
4.1.1	Tipo .....	43
4.1.2	Diseño .....	43
4.2	Método de investigación .....	43
4.3	Población y muestra.....	44
4.4	Lugar de estudio y periodo desarrollado .....	44
4.5	Técnica e instrumento para la recolección de la información:.....	44
V.	RESULTADOS .....	46

5.1	Resultados descriptivos .....	46
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados. ....	56
6.2	Contrastación de los resultados con otros estudios similares. ....	56
6.3	Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos.....	58
	CONCLUSIONES .....	59
	RECOMENDACIONES .....	60
	ANEXOS .....	66
	ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	67
	ANEXO 02: Instrumento .....	68
	ANEXO 3: Consentimiento informado.....	70
	ANEXO 4: Matriz de datos.....	72



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1. 1 Edad de adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla la Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	46
Tabla 5.1. 2 Sexo de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla la Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.....	47
Tabla 5.1. 3 Lugar de procedencia por Microred de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	48
Tabla 5.1. 4 Ocupación de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	49
Tabla 5.1. 5 Condiciones de comorbilidad de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.....	50
Tabla 5.1. 6 Sintomatología de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	51
Tabla 5.1. 7 hospitalización de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	52
Tabla 5.1. 8 Signos de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.....	53
Tabla 5.1. 9 Tipo de prueba aplicadas a los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	54
Tabla 5.1. 10 Condicion de egreso de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1:</i> Lugar de procedencia por Microred de adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.....	82
<i>Gráfico 2:</i> Ocupación de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	82
<i>Gráfico 3:</i> Condiciones de comorbilidad de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.....	83
<i>Gráfico 4:</i> Sintomatología de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	83
<i>Gráfico 5:</i> Clasificación de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	84
<i>Gráfico 6:</i> Hospitalización de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	84
<i>Gráfico 7:</i> Signos de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	85
<i>Gráfico 8:</i> Tipos de muestra de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	85
<i>Gráfico 9:</i> Evolución de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	86
<i>Gráfico 10:</i> Egreso de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021 .....	86

## RESUMEN

La presente tuvo por objetivo determinar el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid-19 en el Red Bonilla La Punta durante los meses de abril 2020 a abril 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo epidemiológico, con diseño no experimental, su población fueron adultos mayores pacientes de la Red Bonilla La Punta durante los meses de abril del 2020 hasta abril el 2021, con una muestra de 2979 pacientes adultos mayores. La técnica fue la documental, siendo su instrumento la hoja de registro de datos. La edad predominante fue la de 60 a 69 años con un 58.4%, siendo el sexo femenino con mayor porcentaje, un 50.3%. El 33% de los pacientes provienen de la Microred Manuel Bonilla, seguido de la Microred Acapulco con un 20.2%. La ocupación más predominante fue el de profesiones en conjunto con un 71.2%, entre los cuales están los choferes, vendedores ambulantes y todo trabajo con trato directo al cliente, seguido del ser ama de casa con un 19.9%. El 71% de los pacientes no tienen comorbilidad, seguido por enfermedad cardiovascular con un 10.9%, seguido de un 10.4% de pacientes con diabetes. Dentro de la sintomatología, el 32.5% tenían tos, 12.8% dolor de garganta y el 9.5% fiebre y escalofríos. Del total de participantes solo el 5.5% fue hospitalizado y del total participante el 94.51% no presentó signos. Al 73.4% se les aplicó la prueba rápida y al 26.6% prueba molecular. Por último, el 96.2% se recuperó y el 3.8% falleció. Concluyendo que se determinó el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con COVID-19 en la Red Bonilla La punta en los meses de abril 2020 - abril 2021.

**Palabras clave:** perfil epidemiológico, perfil clínico, adulto mayor, comorbilidad.

## **ABSTRACT**

The objective of this present study was to determine the epidemiological and clinical profile of older adults with covid-19 in the Red Bonilla la Punta during the months of April 2020 to April 2021. Study of quantitative approach, of epidemiological type, with non-experimental design, its population were elderly patients of the Red Bonilla La Punta during the months of April 2020 to April 2021, with a sample of 2979 elderly patients. The technique was documentary, being its instrument the data record sheet. The predominant age was 60 to 69 years with 58.4%, being female with the highest percentage, 50.3%. 33% of the patients come from the Manuel Bonilla Network, followed by the Acapulco Network with 20.2%. The most predominant occupation was that of professions together with 71.2%, among which are drivers, street vendors and all work with direct customer service, followed by being a housewife with 19.9%. 71% of patients have no comorbidity, followed by cardiovascular disease with 10.9%, followed by 10.4% of patients with diabetes. Within the symptomatology, 32.5% had cough, 12.8% sore throat and 9.5% fever and chills. Of the total number of participants, only 5.5% were hospitalized and of the total number of participants, 94.51% had no signs. The rapid test was applied to 73.4% and the molecular test to 26.6%. Finally, 96.2% recovered and 3.8% died. Concluding that the epidemiological and clinical profile of older adults with COVID-19 was determined in the Red Bonilla La Punta in the months of April 2020 to April 2021.

**Keywords:** epidemiological profile, clinical profile, older adult, comorbidity.

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis lleva por título Perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021.

La epidemia que tuvo su inicio en la ciudad de Wuhan en diciembre del 2019, se ha convertido en un problema de salud pública que avanza a pasos vertiginosos. Su avance fue tan abrumador que, para la fecha de marzo del 2020, 114 países se vieron afectados. Su llegada al continente americano fue reportada el 23 de enero del 2020, confirmándose el primer caso en Argentina, mientras que en el Perú, se registró la primera infección el 6 de marzo del 2020 en la ciudad de Lima. (1)

En el año 2020, se reportaron más de 160 millones de infectados y 3,32 millones de muertos en el mundo. Por su parte, en el Perú se registraron más de 1,81 millones de casos y 62, 126 muertes por esta causa. El cuadro clínico predominante hecho en estudios recientes incluyen tos, fiebre, disnea y utilización de musculatura accesoria respiratoria. Otros estudios reportan signos dermatológicos ocurridos por alteraciones de coagulación. Así mismo, manifestaciones de la piel como son: urticaria, rash eritematoso y vesículas variceliformes. También se han encontrado reportes de pacientes infectados que mostraron lesiones neurológicas, incluyendo la hemorragia intracraneal. (2)

Teniendo en cuenta todo esto, se entiende que el contagio por esta enfermedad involucra todos los aspectos médicos de los cuales es pertinente investigar: características clínicas, de laboratorio y epidemiológicas, con el objetivo de llegar a un mejor conocimiento de la afección, en bien de un mayor y más eficaz tratamiento científico.

La presente tesis consta de las partes:

Capítulo I, Planteamiento del problema. - donde se expone la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos de estudio y limitación de la investigación.

Capítulo II, Marco teórico. - Se expone antecedentes de la investigación, bases teóricas, bases conceptuales y definición de términos.

Capítulo III, Hipótesis y variables. - Se exponen los supuestos de la investigación, las variables de estudio y su correspondiente operacionalización.

Capítulo IV, Metodología de la investigación. - Se muestra el tipo, diseño, enfoque y método de la investigación, la población, muestra, técnica e instrumento para la recolección de datos.

Capítulo V, Resultados. - Se muestran los resultados de la investigación expuestos en tablas y figuras debidamente interpretadas.

Capítulo VI, Discusión de resultados. - En donde se contrastan los resultados con los antecedentes de la investigación.

Conclusiones y recomendaciones de la tesis, acorde a los objetivos de estudio.

Referencias bibliográficas. - en donde se muestra todos los estudios, libros e investigaciones estudiadas

Y finalmente los anexos correspondientes, como la matriz de consistencia, instrumento, matriz de datos y figuras del estudio.

## I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

Un perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad que sufre una determinada población, y cuya descripción requiere la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. Con el fin de proporcionar una identificación de las necesidades y propiedades en salud. (3)

En diciembre del 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS), comunicó que, en la ciudad de Wuhan de la República Popular de China, el mundo empezó a presenciar unos casos de neumonía atípica de etiología no clara. Luego el 30 de enero de 2020, se identificó un nuevo patógeno denominado “Síndrome Respiratorio Agudo Grave – Corona Virus” (SARS-CoV-2), relacionado con la enfermedad denominada “Corona virus disease 2019” (COVID-19) (4).

Según la OMS la sintomatología del COVID-19 involucra los siguiente: dolores y molestias, la congestión nasal, dolor de cabeza, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato, cambios de color en los dedos de las manos o los pies. También nos da a reconocer que 1 de cada 5 personas presentan un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar (4)

La OMS el 11 de marzo 2020, Comunico al mundo la alerta de este nuevo coronavirus, es así como recomendó lineamientos y medidas que se deberían tomar para cesar y disminuir el contagio de este patógeno. Unas medidas de salud que fueron tomadas rigurosamente por la mayoría de los países. La más destacada fue la distancia social, con ello cesaron muchas actividades internacionales que suspendieron las aglomeraciones de personas que inducen al contagio (5)

Según el diario ‘El Plural’, el 17 de junio del 2020, La república de China, un país asiático, presentó una suma de 4,634 muertes por un nuevo virus denominado “Corona Virus 2019” (COVID-19). Según fuentes oficiales de la

república de China hubo solo 213 muertos del sector de salud, tras solo estar casi tres meses en confinación. (6)

Según el Diario “DW”, el 2 de abril del 2020, en España, el Ministerio de Sanidad registró una cifra de 13,798 muertos y 140,510 de infectado por COVID-19. Mostrando un incremento en la cifra de fallecidos como en el de los nuevos contagios. Tras estar en confinamiento desde el 9 de marzo, tras registrar un incremento en los contagios de COVID-19. (7)

Según la página “InfoBae”, el 19 de abril del 2020, la protección Civil anuncio los fallecidos en Italia con COVID-19 son de 23,660, una cifra “en leve descenso”. Esto viene siendo acompañado con el número de infectados de 178,972 desde que se detectó el brote en este país el 21 de febrero. (8)

Según el diario “El Correo”, el 18 de octubre del 2020, el ministerio de salud (MINSa) detalló que las cifras de fallecidos por COVID-19 se elevó 33, 759 y el número de infectados 868, 6785. Este reporte se publicó en medio de la emergencia nacional y aislamiento social por la pandemia del COVID-19. (9)

Los adultos mayores durante la pandemia en Europa según la revista “The Guardián”, el 23 marzo 2020. Indicaron un incremento de contagios y muertes en adultos mayores, más aún dio un reportar que “en algunas visitas el ejército ha visualizado los adultos mayores totalmente abandonados”, se profundiza que en algunos casos “se encuentran muertos en sus camas”. (10)

Según la revista “El Mostrador”, reportó que el 22 de julio de 2020, que en Chile, el número de personas de tercera edad que padecían la infección del COVID-19 alcanzaban los 55,684 personas. Representando el 16.07% de los casos de contagio son personas mayores de 60 años. Considerando que en Chile la población de adultos mayores era de 3’348,010, estimando que una de cada 60 personas adultas mayores ha sido contagiada por el COVID-19. (11)

Según la revista “Telam”, demostró que el 21 de agosto de 2020 en Argentina, los casos confirmados de COVID-19 según la sala de situación del Ministerio de Salud fueron 320, 884. Dado a conocer que fueron 21,696 personas entre 60 y 69 años, 11,901 entre 70 y 79. Y 12,346 personas mayores de 80 años. (12)



En el Perú el Minsa comunicó el 20 de mayo de 2020, que el grupo etéreo los adultos mayores abarca el segundo lugar de los casos infectados en el país. El 16.6% que representa 16,498 mil de una población de 99,483 peruanos, son adultos mayores infectados del coronavirus. Presentando una mayor incidencia y aumentando el riesgo de mortalidad. (13)

El día 16 de marzo de 2020, el presidente de la república del Perú, Martín Vizcarra, anunció el estado de Emergencia, lo cual incluyó la suspensión de las actividades académicas, cierre de fronteras y confinamiento por 15 días para disminuir el contagio de personas con COVID-19, y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas de salud. (14)

El Gobierno del Perú en el 2 de julio 2020 indicó, que las personas mayores de 60 años son consideradas las más vulnerables frente al coronavirus (COVID-19), sobre todo aquellas que sufren enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras). Es por ello, indicaron “que deberían tomarse las medidas para evitar la enfermedad”. (15)

El 3 de octubre del 2020, la ministra de salud Pilar Mazzetti Soler enfatizó que “El ministerio de Salud da indicaciones basadas en hechos; la mortalidad en las personas mayores es ocho veces más que la mortalidad en personas de 30 a 59 años.”. Señalizó el riesgo que padece una persona de mayor de edad y el alto contagio de los adultos y adultos mayores que también suelen presentar alguna morbilidad. (16)

Luego el 8 de octubre 2020, el presidente de la república del Perú Martín Vizcarra Cornejo anunció que “De cada 10 personas que han muerto por la covid-19, 7% son adultos mayores”. Enfatizando adicionalmente un mensaje la ministra de salud quien detalló que los adultos mayores conforman la población de mayor riesgo ante la pandemia. Según el MINSA número de adultos mayores contagiados para ese entonces fueron de 147 017; el 17% del total de 838 614 contagios en el Perú. La cantidad de fallecidos fueron de 23, 000, representando el 70% del total de fallecidos en la población peruana. (17)

Según el trabajo de investigación de Maohammad Jahid, titulado “Características clínicas-epidemiológicas de asintomáticos y sintomático de COVID-19 positivo en pacientes de Bangladesh”. Nos menciona un mayor énfasis en la identificación de pacientes para reducir la transmisión de SARS-COV-2, debido a que su potencial en infección no puede ser subestimado. El seguimiento y el examen de los casos sospechosos son la estrategia clave para prevenir y controlar la enfermedad. (18)

Según el trabajo de investigación de Huy G. Nguyen, titulado “Perfil epidemiológico de pacientes con COVID-19 en Vietnam”. Menciona que los pacientes diagnosticados con coronavirus son del extranjero o estudiante y trabajadores que retornaban del extranjero. Teniendo un porcentaje de 46 % de 257 casos que residían o han residido en el extranjero. (19)

Según el trabajo de investigación de Manuel K., titulado “Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020”. Nos da a reconocer que la mayoría de los pacientes fallecidos fueron adultos mayores de sexo masculino, con enfermedades preexistentes (por ejemplo, hipertensión arterial y obesidad) y clasificados como de gravedad moderada a severa al ingreso hospitalario. El mayor tiempo de sobrevida se observó entre los que estuvieron en ventilación mecánica, aunque ninguno sobrevivió más de 20 días hospitalizado. (20)

En ese sentido, se ha observado una gran cantidad de manifestaciones clínicas relacionado a la sintomatología del COVID-19 durante los meses de abril 2020 a abril 2021, y un incremento de pacientes representando el 12.5% de la población adulto mayor en la Red Bonilla La Punta, siendo el sexo femenino el predominante representado por 50.1% con diversos síntomas como fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria y cefalea.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de abril 2020 a abril 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta, durante los meses de abril 2020 a abril 2021?

¿Cuál es el perfil clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de abril 2020 a abril 2021?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid-19 en el Red Bonilla La Punta, durante los meses de abril 2020 a abril 2021.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Analizar el perfil epidemiológico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta, durante los meses de abril 2020 a abril 2021.
- Evaluar el perfil clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta, durante los meses de abril 2020 a abril 2021.

## **1.4 Limitantes de la investigación**

### **Limitante Teórica:**

Existió escasa bibliografía científica relacionados al tema en dicho grupo etéreo. Los resultados de este estudio solo podrán ser generalizados a la población encuestada con características similares.

**Limitante espacial:**

Ninguno.

**Limitante temporal:**

Ninguno.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Casas J, Antón J, Lumbreras C, realizaron un estudio a “pacientes con Covid-19 en alrededor de 151 hospitales” España 2020. Dicho trabajo de investigación fue de vital importancia para el mundo, ya que estuvo afianzado a estudiar los principales factores y signos clínicos que presentaban los contagiados (18). Entre los resultados más importantes se detalló que la edad promedio fue de 69 años, encontrándose una mayor incidencia en el género masculino (57,2%), Estos datos demográficos son importantes resaltarlos ya que se asemejan al estudio realizado por Chen y Zhou, tanto en el género y en la edad, la cuales muestran coincidencias. En cuanto a las principales comorbilidades, los pacientes presentaron porcentajes sobre la media en la enfermedad de Charlson y la hipertensión arterial, con 61% y 59% respectivamente. Seguido de la dislipemia, la obesidad y la diabetes mellitus, con 39%, 21% y 19% respectivamente. (21)

Suarez, Oros y Ronquillo; En el estudio: Características epidemiológicas del SARSCOV2, en pacientes mexicanos, 2020. Este estudio lo realizaron con un aproximado de 12, 656 casos confirmados, concentrándose en averiguar y describir las principales características epidemiológicas de este virus en los pacientes mexicanos. Esta investigación tuvo una duración de tres meses, de la cual se confirmó nuevamente una mayor incidencia en el género masculino, con un porcentaje de 58,18% a diferencia del género femenino que tuvo un porcentaje de 41,82%. Dichos investigadores también optaron por estudiar y describir las principales comorbilidades asociadas al contagio del Covid-19. Entre ellas resaltan la HTA con 46%, la DM con 39% y la obesidad con un 30%. (22)

Huy G y Tuan V. En 2020, Vietnam, realizaron el estudio “An epidemiologic profile of COVID-19 patients un Vietnam”. Cuyo objetivo fue proporcionar una descripción epidemiológica de los pacientes que estaban infectados con SARS-

Cov-2 en Vietnam. Estudio cuantitativo epidemiológico, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y de tipo observacional documental. La población estuvo constituida por un total 257 casos de COVID-19. Se concluye en estos datos indican que la mayoría de los pacientes con COVID-19 en Vietnam fueron casos importados en turistas extranjeros y jóvenes estudiantes y trabajadores que habían regresado de Ultramar. (19)

Molaw S. En 2020, Dhaka – Bangladesh, realizó el estudio “Clinical Profile of 100 confirmed COVID-19 Patients admitted in Dhaka Medical College Hospital, Dhaka, Bangladesh”. Cuyo objetivo determinar las manifestaciones clínicas y los resultados de los pacientes COVID-19. Estudio de cuantitativo epidemiológico, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y de tipo observacional documental. La población estuvo constituida por 100 pacientes admitidos en el Hospital Dhaka, que dieron positivo a COVID-19. Se concluye Este es un dato temprano, que muestra la epidemiología y Perfiles clínicos de pacientes con COVID-19 de Bangladesh hospitalizado en DMCH. El historial de contactos frecuentes entre pacientes COVID-19 positivos y asociación significativa de disnea, tabaquismo y comorbilidades con mortalidad, en nuestro estudio refuerza que acatar el proceso de prevención y contención, el cese de tabaquismo, asegurando una terapia de oxígeno adecuada y abordar adecuadamente las comorbilidades es muy importante medidas para mitigar el COVID-19 en Bangladesh. (23)

Calva-Rodríguez RG, Et al, en la revista Enferm Infecc Pediatr 2021. En diciembre de 2019, en la provincia de Wuhan, China, se notificaron casos de neumonía atípica y fallecimientos asociados; posteriormente, el agente causal fue identificado como SARS-CoV-2, cuyas consecuencias más graves pueden presentarse en pacientes con comorbilidades. El objetivo fue describir los datos epidemiológicos de los pacientes con COVID-19 que requirieron hospitalización en seis hospitales privados de la República Mexicana; material y métodos: se copiló la información de 552 pacientes que cumplieron con dos de los tres criterios siguientes: cuadro clínico, TAC positiva y PCR positiva. Resultados: se registró 75% de pacientes positivos a PCR, el mayor porcentaje de ingresos

ocurrieron en las ciudades de Puebla (37%) y Celaya (18%) que, en conjunto, correspondieron a 55% del total de casos; el género masculino fue el más afectado. (24)

Harriete. F, Betancourt.A, Perera.Y, Peña.I, Albear.Y, realizaron el estudio “Perfil epidemiológico de la COVID-19 en municipio Yateras, Guantánamo”, Objetivo: Reflexionar sobre cuáles factores pudieron determinar el perfil epidemiológico de la COVID-19 en el Municipio Yateras de la provincia de Guantánamo, durante el periodo comprendido desde el 11 de marzo de 2020 a 19 de febrero de 2021.Método:Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en la dirección municipal del citado municipio, donde se estudió la edad, sexo, características de la vivienda, clasificación según grupo ocupacional y vulnerabilidad de toda la población censada en el periodo de estudio. Resultados: El 47,1 % de la población fue vulnerable a la pandemia. El 98,8 % presentó alguna comorbilidad o factor de riesgo para esta, sobre todo, el antecedente de hipertensión arterial sistémica (2 192 pobladores). El 10,7 % de las viviendas se calificó de hacinada y el 54,2 % presentaba condiciones inadecuadas. Conclusiones: Las particularidades sociodemográficas de la población yaterana no determinan el panorama epidemiológico de la COVID-19 en el periodo estudiado, pues en este influyeron aspectos, tales como: la implicación responsable de la población y los líderes gubernamentales y de salud en su conjunto, la realización de acciones centradas en las particularidades de cada familia, individuo y asentamiento poblacional, y la reorientación estricta de los servicios médicos para apoyar y facilitar el despliegue de las acciones promotoras de salud, preventivas, diagnósticas y terapéuticas de la COVID-19 desde el nivel primario de atención a la salud. (25)

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Llaro, Gamarra & Campos, en 2020, Callao – Sabogal, realizaron el estudio “Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020”. Cuyo

objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas y el análisis del tiempo de sobrevida en fallecidos por COVID-19 que fueron atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao, en 2020. Estudio de cuantitativo epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La población es de 23 pacientes fallecidos por COVID-19. Concluyeron, que los pacientes fallecidos fueron, principalmente, adultos mayores de sexo masculino con enfermedades preexistentes como hipertensión arterial y obesidad y clasificados con infección COVID-19 moderada a severa al ingreso hospitalario. El mayor tiempo de sobrevida se observó entre los que estuvieron en ventilación mecánica (2)

Guzmán O, Et al, realizaron el estudio “Características clínicas y epidemiológicas de 25 casos de COVID-19 atendidos en la Clínica Delgado de Lima 2020”. Cuyo objetivo fue presentar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con COVID-19 atendidos en un hospital privado de Lima. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y seccional. La población fue 25 personas con COVID-19. En conclusión, encontraron que la mayoría fueron casos importados o relacionados, no hubo diferencias en el sexo, mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida, cuadro clínico característico (fiebre, tos y disnea), presencia de comorbilidades, menos de la mitad requirió hospitalización, hallazgos característicos en la TEM pulmonar y muy pocos requirieron ingresar a la unidad de cuidados intensivos. (26)

Llaque P, Prudencio R, echevarría S, Ccorahua M, Ugas C., realizaron el estudio “Características clínicas y epidemiológicas de niños con COVID-19 en un hospital pediátrico del Perú, 2020”. Cuyo objetivo fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de niños con COVID-19. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Como población los 33 pacientes son menores de 18 años con diagnóstico de COVID-19 tratados de manera ambulatoria o en hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSNSB) durante el periodo marzo-mayo de 2020. En conclusión, en esta serie, la presentación clínica de la COVID-19 en niños fue similar a otros virus, tuvo un



curso leve en casi todos los casos y el antecedente epidemiológico fue importante para la sospecha diagnóstica. (27)

Becerra Uriarte G, Pardo Lizana H. En 2020, realizaron el estudio “Perfil clínico y epidemiológico en pacientes Covid-19 atendidos en el Hospital Apoyo I Santiago Apóstol – Utcubamba, 2020”. Material y métodos: Estudio observacional, descriptiva y transversal de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Covid-19 atendidos en el Hospital Apoyo I Santiago Apóstol ubicado en la provincia de Utcubamba 2020. Resultados: En cuanto a los resultados, estuvo constituida por 312 pacientes de la cual se extrajo una muestra de 173 pacientes donde se determinó que el perfil epidemiológico fue: género masculino un total de 102 y género femenino 71, representando el 59,0% y el 41,0% respectivamente; edad promedio de 44.7 años; lugar de procedencia más afectado, la ciudad de Bagua Grande, con una frecuencia de 162, la cual representa el 93,6%. Respecto al perfil clínico: la diabetes mellitus presento un total de 7 casos, representando el 4,1%; enfermedades cardiovasculares con una frecuencia de 6, representando el 3,5%; malestar general un total de 75 casos, representando el 43,4%; fiebre con una frecuencia de 66 casos, representando el 38,2%; tos con una frecuencia de 56 casos, representando el 32,4%; cefaleas con una frecuencia de 50 casos, representando el 28,9%; y disnea con una frecuencia de 34, representando el 19,7%. Conclusiones: El perfil epidemiológico y clínico de los pacientes Covid-19 del Hospital Apoyo I Santiago Apóstol – Utcubamba son más frecuentes en el género masculino con una edad promedio de 44,7 años; el lugar de procedencia más afectado fue la ciudad de Bagua Grande, dentro de las principales comorbilidades la Diabetes Mellitus fue la más frecuente, los signos y síntomas más frecuentes fueron: el malestar general, la fiebre y la tos. Según principales hallazgos de laboratorio se encontró el PCR elevada, la leucocitosis y la linfopenia. (28)

Córdova Lluén, Christian Mario, en el 2021, realizaron la tesis “Perfil clínico - epidemiológico de adultos y adultos mayores con SARS-COV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana - Lima, 2021”, con el objetivo de determinar el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-COV-2

atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021. Método: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y diseño comparativo, que incluyó a 203 pacientes: adultos (103) y adultos mayores (100) con SARS-CoV-2. El análisis abarcó frecuencias absolutas (N) y relativas (%), medidas de tendencia central y dispersión. Resultados: El perfil epidemiológico fue: estado civil conviviente en adultos (39.8%) y casados en adultos mayores (47.8%), grado de instrucción secundaria en adultos (33.6%) y adultos mayores (44.4%), ocupación independiente en ambos grupos (39.8% adultos y 40% adultos mayores). El 64.6% de adultos usaban fármacos y el 62.2% de adultos mayores no usan. El perfil clínico: la fiebre se dio en adultos (28.3%) y adultos mayores (40%), la disnea tuvo una mayor frecuencia en adultos (66.4%) que en los adultos mayores (37.8%), la ventilación mecánica fue más frecuente en adultos (64.6%) que en adultos mayores (37.8%), los adultos (64.6%) ingresaron con más frecuencia a hospitalización que los adultos mayores (37.8%). Los adultos (64.6%) ingresaron con más frecuencia a UCI que los adultos mayores (37.8%). La muerte por SARS-CoV-2 se dio con mayor frecuencia en los adultos (64.6%), que en adultos mayores (37.8%). Conclusión: Existe una diferencia porcentual en el perfil clínico - epidemiológico encontrándose mayores casos en los adultos comparado a los adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021. (29)

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 La teoría de Florence Nightingale**

Según la Universidad la Sabana el julio de 2012, publico un artículo sobre “Las influencias de Florence Nightingale, con su formación estadística, la recolección de datos, realizo análisis para describir la influencia del ambiente sobre las muertes por infecciones de los soldados en la guerra de Crimea, su posición filosófica fue influenciada por escritos de pensadores del siglo XIX. Concuerda con los autores en cuanto al orden de las leyes naturales y que estas pueden proveer estabilidad en la existencia del ser humano debido a que todos los

fenómenos ocurren bajo sus parámetros, donde muestra su amplia visión filosófica y sus acuerdos y desacuerdos con el paradigma positivista". (30)

Por ende, Nightingale describe que la adquisición del conocimiento juega un papel fundamental la experiencia, y que la persona tiene la capacidad de llegar a alcanzar la felicidad por el aprendizaje, con ello demuestra la permanencia de la filosofía empirista dentro de sus relatos, por otro lado, su visión del cuidar y de la docencia estaba basada además en la teoría miasmático-bacteriológica. Como producto tenemos la teoría de las 14 necesidades lo cual este trabajo toma de referencia. (30)

### **2.2.2 Teoría de Jhon Snow**

Jhon Snow, durante los brotes del cólera en 1849 realizó un estudio de los casos y descubrió que la incidencia y la tasa de mortalidad eran muy superiores en el sur de Londres, donde las aguas del Támesis estaban mucho más contaminadas que las que bebían los habitantes del resto de la capital británica. En su artículo Sobre el modo de transmisión del cólera llegó a la conclusión de que la causa era una "materia mórbida" invisible al ojo humano, que los pacientes ingerían y que les provocaba una severa diarrea.

Aquella hipótesis, que hoy es de puro sentido común, supuso entonces un desafío al saber establecido, y como aún no se había impuesto la teoría de que los microbios causan las infecciones, Snow no podía explicar qué era aquella materia invisible e infecciosa, como tampoco pudo explicar el austríaco Ignaz Semmelweis por qué los médicos tenían que lavarse las manos para evitar contagiar ellos mismos las enfermedades entre unos pacientes y otros.

Sin poder recurrir a sus demostraciones experimentales, la ocasión para actuar llegó en 1854 con una nueva y más grave epidemia de cólera en el Reino Unido. John Snow se puso a investigar minuciosamente cada caso, hablando con los enfermos y sus familias, y los ubicó sobre un mapa de Londres, en busca

de una correlación con los lugares de los que los pacientes habían obtenido el agua para beber. Así logró identificar una bomba de agua en la calle Broad como el origen del brote en el barrio del Soho. Su mapa del cólera bastó para convencer a las autoridades locales de que había que clausurar esa fuente pública, y el número de casos comenzó a bajar drásticamente.

Por el éxito de esa prueba a gran escala, hoy John Snow es recordado como fundador de la epidemiología moderna. Pero entonces no fue suficiente. A pesar de la evidencia, los expertos en salud pública creían en la teoría miasmática y la bomba de agua volvió a ponerse en funcionamiento, tal y como reclamaban los vecinos —una medida contra la que Snow luchó hasta que murió de un infarto en 1858, a los 45 años.

Los hechos le dieron la razón en las décadas siguientes a su muerte: durante la siguiente epidemia de cólera (en 1866), las autoridades sanitarias comprobaron que las ideas de Snow eran válidas y que el agua de esa bomba venía mezclada con aguas fecales; y en 1884 Robert Koch finalmente identificó la bacteria fecal *Vibrio cholerae* como agente causante del cólera. Unos años antes los experimentos de Louis Pasteur ya habían demostrado que los microbios eran la causa de las infecciones y también explicaron por qué los trabajadores de una fábrica de cerveza habían permanecido inmunes al brote de 1854 alrededor de esa bomba de agua de Broad Street. Temerosos de esa agua, solo bebían cerveza (producida con agua hervida). (31)

## **2.3 Base Conceptual**

### **2.3.1 Perfil epidemiológico**

Es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología surgió del estudio de las epidemias de enfermedades infecciosas; de ahí su nombre. En el siglo XX los estudios epidemiológicos se extendieron a las enfermedades y

problemas de salud en general, analizados mediante diversos métodos, entre los cuales los de la demografía y la estadística son especialmente importantes.

Los principales objetivos de la investigación epidemiológica son, por un lado, describir la distribución de las enfermedades y eventos de salud en poblaciones humanas y, por otro, contribuir al descubrimiento y caracterización de las leyes que gobiernan o influyen en estas condiciones. (32)

La epidemiología es parte importante de la salud pública y contribuye a:

- Definir los problemas de salud importantes de una comunidad.
- Describir la historia natural de una enfermedad.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad.
- Aclarar los posibles mecanismos y formas de transmisión de una enfermedad.
- Predecir las tendencias de una enfermedad.
- Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable.
- Determinar la estrategia de prevención o control más adecuada.
- Probar la eficacia de las estrategias de intervención.
- Cuantificar el beneficio conseguido al aplicar las estrategias de intervención sobre la población.
- Evaluar los programas de intervención.
- La medicina moderna está basada en los métodos de la epidemiología.

Según El instituto Nacional de Estadística e Informática, el Perú tiene una superficie de 1 285 216,20 km, lo que lo convierte en el vigésimo país más grande en tamaño de la tierra y el tercero de América del Sur. Con una población de 31 millones 237 mil 385 personas al 2017, siendo el quinto país más poblado de América del Sur después de Brasil. Las cuales 14 millones 450 757 son hombres (49.2%) y 14 millones 931 mil 127 son mujeres (50.8%). El Perú ha

experimentado cambios demográficos y un cambio en perfil epidemiológico propios de sociedades en transición. (33)

### **Características epidemiológicas**

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad.

Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros.

En el caso del Perú, el perfil de la morbilidad expresa además la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país. Por lo tanto, los problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado y están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud. A pesar del tiempo transcurrido y de las debilidades que puede tener, la descripción de la mortalidad sigue siendo una de las características más aceptables para comprender el estado de salud de una población. La muerte prematura es considerada una pérdida de "vida buena". Desde este punto de vista la mortalidad es un buen indicador de la calidad de vida. Basados en ello es que se han generado los indicadores de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años de vida ajustados a discapacidad (AVAD). El primero es un indicador de los riesgos específicos a los que está sometida la población, el cual mide la media de años de vida que se pierde por una causa específica o genérica de muerte, tomando como referencia una esperanza de vida de 70 años. Para el cálculo de los AVAD

se combina la medición de la muerte prematura con el tiempo vivido con una discapacidad. Sin embargo, esta última medida es muy compleja y requiere de un buen conocimiento de la morbilidad, información que en nuestro país es incompleta y poco fiable. (34)

### **Condiciones de riesgo**

La evolución de la sociedad peruana modifica el mapa de riesgos y daños de las últimas décadas. La industrialización y urbanización de los 60 y 70 aumentó el crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas, pero sin disminuir las patologías infecto contagiosas.

Las últimas décadas de la evolución económica y social de América Latina y el Perú nos han enseñado que la poca fuerza expansiva e inclusiva de los sectores modernos determina una constante acumulación de pisos económicos, sociales, culturales y epidemiológicos. La situación de salud se caracteriza entonces por la superposición de heterogeneidad, como la sociedad a la que corresponde; y esta acumulación va cambiando con el tiempo: la heterogeneidad epidemiológica de hace dos décadas, no es igual a las anteriores, la transición y acumulación van juntas en el Perú, y la evolución epidemiológica no responde a la transición clásica de los países desarrollados.

Dentro de las condiciones de riesgo se tiene:

**a.- Sexo.** Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior. (35)

**b.- Residencia (distritos):** Cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población para distribuir y ordenar el ejercicio de los

derechos civiles y políticos, o de las funciones públicas, o de los servicios administrativos.

**c.- Comorbilidad:** También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. (36)

**d.- Ocupación:** es un término que proviene del latín *occupatio* y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer. Además, se refiere a aquello que imposibilita la realización de una acción diferente (37)

### **2.3.2 Comorbilidades**

Las personas con comorbilidades corren un mayor riesgo de sufrir enfermedad grave y mortalidad. Cuantas más comorbilidades presentes una persona, mayor será su riesgo de padecer enfermedad grave. Las comorbilidades más frecuentes en los adultos con COVID-19 son la hipertensión, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas como el cáncer.

#### **2.3.2.1 Enfermedad cardiovascular:**

Las personas con enfermedades cardíacas graves (p. ej., insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias y cardiomiopatías) corren un mayor riesgo de padecer enfermedad grave. Las enfermedades cardiovasculares se asocian con un aumento del triple de las probabilidades de infección grave y un aumento del 11% de la mortalidad por todas las causas. Las personas con insuficiencia cardíaca corren un mayor riesgo de ingreso hospitalario, desenlace desfavorable y muerte. (38)



### 2.3.2.2 Hipertensión arterial

Las personas con hipertensión arterial pueden presentar un mayor riesgo de padecer enfermedad grave. La hipertensión arterial se ha asociado con un aumento de los malos resultados compuestos, incluida la mortalidad, la enfermedad grave, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la necesidad de ingreso hospitalario en la unidad de cuidados intensivos y el avance de la enfermedad. Los pacientes con hipertensión arterial tienen un riesgo 2.98 veces mayor de padecer enfermedades graves y un riesgo 2.88 veces mayor de morir en comparación con los pacientes sin hipertensión arterial. (38)

### 2.3.2.3 Obesidad

Las personas que padecen obesidad ( $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) u obesidad grave ( $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) corren un mayor riesgo de padecer enfermedad grave, y las personas con sobrepeso (25-30 kg/m<sup>2</sup>) pueden correr un mayor riesgo de padecer enfermedades graves; sin embargo, las evidencias son limitadas en el caso de este último grupo. Los pacientes con un índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> tienen un riesgo 2.35 veces mayor de padecer enfermedades críticas, y un riesgo 2.68 veces mayor de mortalidad intrahospitalaria, en comparación con los pacientes con un índice de masa corporal  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>. (38)

La obesidad constituye ser un riesgo alto de muerte por COVID-19, particularmente en los hombres y en las personas más jóvenes ( $< 60$  años de edad). Los pacientes obesos también corren un mayor riesgo de sufrir tromboembolismo venoso y diálisis. El aumento del índice de masa corporal es un importante factor de riesgo de enfermedad grave en las mujeres embarazadas. (38)

### 2.3.2.4 Diabetes mellitus

Según la revista Medline Plus, la diabetes mellitus tipo 1 es menos común. Se puede presentar a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no

produce o produce poca insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Se necesitan inyecciones diarias de insulina. La causa exacta de la incapacidad para producir suficiente insulina se desconoce. (39)

La diabetes mellitus tipo 2 es más común. Casi siempre se presenta en la edad adulta. pero debido a las tasas altas de obesidad, ahora se está diagnosticando con esta enfermedad a niños y adolescentes. Algunas personas con diabetes mellitus tipo 2 no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes mellitus tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería. No todas las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen sobrepeso o son obesas. (39)

Las personas con diabetes mellitus de tipo 2 presentan un mayor riesgo de padecer enfermedad grave. Las personas con diabetes mellitus de tipo 1 o diabetes gestacional también pueden presentar un mayor riesgo de padecer enfermedad grave; sin embargo, las evidencias son limitadas en estos grupos de pacientes. La prevalencia agrupada de la diabetes mellitus en los pacientes de COVID-19 es de aproximadamente el 15%. (39)

### **2.3.3 Perfil clínico**

Un caso clínico es la descripción ordenada tanto de los acontecimientos que ocurren a un paciente en el curso de una enfermedad como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo.

Los síntomas notificados por la OMS de personas con COVID-19 varían desde aquellos que presentan síntomas leves hasta quienes se enferman gravemente. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días de la exposición al virus. Las personas que padecen con el COVID-19: Presentan los siguientes: (40)

- Fiebre

- Tos
- Disnea
- Sentido del gusto y del olfato alterado.
- Mialgia o artralgia
- Fatiga.
- Producción de esputo
- Opresión en el pecho
- Síntomas gastrointestinales
- Dolor de garganta
- Cefalea
- Mareos.
- Síntomas neurológicos
- Síntomas oculares
- Síntomas cutáneos
- Rinorrea/congestión nasal
- Dolor torácico
- Hemoptisis.

#### **2.3.4 Coronavirus**

Una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2. Produce síntomas similares a los de la gripe o catarro, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. En casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a cerca de 3,75 % de los infectados a la muerte según la OMS. No existe tratamiento específico; las medidas terapéuticas principales consisten en aliviar los síntomas y mantener las funciones vitales. (41)

La transmisión del SARS-CoV-2 se produce mediante pequeñas gotas que se emiten al hablar, estornudar, toser o espirar, que al ser despedidas por un portador pasan directamente a otra persona mediante la inhalación, o quedan sobre los objetos y superficies que rodean al emisor, y luego, a través de las

manos, que lo recogen del ambiente contaminado, toman contacto con las membranas mucosas orales, nasales y oculares, al tocarse la boca, la nariz o los ojos. Esta última es la principal vía de propagación, ya que el virus puede permanecer viable hasta por días en las superficies. (41)

Los síntomas aparecen entre dos y catorce días, con un promedio de cinco días, después de la exposición al virus. Existe evidencia limitada que sugiere que el virus podría transmitirse uno o dos días antes de que se tengan síntomas, ya que la viremia alcanza un pico al final del período de incubación. El contagio se puede prevenir con el lavado de manos frecuente, o en su defecto la desinfección de las mismas con alcohol en gel, cubriendo la boca al toser o estornudar, ya sea con la sangradura (parte hundida del brazo opuesta al codo) o con un pañuelo y evitando el contacto cercano con otras personas, entre otras medidas profilácticas, como el uso de mascarillas. (41)

La OMS desaconsejaba en marzo la utilización de máscara quirúrgica por la población sana, en abril la OMS consideró que era una medida aceptable en algunos países. No obstante, ciertos expertos recomiendan el uso de máscaras quirúrgicas basados en estudios sobre la Influenza H1N1, donde muestran que podrían ayudar a reducir la exposición al virus. (41)

#### 2.3.4.1 Clasificación

Según la OMS la enfermedad del COVID-19 se clasifica como:

##### **a) Enfermedad leve**

Pacientes sintomáticos que cumplen con la definición de caso para COVID-19 sin evidencia de hipoxia o neumonía.

Los síntomas frecuentes incluyen fiebre, tos, fatiga, anorexia, disnea y mialgia. Otros síntomas no específicos incluyen dolor de garganta, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea, náuseas, vómitos, pérdida del olfato y el gusto. (38)

### **b )Enfermedad moderada**

Adolescente o adulto: signos clínicos de neumonía (es decir, fiebre, tos, disnea, respiración rápida) pero no presentan signos de neumonía grave, incluidos los niveles de saturación de oxígeno en la sangre (SpO<sub>2</sub>) ≥90% en el aire ambiente. Si bien el diagnóstico puede hacerse basándose en la clínica, los estudios por imágenes del tórax pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o descartar las complicaciones pulmonares. (38)

### **c) Enfermedad grave**

Adolescente o adulto: signos clínicos de neumonía (es decir, fiebre, tos, disnea, respiración rápida) más uno de los siguientes:

- Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/minuto
- Dificultad respiratoria grave
- SpO<sub>2</sub> <90% en el aire ambiente.

### **d) Enfermedad crítica**

Presencia de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis o shock séptico. Otras complicaciones son la embolia pulmonar aguda, el síndrome coronario agudo, el accidente cerebrovascular agudo aguda y el delirio.

#### 2.3.5 Adulto mayor

Según la revista BMJ, define que “la edad avanzada es un factor de riesgo de infección. Los datos de un estudio transversal realizado en el Reino Unido indican que las personas de 40 a 64 años de edad son las que corren mayor riesgo de infección, seguidas por los pacientes de 75 años o más, y posteriormente las personas de 65 a 74 años de edad. El riesgo de padecer una enfermedad grave en los adultos aumenta con la edad, siendo las personas de

edad avanzada (a partir de los 65 años) las que corren mayor riesgo. La mayor tasa de mortalidad se ha observado en pacientes de 80 años o más.” (38)

También nos refiere que, en los EE.UU., los pacientes  $\geq 65$  años representaron el 31% de todos los casos, el 45% de los ingresos hospitalarios, el 53% de los ingresos en la unidad de cuidados intensivos y el 80% de las muertes, con la mayor incidencia de resultados graves en los pacientes de  $\geq 85$  años. Si bien la edad es un factor de riesgo independiente, el riesgo en las personas de edad avanzada también está relacionado en parte con la probabilidad de que los adultos de edad avanzada sean más propensos a presentar comorbilidades. (38)

## **2.4 Definición de términos básicos**

2.4.1. Perfil epidemiológico: Es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

2.4.2 Epidemiología: La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud

2.4.3 Perfil clínico: Descripción ordenada tanto de los acontecimientos que ocurren a un paciente en el curso de una enfermedad como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo. (42)

2.4.4 Coronavirus: Son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). (43)

2.4.5 Fiebre: Es un síndrome que se manifiesta generalmente, aunque no siempre, cuando un animal de sangre caliente tiene una temperatura corporal superior a la considerada normal para su especie y cuyo principal signo clínico es la hipertermia. (44)

2.4.6: Disnea: Es una dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire. Deriva en una sensación subjetiva de malestar que frecuentemente se origina en una respiración deficiente.

2.4.7 Mialgia: En dolores o molestias que pueden afectar a uno o varios músculos del cuerpo.

2.4.8: Cefalea: Cualquier tipo de dolor localizado en la cabeza

2.4.9: Hemoptisis: Expectoración de sangre proveniente de los pulmones o los bronquios causada por alguna lesión de las vías respiratorias.

### **III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis**

No corresponde dado que la presente investigación fue univariable.

#### **3.2 Definición conceptual de la variable**

“La observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia a través de la recogida sistemática, consolidación y evaluación de la morbilidad y mortalidad u otros hechos relevantes, junto a la difusión regular y rápida a todos los que necesitan conocerlos” (45)

“Un caso clínico (con frecuencia abreviado como caso) es una exposición detallada de los síntomas, signos médicos, diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de un paciente. El informe de un caso clínico puede contener un perfil demográfico del paciente, y suele describir su situación sociocultural.” (45)



### 3.2.1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	METODO	TECNICA
Perfil Epidemiológico y Clínico del COVID-19 en adultos mayores		<b>Condiciones de riesgo</b>			
		Edad Sexo Dirección de residencia Ocupación	Cuantitativo - continua  Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación
		<b>Condiciones de comorbilidad</b>			
	Características epidemiológicas	Enfermedad cardiovascular Diabetes mellitus Enfermedad Hepática Enfermedad crónica Neurológica Inmunodeficiencia Enfermedad renal Enfermedad pulmonar crónica Cáncer	Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación
		<b>Sintomatología</b>			
	Características clínicas	Fiebre/escalofríos Malestar general Tos Dolor de garganta Congestión nasal Dificultad respiratoria Diarrea Nauseas/vómitos Cefalea Irritabilidad/confusión Dolor	Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación

Perfil Epidemiológico y Clínico del COVID-19 en adultos mayores	Características clínicas	<b>Hospitalización</b>			
		Si ( ) No ( )	Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación
		Tiempo de enfermedad			
		Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19 Si ( ) No()			
		Signos presentados en la hospitalización:			
		Convulsión			
Coma					
Disnea/taquipnea					
Auscultación pulmonar anormal					
Otros, especificar:					
Hallazgos anormales en radiografía					
Hallazgos anormales en tomografía					
Hallazgos anormales en RMN					
Hallazgos anormales en ecografía					
Hallazgos anormales					
<b>Métodos Diagnósticos</b>					
Prueba rápida covid-19	Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación		
PCR para Covid -19					
Rayos x torácico					
<b>Condicion de egreso</b>					
Alta médica	Cualitativa-nominal	Descriptivo	Observación		
Alta voluntaria					
Referido					
Fallecido					

## IV. DISEÑO METODOLOGICO

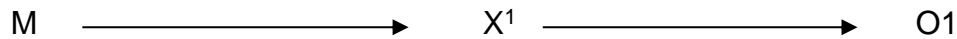
### 4.1 Tipo y Diseño de Investigación

#### 4.1.1 Tipo

El tipo de la investigación es descriptivo. Según Tamayo y Tamayo (2006) el tipo descriptivo comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; el enfoque se realiza sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo funciona en el presente; la investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho, rigiéndose principalmente por presentar una interpretación correcta. (46)

#### 4.1.2 Diseño

El diseño es de corte transversal y retrospectivo.



M: Muestra

$X_i$ : Variable(s) de estudio,  $i = 1, 2, \dots$

O1: Resultados de la medición de la(s) variable(s)

### 4.2 Método de Investigación

Este proyecto es de enfoque cuantitativo, epidemiológico observacional.

El método de observación pretende recoger el significado de una conducta, evitando su manipulación, a través del sistema de observación más adecuado. No existe manipulación (a diferencia de la metodología experimental y cuasi experimental) de la conducta, pero sí control de las posibles variables extrañas que distorsionarían los datos. (47)

### **4.3 Población y Muestra**

#### **Población**

Este proyecto se realizó con una población de 2969 constituida por pacientes adultos mayores con COVID-19 que se encuentren registrados en la Red Bonilla La Punta, durante los meses de abril 2020 a abril 2021.

#### **Muestra**

Se trabajó con la totalidad de la población.

##### **a) Criterios de inclusión**

- Pacientes con edad mayor de 60 años
- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, sea por prueba molecular por hisopado nasofaríngeo (PCR-RT) y/o prueba rápida.
- Historia clínica con datos completos.

##### **b) Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes que sólo cuenten con diagnóstico radiológico para COVID-19, sin diagnóstico molecular o serológico de COVID-19
- Historia clínica con datos incompletos.

### **4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado**

El trabajo de investigación se realizó en la Red Bonilla La Punta, ubicado en la Provincia Constitucional del Callao. Durante los meses de marzo 2022- abril 2022.

### **4.5 Técnica e instrumento para la recolección de la información:**

#### **Técnica**

La técnica fue la encuesta, según López y Fachelli (2015) esta técnica es aplicada uno detrás de otro. Es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz.

(48)

## **Instrumento**

El instrumento aplicado a la tesis fue la Ficha de investigación clínico epidemiológica del COVID-19, validada por el Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades del Ministerio de Salud. Este Instrumento consta de las siguientes partes: 1. Datos generales de la notificación; 2. Datos del paciente; 3. Cuadro clínico; 4. Laboratorio.

## V. RESULTADOS

### 5.1 Resultados Descriptivos

Tabla 5.1. 1

**EDAD DE ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA  
PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>60 a 69</b>	1735	58,4
<b>70 a 79</b>	865	29,1
<b>80 a 89</b>	314	10,6
<b>90 a 99</b>	54	1,8
<b>100 a más</b>	1	0,0
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.1: Edad de adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla la Punta- DIRESA CALLAO, abril 2020- abril 2021, se visualiza que la edad de mayor rango es la de 60 a 69 años 58.4%(1735), seguida del rango de 70 a 79 años con un 29.1%(865), de 80 a 89 años con 10.6%(314) y de 90 a 99 años con un 1.8%(54).La prevalencia en el grupo etáreo de 60 a 69 fueron más propensos debido a su condición inmunológica, además por la comorbilidad asociadas a enfermedades crónicas.

**Tabla 5.1. 2**

**SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA  
LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	1476	49,7
<b>Femenino</b>	1493	50,3
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En tabla 5.1.2: Sexo de los adultos mayores con covid19 en la Red Bonilla la Punta - DIRESA callao, abril 2020 - abril 2021, se muestran que el 50.3%(1476) de los pacientes fueron del sexo femenino mientras que el 49.7%(1493) fue del sexo masculino. Se evidencia mayor predominio femenino debido a la mayor exposición por la responsabilidad familiar.

**Tabla 5.1. 3**  
**LUGAR DE PROCEDENCIA POR MICRORED DE LOS ADULTOS**  
**MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA**  
**CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Lugar de procedencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>José Olaya</b>	455	15,3
<b>Manuel Bonilla</b>	981	33,0
<b>Santa Fe</b>	469	15,8
<b>Néstor Gambeta</b>	463	15,6
<b>Acapulco</b>	601	20,2
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.3 se visualiza que el 33.0%(981) proviene de la Microred Manuel Bonilla, el 20.2%(601) de Acapulco, el 15.8%(469) de Santa Fe, el 15.6%(463) de Néstor Gambeta y el 15.3%(455) de José Olaya. La mayoría de las personas contagiadas procede de la jurisdicción de la Microred Bonilla en la cual se evidencia condiciones socioeconómicas precarias.



**Tabla 5.1. 4**

**OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED  
BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estudiante</b>	5	0,2
<b>Trabaja en laboratorio</b>	12	0,4
<b>Trabaja en salud</b>	44	1,5
<b>Ama de casa</b>	592	19,9
<b>Independiente</b>	79	2,7
<b>Jubilado</b>	122	4,1
<b>Otros</b>	2115	71,2
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.4 se visualiza que el 71.2%(2115) tiene distintas ocupaciones (taxistas, empleados, obreros, etc.), el 19.9%(592) son amas de casa, el 4.1%(122) son jubilados, el 2.7%(79) tienen trabajos independientes, el 1.5%(44) trabaja en el sector salud, el 0.4%(12) trabaja en el área de laboratorio en el sector salud y solo un 0.2%(5) son estudiantes. Las amas de casa presentan mayor número de contagio debido a la exposición por labores propias derivadas del hogar

**Tabla 5.1. 5**

**CONDICIONES DE COMORBILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Comorbilidad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Enfermedad cardiovascular</b>	325	10,9
<b>Diabetes mellitus</b>	310	10,4
<b>Enfermedad crónica neurológica</b>	8	0,3
<b>VIH</b>	2	0,1
<b>Enfermedad renal</b>	9	0,3
<b>Enfermedad pulmonar</b>	41	1,4
<b>Cáncer</b>	22	0,7
<b>Otros</b>	143	4,8
<b>Sin comorbilidad</b>	2109	71,0
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.5 se visualiza que los pacientes más propensos son los que sufren de enfermedades cardiovasculares con un 10.9%(325), le siguen los que sufren Diabetes mellitus con un 10.4%(310), otras enfermedades con un 4.8%(143), los que padecen de enfermedades pulmonares con un 1.4%(41), siguen los que sufren de cáncer con un 0.7%(22), continua con la enfermedad renal con un 0.3%(9), enfermedad crónica neurológica con un 0.3%(8) y por último los que tienen VIH con un 0.1%(2).No existe asociación con la comorbilidad de los pacientes infectados; esto ocurrió por factores socioculturales.

Tabla 5.1. 6  
**SINTOMATOLOGÍA DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA  
 RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Síntomas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fiebre/escalofríos	281	9,5
Malestar general	257	8,7
Tos	966	32,5
Dolor de garganta	380	12,8
Congestión nasal	173	5,8
Dificultad respiratoria	157	5,3
Diarrea	111	3,7
Náuseas/vómitos	93	3,1
Cefalea	140	4,7
Irritabilidad/contusión	13	0,4
Dolor muscular	181	6,1
Dolor abdominal	28	0,9
Dolor en el pecho	49	1,7
Dolor articulaciones	71	2,4
Dolor oído	15	0,5
Otros	54	1,8
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.6 se ve que el síntoma de mayor frecuencia es la tos con un 32.5%(966), le sigue el dolor de garganta con un 12.8%(380), la fiebre con 9.5%(281), el malestar general con un 8.7%(257), dolor muscular con 6.1%(181), congestión nasal con 5.8%(173), dificultad respiratoria con 5.3%(157), cefalea con 4.7%(140), diarrea con 3.7%(111), náuseas con 3.1%(93), dolor en las articulaciones con 2.4%(71), otros con 1.8%(54), dolor en el pecho con 1.7%(49), dolor abdominal con 0.9%(28), dolor en el oído con 0.5%(15) e irritabilidad con un 0.4%(13).La covid-19 tuvo inicio con manifestaciones a nivel respiratorio ,por lo tanto la tos fue un signo que evidenció ante el daño pulmonar.

**Tabla 5.1. 7**

**HOSPITALIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>N° casos hospitalizados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sí</b>	163	5,5
<b>No</b>	2806	94,5
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.7 se observa que el 94.5%(2806) de los casos no fueron hospitalizados, mientras que el 5.5%(163) sí lo fueron. Se evidencia que la mayoría de pacientes tuvieron un proceso leve por lo que se requirió hospitalización

**Tabla 5.1. 8**

**SIGNOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED  
BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

<b>Signos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Exudado faríngeo</b>	19	0,6
<b>Inyección conjuntival</b>	4	0,1
<b>Disnea/taquipnea</b>	42	1,4
<b>Auscultación pulmonar anormal</b>	17	0,6
<b>Hallazgos anormales en Rx pulmonar</b>	7	0,2
<b>Otros</b>	25	0,8
<b>Sin signos</b>	2855	94,5
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.8, se ve que dentro de los pacientes que presentan signos se encuentran la disnea/taquipnea con 1,4%(42), otros signos, con 0,8%(25), exudado faríngeo con 0,6%(19), auscultación pulmonar anormal con 0,6%(17), hallazgos anormales en Rx pulmonar con un 0,2%(7) e inyección conjuntival con 0,1%(4). Se confirma que los datos obtenidos en las tablas anteriores donde los pacientes no han presentado gravedad y no requirieron hospitalización.

**Tabla 5.1. 9**

**TIPO DE PRUEBA APLICADAS A LOS ADULTOS MAYORES CON  
COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL  
2020 - ABRIL 2021**

<b>Tipo de prueba</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Prueba rápida</b>	2178	73,4
<b>Prueba molecular</b>	791	26,6
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.9 se observa que las muestras tomadas para diagnosticar el COVID-19 fueron en un 73.4%(2178) pruebas rápidas y un 26.6%(791) pruebas moleculares. Se cumplió con el protocolo establecido por el MINSA, donde se determinó que las pruebas de diagnóstico inicial se deberían de hacer por prueba rápida.

**Tabla 5.1. 10**  
**CONDICION DE EGRESO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN**  
**LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO, ABRIL 2020 - ABRIL**  
**2021**

<b>Egreso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Recuperado</b>	2856	96,2
<b>No recuperado</b>	1	0,0
<b>Falleció</b>	112	3,8
<b>Total</b>	<b>2969</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.10 se observa que el 96.2%(2856) fue dado de alta mientras que el 3.8%(112) fallecieron, no recuperándose solo 1 paciente, o sea el 0.04% del total poblacional. Existió una alta tasa de recuperados debido a que los casos no fueron graves ,esto se evidencia en la poca cantidad de pacientes que requirieron hospitalizarse.

## VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

No corresponde dado que la presente investigación fue univariable.

### 6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

Los resultados de la investigación se dividen en dos dimensiones: perfil epidemiológico y perfil clínico. Dentro del perfil epidemiológico se ven las condiciones de riesgo (sexo, edad, microred y ocupación) y las condiciones de comorbilidad.

En la tabla 5.1.1: se mostró que la edad de mayor rango fue la de 60 a 69 años con un 58.4%, seguida del rango de 70 a 79 años con un 29.1%, de 80 a 89 años con 10.6% y de 90 a 99 años con un 1.8%. Al contrastar Dentro de los antecedentes internacionales estos resultados se pueden comparar con el estudio de Casas, Antón y Lumbreras (año 2020), quienes en su estudio las personas más propensas fueron los de 69 años de edad. Encontrando resultados similares. (18)

En la tabla 5.1.2, el sexo más propenso al COVID19 fue el femenino con un 50.3% mientras que el 49.7% fue del sexo masculino. Al contrastar con el estudio Casas, Antón y Lumbreras (18); difiere en el sexo masculino (57.2%) quienes son más propensos a enfermarse de COVID-19 al igual que el estudio de Chen y Zhou(año 2020). (21)

En la tabla 5.1.5 se visualiza que los pacientes más propensos son los que sufren de enfermedades cardiovasculares con un 10.9%, le siguen los que sufren Diabetes con un 10.4%, otras enfermedades con un 4.8%, los que padecen de enfermedades pulmonares con un 1.4%, siguen los que sufren de cáncer con un 0.7%, continua con la enfermedad renal con un 0.3%, enfermedad crónica neurológica con un 0.3% y por último los que tienen VIH con un 0.1%; En la tabla 5.1.6 se ve que el síntoma de mayor frecuencia es la tos con un 32.5%, le sigue



el dolor de garganta con un 12.8%, la fiebre con 9.5%, el malestar general con un 8.7%, dolor muscular con 6.1%, congestión nasal con 5.8%, dificultad respiratoria con 5.3%, cefalea con 4.7%, diarrea con 3.7%, náuseas con 3.1%, dolor en las articulaciones con 2.4%, otros con 1.8%, dolor en el pecho con 1.7%, dolor abdominal con 0.9%, dolor en el oído con 0.5% e irritabilidad con un 0.4%.

Al contrastar con el estudio de Becerra y Pardo (año 2020), dentro del perfil clínico se ven la sintomatología, hospitalización (si se hospitalizó o no y los signos que presenta). En esta parte de los resultados se observó que la mayoría de los pacientes sufren de enfermedades cardiovasculares con un 37.8% seguidos de los padecen de diabetes con un 36.1%. También se vio que el síntoma más frecuente fue la tos con un 32.5%, seguida del dolor de garganta (12.8%) y la fiebre (9.4%), los casos conformados de COVID-19 de los pacientes estudiados fue el 100%, sin embargo, solo el 5.5% fue hospitalizado, siendo el 94.5% tratado desde sus hogares. Los signos más frecuentes de los pacientes hospitalizados fue la disnea/taquipnea con un 36.8%. encontrando similitudes con los resultados. (28)

En el estudio de Suarez, Oros y Ronquillo (año 2020) en México los pacientes contagiados con COVID-19 sufrían de Hipertensión Arterial con un 46%, Diabetes mellitus en un 39% y obesidad en un 30%. En el estudio de Molaw (año 2020) se observó que dentro de los signos de los pacientes con COVID-19 se halló la disnea. En el estudio de Harriete Gonzales(año 2020) el 98.8% presentó como comorbilidad Hipertensión arterial sistémica. (22)

En el Estudio de Guzmán Et al (año 2020) los síntomas de mayor porcentaje fueron fiebre, tos y disnea. En el estudio de Llaque Et al (año 2020) se observó que los síntomas de los pacientes fueron tos leve (26). En el estudio de Becerra y Pardo(año 2020) los síntomas de mayor envergadura fueron el malestar general con 43.4%, fiebre con un 38.2%, tos con 32.4%, cefalea con 28.9% y disnea con un 19.7%, siendo además los más afectados los pacientes que sufren de diabetes mellitus. (28)

En la tabla 5.1.10 se observa que el 96.2% fue dado de alta mientras que el 3.8% falleció, no recuperándose solo 1 paciente, o sea el 0.04% del total poblacional. En cuanto a los estudios nacionales en el estudio de Llaro, Eyzer y

Campos(año 2020) se observó que la mayoría de pacientes fallecidos fueron adultos mayores del sexo masculino (2). En el estudio de Calva Et al (año 2019) se realizó por innumerables casos de neumonía atípica y fallecimientos asociados, teniendo como agente causal el SARS-CoV-2 y siendo sus cuadros clínicos TAC positiva y PCR positiva con un 75% (24). Dentro de los estudios nacionales, en la investigación de Llaro, Eyzer y Campos(año 2020) la mayoría de fallecidos sufrían de hipertensión arterial y obesidad. (2)

### **6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos**

Para la realización de la presente investigación se consideró los principios éticos, dado que la investigación es de naturaleza retrospectiva, y se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección de la Red Bonilla la Punta-DIRESA Callao, para obtener la información del estudio realizado, manteniendo el completo anonimato de los pacientes, además el estricto compromiso ético de solo realizar la divulgación científica con datos agrupados.

Consentimiento informado: Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud, por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas. En este caso como el estudio fue retrospectivo y de análisis documental, no se empleó dicho documento.

## CONCLUSIONES

- El perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con COVID-19 en la Red Bonilla La Punta-DIRESA Callao en los meses de abril 2020 a abril 2021, siendo un total de 2969 personas afectadas durante el periodo del estudio.
- En cuanto al perfil epidemiológico de los adultos mayores con COVID-19, la edad de mayor porcentaje fue la de 60 a 69 años con un 58.4%, siendo el sexo femenino el de mayor cantidad con un 50.3%, con un 33.0% pacientes procedentes de la Microred Manuel Bonilla, correspondiendo un 71.2% con oficios como taxistas, empleados, obreros, vigilantes, ambulantes entre otros que tienen constante contacto con el público y practican pocos protocolos de bioseguridad.
- En cuanto al perfil clínico de los adultos mayores con COVID-19, se evidencio que el 37.7% de los pacientes sufren de enfermedades cardiovasculares, siendo el síntoma más frecuente la tos con un 32.5%; el 100% fue diagnosticado con Covid-19, siendo el 94.5% tratados de manera ambulatoria (en sus casas),presentando los signos más frecuentes la disnea/taquipnea con un 1.4%, al 73.4% se les realizó la prueba serológica o prueba rápida mientras que al 26.6% la prueba molecular, siendo la evolución de los pacientes favorable en un 96.2% siendo los fallecidos del 3.8%

## RECOMENDACIONES

- A los responsables del área de Epidemiología de la Red Bonilla La Punta:  
Realizar seguimiento a los pacientes que tuvieron COVID-19 a fin de prevenir recaídas, dándoles prioridad para la obtención de las vacunas de refuerzo si el caso lo amerita.
- Al equipo de Respuesta rápida de Covid-19:
  - Continuar con la prevención contra el COVID-19 a los adultos mayores por ser grupo de riesgo; dentro de estas realizar diferentes actividades educativas dirigido al público que tiene interacción directo con taxistas, vendedores, vigilantes, docentes, entre otros.
  - Realizar un seguimiento más exhaustivo a los pacientes que sufran de comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares, entre otros, así como también brindarles mayor asesoría para prevenir el contagio del COVID-19 o su recaída.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Neumonía de causa desconocida. [Online].; 2021. Available from: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-ofunkown-cause-china/es/>.
2. Llaro M, Eyzer B, Campos K. Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevivencia en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal-Callao 2020. Scielo. 2020;(2): p. 3-5.
3. Duran A. Perfil epidemiológico red de salud de ladera 2010.. Red de salud [revista en línea]. 2010; 65(6).
4. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). OMS [ revista en línea]. 2020 Octubre; 20(4).
5. OMS. Timeline: WHO's COVID-19 response. OMS [ revista en línea]. 2020 Octubre 19; 15(7).
6. William S. Coronavirus: número de muertos y contagiados en China por Covid-19. El Plural [ revista en línea]. 2020 Junio 17; 10(2).
7. DW. Repunta cifra de muertos por COVID-19 en España. Made for minds [ revista en línea]. 2020 Abril 7; 10(1).
8. Infobae. Coronavirus en Italia: bajó la cifra de muertos, contagios e internaciones pero aún así se registraron 433 fallecimientos en 24 horas. Infobae [ revista en línea]. 2020 Abril 19; 10(1).
9. Diario correo. Se registran 57 fallecidos por coronavirus en el Perú en las últimas 24 horas. Correo [ revista en línea]. 2020 Abril 19; 11(3).
10. Sam J. Sapanish minister says older people found dead and abandoned. The guardian [ revista en línea]. 2020 Marzo 23; 8(1).

11. Ales D. La tragedia de los adultos mayores en Chile: de 7 mil a 10 mil fallecidos por COVID-19. El mostrador. [ revista en línea]. 2020 Julio 22; 7(2).
12. C. N. Coronavirus: sólo 14,31% de los casos confirmados son personas mayores de 60 años. Sociedad. [ revista en línea]. 2020 Agosto; 5(2).
13. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo X. Universidad de La Sabana. 2020.
14. Minsa. Proceso de 155 muestras por coronavirus 2019. Minsa [ revista en línea]. 2020 Octubre 1; 10(4).
15. Gobierno del Perú. Cuidados del adulto mayor frente al coronavirus. Plataforma digital unca del estado peruano. [ revista en línea]. 2020 Julio 2; 3(2).
16. MINSA. Mortalidad en adultos mayores por COVID-19 es ocho veces más que en personas de 30 a 59 años. Plataforma digital unca del estado peruano. [ revista en línea]. 2020 Julio 2; 3(2).
17. MINSA. Adultos mayores: Minsa recomienda extremar medidas de bioseguridad si salen a la calle. Andina. [ revista en línea]. 2020 Octubre 8; 3(2).
18. Casas J, Antón J, Lumbreras C. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con Covid19 en España: Resultados del Registro SEMI-COVID-19. Revista Clínica Española. 2020; 220(8): p. 480-494.
19. Huy G. An epidemiologic profile of COVID-19 patients in Vietnam. MedRxiv. [monografía en Internet]. 2020.
20. Kak A. Clinical Profile of 100 Confirmed COVID-19 Patients Admitted in Dhaka Medical College Hospital, Dhaka, Bangladesh. Journal of Bangladesh. 2020.

21. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020. 2020; 395(10223): p. 507-13.
22. Suárez V, Oros S, Ronquillo E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*. 2020; 220(8): p. 463-471.
23. Mowla S, Kak S, Kabir A, iswas S, Islam M, Banik G, et al. Clinical Profile of 100 Confirmed COVID-19 Patients Admitted in Dhaka Medical College Hospital, Dhaka, Bangladesh. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*. 2020 Julio; 38(1).
24. Calva-Rodríguez R, Sánchez G, Castellanos J, De la Torre M, Soto L, Costa C, et al. Perfil epidemiológico de pacientes con COVID-19 internados en el sistema hospitalario MAC en México. *Rev Enferm Infecc Pediatr*. 2021 Noviembre ; 33(136).
25. Harriete. F, Betancourt.A, Perera.Y, Peña.I, Albear.Y. Perfil epidemiológico de la COVID-19 en municipio Yateras, Guantánamo". *Rev. inf. cient./ Scielo*. 2021 Marzo 1; 100(2).
26. Guzman O, Et al. Características clínicas y epidemiológicas de 25 casos de COVID-19 atendidos en la Clínica Delgado de Lima. *Revista medicina interna*. 2020; 3(2).
27. Llaque P, Prudencio R, echevarría S, Ccorahua M, Ugas C. Características clínicas y epidemiológicas de niños con COVID-19 en un hospital pediátrico del Perú. *Scielo*. 2020 Octubre - Diciembre; 37(4).
28. Becerra G. Perfil clínico y epidemiológico en pacientes COVID -19 atendidos en el Hospital Apoyo I Santiago Apóstol - Utcubamba 2020. Tesis de grado. Pimentel, Perú: Universidad Señor De Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.

29. Córdova C. Perfil clínico - epidemiológico de adultos y adultos mayores con SARS-COV-2 atendidos en el centro de salud Pucusana - Lima, 2021. Tesis de grado. Lima, Perú.; Facultad de medicina; 2021.
30. Lescaille M, Apao J, Reyes M, Alfonso M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Scielo. 2013; 12(4).
31. Doménech F. John Snow y el origen de una nueva medicina en los tiempos del cólera. [Online].; 2020. Available from: <https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/grandes-personajes/john-snow-origen-de-una-nueva-medicina-en-tiempos-del-colera/>.
32. Mauricio H. Diseño de estudios epidemiológicos [monografía en Internet]\*.Mexico . Scielo. 2015 .
33. INEI. Población del Perú totalizó 31 millones 237 mil 385 personas al 2017. INEI. [ revista en línea]. 2017; 8(2).
34. Whittembury A. El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país. [Online].; 2010. Available from: <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>.
35. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
36. Abuse NIOD. La comorbilidad. National Institute on Drug Abuse. [Online].; 2018. Available from: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>.
37. Porto JP, Merino M. Definición de ocupación. [Online].; 2013. Available from: <https://definicion.de/ocupacion/>.
38. BMJ BP. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). Best Practice. [monografía en Internet]. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 11]. Available from: : <https://bestpractice.bmj.com/topics/es->



[es/3000201/pdf/3000201/Enfermedad%20de%20coronavirus%202019%20%28COVID-19%29.pdf](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm).

39. Medline. Diabetes. Mediline Plus Informacion de salud para usted. [monografía en Internet]. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 11. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>.
40. CDC. Centro para el Control y la Prevencion de enfermedades. Síntomas de la enfermedad del coronavirus. CDC. [ revista en línea] 2017. 2017; 3(2).
41. Alexander E. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. Monografía en Internet.Berlin : Archive. Berlín.; 2020.
42. Wikipedia. COVID-19. Wikipedia. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 11. Available from: [:https://es.wikipedia.org/wiki/COVID-19](https://es.wikipedia.org/wiki/COVID-19).
43. OMS. Preparación y respuesta ante emergencias. OMS. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 11. Available from: [https://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/es/](https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/es/).
44. Portal link. Fiebre. Medicine Plus. [ revista en línea]. 2020 ; 8(5).
45. Martínez Navarro F. Vigilancia epidemiológica Madrid, España: McGraw-Hill; 2012.
46. Tamayo M, Tamayo. El proceso de la investigación científica México: Limusa; 2006.
47. Hernández , Fernández , Baptista. Metodología de la investigación México: Mc' Graw Hill; 2014.
48. López P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa. 1st ed. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 1


### Matriz de Consistencia

#### TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID-19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA DURANTE LOS MESES DE ABRIL 2020 – ABRIL DE 2021

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril 2021?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril 2021.</p>	No aplicable	<p>Perfil epidemiológico y clínico</p> <p><u>Dimensiones:</u></p> <p>-Características epidemiológicas</p> <p>-Características Clínicas</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Epidemiológico Tipo de investigación: Epidemiológico Diseño: No experimental Población Adulto mayor Muestra: 2979</p> <p>Tipo de Muestreo: Aleatorio Técnica de Instrumento: -Hoja de registro de Datos</p>
<p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b> ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril? ¿Cuál es el perfil clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril 2021?</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> Analizar el perfil epidemiológico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril 2021 Evaluar el perfil clínico de los adultos mayores con covid-19 en la Red Bonilla La Punta durante los meses de Abril 2020 a Abril 2021</p>			

## ANEXO N° 02

### Instrumento

 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA          COVID-19</b>
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>		
1. Fecha notificación: ____/____/____		
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		
3. EESS: _____		
4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado		
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso		
6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar _____		
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>		
7. Apellidos y nombres: _____		
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		
9. Edad: _____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día		
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
11. N° DNI: _____		
<b>INFORMACION DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</b>		
13. Dirección de residencia actual: _____		
País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____		
Ocupación		
<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador de salud		
<input type="checkbox"/> Trabaja con animales <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio		
<b>III. CUADRO CLÍNICO</b>		
14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Desconocido		
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:		
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____		
21. Síntomas:		
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica: <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Diarrea ( ) Muscular ( ) Pecho <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos ( ) Abdominal ( ) Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		
22. Signos:		
Temperatura: _____ °C		
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar <input type="checkbox"/> Inyección conjuntival <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		

23. Condiciones de comorbilidad

- Embarazo (Trimestre: \_\_\_\_\_)
- Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
- Diabetes
- Enfermedad hepática
- Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular
- Otros, especificar: \_\_\_\_\_

- Pos parto (< 6 semanas)
- Inmunodeficiencia (incluye VIH)
- Enfermedad renal
- Daño hepático
- Enfermedad pulmonar crónica
- Cáncer

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

32. Tipo de muestra:

- Prueba rápida de COVID-19
- Prueba molecular de COVID-19
- Rayos-X Torácico

Condicion de egreso:     Recuperado     No recuperado     Falleció     Desconocido

## ANEXO N° 3

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO ABRIL 2020 - ABRIL 2021”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende: Analizar el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores con COVID19 en la red Bonilla la Punta DIRESA Callao abril 2020-abril 2021.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

### **DECLARACIÓN PERSONAL**

He sido invitado a participar en el estudio titulado PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA - DIRESA CALLAO ABRIL 2020 - ABRIL 2021, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

---

**Firma del participante**



GOBIERNO  
REGIONAL  
CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"




## CONSTANCIA N° 015-2022- COMITÉ DE ÉTICA/UI/DIRESACALLAO

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON COVID -19 EN LA RED BONILLA LA PUNTA-DIRESA CALLAO, ABRIL 2020-ABRIL 2021"**, ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité y se ejecutará bajo la responsabilidad de **CARMEN MARIA ROMANI RODRIGUEZ, ELVIRA ESTHER POZO HUAMAN, MARIA SANTOSA ANCCO PAYTAN.**

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 07 de octubre del 2022 hasta el 07 de octubre del 2023; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos, así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados, de igual forma al finalizar su investigación deberá ser presentada de forma física y magnética a través de la Unidad de investigación de la DIRESA Callao.

Callao, 07 de octubre del 2022

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
  
EDUARDO J. NICOLET ALBORNO  
M.P. 22518 - RN° 14378  
Presidente  
Comité de Ética para la Investigación  
Dirección Regional de Salud del Callao

EJNA/mfar

[www.diresacallao.gob.pe](http://www.diresacallao.gob.pe)  
[rhumanos@diresacallao.gob.pe](mailto:rhumanos@diresacallao.gob.pe)

Jr. Colina N° 879 – Bellavista -Callao  
Teléfonos 4650048 - FAX 4290578

## ANEXO N°4

### Matriz de datos

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1 : Microred 1,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
1	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
3	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
4	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
5	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
6	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
7	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
8	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	1,00	3,00	3,00	2,00			
9	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
10	3,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
11	2,00	1,00	1,00	1,00	7,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
12	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
13	2,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
14	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	1,00	1,00	1,00	2,00			
15	3,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
16	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	3,00	2,00			
17	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
18	2,00	1,00	4,00	2,00	11,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
19	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	2,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
20	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
21	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
22	4,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	12,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
23	4,00	1,00	1,00	1,00	12,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
24	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
25	4,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
26	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
27	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	7,00	3,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
28	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	1,00	1,00	1,00	2,00			
29	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
30	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
31	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
32	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
33	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
34	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1 : Microred 1,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	val
35	4,00	1,00	2,00	1,00	12,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
36	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
37	5,00	1,00	2,00	1,00	11,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
38	4,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
39	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	2,00	7,00	2,00	1,00	2,00	2,00			
40	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
41	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
42	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
43	3,00	1,00	1,00	2,00	8,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
44	2,00	1,00	2,00	1,00	16,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
45	4,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
46	4,00	1,00	1,00	2,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
47	4,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
48	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
49	1,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
50	1,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
51	1,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
52	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
53	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
54	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
55	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
56	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
57	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
58	4,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
59	4,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
60	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
61	4,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
62	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
63	4,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
64	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
65	4,00	1,00	3,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
66	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
67	1,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
68	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1 : Microred 1,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
69	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
70	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
71	1,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
72	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
73	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
74	2,00	1,00	1,00	1,00	7,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
75	3,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
76	5,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
77	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
78	5,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	3,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
79	5,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
80	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
81	3,00	1,00	3,00	2,00	6,00	5,00	11,00	5,00	2,00	1,00	2,00	1,00			
82	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
83	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
84	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
85	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
86	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
87	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
88	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
89	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	5,00	,00	8,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
90	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	2,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
91	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	2,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
92	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
93	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
94	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
95	2,00	1,00	3,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
96	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
97	5,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
98	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
99	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
100	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
101	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
102	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	,00	8,00	1,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

107 : Hospitalizado 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
103	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
104	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
105	4,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
106	1,00	1,00	2,00	2,00	14,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
107	1,00	1,00	1,00	2,00	12,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
108	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
109	1,00	1,00	2,00	1,00	8,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
110	5,00	1,00	1,00	2,00	11,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
111	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
112	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
113	4,00	1,00	3,00	2,00	4,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
114	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
115	4,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
116	5,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
117	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
118	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
119	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
120	4,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
121	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
122	3,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
123	3,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
124	3,00	1,00	2,00	1,00	6,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
125	3,00	1,00	4,00	2,00	2,00	,00	12,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
126	3,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
127	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	2,00	2,00			
128	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
129	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
130	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
131	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
132	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
133	3,00	1,00	3,00	1,00	15,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
134	2,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
135	2,00	1,00	2,00	1,00	15,00	,00	,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
136	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

107 : Hospitalizado 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
137	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
138	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
139	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
140	3,00	1,00	1,00	1,00	15,00	,00	,00	8,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
141	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	12,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
142	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	5,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
143	5,00	1,00	2,00	1,00	11,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
144	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	7,00	1,00	1,00	1,00	2,00			
145	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
146	5,00	1,00	1,00	2,00	12,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
147	4,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
148	5,00	1,00	2,00	2,00	14,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
149	4,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
150	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
151	4,00	1,00	3,00	1,00	14,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
152	1,00	1,00	1,00	1,00	12,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
153	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
154	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
155	4,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	2,00	2,00			
156	4,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	12,00	5,00	2,00	1,00	2,00	2,00			
157	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
158	5,00	1,00	3,00	1,00	11,00	,00	3,00	7,00	2,00	1,00	3,00	1,00			
159	3,00	1,00	1,00	2,00	5,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
160	5,00	1,00	1,00	1,00	15,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
161	3,00	1,00	1,00	1,00	8,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
162	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
163	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
164	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
165	1,00	1,00	2,00	2,00	16,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
166	1,00	1,00	3,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
167	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
168	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
169	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
170	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

2969 : Tipodemuestra Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
2800	5,00	1,00	1,00	2,00	2,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2801	5,00	1,00	1,00	1,00	10,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2802	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2803	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2804	4,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2805	4,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2806	2,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2807	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2808	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2809	1,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2810	1,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2811	1,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2812	1,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2813	3,00	1,00	4,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2814	2,00	1,00	1,00	1,00	5,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2815	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2816	5,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2817	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2818	2,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2819	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2820	2,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2821	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	2,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2822	5,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2823	3,00	1,00	3,00	1,00	14,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	2,00	1,00			
2824	1,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2825	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2826	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2827	5,00	1,00	1,00	2,00	16,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2828	5,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2829	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	8,00	10,00	8,00	1,00	3,00	2,00	1,00			
2830	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2831	2,00	1,00	3,00	2,00	9,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2832	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2833	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	10,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

2969 : Tipodemuestra Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	val
2834	2,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2835	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2836	5,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2837	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2838	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2839	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2840	5,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2841	3,00	1,00	2,00	2,00	8,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2842	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2843	5,00	1,00	1,00	2,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2844	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	5,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2845	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	10,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2846	4,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2847	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2848	1,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2849	1,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2850	2,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	3,00	2,00			
2851	1,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2852	2,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2853	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2854	5,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2855	3,00	1,00	1,00	1,00	5,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2856	5,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2857	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2858	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2859	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2860	5,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2861	5,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2862	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2863	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2864	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2865	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2866	4,00	1,00	3,00	2,00	11,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2867	2,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables



gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

2969 : Tipodemuestra Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Sintomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
2868	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2869	2,00	1,00	1,00	1,00	13,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2870	2,00	1,00	1,00	2,00	12,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2871	1,00	1,00	1,00	2,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2872	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2873	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	6,00	1,00	1,00	1,00	2,00			
2874	5,00	1,00	1,00	1,00	15,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2875	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2876	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2877	1,00	1,00	1,00	2,00	14,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2878	1,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2879	4,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	2,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2880	4,00	1,00	2,00	1,00	1,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2881	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	,00	8,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2882	3,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2883	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2884	5,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	3,00	6,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2885	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2886	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2887	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2888	2,00	1,00	2,00	1,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2889	4,00	1,00	2,00	1,00	14,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2890	4,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2891	3,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	3,00	6,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2892	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2893	2,00	1,00	1,00	2,00	12,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2894	2,00	1,00	2,00	2,00	7,00	,00	2,00	5,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
2895	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	12,00	6,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2896	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2897	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2898	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2899	1,00	1,00	1,00	1,00	9,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2900	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2901	1,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables

gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

2969 : Tipodemuestra Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
2902	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2903	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2904	4,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2905	2,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2906	2,00	1,00	2,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2907	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2908	4,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2909	4,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	10,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2910	5,00	1,00	3,00	1,00	13,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	3,00	1,00			
2911	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2912	1,00	1,00	1,00	2,00	14,00	,00	8,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2913	3,00	1,00	2,00	2,00	13,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2914	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2915	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2916	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2917	3,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	2,00	8,00	1,00	3,00	3,00	2,00			
2918	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2919	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2920	1,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2921	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2922	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2923	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2924	1,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2925	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2926	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	5,00	1,00	3,00	2,00	2,00			
2927	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	6,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2928	3,00	1,00	1,00	1,00	6,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2929	5,00	1,00	1,00	1,00	15,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2930	5,00	1,00	1,00	2,00	16,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2931	3,00	1,00	2,00	1,00	7,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2932	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2933	2,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2934	5,00	1,00	1,00	2,00	13,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2935	4,00	1,00	3,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

Vista de datos Vista de variables



gráficas 1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

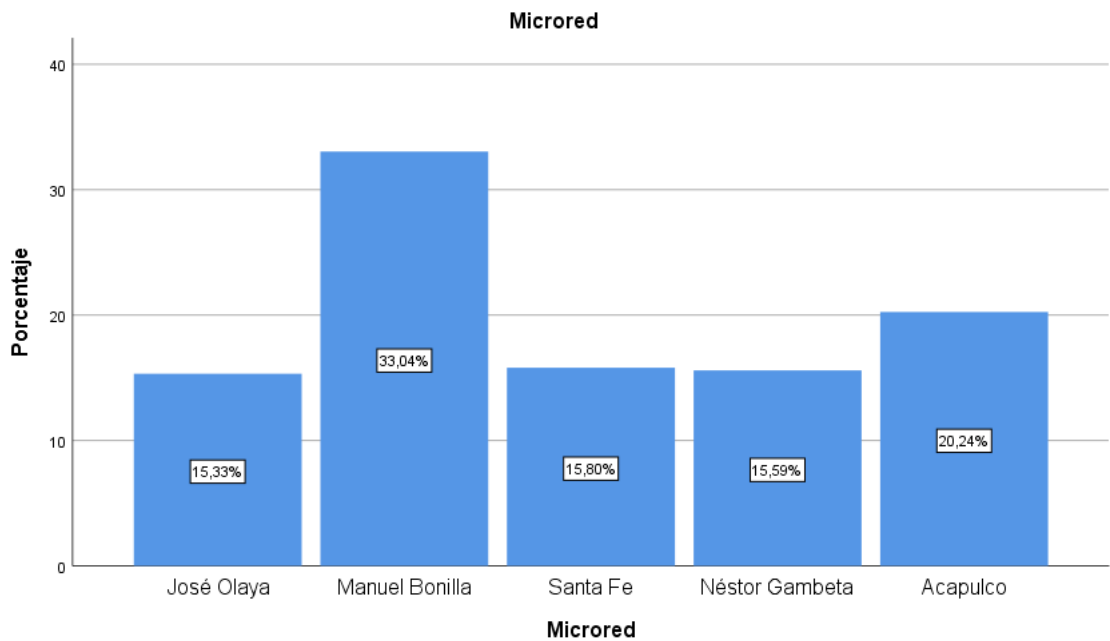
2969 : Tipodemuestra 1,00 Visible: 12 de 12 variables

	Microred	Clasificación	Edad	Sexo	Síntomas	Signos	Comorbilidad	Ocupación	Hospitalizado	Egreso	Evolución	Tipodemuestra	var	var	var
2936	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2937	4,00	1,00	1,00	2,00	14,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2938	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2939	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2940	2,00	1,00	3,00	1,00	13,00	,00	,00	6,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2941	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2942	2,00	1,00	2,00	2,00	11,00	,00	12,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2943	5,00	1,00	2,00	1,00	6,00	,00	,00	8,00	1,00	3,00	2,00	1,00			
2944	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00	,00	,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2945	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2946	5,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	3,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2947	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2948	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2949	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2950	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2951	2,00	1,00	2,00	2,00	9,00	,00	12,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2952	3,00	1,00	2,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2953	3,00	1,00	1,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	2,00	2,00			
2954	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2955	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	1,00	1,00	1,00	2,00			
2956	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2957	2,00	1,00	3,00	1,00	16,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2958	2,00	1,00	3,00	1,00	5,00	,00	2,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2959	2,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	3,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2960	4,00	1,00	2,00	2,00	3,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2961	1,00	1,00	2,00	2,00	4,00	,00	2,00	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00			
2962	1,00	1,00	2,00	1,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2963	4,00	1,00	3,00	2,00	4,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2964	5,00	1,00	1,00	1,00	11,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2965	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2966	1,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2967	5,00	1,00	1,00	2,00	9,00	,00	,00	5,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
2968	5,00	1,00	3,00	2,00	9,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	3,00	1,00			
2969	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	,00	,00	8,00	2,00	1,00	1,00	1,00			

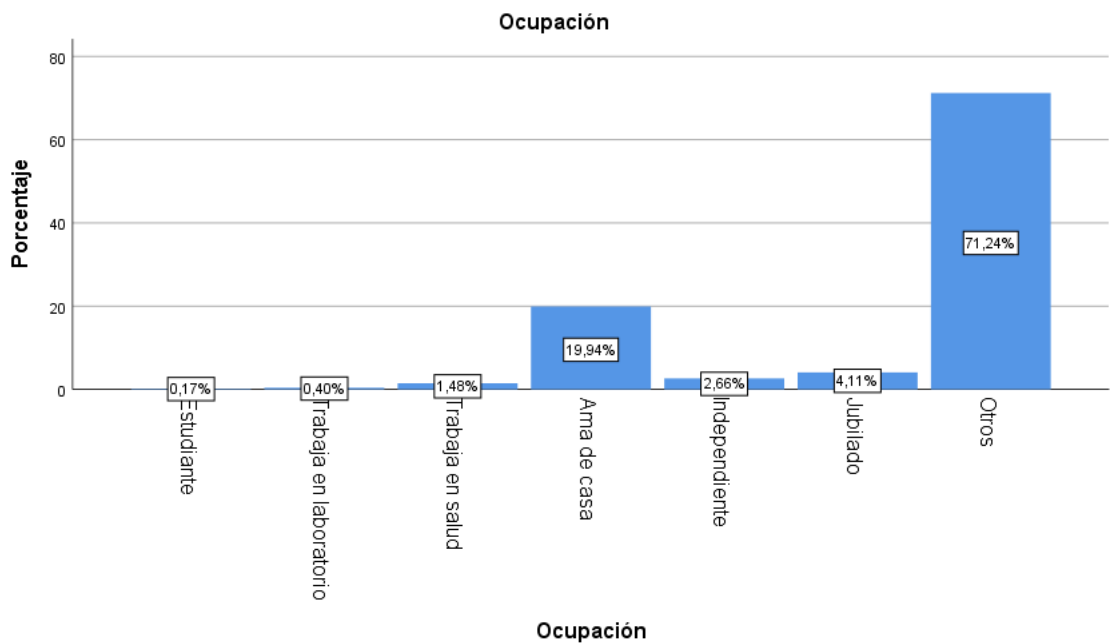
Vista de datos Vista de variables

## ANEXO N° 5

### GRÁFICOS



*Gráfico 1:* Lugar de procedencia por Microred de adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021



*Gráfico 2:* Ocupación de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021

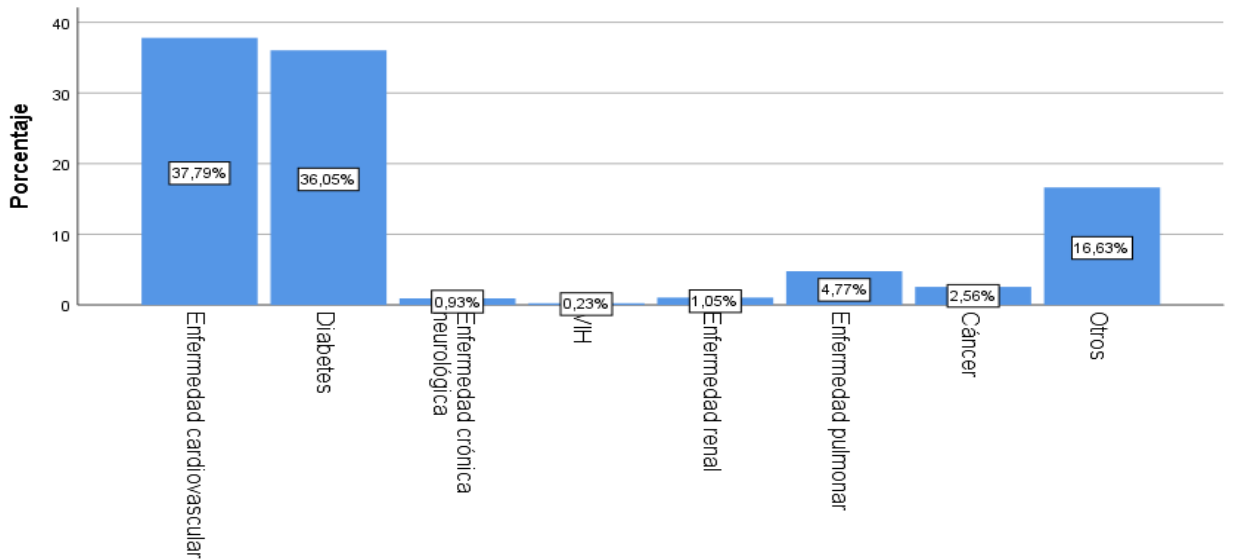


Gráfico 3: Condiciones de comorbilidad de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021

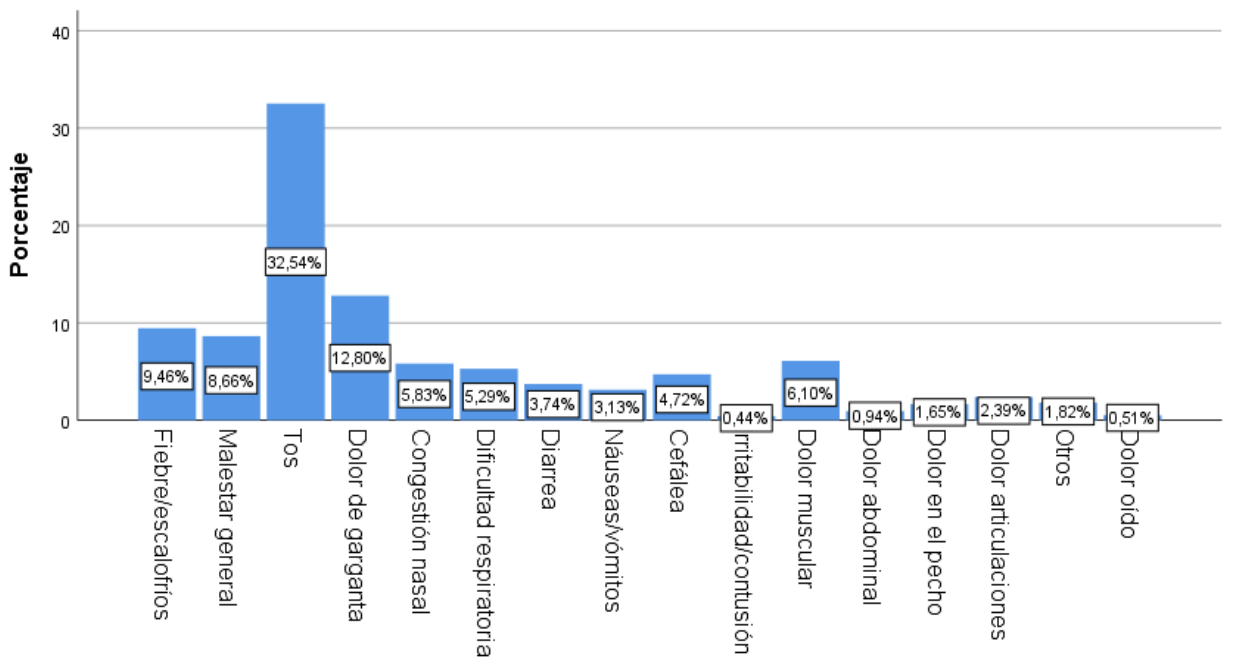
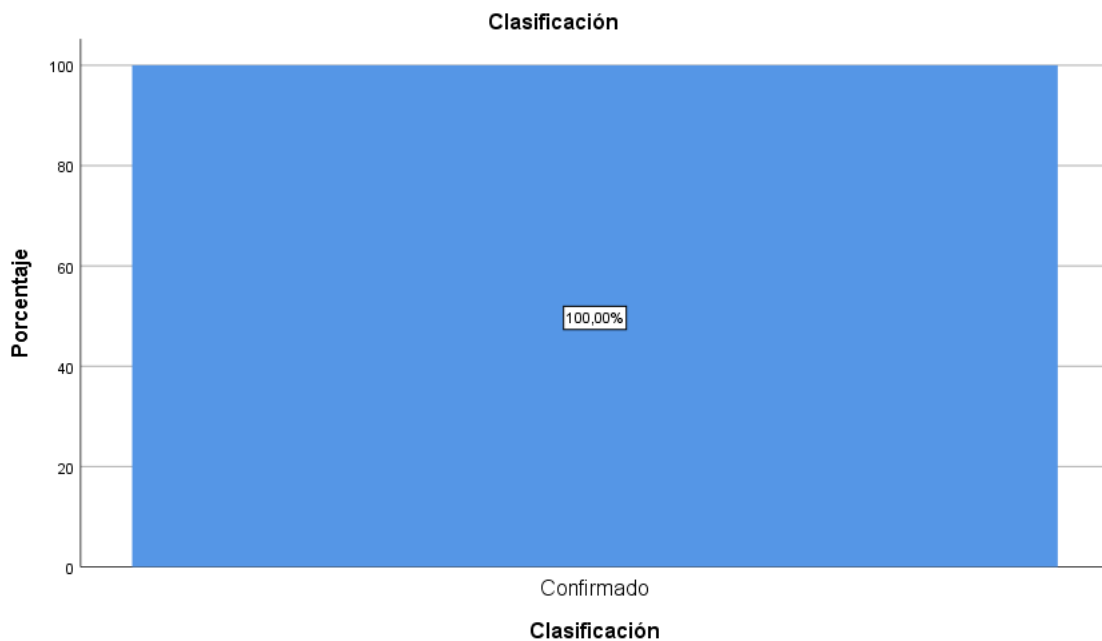
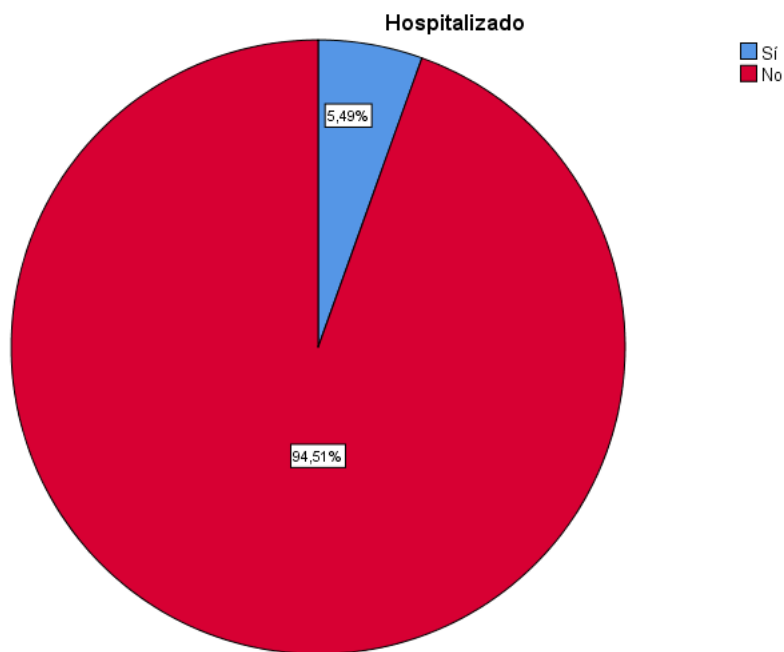


Gráfico 4: Sintomatología de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - DIRESA Callao, abril 2020 - abril 2021



*Figura 1:* Clasificación de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - DIRESA Callao, abril 2020 - abril 2021



*Gráfico 6:* Hospitalización de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021

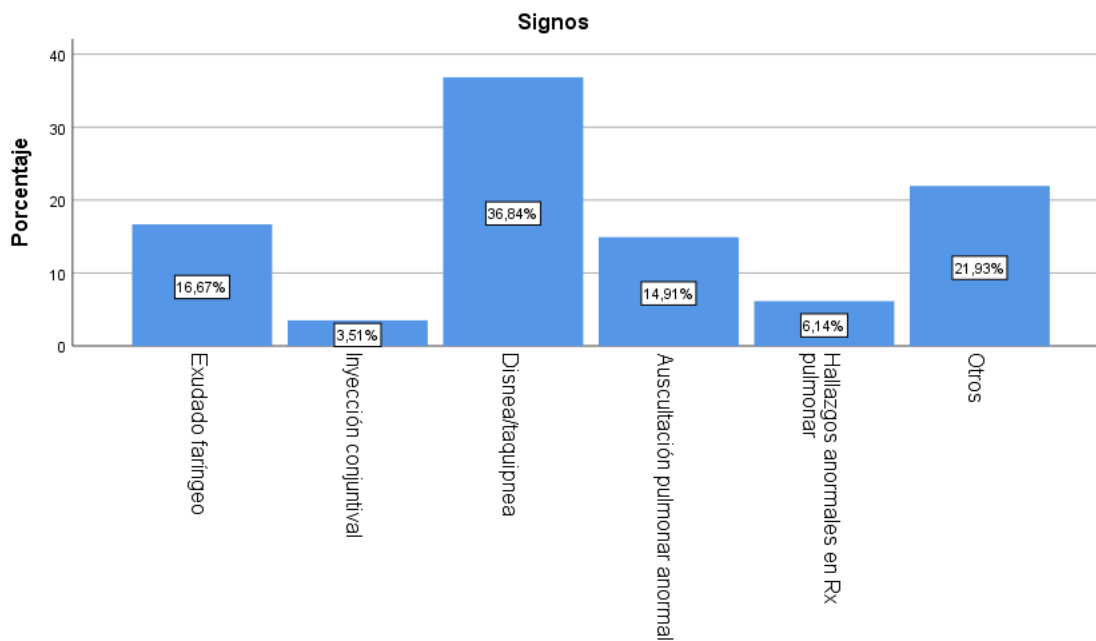


Gráfico 7: Signos de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021

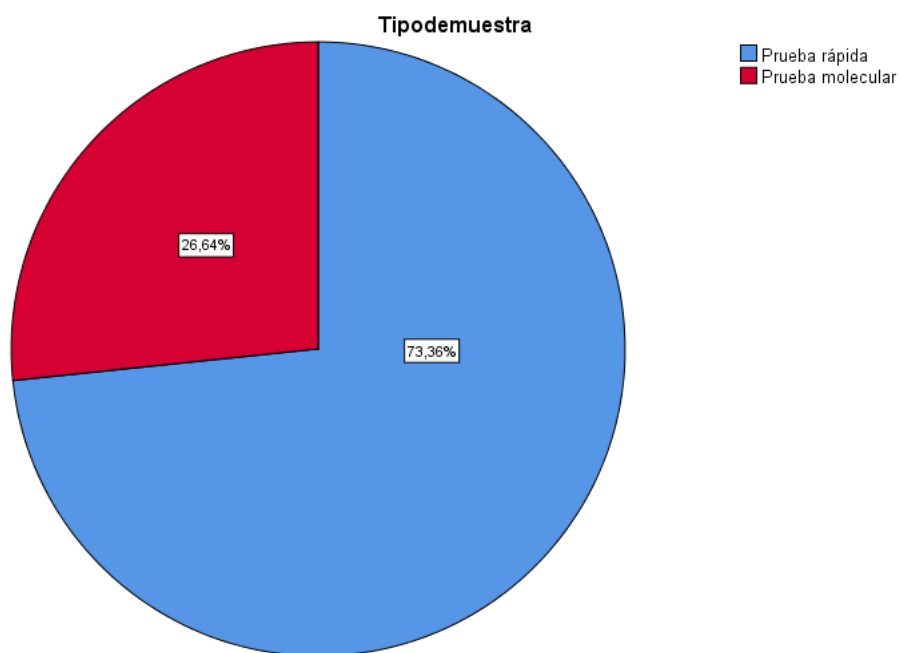
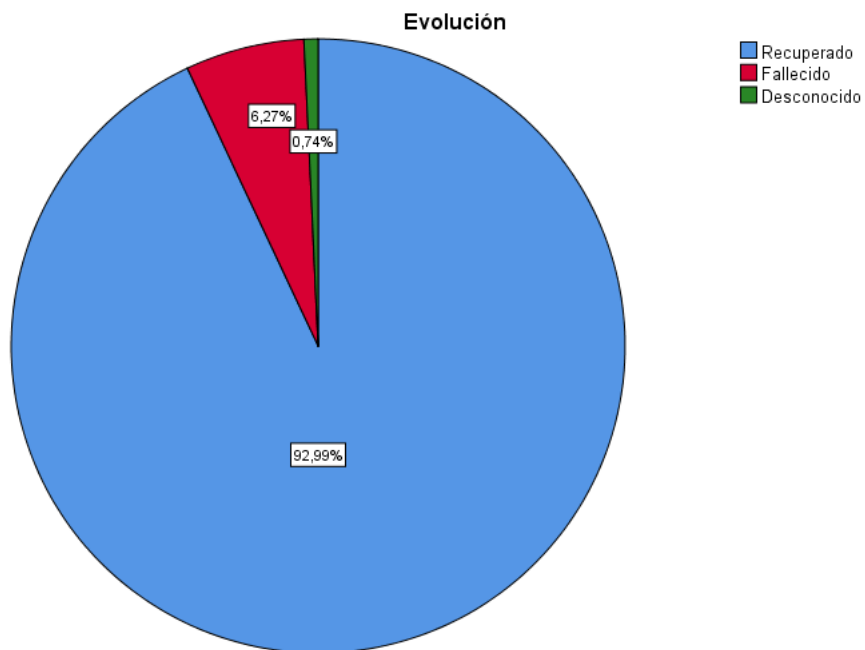
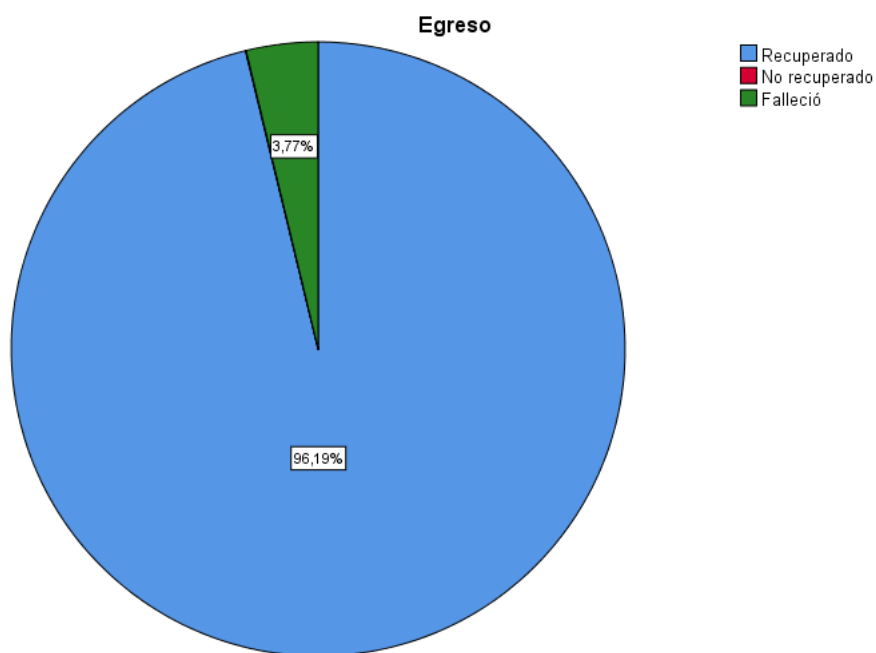


Gráfico 8: Tipos de prueba aplicado a los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021



*Figura 2:* Evolución de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - DIRESA Callao, abril 2020 - abril 2021



*Gráfico 3:* Condición de egreso de los adultos mayores con COVID19 en la Red Bonilla La Punta - Diresa Callao, abril 2020 - abril 2021