

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR
SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2020-2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. Melania Callo Ñaupa

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-
COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
2020-2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. MELANIA CALLO ÑAUPA

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:

Dra. Ingrid María Manrique Tejada
Presidenta

Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Miembro

Dra. María Soledad Porras Roque
Miembro

Dra. María Soledad Porras Roque
Asesora

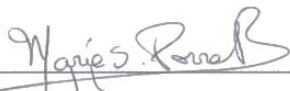
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Dra. María Soledad Porras Roque** en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 11936-2023-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022**, presentada por las Lic. Melania Callo Ñaupa, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en **CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 10%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la **SIMILITUD BAJA**: PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.



Dra. María Soledad Porras Roque

DNI: 00492492

Asesora



Lic. Melania Callo Ñaupa

DNI: 46651574

Tesista



AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios Todopoderoso por ayudarme a superar las dificultades que enfrenté durante el proceso de preparación de la tesis.

También a mi familia, compañeros, amigos (a) y de manera muy especial a mi asesora Dra. Dra. María Soledad Porras Roque por sus persistencias, entregas y exigencias para culminar nuestro trabajo de tesis.

Al Dirección regional de Salud Moquegua y Hospital Regional de Moquegua, a las Jefaturas de dichas instituciones por brindarnos las facilidades y apoyo en la recolección de datos para culminar la investigación.

Lic. Melania Callo

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios por darnos la sabiduría y la fuerza que necesitamos cada día para completar nuestra tesis.

Quiero dedicar esta tesis a mis padres: Abraham que nos guía desde el cielo y Paulina por su amor, apoyo incondicional, comprensión y confianza en mis momentos más difíciles.

Lic. Melania Callo

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	4
1.1. Fundamentos y formulación del problema	4
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo General	7
1.2.2. Objetivo Especifico	7
1.3. Justificación	8
1.4. Formulación de la hipótesis	10
1.5. Operacionalización de las variables	11
CAPITULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición conceptual de términos	43
CAPÍTULO III	44
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. Método y diseño de a investigación	44
3.2. Población y muestra	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45

3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	50
3.5. Procesamiento de datos.....	52
3.6. Consideraciones éticas	52
CAPÍTULO IV.....	54
DE LOS RESULTADOS	54
4.1. Resultados.....	54
4.2. Discusión	73
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	90

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N° 01	55
Factores biológicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	55
TABLA N° 02	58
Factores epidemiológicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	58
TABLA N° 03	60
Factores clínicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	60
TABLA N° 04	63
Factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	63
TABLA N° 05	65
Factores biológicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.....	65
TABLA N° 06	68
Factores epidemiológicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	68
TABLA N° 07	70
Factores clínicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

pág.

GRÁFICO N° 01	57
Factores biológicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	57
GRÁFICO N° 02	59
Factores epidemiológicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	59
GRÁFICO N° 03	62
Factores clínicos, asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	62
GRÁFICO N° 04	64
Factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	64
GRÁFICO N° 05	67
Factores biológicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.....	67
GRÁFICO N° 06	69
Factores epidemiológicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.	69
GRÁFICO N° 07	72
Factores clínicos en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.....	72

RESUMEN

Presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua 2020 - 2022, en la Metodología, el estudio es de un enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo y de corte transversal correlacional. Población y muestra de 627 pacientes hospitalizados y registros en base de datos entre recuperados y fallecidos, se utilizó la guía de análisis de documentación, la fuente es secundaria porque se utilizó base de datos de fichas epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de COVID - 19. Los resultados determinaron la existencia de relación estadística entre los factores biológicos (edad $p=0,000$, estado nutricional $p=0,029$ y comorbilidad $p=0,000$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según p -valor= $0,000 < 0,05$, y los factores clínicos (ingreso a UCI $p=0,000$, tiempo de estancia UCI $p=0,023$ y tiempo de estancia en hospitalización $p=0,039$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según p -valor= $0,000 < 0,05$. Se concluye que existe relación estadística significativa entre las variables factor de riesgo y mortalidad por SARS-COV-2, expresado en $X^2 < 0,05$, según chi-cuadrado de Pearson Valor= $18,671$, $gl=1$ y Sig.= $0,000$. Así mismo, los factores biológicos, clínicos, que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 existe una relación significativa.

Palabras clave: Factores de riesgo, mortalidad, SARS-COV-2 y pacientes.

ABSTRACT

The objective of this research work was to: Determine the risk factors associated with mortality from SARS-COV-2 in patients treated at the Moquegua Regional Hospital 2020 - 2022, in the Methodology, the study is a quantitative, non-experimental, retrospective approach. and cross-sectional correlational. Population and sample of 627 hospitalized patients and database records between recovered and deceased, the documentation analysis guide was used, the source is secondary because a database of epidemiological records of patients diagnosed with COVID - 19 was used. The results determined the existence of a statistical relationship between biological factors (age $p=0.000$, nutritional status $p=0.029$ and comorbidity $p=0.000$) and mortality from SARS-COV-2, according to $p\text{-value}=0.000 < 0.05$, and clinical factors (ICU admission $p=0.000$, ICU stay time $p=0.023$ and hospital stay $p=0.039$) and mortality from SARS-COV-2, according to $p\text{-value}=0.000 < 0.05$. It is concluded that there is a significant statistical relationship between the risk factor variables and mortality from SARS-COV-2, expressed in $X^2 < 0.05$, according to Pearson's chi-square Value=18.671, $gl=1$ and Sig.=0.000. Likewise, there is a significant relationship between the biological and clinical factors that led to mortality from SARS-COV-2.

Keywords: Risk factors, mortality, SARS-COV-2 and patients.

INTRODUCCIÓN

Desde que apareció la pandemia de COVID-19 en China a finales de año 2019 Diciembre, se notificaron pacientes con neumonía de causa desconocida en la provincia de Wuhan Hubei (1).

La enfermedad se transmitió con rapidez de persona a persona, donde se ha experimentado casos y defunciones en todo el país, lo que llevo a la Organización Mundial de la Salud a declararla como pandemia el 11 de marzo de 2020. Después de que el número de casos infectados fuera de China se hayan incrementado por trece en 2 semanas y en ese periodo los países afectados se triplicaron (2).

El primer infectado por COVID - 19 en nuestro país ocurrió el 6 de marzo de 2020. Se trata de un joven de 25 años que trabajaba como piloto comercial de una aerolínea. Sus síntomas incluían tos, ahogamiento y alza térmica y una semana después el gobierno impuso una cuarentena rigurosa. Aunque Perú fue el primer país de América Latina en introducir una medida tan estricta, su extensión fue inevitable. El rápido aumento de número de fallecidos registrados alcanzó una estabilización temporal en junio; pero la lenta, aunque gradual, de las restricciones estuvo acompañada de un aumento de muertes en el punto álgido de la segunda ola, alcanzando un hito de más de 1.200 muertes por millón de habitantes (3).

Hasta 31 de Diciembre 2022 en nuestro país se confirmó 4, 459,771 casos por COVID – 19, por día 520 nuevos infectados con una positividad de 11.9%, con total de 218, 233 muertes por COVID-19 acumuladas hasta fines del año 2023 y una tasa de mortalidad de 668.9. Las tasas de mortalidad por COVID-19 se concentran en regiones de las zonas costeras, siendo las más altas en Callao, Ica, Lima Metropolitana, Moquegua, Lima región y Lambayeque (4).

En la región de Moquegua para fines de 2022 de registro un total de 63,898 casos confirmados con una positividad de 9.4%, fallecidos 1710 donde Moquegua fue considerado con uno de los departamentos con más altas tasas de mortalidad nacional de 887.2 (4).

Por ello, el propósito del trabajo de estudio es determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en Hospital Regional de Moquegua en el periodo de 2020 – 2022 que ha sido una enfermedad muy preocupante en todo el mundo demostrado ser en especial peligroso para ciertos grupos de población que presentan factores de riesgo específicos.

Según artículo realizado por Velázquez M. C. y et. al. De los 844 pacientes diagnósticos con infección por coronavirus, la tasa de mortalidad fue del 38,86%. Entre las defunciones, el 56,71% fueron hombres, mayores de 60 años el 60,67% de los casos. Además, presentan factores de riesgo el 63,72%, siendo los más comunes la hipertensión arterial (56,46%) y diabetes mellitus (51,67%) (5).

Otro estudio de Factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19 en los pacientes ingresados a UCI del Hospital San Martín de Pangoa de Julio 2020 a julio 2021. Los resultados obtenidos demostraron que existe una relación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo y la mortalidad por COVID19: como la edad, los días de hospitalización, así mismo diabetes mellitus, hipertensión arterial, Dislipidemia (6).

Varios estudios revisados como antecedentes demuestran que los adultos mayores presentan un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves o inclusive hasta la muerte a causa de esta patología. Porque, a medida que envejecemos, el sistema inmunológico se debilita, por lo que al cuerpo le resulta difícil responder a los virus. Además de la edad, otros factores de riesgo también se asocian con una mayor mortalidad a causa de SARS-COV-2. La presencia de una enfermedad crónica, como diabetes, presión arterial alta, enfermedad cardiovascular o enfermedades respiratorias crónicas, aumenta con la posibilidad de sufrir complicaciones graves, ya que ponen en peligro la salud general de un individuo y puede obstaculizar la capacidad del cuerpo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Fundamentos y formulación del problema

El 31 de diciembre, la organización mundial de la salud (OMS) reporta primer caso de neumonía detectado en la ciudad de Wuhan, china, de un virus hasta la fecha desconocido. Los primeros días de enero de 2020 china cierra un mercado mayoritario de mariscos ante la sospecha que los animales salvajes que podrían ser fuente de infección la enfermedad de coronavirus (COVID-19) es causada por nuevo virus de síndrome respiratorio agudo grave (SARS-COV-2). Esta enfermedad se caracteriza por la transmisión directa con la aparición de neumonía grave y complicaciones en adultos mayores o pacientes con comorbilidades. Se declaró como pandemia el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud y el 30 de enero del mismo año, el Comité de emergencia de la OMS declaró estado de emergencia situación sanitaria mundial basado en el aumento de casos notificación en varios lugares de china e internacional. A mediados de febrero de 2020, China experimentó sufrimiento de la gran carga de morbilidad y mortalidad, donde provoco una alta tasa de mortalidad en personas mayores que se hospitalizaron (7).

Estudios de 3 países latinoamericanos han demostrado lo siguiente: Esta diferencia se ve en términos de casos activos, la cantidad de pruebas realizadas y muertes. El total de casos activos en los tres países analizados ascendió a 267,448 casos; con un total de 24,148 fallecidos. Esta cifra representa el 2,9% de casos activos y el 6,9% de las muertes reportados. Chile es el país con mayor número de personas recuperadas, seguido de

Colombia y Argentina. En cuanto al número de casos activos, Colombia registro el mayor número, seguido de Argentina y Chile. En términos de muertes reportados y confirmados por COVID-19, Colombia supero con un intervalo de confianza (IC) del 95% con 10, 711, Chile reporto 9,740 defunciones y Argentina tuvo el menor número de casos, con 3,697 muertes (8).

En Europa, de total de 663 personas las defunciones en el servicio de cuidados intensivos aumentaron un 31%. Al ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos los que fallecieron presentaban niveles bajos de oxígeno en la sangre con un puntaje alto en la Escala de Daño de Órgano secuenciales presentando complicaciones como: enfermedad respiratoria, insuficiencia renal aguda, shock séptico y arritmia. Los modelos de regresión múltiple muestran que la edad está asociada con la muerte, y él incrementó anual de fallecidos en 1%, donde aumentan en aquellos individuos con IRA, parada cardíaco y shock séptico (9).

Según estadísticas publicadas en 2020 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población mayor de quince años ya tiene al menos una enfermedad, como: Diabetes, presión arterial alta, obesidad, el 39,9% de las personas con las condiciones de salud anteriores.

En el Perú, en la ciudad de Trujillo en el año 2020, en un estudio realizado que el 85,71% de los hombres predominan la muerte, edad promedio de 64-67 años presentando síntomas de dificultad respiratoria 90,48%; Fiebre 80,95%, malestar en general 57,14% y tos 52,38% Comorbilidades de enfermedad cardiovascular en un 42,86% y 14,29% con diabetes. Los

factores de riesgo pueden ser reportados por personas con edad, sexo, tos, problemas respiratorios y diabetes (10).

En Piura, en un informe realizado en el año 2020 se concluye que 377 pacientes, 66,5% hombres, antecedentes de 28,3% obesidad, 24,9% dislipidemia, 20,95 diabetes y 20,3% hipertensión arterial. El análisis bivariado de los datos clínicos mostró disnea ($p < 0,001$), cato2 ($p < 0,001$) y frecuencia clínica ($p < 0,001$) con una alta significancia (11).

Según reporte en sistema de vigilancia de todos los departamentos del Perú, Moquegua ocupa el tercer lugar a nivel nacional con 887,2 defunciones de casos de COVID-19, al 31 de diciembre de 2022 (12).

El primer caso notificado en la región Moquegua, fue el 4 de abril de una niña de 4 años residente del centro poblado de La Huata, distrito de Puquina, provincia de Sánchez Cerro, contacto de un caso positivo de la región Arequipa y el 06 de abril primer caso notificado en el Hospital Regional Moquegua correspondiente a un varón de 24 años de edad, trabajador de SENASA, quien fue hospitalizado y se recuperó satisfactoriamente, siendo dado de alta sin ninguna complicación, a partir de esta fecha en adelante se fueron incrementándose de acuerdo al comportamiento de la pandemia Teniendo picos de mayor demanda de atención y mortalidad. El mayor factor de riesgo asociado a las defunciones por COVID-19 en la región, es la edad mayor de 65 años, diabetes y Enf. Cardiovascular, lo que es congruente con el comportamiento a nivel nacional (13).

Formulación de problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020- 2022?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- ✓ Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.

1.2.2. Objetivo Especifico

- ✓ Identificar los factores biológicos (edad, sexo, estado nutricional y comorbilidad) que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.
- ✓ Identificar los factores epidemiológicos (contacto directo y clasificación de casos) que llevaron a la morbimortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.
- ✓ Identificar los factores clínicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.
- ✓ Asociar los factores de riesgo y la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.

1.3. Justificación

Justificación teórica

Este estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua en el periodo de 2020- 2022 donde la COVID – 19 fue una pandemia que nos dejó terribles pérdidas durante los años 2020 al 2022 hasta la cuarta ola. Según reporte nacional de Ministerio de Salud (MINSA) la región de Moquegua fue posicionándose en los tres primeros puestos a nivel nacional con mayor tasa de mortalidad acumulada con 886,7%, donde se tamizaron 676,941 personas de las cuales 63,931 casos confirmados para COVID-19, con una positividad de 9,4%, defunciones confirmadas 1,709, letalidad 2,7%. Los distritos más perjudicados son Moquegua, Samegua, Ilo y Puquina hasta la semana epidemiológica N.º 01 del 2023 (14).

El mayor incremento de la atención de la demanda y defunciones que genero el COVID-19, en el Hospital Regional Moquegua, corresponde a la SE (32) del 2020, se registraron 121 defunciones en total (confirmadas, y sospechosas). Seguido de la SE (04) del 2021, donde se notificaron 43 defunciones (confirmados, sospechosos y probables) y 2023 corresponde a la SE (07) donde se registran 12 defunciones.

Siendo pandemia declarada en 2019 las investigaciones se incrementaron dando mayores alcances sobre la enfermedad en la teoría se desconocía hasta ese momento para ponerlos en práctica.

Justificación practica

El trabajo de investigación factores asociados a la infección por el SARS-COV-2 es de gran relevancia por ser el inicio de conocer situaciones que no se han presentado en la región, aportara, estableciendo formas de convivencia, aprendiendo a evitar y sobre todo a protegerse de la enfermedad.

También se utilizaron instrumentos de observación documental de base de datos para obtener los resultados de este estudio que servirán de insumo a la comunidad científica, a las autoridades y profesionales de salud de Moquegua para que generen políticas de salud orientadas a la prevención y protección a una población más vulnerables. Este estudio de investigación, por las razones sustentables antes, permitirá al sector salud elaborar planes de respuesta para enfrentar cualquier tipo de pandemia.

Justificación social

El aporte de este trabajo de tesis en tiempo presente y futuro después de conocer los resultados de los factores de riesgo que más se asocian a la mortalidad de COVID-19 en los pacientes hospitalizados del hospital Regional de Moquegua se podrán desarrollar estrategias, programas de prevención y control de la salud en grupo más vulnerable en el cual se prestará la atención integral del mismo, es de relevancia al ser el primer estudio realizado en esta localidad. Hasta la fecha, Moquegua no tiene publicaciones científicas sobre esta enfermedad como los factores de riesgo asociados a la mortalidad, comportamiento epidemiológico, clínico y laboratorio.

Justificación legal

El presente estudio hace referencia al decreto Legislativo que tiene por finalidad reforzar los mecanismos y acciones para la atención integral y salvaguardar a las personas que resulten afectados durante la emergencia sanitaria causados por el COVID-19, declarado mediante el Decreto Supremo N.º 008-2020-SA.

1.4. Formulación de la hipótesis

Hipótesis Alterna (Hi):

Existe factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020- 2022.

Hipótesis Nula (Ho):

No existe factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020- 2022.

1.5. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala Valorativa (ficha - documental)	Escala Medición
V. I. Factores de Riesgo	Los factores de Riesgo son aquellas condiciones que aumentan la probabilidad de adquirir una enfermedad de SARS-COV-2 en diferentes grupos etareos de personas (15).	Son aquellos Características que pueden facilitar la adquisición del SARS-COV-2 especialmente e expuesto a una enfermedad	Factores Biológicos	Edad	Grupos etareos	Razón
				Sexo	Masculino	Nominal
					Femenino	
				Estado Nutricional	Delgadez (≤ 18.4)	Razón
					Normopeso (18.5 – 24.9)	
					Sobrepeso (25 – 29.9)	
					Obesidad (30 – 39)	
Obesidad Mórbida (≥ 40)						

				Comorbilidad o factor de riesgo	Enf. Cardiovascular	Nominal	
					Diabetes mellitus		
					Enf. Cerebro vascular		
					Enf. Renal crónica		
					VIH		
					Cáncer		
			Factores Epidemiológicos	Clasificación de Caso	Confirmado	Nominal	
							Probable
							Sospechoso
				Contacto directo	Si		
							No
							Desconoce

			Factores Clínicos SARS-COV-2	Signos y Síntomas	Tos	Nominal
					Dolor de Garganta	
					Congestión Nasal	
					Dificultad Respir.	
					Fiebre	
					Escalofríos	
					Malestar General	
					Diarrea	
					Náuseas y Vómitos	
					Cefalea	
				Anosmia		

					Ageusia	
					Dolor de Muscular	
					Dolor de Pecho	
					Dolor de Abdominal	
				Tiempo de demora en diagnóstico o N° días	≤14 (incubación)	
					≥ 15 (transmisión)	
				Ingreso a Uci	Si No	Nominal
				Tiempo estancia UCI	≤ 5 días (est. corta)	Razón
					6 - 13 días (est. intermedia)	
					≥ 14 días (est. prolongado)	
				Ingreso a Hospitalización	Si No	Nominal

				Tiempo estancia Hospitalización	≤ 5 días (est. corta)	Razón
					6 - 13 días (est. intermedia)	
					≥ 14 días (est. prolongado)	
V. D. Mortalidad Por SARS- COV-2	Es la cantidad de personas que fallecieron por COVID-19 en un lugar y período determinado (2020-2022) en relación con total de población en periodo (16).	Esta es la etapa final del ciclo vital, quienes tienen una existencia al nacer la terminan con la muerte.	Condición de Egreso	Fallecido	Si/ No	Nominal
				Recuperado		

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Bandera D. et. al. (17). Cuba estudio realizado Morbilidad por COVID-19: análisis de los aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos - 2020. **Objetivo** fue: Caracterizar la morbilidad por COVID- 19 según aspectos epidemiológicos, clínicos y de diagnóstico. **Metodología** de estudio observacional descriptivo transversal. **Resultados:** Incidencia de 4,7 mil habitantes, en su mayoría adultos mayores de 60 años, y los síntomas más frecuentes son: tos, fiebre, y rinitis. Una cuarta parte de la población total no presento sintomatología. Las eminentes comorbilidades llevo a tener o presentar presión alta, alteraciones neurálgicas y respiratorios. Por otro lado, se demostró una asociación estadísticamente significativa mediante la prueba exacta de Fischer (0,0049) en pacientes con un retraso entre el periodo de desarrollo de los síntomas y el ingreso (7 o más días) y la progresión a la gravedad. **Conclusión:** El mayor riesgo de morbimortalidad fue la edad avanzada y la demora de asistir a un EE. SS presenta mayor riesgo para la evolución hacia la complicación y la muerte.

Larrahondo V. (18). Colombia “Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con SDRA por COVID-19 atendidos en decúbito supino en el Hospital Universitario de Bogotá” **Objetivo:** Identificar factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes. **Método:** Estudio de cohorte observacional, analítico, retrospectivo. **Resultados:** Las

comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial 48,7%, obesidad (39,6%) y diabetes (29,3%). Los pacientes que fallecieron fueron mayores. La edad, la terapia de reemplazo renal también fueron identificados como factores de riesgo independientes. **Conclusiones:** La mortalidad es alta en pacientes con COVID-19 ventilados mecánicamente tratados en posición supina. Como la hipertensión arterial, los valores de PCR estadísticamente significativos. La edad, la necesidad de terapia de reemplazo renal como factores de riesgo independientes para la muerte colocado en la unidad de cuidados intensivos.

Vences P. et. al. (19). Lima estudio realizado “Factores asociados a mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19: cohorte prospectiva en el HNERM- Lima, Perú 2020. **Objetivos:** Determinar los factores asociados a mortalidad de los pacientes adultos hospitalizados con COVID-19, **Metodología,** estudio observacional de cohorte prospectivo, **resultados,** el 66,9% con COVID-19 confirmado. La edad media 61,2 años y masculino 70,5%. Los factores más frecuentes hipertensión arterial 34.1% y obesidad 25,9% y las características clínicas más frecuentes falta de aire 82,2% y tos 53,9%. El 14 % usuarios acogieron ventilación artificial, 4,7% entraron a la UCI y 46,4% expiraron. El riesgo de muerte aumentaba en 32% aquellos que requieren camas UCI y ventilación mecánica tienen un mayor riesgo de mortalidad de 1,39% y 1,97%, respectivamente. **Conclusiones:** La mortalidad encontrada en nuestro estudio fue alta y estuvo asociada a la edad, marcadores inflamatorios y compromiso respiratorio.

Rodríguez M. et. al. (20). Lima estudio realizado “Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con neumonía por SARS-COV-2 en un hospital público de Lima, Perú 2020”. **Objetivos:** Describir los principales factores asociados a la mortalidad en una cohorte de pacientes hospitalizados por neumonía SARS-COV-2, **metodología:** estudio de cohorte retrospectivo con muestreo no aleatorio por conveniencia. Llegando a **Resultados:** se incluyó 122 pacientes, 70,5% del sexo masculino, edad promedio de 55,8 años, con antecedentes de obesidad (25,4%) e hipertensión arterial (13,1%). El análisis multivariado de los factores clínicos identificó que la edad, el índice de masa corporal, la HTA el índice de PaO₂ /FiO₂. **Conclusión:** la edad, IMC, HTA, índice PaO₂ /FiO₂, y la exposición a corticoides y LPV/r estuvieron asociadas a la mortalidad en pacientes hospitalizados por neumonía por SARS-COV-2.

Basilio I. (21). Lima “Factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19 en la red andina peruana de establecimientos de salud 2021” **Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por Covid-19 en pacientes atendidos. **Método:** descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. **Resultados:** los factores de riesgo asociados con la muerte por COVID-19. son: los hombres tenían 1,92 veces más probabilidades de morir que las mujeres, y los pacientes obesos 2,18 veces más probabilidades que los pacientes no obesos. Las personas con enfermedad renal crónica 4,61 veces más probabilidades de morir que las personas sin la enfermedad, y las personas con enfermedad pulmonar crónica tenían 1,86 veces más probabilidades de morir que las personas sin la enfermedad y las personas adultos y adultos mayores tenían la probabilidad de muerte 78,15 veces más que otros grupos etarios. **Conclusiones:** Entre los pacientes atendidos en RSHS en 2021, los factores de riesgo asociados con la mortalidad por COVID-19

fueron el sexo, la edad, la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar crónica y la obesidad.

Ambrosio G. et al. (22). Huancayo "Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con COVID-19 en el hospital regional docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - 2021" **objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con covid-19. **Métodos:** modelo observacional, analítico, retrospectivo, de cohortes, diseño no experimental **Resultados:** Pacientes, con edad ≥ 60 años $p < 0,001$); antecedentes de hipertensión arterial $p < 0,001$); diabetes $p = 0,004$); la obesidad $p = 0,005$) se asoció con la mortalidad por covid en pacientes hospitalizados. los resultados también mostraron que las variables género ($p=0,795$) e inmunosupresión ($p=0,395$) no se asociaron con la mortalidad. **Conclusiones:** la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad fueron los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad.

Carbajal B. et al. (23). Cusco "Factores de riesgo en pacientes SARS-COV-2 asociados con estancia hospitalaria en UCI - Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco - abril 2020 a abril 2021". **Objetivo:** del estudio es asociar los factores de riesgo con la estancia hospitalaria en pacientes con SARS-COV-2 hospitalizados en UCI. **Método:** de tipo observacional, cualitativo, transversal, retrospectivo, correlacional-analítico, de casos y controles. **Resultados:** 85 casos (≥ 15 días o estancia hospitalaria prolongada) y 85 controles (< 15 días o estancia hospitalaria esperada). Los factores de riesgo asociados a la estancia prolongada (≥ 15 días) en UCI fueron: el 82,8% con obesidad, 90,5% con HTA, el 92,3% con DM 2 (el 55,6% eran de género masculino, 66% con edad ≥ 60 años. **Conclusión:**

Los factores de riesgo en pacientes con SARS-COV-2 asociados con la estancia prolongada (≥ 15 días) en UCI fueron: obesidad, DM 2, HTA, edad ≥ 60 años y género masculino.

Valenzuela K. (24). Lima “Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Uldarico Rocca Fernández 2021”. **Objetivo:** Describir las características de los pacientes y determinar los factores asociados a mortalidad. **Método:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con la revisión de las historias clínicas y registros hospitalarios. **Resultados:** Se estudiaron 71 historias clínicas, las características epidemiológicas predominantes fueron sexo masculino (80,28 %) y edad promedio de 64,72 años $\pm 13,64$ el 61,97 % de pacientes presentan al menos una comorbilidad, las más frecuentes fueron obesidad (35,21 %) e hipertensión arterial (32,39 %). La media de estancia hospitalaria fue de 13 días (± 12 días) y la tasa de mortalidad encontrada fue de 71,83 %. **Conclusiones:** Existen factores asociados a un peor pronóstico de mortalidad, como ser mayor de 60 años, ingresar por el servicio de emergencia con una saturación menor de 80 % y una estancia hospitalaria prolongada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores de riesgo:

Es cualquier característica, condiciones, exposición o comportamiento de estilos de vida de una persona que ponen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad o lesión (15).

La covid-19 se presenta en cualquier etapa de vida, sexo sin distinción de raza. Se demostró mayor probabilidad de desarrollar enfermedad severa en aquellas personas con algún factor de riesgo como adultos mayores y antecedentes de cualquier enfermedad.

a) Factores biológicos:

Principales factores de riesgo para COVID-19 son: mayores de 65 años, sobrepeso u obesidad, Hipertensión, Diabetes, Enfermedad cardiovascular, enfermedades pulmonares, renales y tratamiento Inmunosupresor.

- ✓ **Edad:** Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de una persona. Las personas > de 65 años es un grupo particularmente vulnerable al COVID-19, con una mayor gravedad de la enfermedad y mortalidad en comparación con los pacientes más jóvenes descritos en varios estudios por lo mismo de su situación de salud por lo que presentan sistema inmunitario débil y otras afecciones médicas que comprometen su estado de salud.

✓ **Sexo:** según OMS define como las características fisiológicas y biológicas que identifica como hombres y mujeres, mientras que “género” se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos sociales construidos (25).

✓ **Estado nutricional:** Según una investigación publicada en 2020, la obesidad es un factor de riesgo para la enfermedad más grave de COVID-19 que requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos que requiere ventilación mecánica invasiva, a diferencia de los pacientes delgados, independientemente del sexo, la edad y otras afecciones de salud (26).

✓ **Comorbilidades:**

la diabetes se considera un factor de riesgo más frecuente para peores resultados de COVID-19 debido a los altos niveles de marcadores inflamatorios, desarrollando cuadros severos como alteración de la coagulación y deterioro de sistema inmunológica son mecanismos fisiológicos que pueden contribuir a la muerte con dicha enfermedad (27).

Las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo sustancial para los individuos que presentan COVID-19 porque produce una sobrecarga para el funcionamiento del corazón por cualquier infección por la congestión o acumulación de líquido en los pulmones, lo que afectaría la respiración. También la inflamación del músculo cardiaco

conocido como miocarditis, que puede afectar la función de bombeo del corazón (28).

Los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas presentan un pronóstico principalmente peligroso, con un mayor riesgo de ocupar camas de hospitalización y la probabilidad de requerir apoyo ventilatorio mecánica en los servicios de cuidados intensivos. Además la infección del COVID-19 favorece a desarrollar dificultad respiratoria y neumonía (29).

Los pacientes con cáncer son considerados como factor de riesgo ante las complicaciones de COVID-19, por los tratamientos que reciben para su enfermedad sus sistemas inmunológicos se encuentran comprometidos (30).

b) Factores Epidemiología:

Las personas asintomáticas tenían cargas virales similares a las de los pacientes sintomáticos, lo que sugiere una posible transmisión de persona a persona en infecciones asintomáticas se presenta en forma de gotas y aerosoles. Si bien se descubrió que el ARN viral del SARS-COV-2 era estable en la superficie del plástico y el acero inoxidable en un entorno experimental, estudios de la vida real que investigaron el potencial infeccioso del material inanimado y los fómites de pacientes demostraron que no estaban contaminados por fómites viables.

El grado de gravedad y las tasas de mortalidad entre los pacientes con infección por SARS-COV-2 son menores que en aquellos con SARS y MERS, pero la prevalencia y la transmisibilidad del SARS-COV-2 son mucho mayores que las del SARS y MERS.

- ✓ **Definición de caso:** Según la Organización Mundial de la Salud, los conceptos de casos, se establecen de la siguiente forma.

Caso sospechoso: Paciente con patología respiratoria aguda, muestra tos, dolor de garganta e incluido los síntomas como: malestar general, temperaturas altas, cefalea, congestión nasal, deposiciones líquidas y dificultad respiratoria.

Paciente con inicios de pérdida de olfato, gusto además con infecciones respiratorias agudas graves, temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ dentro de los últimos diez días y los pacientes que requieren ser hospitalizados.

Caso probable: Caso sospechoso con nexo epidemiológico de paciente confirmado y/o probable relacionado epidemiológicamente a un conglomerado de casos de los cuales se encontraban al menos un paciente confirmado dentro de esos conglomerados previos catorce días de comienzo de síntomas.

Así mismo, un caso sospechoso que tengan hallazgos anormales o sugestivos de covid-19 por imágenes de radiografía, tomografía o ecografía pulmonar.

Caso confirmado: Paciente con prueba de laboratorio confirmado para SARS-COV-2, mediante una prueba molecular, prueba antigénica, prueba serológica

- ✓ **Contacto directo:** Contacto frente a frente sin equipo de protección personal, sin cumplir con el distanciamiento social al menos de un metro y más de 15 minutos de estar en contacto con un caso probable o confirmado de COVID-19 (31).

c) Factores clínico:

- ✓ **Signos y síntomas:**

Las manifestaciones asintomáticas y/o leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, mientras que las manifestaciones graves son más comunes en adultos mayores y con comorbilidades como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, hipertensión arterial, etc. Los síntomas más usuales, pero no en todos los casos, son fiebre y tos persistente, aunque la tos puede ser seca o expectorante. Los informes de más de 370.000 casos confirmados de Covid-19 registrados en CDC de EE. UU. documentaron varios síntomas asociados: 50% tos, 43% fiebre, 36% mialgia, 34% dolor de cabeza, dificultad para respirar 29%, 20% dolor de garganta, 19% diarrea, 12% náuseas/vómitos y otros síntomas como pérdida del olfato o del gusto, dolor abdominal y congestión nasal representaron cada uno menos del 10 % (32).

✓ **Tiempo de demora en diagnóstico:**

Se considera el tiempo en días desde que empezó con signos y síntomas hasta el día que se realizó la prueba para COVID-19.

Periodo de incubación: tiempo que transcurre entre la infección por un virus y la aparición de los síntomas de la enfermedad. La aparición de los síntomas ocurre en promedio entre de 5 a 6 días después de la infección (tiempo: 1 a 14 días).

Periodo de infección y/o transmisibilidad: en la mayoría de los casos, los síntomas comienzan desde 2 días antes del inicio de la enfermedad hasta 14 días después del inicio de la enfermedad. En los pacientes graves y críticos el período de infección puede extenderse a más de 30 días (33).

✓ **Ingreso a unidad de cuidados intensivos:** Se puede describir como una unidad de hospitalización en la que un equipo de salud multidisciplinario e interdisciplinario brinda la Atención médica a pacientes en estado crítico apoyada en recursos tecnológicos que requieren apoyo artificial de sus signos vitales, de una atención continua para su seguimiento, diagnóstico, tratamiento y la manutención de historias clínicas (34).

✓ **Ingreso a hospitalización:** Es el ingreso formal de una persona a un establecimiento de salud para su atención médica, que incluye la

ocupación de una cama de hospital en una de las áreas que son atendidos por un equipo de salud multidisciplinario con el fin de observación, asistencia médica, diagnóstico y tratamiento hasta su recuperación que no son muy críticos en comparación de unidad de cuidados intensivos.

- ✓ **Tiempo de Estancia:** Es el número de días que una persona ha permanecido en una cama de un servicio de hospitalización. Se contabilizan desde el día que ingresa al servicio hasta su salida del servicio. Las estancias hospitalarias se definieron como corta, si fue menor de 5 días (inferior al percentil 25), intermedia, de 5 a 13 días (percentil 25 al 75), y prolongada si fue ≥ 14 días (superior al percentil 75) (35).

2.2.2. Mortalidad Por SARS-COV-2

a) Condición de Egreso:

Se define como el alta del paciente de los servicios de internamientos y/u hospitalización de un centro de salud y la desocupación de una cama del hospital, ya sea vivo o por fallecimiento (36).

Los Fallecido por COVID-19 pueden ser:

Caso sospechoso de COVID-19 que falleció y se encuentra bajo investigación.

Casos de COVID-19 confirmados mediante pruebas moleculares y que fallecieron debido a la historia natural o evolución clínica de la enfermedad.

Casos probables que fallecieron por la historia natural o progresión clínica de la enfermedad y cumplieron uno de los siguientes criterios.

Casos compatibles fallecidos por COVID-19: caso sospechoso de COVID-19, con síntomas de IRAG, que fallecieron debido a la evolución clínica de la enfermedad. Caso de defunción con certificado médico de defunción donde figura el diagnóstico de COVID-19 como causa básica de muerte, o como otra causa sin que otra causa explique la muerte, y no existe resultados de exámenes de laboratorio o radiológicos (33).

Vías de transmisión

- ✓ **Transmisión por contacto y por gotitas:** Las gotitas respiratorias tienen un diámetro de 5 a 10 micrómetros (μm). Si una persona no mide más de un metro, las gotas respiratorias se transmiten. Cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta, puede llegar a la boca, la nariz o los ojos de la persona expuesta, lo que puede causar la infección. Además, la transmisión por contacto indirecto puede ocurrir a través de huéspedes expuestos infectados.

- ✓ **Transmisión aérea:** Es la transmisión de patógenos infecciosos causados por transmisión por aerosoles, los cuales se encuentran suspendidos en el aire durante mucho tiempo.

- ✓ El virus SARS-COV-2 puede transmitirse durante actuaciones técnicas utilizando aerosoles. Su investigación mostró que los aerosoles generados por nebulizadores de alta potencia mostraban la presencia de ARN del SARS-COV-2 hasta 3 horas después de la cirugía.
- ✓ **Transmisión por fómites.** Las personas infectadas con SARS-COV-2 expulsan secreciones respiratorias o gotículas y esto puede contaminar los objetos o superficies, lo que produce fómites. Por ello es viable que el virus se transmita de forma indirecta con solo palpar los objetos contaminados con viriones, que vienen de una persona infectada y posteriormente tocar los ojos, nariz o boca (37).

Diagnósticos

Las pruebas más utilizadas y validadas son las pruebas de antígenos basadas en RT-PCR y las pruebas moleculares.

Detección molecular basada en RT-PCR: se recomienda para un mejor diagnóstico porque es altamente sensible y específico en las primeras etapas de la enfermedad. Se debe dar prioridad a los pacientes sintomáticos hospitalizados, trabajadores de la salud, primera línea de pandemia, grupos de alto riesgo, etc

Pruebas rápidas de antígenos y anticuerpos: Son pruebas más rápidas que brindan resultados en 15-30 minutos y procedimientos más simples con costos más bajos.

Pruebas serológicas inmunoenzimáticas. ELISA es un ensayo de microplacas colorimétricas, quimioluminiscentes o fluorescentes para la cuantificación y detección de proteínas humanas, inmunoglobulinas, antígenos y otros péptidos mediante la unión de proteínas diana a anticuerpos específicos para producir una señal detectable.

Hallazgos en la radiografía de tórax: La radiografía de tórax, es una modalidad de imagen inespecífica, puede identificar la etiología del compromiso pulmonar.

Hallazgos en la tomografía computarizada: Inicialmente puede ser normal la tomografía computarizada, pero en la primera semana se observan opacidades en vidrio deslustrado, por lo general bilaterales (38).

Tratamiento

El tratamiento dependerá de grado de severidad de los signos y síntomas que presenten los pacientes.

Tratamiento en casos leves: Manejo ambulatorio, aislamiento social por 10 días y seguimiento clínico por el personal de salud los primeros 3 días luego por llamadas telefónicas hasta el alta epidemiológica.

Tratamiento en casos moderados: Monitoreado en el hospital; solicitar exámenes adicionales e imágenes: hemograma, PT, PTTa, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, calcio, perfil hepático,

gases en sangre. Marcadores de riesgo de progresión: PCR, DHL, ferritina, dímero D, troponina, procalcitonina. Otros estudios: electrocardiograma, radiografía de tórax, TEM de tórax de alta resolución (sujeto a disponibilidad).

- ✓ **Tratamiento farmacológico:** Dexametasona 6 mg cada 24 horas, Enoxaparina 40 mg. SC cada 24 horas si TFG > 30 mL/min o 40 mg SC cada 12 horas si IMC > 40 o heparina no fraccionada 5000 UI cada 8 a 12 horas si TFG < 30 mL/min o evidencia insuficiente, recomendar antivirales como remdesivir en pacientes con enfermedad moderada.
- ✓ **Oxigenoterapia:** Con el objetivo de mantener la $SO_2 > 92\%$.
- ✓ **Pronación del paciente:** independientemente del dispositivo de oxigenación utilizado (CBN o bolsa de reservorio), se debe considerar la pronación en pacientes con requisitos de $O_2 > 2$ l/min para lograr objetivos de $SO_2 > 92\%$ a 96% de rotación independiente sin contraindicaciones para la pronación. Se recomienda pasar al menos 3 horas acostado todos los días.

Tratamiento en casos severos: Como en los casos moderados, los pacientes se someten a pruebas de laboratorio y seguimiento por imágenes en un hospital, servicio de hospitalización o unidad de cuidados intensivos. Debe aislarse durante 20 días antes de desarrollar síntomas.

✓ **Terapia farmacológica**

Dexametasona 6mg para pacientes con insuficiencia respiratoria, Remdesivir 200 mg en pacientes que requieren oxígeno pero que aún no requieren sistemas de alto flujo o ventilación mecánica.

Enoxaparina 40 mg, heparina no fraccionada 5000 UI. Se recomienda la anticoagulación integral en todos los pacientes con fuerte sospecha de embolia pulmonar (empeoramiento agudo de la oxigenación al ingreso, sin nuevos infiltrados en la radiografía de tórax) o confirmado por angio-TC.

- ✓ **Oxigenoterapia:** Al igual que en los casos moderados, se debe utilizar intubación de alto flujo o CPAP en la UCI para pacientes con cánula nasal doble o máscara de reservorio que no cumplan con los objetivos de saturación (39).

Complicaciones

Se asocian con síntomas clínicos graves, que incluyen hipertermia y neumonía, que pueden progresar a síndrome de dificultad respiratoria. Esto puede suceder de manera similar al síndrome de liberación de citoquinas. Además, en algunos casos. La falla multiorgánica más severa puede demostrarse por daño tisular causado por tormentas de citoquinas o un efecto sinérgico de ambos (40).

Teorías de enfermería frente a SARS-COV-2

Modelo de cuidado de Florence Nightingale en la COVID-19

El modelo de atención descrito por Nightingale tiene especial significado de cuidado en Personas, medio ambiente, salud y cuidados, como visión de los cuidados Relaciones existentes Entre conceptos y valores, así la misión es poner en práctica los conocimientos La ciencia y las habilidades para una atención de calidad enfermo, luego para obtener esta atención relacionada con la pandemia de COVID-19, Además, se deben implementar las pautas establecidas por las autoridades sanitarias.

La persona es el centro del cuidado

Al observar a un paciente con síntomas de Covid-19, las enfermeras sienten desesperanza, duda y miedo en la comunicación verbal y no verbal. Entonces comienza a relajarse y mientras su cuerpo se expone a los efectos ambientales por el virus SARS-COV-2, se evalúan los componentes físico, emocional, intelectual y espiritual, y en estos momentos la persona confía en el personal de salud donde recibe tratamiento prescrito, cuidados y consejos de salud y permanecer en su ciudad o casa sin interrumpir el sistema de salud.

Con respecto al entorno

Nightingale consideró que el hacinamiento y la alimentación inadecuada no favorecen el mantenimiento de la enfermedad. A la hora de tratar al paciente COVID-19 se deben tener en cuenta los aspectos biológicos,

psicológicos y sociales de la persona, así como la influencia que tienen las emociones en su salud. Reconocer estas necesidades hace necesario brindar un paso seguro a algunos pacientes. Estos pacientes pueden ser personas que sufren de inestabilidad emocional.

Nightingale se toma muy en serio no solo la higiene y la alimentación, sino también la luz natural y el aire fresco, por lo que se aconseja a todos ventilar sus casas todos los días, y en las habitaciones donde las personas estén en cuarentena, las ventanas estarán abiertas día y noche, pero mientras tanto, enfatiza la higiene personal diaria y la necesidad de lavado relacionado con el eje del cuidado.

El concepto de salud

Los autores lo definen como una sensación de bienestar y la capacidad de aprovechar al máximo las capacidades humanas, que es valorada por los seres queridos mediante teleconsulta, cada día con la ayuda de las nuevas tecnologías para personas con o sin la patología de COVID 19, prestando especial atención a los pacientes vulnerables.

Las enfermeras valoran a la persona a través de entrevistas virtuales o telefónicas para comprobar e identificar signos de alarma de fiebre, diarrea, pérdida del olfato, pérdida del gusto, cansancio, tos, capacidad de ventilación, estabilidad emocional, hábitos alimentarios, ritmo, etc. En otras palabras, monitorea a los pacientes para evaluar su condición de mejora o deterioro, lo que puede conducir a una derivación a un médico o derivación a un centro para una evaluación en el lugar. En

ese momento, la persona confía en su enfermera y se recupera en su pueblo, ciudad u hogar sin una emergencia hospitalaria.

Con relación al eje del cuidado

Las enfermeras han demostrado durante una pandemia que la atención holística puede identificar los verdaderos problemas de salud de las personas y luego cuidar a las personas de manera integral durante la COVID-19 utilizando el modelo Nightingale. Su escala es capaz de llegar a las poblaciones vulnerables y atender a los vulnerables.

Por eso, su filosofía de cuidado holístico y el arte de cuidar cobra especial trascendencia hoy, cuando la pandemia del COVID-19 se está apoderando del mundo, Florence Nightingale considerado como la dama del farol ilumina los espacios abandonados de los centros de salud y conduce al personal de enfermería en la atención y cuidado a los pacientes (41).

Teoría de la incertidumbre: Merle Mishel frente a SARS-COV-2

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Mishel fue desarrollada a raíz de una tesis doctoral que realizó con pacientes hospitalizados, por lo que utilizó datos cualitativos y cuantitativos y, de esta manera, creó la primera conceptualización de la incertidumbre en su contexto la enfermedad. La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad¹ y construyen un significado en estos eventos. Antes de empezar a describir la teoría, es necesario definir qué es la incertidumbre.

1. Antecedentes de incertidumbre:

Se relaciona con el sistema de incentivos; a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona. El sistema de incentivos, a su vez, consta de tres componentes:

Patrón de síntomas: se refiere al grado en que los síntomas ocurren con suficiente consistencia como para ser percibidos como si tuvieran un patrón o configuración. Basándose en este patrón, se puede determinar el significado de los síntomas.

Familiaridad con el evento: este es el grado en que una situación es familiar, receptiva o contiene señales conocibles. Una vez que los eventos se reconocen como familiares, se pueden vincular a eventos de la memoria y determinar su significado.

La congruencia con el evento: Se refiere a la consistencia entre eventos asociados a una enfermedad e implica la confiabilidad y estabilidad de los eventos, lo que los hace más fáciles de interpretar y comprender. Estos componentes de las estructuras de incentivos están inversamente relacionados con la incertidumbre; reducen la incertidumbre. A su vez, estos elementos del sistema de incentivos están influenciados por dos variables.

- ✓ La capacidad cognitiva
- ✓ Proveedores de estructura

El personal procesa los estímulos para construir esquemas cognitivos de eventos de enfermedad; En la experiencia de la enfermedad, la incertidumbre tiene cuatro formas:

1. Ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad.
2. Complejidad, relacionado con el sistema de tratamiento y atención.
3. Falta de información sobre el diagnóstico y gravedad de la enfermedad.
4. Falta de predicción del curso y pronóstico de la enfermedad.

2. Proceso de evaluación:

Cuando surge la incertidumbre, las tareas perceptuales de reconocimiento y clasificación aún no se han completado y la formación de esquemas cognitivos se ve obstaculizada para reconocer y clasificar eventos inminentes relacionados con enfermedades; el estímulo debe ser específico, familiar, consistente, completo, e imitado, en número.

El estado de incertidumbre inevitablemente causado por la naturaleza del estímulo; Cuando un evento se considera incierto, se aplica una de las tres situaciones siguientes:

- ✓ El evento no es reconocido.
- ✓ El evento es reconocido, pero no clasificado.
- ✓ El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente.

La experiencia de incertidumbre es neutral, no es una experiencia que debe desearse o evitarse hasta que se aprecie; La evaluación de la incertidumbre incluye dos procesos principales:

La inferencia: Se basa en disposiciones personales y creencias generales sobre uno mismo y la relación que se tiene con el medio ambiente. Estas disposiciones se relacionan con las creencias que tienen, las habilidades y el comportamiento para afrontar eficazmente acontecimientos importantes de la vida, y son eficaces para evaluar la incertidumbre.

En la enfermedad, los acontecimientos inciertos carecen de la claridad y la predicción necesarias para una representación objetiva y pueden no corresponder a aprendizaje pasado. Por lo tanto, los acontecimientos valorados por estas disposiciones de la personalidad pueden verse como una dificultad para afrontarlos.

Ilusión: Se define como una creencia construida sin incertidumbre y esto se puede ver en particular con énfasis en los aspectos positivos. Una vez que una situación realmente ocurre, es difícil o imposible redefinirla.

3. Enfrentamiento de la enfermedad:

La incertidumbre puede verse como un peligro o una oportunidad:

- ✓ **Incertidumbre, peligro y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre se considera un peligro, la probabilidad de que ocurra el resultado adverso se determina por inferencia; se producen juicios peligrosos cuando se desconoce la precisión predictiva de la conclusión. La incertidumbre puede asociarse con visiones pesimistas y evaluaciones negativas del futuro, se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, y puede influir en la pérdida o ausencia de autoridad, credibilidad y falta de atención durante el diagnóstico y el tratamiento.

✓ **Enfrentamiento con una valoración de peligro:** Los métodos de afrontamiento tienen como objetivo reducir la incertidumbre, cuando sea posible, y gestionar las emociones generadas por estas valoraciones de peligro. Hay dos estrategias de afrontamiento:

1. La movilización, que contiene tres estrategias de acción. Directa, Vigilancia y Búsqueda de información,
2. El manejo del efecto, que contiene tres métodos: De fe, De desapego y Soporte cognitivo.

✓ **Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre es considerada como una oportunidad, surge la posibilidad de un resultado positivo como respuesta a la evaluación; esta posibilidad puede surgir de una inferencia o una ilusión, pero mas a menudo surge del proceso de la ilusión. Ante la perspectiva de incertidumbre, pueden desarrollarse nuevas estructuras ilusiones que indiquen resultados positivos. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere prestar más atención a lo positivo que a lo negativo (42).

Persona: La incertidumbre invade casi todos los aspectos de la vida de una persona, donde paulatinamente se pasa de la negación a la aceptación y asimilación de la enfermedad como parte de su realidad; y con ello mantener condiciones de salud y bienestar.

Cuidado o Enfermería: el cuidado puede entenderse como una función de ayudar a interpretar los acontecimientos que surgen como consecuencias de la enfermedad.

Salud: Se trata de conseguir que las personas pasen de un estado de incertidumbre a uno de adaptación, aceptando su enfermedad como parte de la realidad y adquiriendo una nueva forma de ver la vida (43).

Rol de Enfermería frente a los pacientes con COVID-19

El rol de enfermería son competencias implementadas por los profesionales de enfermería en su área de trabajo, basado en conocimientos científicos, técnicos y humanitarios, cuyos roles les permiten implementar en los centros de atención de pacientes.

Rol asistencial: Es la atención directa del paciente desde la perspectiva de la prevención, el tratamiento y el restablecimiento de su estado de salud. Estos cuidados se aplican a personas sanas o enfermas para mantener su salud y capacidades afectadas por una patología.

Esta función se divide en dos subdivisiones:

- ✓ **Rol Autónomo:** Permite agrupar competencias y acciones respecto a los valores, habilidades y actitudes que desempeñan las enfermeras.
- ✓ **Rol de Cooperación:** Es una intervención que agrupa todas las intervenciones complementarias, aportando a los miembros que integran el equipo de salud (44).

Dentro de las funciones que realizan las enfermeras/o en el rol asistencial son las siguientes:

- ✓ Cumplir con los principios legales y éticos.
- ✓ Brindar atención de salud a una persona de manera individual e integral de manera permanente, aceptando sus costumbres, valores y creencias.
- ✓ Desempeñar las normas de bioseguridad de cada establecimiento de salud de forma óptima.
- ✓ Brindar una atención paliativa y curativa al individuo, familia y comunidad.
- ✓ Planificar un Proceso de Atención de Enfermería en base al conocimiento científico de acuerdo a las necesidades del paciente.
- ✓ Aplicar los planes de cuidados estandarizados con las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- ✓ Aplicar SOAPIE a través de los cinco pasos del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación
- ✓ Educar a los pacientes a través de las guías educativas, para disminuir el riesgo de contagio de la población y del personal sanitario
- ✓ Apoyo emocional al paciente y la familia

Los cuidados de enfermería incluyen una gama de procedimientos y técnicas que tienen como objetivo mantener y restaurar el autocuidado porque la relación terapéutica entre enfermera y paciente es esencial para su salud. Para implementar esta atención es necesario priorizar las necesidades de cada paciente. Es aquí donde se valoran los síntomas de esta patología, la gravedad y sus complicaciones para poder realizar intervenciones previamente planificadas de acuerdo con el estado clínico del paciente.

TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL FRENTE A SARS-COV-2



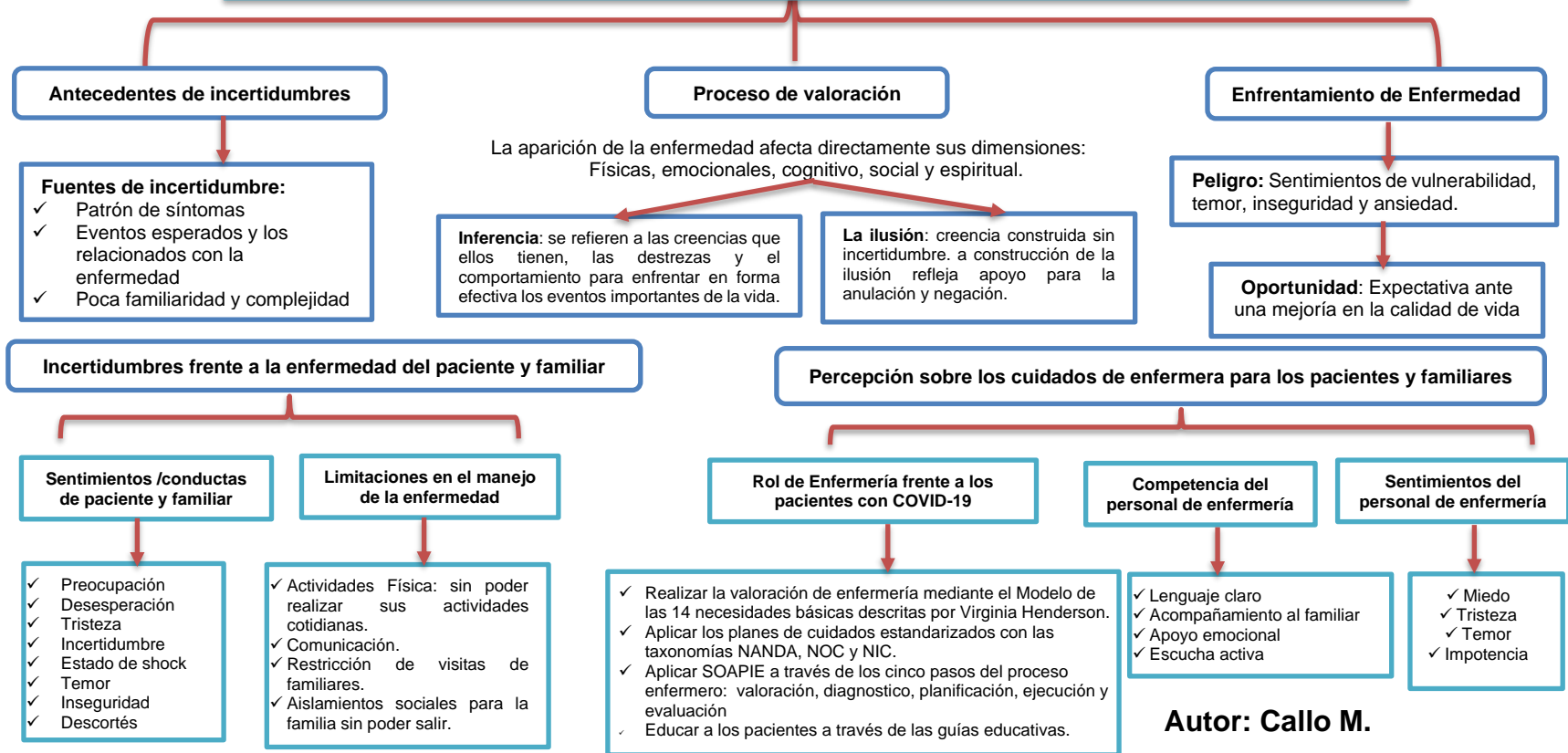
- ✓ Biológicos
- ✓ Clínicos
- ✓ Ambientales
- ✓ Espirituales
- ✓ Socioculturales

Factores que influyen

Es la falta de información clara y predecible sobre un evento futuro, en este caso la enfermedad.

Cuando las personas se enfrentan a una enfermedad o una situación de salud amenazante, experimentan una variedad de estímulos cognitivos, físicos y emocionales que generan incertidumbre. Estos estímulos pueden incluir falta de conocimiento sobre el diagnóstico y pronóstico.

El modelo de incertidumbre enfatiza que, las enfermeras son capaces de reconocer signos negativos y ofrecer el apoyo al paciente.



2.3. Definición conceptual de términos

SARS-COV-2: es un virus de la gran familia de los coronavirus de síndrome respiratorio agudo severo (SARS-COV-2) es responsable de la enfermedad de COVID-19

Factor de riesgo: son aquellas condiciones que, estando presentes, incrementa la probabilidad de aparición de un evento determinado (15).

Mortalidad: Es la cantidad de personas que fallecen en un lugar y período determinado en relación con total de población (16).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método y diseño de a investigación

Es una investigación con enfoque cuantitativo no experimental porque no se manipuló la variable, retrospectivo porque se recolectó información de hechos acontecidos en el pasado, de corte transversal correlacional porque se mide la variable en una sola oportunidad (45).

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 627 pacientes hospitalizados entre recuperados y fallecidos desde 2020 – 2022. Según base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

En el presente trabajo de investigación no se realizó cálculo de la muestra, ya que se trabajó con base de datos que registran en sistema que cumplen los criterios de selección en un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes registrados con diagnóstico COVID-19 en base de datos de hospitalización del Hospital Regional Moquegua 2020 - 2022.
- ✓ Pacientes que registraron con datos completos en sistema de base de datos del Hospital Regional Moquegua 2020 - 2022.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que fueron descartados como caso covid-19 según base de datos.
- ✓ Pacientes que fallecieron y no fueron registrados en la base de datos del Hospital Regional Moquegua.
- ✓ Pacientes que no cumplieron con datos completos según base de datos.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.1.1. Técnica

En la mencionada investigación, la técnica que se utilizó la guía de análisis de documentación realizado por la investigadora Melania Callo Ñ. de fuente secundaria por qué se utilizó base de datos de Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 de los pacientes (46).

3.1.2. Instrumentos

Variable Independiente

Para medir la variable independiente factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2, se utilizó la observación documentada (ANEXO N° 1) de base de datos. Lo mismo procedió con la variable dependiente, morbilidad por SARS-COV-2.

Técnica de recolección de información: Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la observación documentada de base de datos, mediante la aplicación de guía de observación.

Instrumento

Variable independiente: se utilizó el instrumento de Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 (MINSa) y adaptado por Melania Callo Ñ. para la variable: de factores, que representa a la variable independiente:

La escala consta de 12 ítems que describen a los factores asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 ver (ANEXO N° 01)

- ✓ Uno relacionado con los factores biológicos.
- ✓ El segundo a los factores epidemiológicos
- ✓ El tercero a las características clínicas del SARS-COV -2

Variable dependiente: se utilizó el instrumento de Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 (MINSa) y adaptado por Melania Callo Ñ. para la variable: mortalidad, con base de datos documentados, analizando las características de los pacientes con mortalidad ver (Anexo N° 01)

3.1.3. Validez (de contenido, criterio y constructo) y confiabilidad

Validez de instrumento

Los instrumentos fueron validados por el autor y para ello fueron sometidos a pruebas. Para ello se consultó a profesionales que conocen o han investigado temas similares o que acrediten conocer el tema y se seleccionaron cuatro (4) EXPERTOS para evaluar la validez de contenido Como resultado: (Anexo N° 02)

Evaluación del instrumento en forma individual por ítems según el estadístico de prueba v de Aiken.

- ✓ Los expertos calificaron en valores de cero, uno y dos para la forma individual. (Aplicable = 2, Corregir = 1, No aplicable = 0). Una vez recabada la información se aplicó la prueba V de Aiken para determinar el índice de validez de contenido la fórmula es la siguiente:

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Donde:

s= sumatoria de los valores dado por los jueces al ítem

n=número de jueces

c=número de valores en la escala de valores (3 en este caso)

- ✓ Según los cuadros, nos muestra los resultados obtenidos por ítems de cada instrumento a utilizar en el presente trabajo de investigación, podemos apreciar el grado de V-Aiken es superior a 0,99 siendo este **EXCELENTE**, para ambos instrumentos.

Escala de Valoración V-Aiken:

COEFICIENTE	INTERPRETACIÓN
< 0.70	Eliminado
De 0.70 a 0.80	Se modifica
> 0.70	Excelente

- ✓ Con los promedios hallados se determina el índice CPR (coeficiente de proporción de rango), para determinar la validez del instrumento en cuestión:

CPR=	9,47/11	=	0.86	INSTRUMENTO DE VALIDEZ Y CONCORDANCIA ALTA
PRI = Proporción de rangos de cada ítem. Es el promedio de rango de cada ítem dividido entre el puntaje máximo de la escala evaluativa de los ítems.				

ESCALA DE VALORACION	
< 0.40	Validez y concordancia Baja
0.40 - 0.60	Validez y concordancia Moderada
0.60 - 0.80	Validez y concordancia Alta
>0.80	Validez y concordancia Muy Alta

$$CPR = \frac{\sum PRI / J}{K}$$

Donde:
 CPR = Coeficiente de proporción de rango
 $\sum PRI$ = sumatoria del promedio de rango.
 J = N° de expertos o jueces.
 K = N° de ítems.

Validez de criterio

Una vez ejecutada la muestra piloto, se procede a realizar la validez de criterio que en una medida del grado en que una prueba está relacionada con algún criterio, con el que se compara tiene un valor intrínseco como medida de algún rasgo o característica. También la validez de criterio del

instrumento de medición se realizó comparándola con algún criterio externo, este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento; cuando más se relacione los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez será mayor y mejor para beneficio del investigador.

Control de calidad de datos

Prueba piloto

El instrumento utilizado en esta investigación se aplicaron una muestra de 30 pacientes hospitalizados de base de datos del Hospital de Ilo, teniendo en cuenta que esta población tenía las mismas características que la población estudiada. A continuación, se realizan las modificaciones que se consideran necesarias en diferentes elementos del instrumento. El propósito de la prueba piloto es determinar la comprensión, la practicidad y el tiempo en la implementación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

Confiabilidad

Los criterios de confiabilidad se determinan a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna). Luego, una vez aplicado el cuestionario, una de las herramientas utilizadas para este fin es la denominada Alfa de Cronbach, cuya calificación fluctúa entre -1 y 1, como se muestra en la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

α = coeficiente de confiabilidad

K= número de preguntas o ítems

Vi= varianza de cada ítem

Vt= varianza de los valores observados

\sum = Sumatoria

Para la confiabilidad se utilizó la prueba de fiabilidad del Alfa de Cronbach con un resultado de 0,807, siendo altamente confiable. (Anexo N°03)

N°	Cuestionario	Alfa de Cronbach	N° de Elementos	Confiabilidad
1	Factores de Riesgo	0.807	27	Muy Alta

3.4. Procedimientos de recolección de datos

- ✓ Se coordinó la entrega de la carta de presentación de la Universidad Jorge Basadre Grohmann a Dirección Regional de Salud Moquegua, ya que dicha institución maneja base completa de los datos de COVID-19, para la autorización de ingreso y coordinaciones correspondientes.

- ✓ Se realizó las coordinaciones correspondientes con la directora ejecutiva de dirección regional de salud Moquegua, para la disposición de base de datos y aplicación del instrumento de recolección de los datos.

- ✓ Se realizó las coordinaciones correspondientes con el jefe de unidad funcional de epidemiología, para el acceso de base de datos.

- ✓ Luego se llevó a cabo la coordinación de las fechas para el acceso de base de datos.

- ✓ Se realizó la recolección de datos con la ficha del instrumento validado en un periodo de 3 meses (**Anexo 01**).

- ✓ Se finalizó, la recolección de los datos de los pacientes hospitalizados extraídos de base de datos del HRM con el respectivo agradecimiento al personal de unidad funcional de epidemiología por la colaboración.

- ✓ Para la presentación de los resultados se usó tablas y/o gráficos estadísticos con el objetivo de realizar el análisis e interpretación.

3.5. Procesamiento de datos

En relación con el procesamiento y análisis de datos y de acuerdo con la población de estudios se realizó una estadística descriptiva a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas, también se aplicó una estadística inferencial al ser un trabajo bivariado que permitió aplicar pruebas estadísticas para determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua 2020 - 2022, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 26.

3.6. Consideraciones éticas

Este trabajo se realizó de acuerdo con todos los principios éticos de no maleficencia, teniendo en cuenta el riesgo y beneficio que puedan ocasionar el trabajo de investigación, se envió la solicitud para obtener información de registros de base de datos a la institución correspondiente. Además, se respetó la custodia y la confidencialidad de cada persona, así como la comunicación de los resultados conseguidos en el trabajo.

Principio de autonomía: Se requiere respeto por los valores y capacidades personales del trabajador de salud individual, y el director de Hospital Regional de Moquegua se ofrece como voluntario para participar en el estudio.

Confiabilidad de datos. Se comunicó que se guardaría reserva sobre la información adquirida.

Principio de beneficencia: El comportamiento del investigador respondió a las siguientes reglas generales: no provocar daño, reducir los probables efectos adversos y maximizar los beneficios.

Evaluación de los beneficios del estudio y sus destinatarios: Este trabajo de investigación tendrá un impacto positivo en la identificación del conocimiento científico relacionado con las variables de estudio para obtener resultados sobre la mortalidad de los pacientes de COVID-19 para que los pacientes puedan ser mejor tratados y cuidados.

Principio de justicia: Los investigadores utilizaron un juicio sensato y considerado y tomaron las precauciones adecuadas para asegurarse de que sus sesgos y limitaciones en sus habilidades y conocimientos no condujeran a prácticas desleales ni las alentaran.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

En esta sección se presenta los resultados de informe de tesis en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos y las hipótesis de la investigación.

TABLA N° 01
FACTORES BIOLÓGICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR
SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2020- 2022

Factores Biológicos	Condición de egreso				Total		X2
	Recuperado		Fallecido				
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
De 19 a 30 años	73	11,6	1	0,2	74	11,8	X2=81,974 g.l. 3 Sig. 0,000
De 31 a 40 años	88	14,0	6	1,0	94	15,0	
De 41 a 50 años	94	15,0	14	2,2	108	17,2	
De 51 a mas	216	34,4	135	21,5	351	56,0	
Total	471	75,1	156	24,9	627	100,0	
Sexo							
Femenino	211	33,7	66	10,5	277	44,2	X2=0,295 g.l. 1 Sig. 0,587
Masculino	260	41,5	90	14,4	350	55,8	
Total	471	75,1	156	24,9	627	100,0	
Estado Nutricional							
Obesidad	187	29,8	69	11,0	256	40,8	X2=10,784 g.l. 4 Sig. 0,029
Sobrepeso	166	26,5	36	5,7	202	32,2	
Normal	95	15,2	36	5,7	131	20,9	
Delgadez	12	1,9	8	1,3	20	3,2	
Obesidad Mórbida	11	1,8	7	1,1	18	2,9	
Total	471	75,1	156	24,9	627	100,0	
Comorbilidad							
No presenta	256	40,8	52	8,3	308	49,1	X2=30,620 g.l. 8 Sig. 0,000
Obesidad	104	16,6	38	6,1	142	22,6	
Enfermedad							
Renal	4	0,6	0	0,0	4	0,6	
Enf.							
Cardiovascular	54	8,6	34	5,4	88	14,0	
Diabetes	35	5,6	24	3,8	59	9,4	
Enf. Pulmonar	13	2,1	5	0,8	18	2,9	
Cáncer	1	0,2	1	0,2	2	0,3	
VIH	3	0,5	2	0,3	5	0,8	
Enf. Cerebro							
Vascular	1	0,2	0	0,0	1	0,2	
Total	471	75,1	156	24,9	627	100,0	

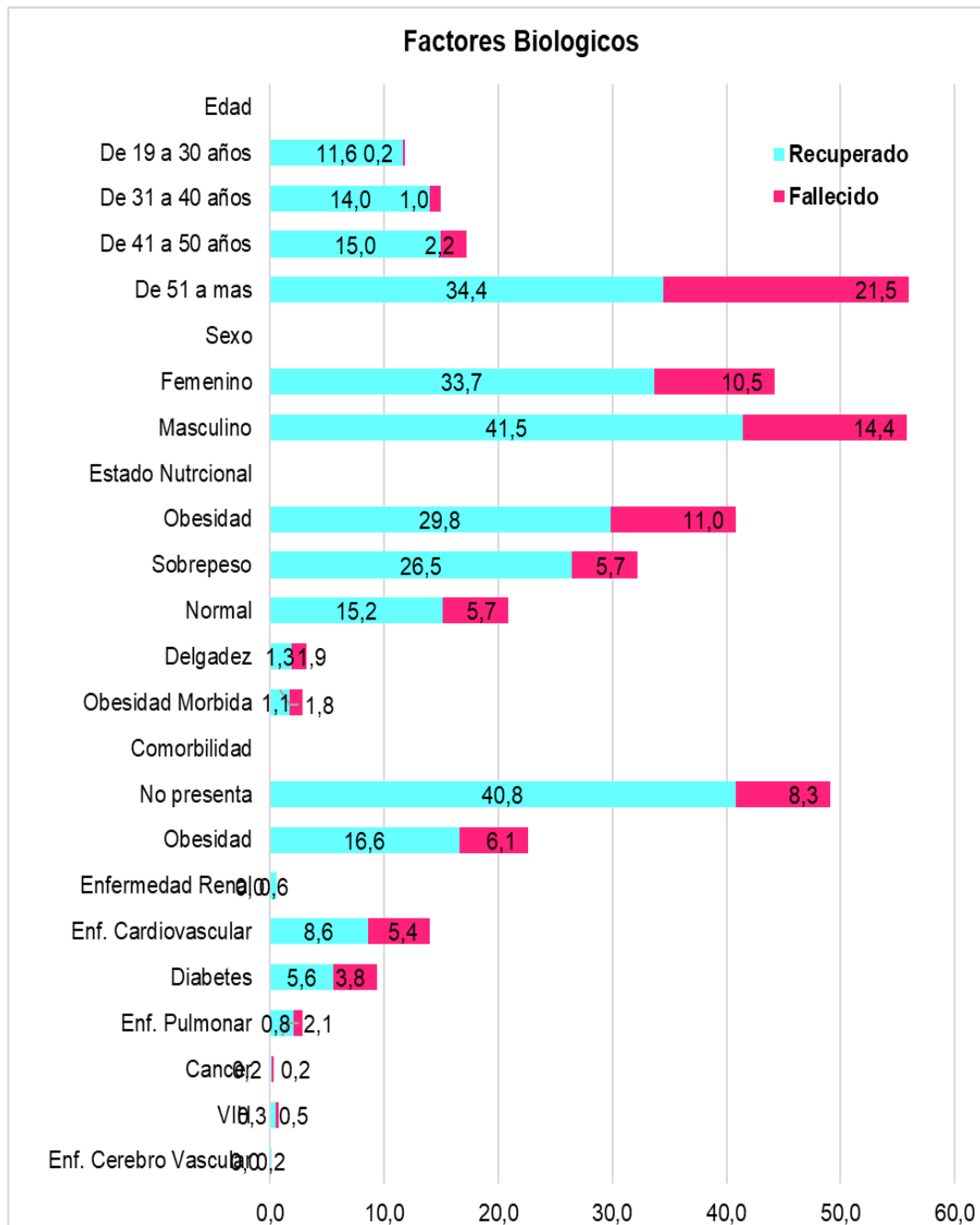
Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N°1, se observa los factores biológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: Respecto a la edad, la mayoría de los pacientes son mayores de 51 años, de los cuales el 34,4% se recuperaron y el 21,5% fallecieron. De sexo masculino el 41,5% se recuperó y el 14,4% falleció. En cuanto al estado nutricional en obesidad el 29,8% se recuperó y el 11,0% falleció. Las comorbilidades presentaron obesidad el 16,6% recuperado y el 6,1 falleció, enfermedades cardiovasculares el 8,6% recuperado y el 5,4% falleció, diabetes el 5,6% recuperado y el 3,8 falleció, enfermedad pulmonar el 2,1% recuperado y el 0,8% falleció. Finalmente, se determinó la existencia de relación estadística entre los factores biológicos (edad $p=0,000$, estado nutricional $p=0,029$ y comorbilidad $p=0,000$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según p -valor= $0,000 < 0,05$.

GRÁFICO N° 01
FACTORES BIOLÓGICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR
SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 01

TABLA N° 02

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD
POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2020- 2022**

Factores Epidemiológicos	Condición de egreso						X2
	Recuperado		Fallecido		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Clasificación							
Confirmado	388	61,9	123	19,6	511	81,5	X2=1,083 g.l. 2 Sig. 0,582
Sospechoso	48	7,7	18	2,9	66	10,5	
Probable	35	5,6	15	2,4	50	8,0	
Total	471	75,12	156	24,88	627	100	
Contacto							
Desconocido	381	60,8	126	20,1	507	80,9	X2=0,554 g.l. 2 Sig. 0,554
Si	32	5,1	14	2,2	46	7,3	
No	58	9,3	16	2,6	74	11,8	
Total	471	75,12	156	24,88	627	100,0	

Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

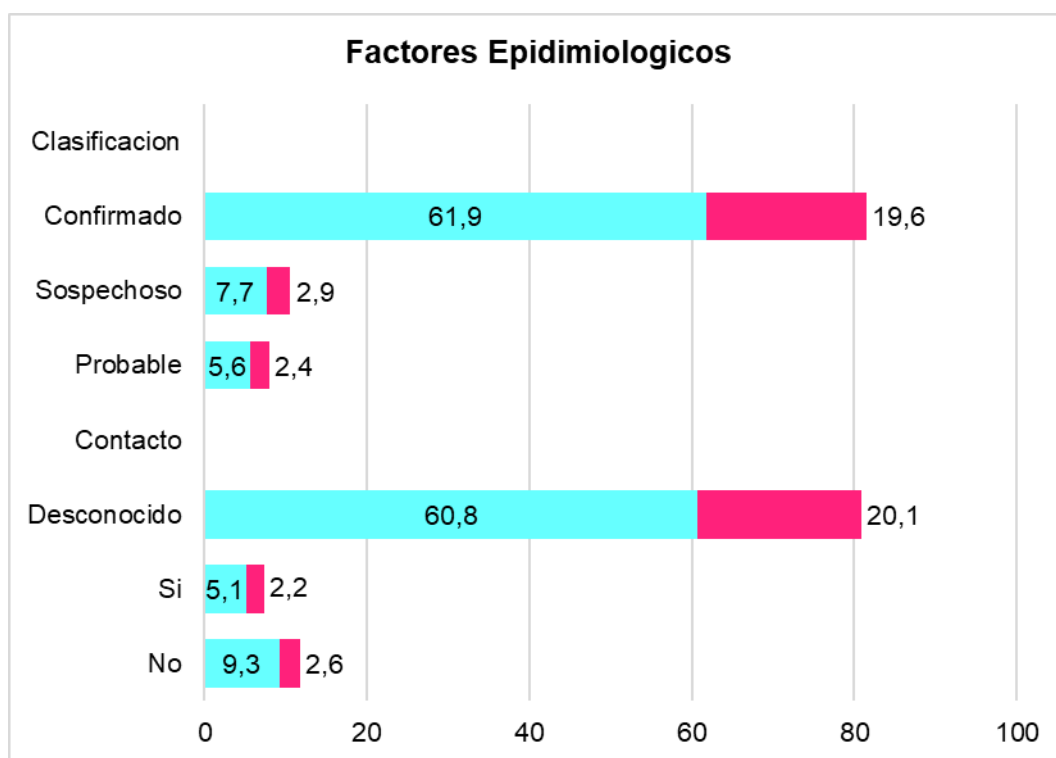
Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N°2, se observa los factores epidemiológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: de acuerdo a la clasificación, los casos confirmados fueron el 61,9% recuperado, el 2,4% fallecido. En cuanto al contacto, el 2,2 fallecieron, los pacientes que no tuvieron contacto con el 9,3 recuperado y el 2,6% fallecieron. Finalmente, se determinó que no existe relación estadística entre los factores epidemiológicos (clasificación $p=0,582$ y contacto $p=0,654$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según $p\text{-valor}=0,000 > 0,05$.

GRÁFICO N° 02

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 02

TABLA N° 03
FACTORES CLÍNICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-
COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA 2020- 2022

Factores Clínicos	Condición de egreso				Total		X2
	Recuperado		Fallecido				
	n	%	n	%	n	%	
Signos y Síntomas							
No	5	0,8	0	0,0	5	0,8	X2=0,1669 g.l. 1
Si	466	74,3	156	24,9	622	99,2	Sig. 0,196
Total	471	75,12	156	24,88	627	100,0	
Tiempo de Diagnostico							
0 a 6 Exposición	325	51,8	108	17,2	433	69,1	X2=0,333 g.l. 2
7 - 14 Incubación	132	21,1	42	6,7	174	27,8	Sig. 0,847
> 15 Transmisión	14	2,2	6	1,0	20	3,2	
Total	471	75,12	156	24,88	627	100,0	
Ingreso a UCI							
No	408	65,1	103	16,4	511	81,5	X2=32,977 g.l. 1
Si	63	10,0	53	8,5	116	18,5	Sig. 0,000
Total	471	75,12	156	24,88	627	100,0	
Tiempo de estancia UCI							
0 a 5 días	198	31,6	84	13,4	282	45,0	X2=7,559 g.l. 2
6 a 13 días Intermedia	181	28,9	43	6,9	224	35,7	Sig. 0,023
> 14 días Prolongada	92	14,7	29	4,6	121	19,3	
Total	471	75,12	156	24,88	627	100,0	
Tiempo de estancia Hospitalización							
0 a 5 días	164	26,2	68	10,8	232	37,0	X2=6,497 g.l. 2
6 a 13 días	181	28,9	43	6,9	224	35,7	Sig. 0,039
> 14 días	126	20,1	45	7,2	171	27,3	
Total	471	75,12	156	24,88	627	100	

Fuente: Registro de base de datos de COVID 9 del Hospital Regional de Moquegua.

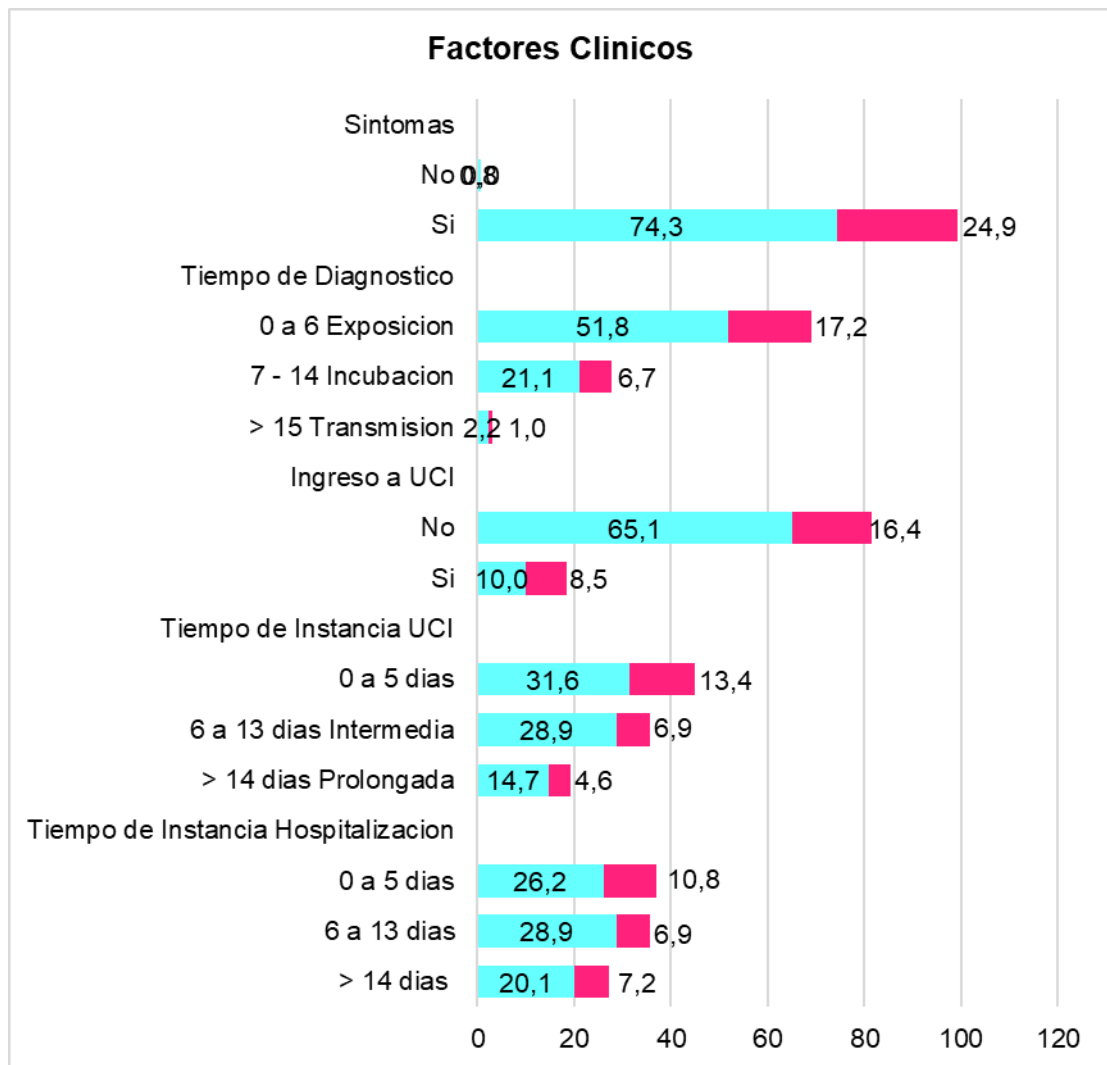
Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N°3, se observa los factores clínicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: en cuanto a los síntomas, si presento el 74,3% recupero y el 24,9% falleció. El tiempo de diagnóstico entre 0 a 6 días de exposición el 51,8% se recuperó y el 17,2% falleció, los pacientes con tiempo de diagnóstico entre 7 y 14 días el 21,1% se recuperó y el 6,7% falleció. De los pacientes que no ingresaron a UCI, el 65,1% se recuperó y el 16,4% falleció. El tiempo de estancia en UCI el 31,6% la mayoría de los pacientes tuvo una estancia entre 0 a 5 días recuperándose y el 13,4% falleció, con estancia entre 6 a 13 día el 28,9% se recuperó y el 6,9% falleció y los pacientes que con una estancia superior a los 14 días en UCI el 14,7% se recuperó y el 4,6% falleció. Por otro lado, los pacientes con un tiempo de estancia en hospitalización entre 0 a 5 días el 26,2% se recuperó y el 10,8% falleció, pacientes entre 6 a 13 días el 28,9% se recuperó y el 6,9% falleció y los pacientes con estancia en hospitalización mayor a 14 días el 20,1% se recuperó y el 7,2% falleció. Finalmente, se determinó la existencia de relación estadística entre los factores clínicos (ingreso a UCI $p=0,000$, tiempo de estancia UCI $p=0,023$ y tiempo de estancia en hospitalización $p=0,039$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$.

GRÁFICO N° 03

FACTORES CLÍNICOS, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 03

TABLA N° 04

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022

Factor de Riesgo	Mortalidad						X2
	Recuperado		Fallecido		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	254	40,5	53	8,5	307	49,0	X2=18,671 g.l. 1 Sig. 0,000
Si	217	34,6	103	16,4	320	51,0	
Total	471	75,1	156	24,9	627	100,0	

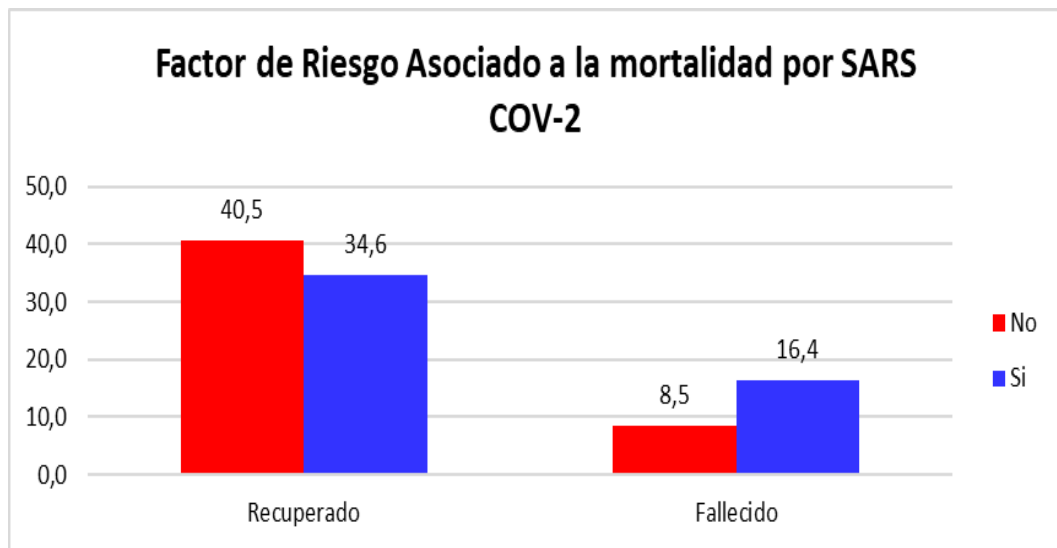
*Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.
Elaborado: Por (MINSA) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.*

Descripción:

En la tabla N°4, se observa que, el 40,5% menos de la mitad de la población en estudio no presentaron factor de riesgo alguno y recuperados, en cambio, un 34,6% si presento algún factor de riesgo y fallecieron, por otro lado, solo el 16,4% si presento algún factor de riesgo y fallecieron, el 8,5% no presento factor de riesgo y fallecieron. Finalmente, se establece la relación significa entre los factores de riesgo y la mortalidad por SARS-COV-2, según $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$.

GRÁFICO N° 04

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 04

TABLA N° 05

**FACTORES BIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022**

FACTORES BIOLÓGICOS	N	%
Edad		
De 19 a 30 años	74	11,8
De 31 a 40 años	94	15,0
De 41 a 50 años	108	17,2
De 51 a mas	351	56,0
Total	627	100,0
Sexo		
Femenino	277	44,2
Masculino	350	55,8
Total	627	100,0
Estado Nutricional		
Obesidad	256	40,8
Sobrepeso	202	32,2
Normal	131	20,9
Delgadez	20	3,2
Obesidad Morbida	18	2,9
Total	627	100,0
Factor de Riesgo		
No	307	49,0
Si	320	51,0
Total	627	100,0
Comorbilidad		
No presenta	308	49,0
Obesidad	142	22,6
Enfermedad Renal	4	0,6
Enf. Cardiovascular	88	14,0
Diabetes	59	9,4
Enf. Pulmonar	18	2,9
Cancer	2	0,3
VIH	5	0,8
Enf. Cerebro Vascular	1	0,2
Total	627	100,0

Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

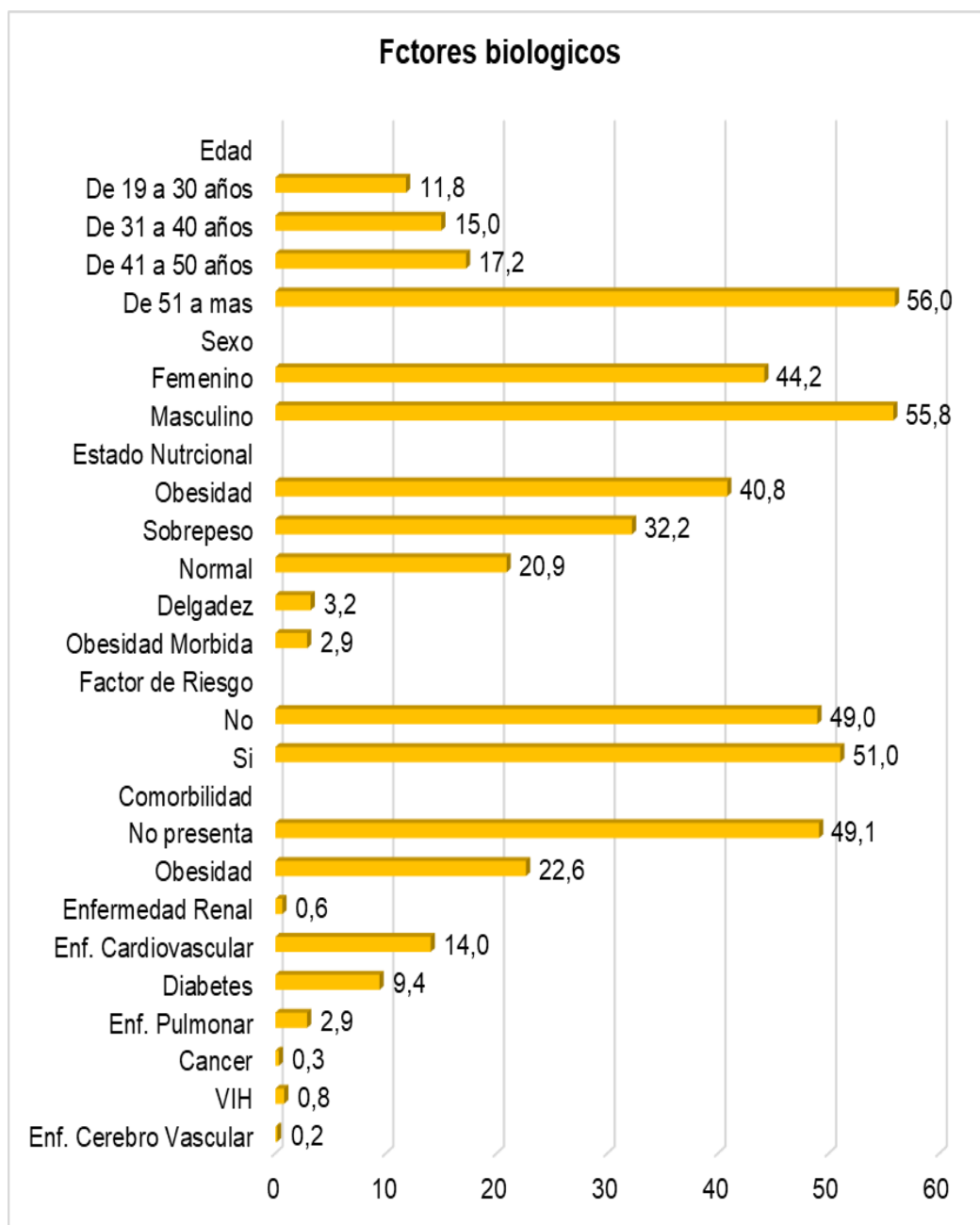
Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N° 5, se observa las dimensiones de los factores biológicos que llevaron a la morbilidad por SARS-COV-2 según la edad, más de la mitad de la población en estudio, con el 56,0% tiene más de 51 años, el 17,2% entre 41 a 50 años, el 15,0% entre 31 a 40 años y solo el 11,8% 19 a 30 años. El sexo de la mayoría de la población es masculino con el 55,8% y el 44,2% es de sexo femenino. El 40,8% de la población de estudio presentó un nivel de estado nutricional de obesidad, el 32,2% tienen sobrepeso, el 3,2% está en delgadez y solo el 20,9% tiene un estado nutricional normal. El 51,0% más la mayoría de la población de estudio si presentó un factor de riesgo solo el 49,0% no lo presentó. En cuanto a la comorbilidad la mayoría de la población de estudio representado por el 22,6% tiene obesidad, el 14,0% tiene enfermedades cardiovasculares, el 9,4% tiene diabetes, el 2,9% tienen enfermedades pulmonares el 0,6% enfermedades renales, el 0,3 cáncer, el 0,8% VIH, el 0,2% enfermedades cerebro vasculares.

GRÁFICO N° 05

FACTORES BIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 05

TABLA N° 06

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022**

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS	N	%
Clasificación de casos		
Confirmado	511	81,5
Sospechoso	66	10,5
Probable	50	8,0
Total	627	100,0
Contacto directo		
Desconocido	507	80,9
Si	46	7,3
No	74	11,8
Total	627	100,0

Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

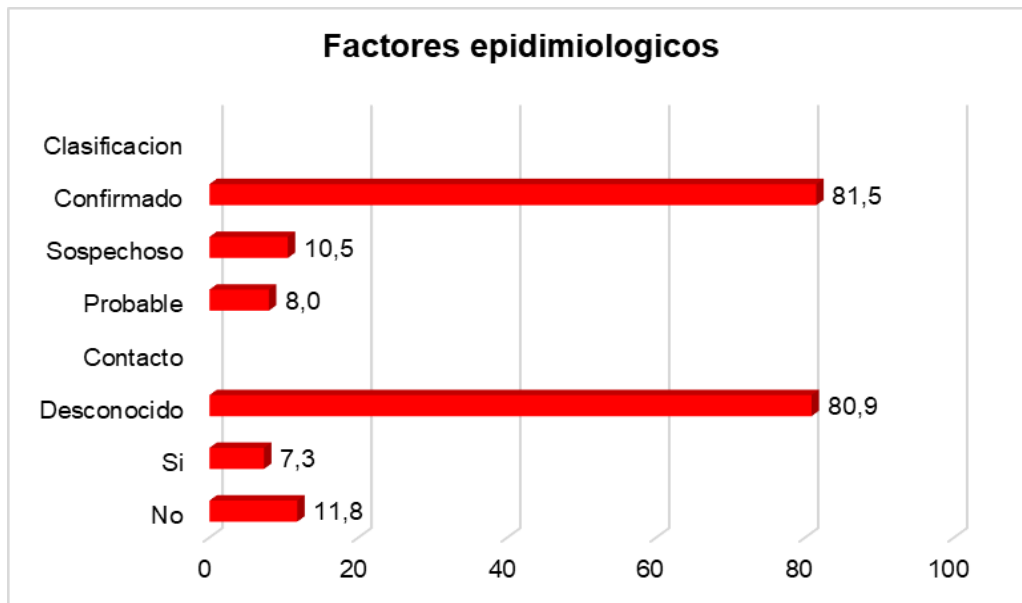
Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N°6, se observa las dimensiones de los factores epidemiológicos según dimensiones: la clasificación de casos, la mayoría de la población de estudio con el 81,5% fue confirmado por morbilidad SARS-COV-2, el 10,5% sospechoso y el 8,0% probable. En cuanto a la dimensión contacto directo la mayoría de la población de estudio con el 80,9% el contacto fue desconocido, el 11,8% no y solo el 7.3% fue de contacto directo conocido.

GRÁFICO N° 06

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 06

TABLA N° 07

**FACTORES CLÍNICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022**

FACTORES CLINICOS	N	%
Síntomas		
No	5	0,8
Si	622	99,2
Total	627	100,0
Tiempo de Diagnostico		
0 a 6 Exposición	433	69,1
7 - 14 Incubación	174	27,8
> 15 Transmisión	20	3,2
Total	627	100,0
Ingreso a UCI		
No	511	81,5
Si	116	18,5
Total	627	100,0
Tiempo de Instancia UCI		
0 a 5 días	282	45,0
6 a 13 días Intermedia	224	35,7
> 14 días Prolongada	121	19,3
Total	627	100,0
Ingreso a Hospitalización		
No	0	0,0
Si	627	100,0
Total	627	100,0
Tiempo de Instancia Hospitalización		
0 a 5 días	232	37,0
6 a 13 días	224	35,7
> 14 días	171	27,3
Total	627	100,0

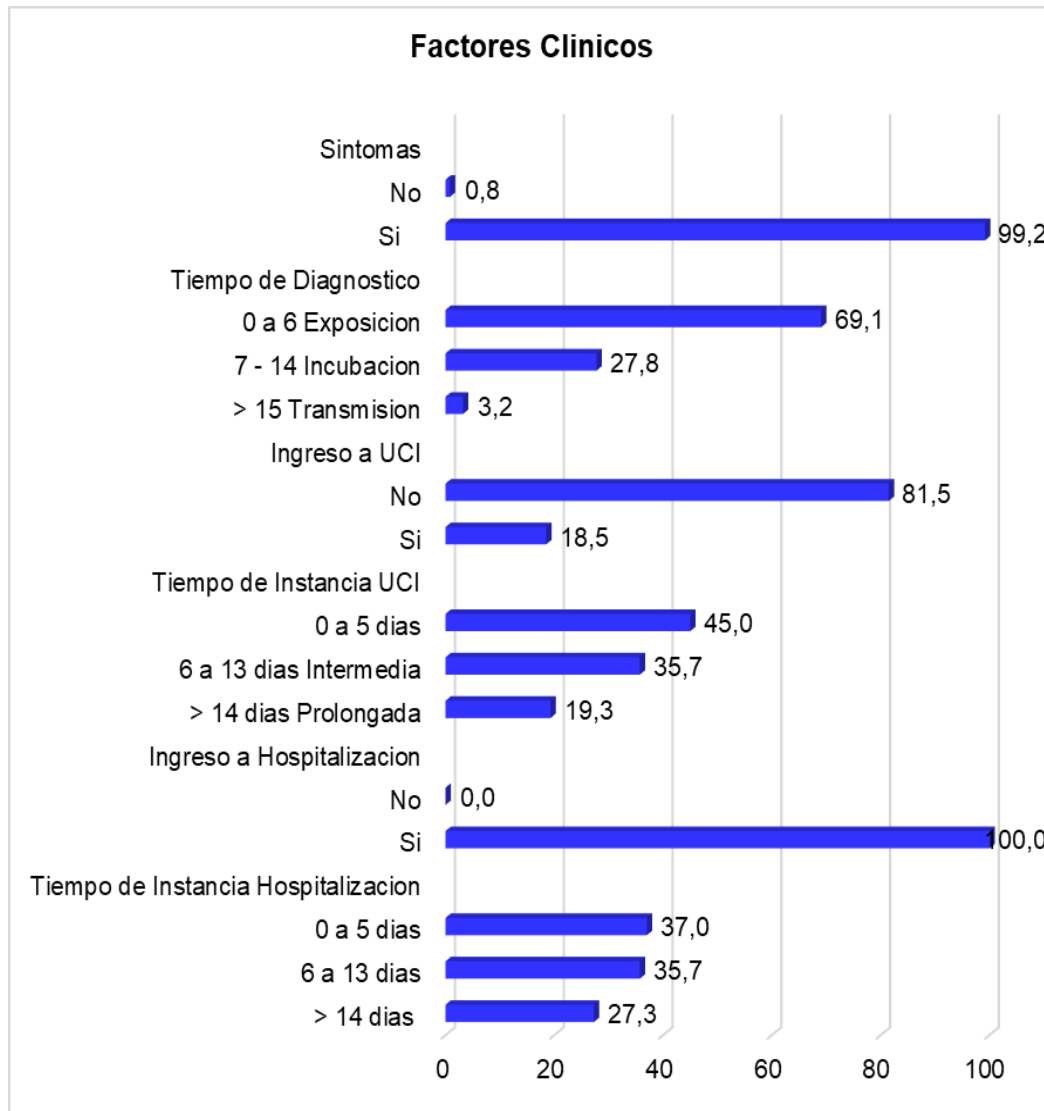
Fuente: Registro de base de datos de COVID-19 del Hospital Regional de Moquegua.

Elaborado: Por (MINS) Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y adaptado por Callo Ñaupá M.

Descripción:

En la tabla N°7, se observa en las dimensiones de los factores clínicos según dimensiones: la mayoría de la población de estudio, con el 99,2% presento síntomas de SARS-COV-2 y solo el 0,8% no presento ningún síntoma. En cuanto al tiempo de diagnóstico, la mayoría de la población de estudio con el 69,1% tuvo una exposición entre 0 a 6 días, el 27,8% entre 7 a 14 días de incubación y el 3,2% mayor de 15 días de transmisión. El 81,5% la mayoría de la población no ingreso a UCI y solo el 18,5% ingreso a UCI. El tiempo de estancia en UCI para la mayoría de la población de estudio fue de 0 a 5 días con el 45,0%, el 35,7% tuvo una instancia intermedia de 6 a 13 días y solo el 19,3% estuvo una instancia prolongada de más de 14 días. El 100,0% de la población de estudio ingreso a hospitalización y el tiempo de instancia en hospitalización fue de 37,0% entre 0 a 5 días, el 35,7% entre 6 a 13 días y solo el 27,3% fue de más de 14 días.

GRÁFICO N° 07
FACTORES CLÍNICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020- 2022



Fuente: Ítems Tabla N° 07

4.2. Discusión

Los principales factores de riesgo que se asociaron en los pacientes atendidos en Hospital Regional Moquegua durante el 2020 - 2022. De un total de 627 pacientes del estudio, el 24.9% fallecieron, mientras que el 75.1% se recuperaron.

Tabla N° 01: Se observa los factores biológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: la edad (mayores de 51 años) con el 21,5%, sexo masculino 14,4%. En cuanto al estado nutricional, el 11,0% de obesidad. Dentro de las comorbilidades presentaron obesidad 6,1%, enfermedades cardiovasculares 5,4%, diabetes el 5,6% 3,8, enfermedad pulmonar 0,8%. Finalmente, se determinó la existencia de relación estadística entre los factores biológicos (edad $p=0,000$, estado nutricional $p=0,029$ y comorbilidad $p=0,000$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según $p\text{-valor}=0,000 < 0,05$.

Difiere con el trabajo de investigación el estudio de **Larrahondo J.** (18), los resultados de su investigación evidencian que los factores de riesgo como; edad $p=0,000$, sexo $p=0,834$, estado nutricional $p=0,540$, comorbilidad (hipertensión arterial) $p=0,004$, no se relacionan en su mayoría.

Coincide con el trabajo de investigación el estudio de **Rodríguez M. et al.** (20), en su investigación evidencian que los factores como; edad, IMC, HTA, estuvieron asociadas a la mortalidad en nuestra cohorte de pacientes con neumonía por SARS-COV-2.

Coincide con el trabajo de investigación el estudio de **Basilio I.** (21), los resultados de su investigación evidencian que los factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19 en los pacientes atendidos en la RSHS en el año 2021 fueron el sexo, la edad, las enfermedades renales crónicas, las enfermedades pulmonares crónicas y la obesidad.

Las enfermedades crónicas, no transmisibles como: La obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares representan casi el 70% y son la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo. Casi las tres cuartas partes de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles, así como el 86% de los 17 millones de personas que mueren prematuramente o antes de los 70 años. El aumento de las enfermedades no transmisibles se ve exacerbado principalmente por cinco factores de riesgo principales: la inactividad física, las dietas poco saludables, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas, el consumo de tabaco y la falta de acceso a la detección, el tratamiento y la atención de las personas con estas enfermedades.

Como profesionales de enfermería debemos implementar estrategias de estilos de vida saludable en las instituciones educativas, ya que los estudiantes están en proceso de aprendizaje donde muchos factores se pueden modificar progresivamente a través de la educación continua para identificar los factores biológicos que desencadenan la salud de las personas y así poder reducir la morbimortalidad.

En la tabla 2: Se observa los factores epidemiológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: De acuerdo a la clasificación los casos confirmados fueron el 61,9% recuperado y el 19,6%

fallecidos, los casos sospechosos el 7,7% recuperado y el 2,9% fallecieron, los casos probables el 5,6% recuperado y el 2,4% fallecido. En cuanto al contacto fue desconocido, el 60,8% recuperado y el 20,1% falleció, los pacientes que sí tuvieron contacto con el 5,1% recuperado y el 2,2 fallecieron, los pacientes que no tuvieron contacto con el 9,3 recuperado y el 2,6% fallecieron. Finalmente, se determinó que no existe relación estadística entre los factores epidemiológicos (clasificación $p=0,582$ y contacto $p=0,654$) y la mortalidad por SARS-COV-2, según $p\text{-valor}=0,000 > 0,05$.

Difiere con el trabajo de investigación realizado por **Hermoza, R.** “Características Clínicas-Epidemiológicas asociados al COVID-19 en el personal de salud de un Hospital Militar de Lima, Perú del periodo 2020”
Objetivo: determinar las características clínicas-epidemiológicas.
Metodología: estudio cuantitativo, no experimental, correlacional, utilizando la base de datos de las fichas de investigación para la vigilancia de COVID-19. Resultados: El contacto con personas con síntomas de infección respiratoria aguda o contacto con caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas, se correlacionaron con la infección al presentar ($p<0,05$) (47).

Difiere con el trabajo de investigación realizado por **Gómez Gloria** “Sistema de vigilancia de casos sospechosos Covid-19 y la prevalencia en zonas de riesgo Dirección Regional de Salud Tumbes – 2021”. Objetivo determinar la relación entre la efectividad del sistema de vigilancia de casos sospechosos COVID-19 y la prevalencia, se trata de un estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional. Resultados obtenidos es de 50.61% de valor predictivo positivo del sistema

de vigilancia de casos sospechosos COVID19 de los casos COVID-19, así mismo el 75.35% notifico resultados antes de las 72 horas de inicio de síntomas, un 10.57% reporto resultados antes de los 7 días. Llegando a la conclusión donde existe relación estadísticamente significativa entre la efectividad del sistema de vigilancia de casos sospechosos COVID-19 y la prevalencia de COVID19 ($p < 0,001$) (48).

Los factores epidemiológicos no influyeron en la mortalidad por SARS-COV-2 de los pacientes atendidos en el hospital Regional de Moquegua. La vigilancia epidemiológica ha sido un principio fundamental desde el inicio de la pandemia. Gracias a ello podemos comprender mejor los mecanismos de transmisión del SARS-COV-2, los periodos de incubación, el espectro clínico de la enfermedad y sus factores de riesgo que presentaban los pacientes.

El profesional de enfermería siempre ha jugado un papel fundamental en la atención del paciente antes, durante y después de la pandemia cumpliendo múltiples funciones y asumiendo su rol en la toma de decisiones para gestionar la atención al paciente realizando actividades en la detección temprana de COVID-19 mediante rastreo, aislamiento y vigilancia de casos, así como monitoreo de los contactos enfatizando en la identificación de signos de alarma y complicaciones para detener la transmisión. el personal de enfermería demostró profesionalismo y humanidad, asegurando que los pacientes recibieran una atención digna e integral.

En la tabla 3: Se observa los factores clínicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes son: en cuanto a los síntomas, si presentó, el 74,3% recuperó y el 24,9% falleció. El tiempo de diagnóstico

entre 0 a 6 días de exposición el 51,8% se recuperó y el 17,2% falleció, los pacientes con tiempo de diagnóstico entre 7 y 14 días el 21,1% se recuperó y el 6,7% falleció. De los pacientes que no ingresaron a UCI el 65,1% se recuperó y el 16,4% falleció. El tiempo de estancia en UCI el 31,6% la mayoría de los pacientes tuvo una estancia entre 0 a 5 días recuperándose y el 13,4% falleció, con estancia entre 6 a 13 día el 28,9% se recuperó y el 6,9% falleció y los pacientes que con una estancia superior a los 14 días en UCI el 14,7% se recuperó y el 4,6% falleció. Por otro lado, los pacientes con un tiempo de estancia en hospitalización entre 0 a 5 días el 26,2% se recuperó y el 10,8% falleció, pacientes entre 6 a 13 días el 28,9% se recuperó y el 6,9% falleció y los pacientes con estancia en hospitalización mayor a 14 días el 20,1% se recuperó y el 7,2% falleció. Hay una estrecha relación entre el ingreso a servicio de UCI y tiempo de estancias de hospitalización con la mortalidad por SARS-COV-2 de la persona.

Este resultado coincide a lo reportado por **Carbajal B. et al.** (23), que existe los factores de riesgo en pacientes con SARS-COV-2 asociados con la estancia prolongada (≥ 15 días) en UCI fueron: obesidad, DM 2, HTA, edad ≥ 60 años y género masculino.

Coincide con el trabajo realizado por **Valenzuela K.** (24), en su investigación si existe factores asociados a un peor pronóstico de mortalidad, como ser mayor de 60 años, ingresar por el servicio de emergencia con una saturación menor de 80 % y una estancia hospitalaria prolongada.

Difiere con el trabajo de investigación realizado por **Cobre A. et al.** "Factores de riesgo asociados con retraso en el diagnóstico y mortalidad en pacientes con COVID-19 en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil". Los

autores concluyeron El retraso en el diagnóstico de más de ocho días también fue un factor de riesgo de muerte para COVID-19 ($p < 0,001$) (49).

Los factores clínicos como: ingreso a servicio de UCI y estancias hospitalarias se relacionan con la mortalidad por SARS-COV-2 debido a que los pacientes que ingresaron a áreas de hospitalización presentaban signos y síntomas, también con más de dos comorbilidades como obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes, lo cual se considera un factor de riesgo independiente para la mortalidad y estancia hospitalaria. Una estancia prolongada en los departamentos hospitalarios no siempre es sinónimo de mejorarse de la calidad de la atención médica, por el contrario, una estancia prolongada en un hospital se asocia con el desarrollo de enfermedades infecciosas, ya que están expuestos a múltiples procedimientos médicos.

El cuidado de enfermería durante el tiempo de COVID-19 fue salvar innumerables vidas donde quedaron registrados en la historia de la enfermería, resaltando su trabajo incansable, su valentía y resiliencia ante la adversidad brindando apoyo emocional y espiritual a pesar de su miedo a contraer la enfermedad, considerando que los pacientes solos sin sus familiares se quedaban con ellos en momentos de tormento; quienes estaban capacitados para brindar atención humanizada aplicando Proceso de Enfermería (PAE).

La tabla 4: Se observa que, el 40,5% menos de la mitad de la población en estudio no presentaron factor de riesgo alguno y un 34,6% si presento algún factor de riesgo y se recuperaron, por otro lado, solo el 16,4% si presento algún factor de riesgo y el 8,5% no presento factor de riesgo y fallecieron.

A lo que concluimos que existe una relación entre los factores de riesgo como la edad, sexo, estado nutricional y comorbilidad.

Coincide con el trabajo de investigación el estudio de **Ambrosio G.** et al. (22), en su investigación la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad fueron los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad.

Coincide con el trabajo realizado de **Valenzuela K.** (24). Existen factores asociados a un peor pronóstico de mortalidad, como ser mayor de 60 años, ingresar por el servicio de emergencia con una saturación menor de 80 % y una estancia hospitalaria prolongada, obesidad e hipertensión arterial.

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad en los pacientes con COVID-19 en nuestro estudio fueron la edad, sexo, estado nutricional y comorbilidad, enfermedades cardio vasculares y diabetes mellitus. Se recomienda brindar atención y seguimiento temprano a los pacientes con estas comorbilidades, previniendo así la aparición de complicaciones en este grupo de pacientes y pueden provocar la muerte.

Como profesionales de salud trabajemos en equipo desde primer nivel de atención identificando oportunamente los diferentes factores de riesgo y así poder evitar que los pacientes no lleguen a hospitales con complicaciones.

CONCLUSIONES

La asociación entre las variables factores de riesgo y mortalidad por SARS-COV-2, es estadísticamente significativa expresado en $X^2 < 0,05$, según chi-cuadrado de Pearson Valor=18,671, gl=1 y Sig.=0,000.

Los factores biológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2, estadísticamente significativa expresado en $X^2 < 0,05$, según chi-cuadrado de Pearson para los siguientes factores edad $p=0,000$, estado nutricional $p=0,029$ y comorbilidad $p=0,000$.

En los factores epidemiológicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2, no existe relación significativa expresada en $X^2 > 0,05$, según chi-cuadrado de Pearson para los siguientes factores, clasificación $p=0,582$ y contacto $p=0,654$.

Los factores clínicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2, estadísticamente significativa expresado en $X^2 < 0,05$, según chi-cuadrado de Pearson para los siguientes factores ingreso a UCI $p=0,000$, tiempo de estancia UCI $p=0,023$ y tiempo de estancia en hospitalización $p=0,039$.

En los factores de riesgo biológico: la edad fue en personas de 51 años, y el sexo fue masculino. En el estado nutricional fue la obesidad y respecto a la comorbilidad fueron las enfermedades cardiovasculares, diabetes, ingreso a unidad de cuidados intensivos y tiempo de estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Moquegua 2020-2022.

RECOMENDACIONES

- ✓ A la Dirección regional de Salud Moquegua es necesario comunicar a la comunidad académica, MINSA y otros sectores de salud para que puedan promover programas de salud en los centros de salud de primer nivel de atención considerado como preventivo – promocional para identificar personas que tienen factores de riesgo y tratar de reducir la mortalidad a causa de ellos.

- ✓ Los responsables de cada unidad ejecutora de la Dirección Regional de Salud Moquegua deben establecer las estadísticas actuales relacionadas con los factores riesgos, clínicos que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos en los años actuales y posteriores.

- ✓ Al departamento de capacitación e Investigación de todas las unidades ejecutoras como: Dirección Regional de Salud de Moquegua, Hospital Regional Moquegua y Red de salud Ilo. Realizar estudios cualitativos que aborden el sentir de las personas respecto a los factores de riesgo y la mortalidad por SARS-COV-2. También promover programas de investigación, ya que nuestra ciudad aún no cuenta estudios a gran escala de la enfermedad COVID-19 que servirán base para futuras investigaciones que enriquezcan nuestro conocimiento sobre esta nueva enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Na Z, et al.. El nuevo coronavirus de pacientes con neumonía en China, 2019. The New England journal of Medicine. 2020; 382(8).
2. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Acceso 8 de Octubre de 2023. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/11/la-organizacion-mundial-de-la-salud-declaro-el-coronavirus-como-una-pandemia/>.
3. Álvaro S, Carlos M. La pandemia de COVID-19 en Perú. La Revista Estadounidense de Medicina e Higiene Tropical. 2021; 104(4).
4. Centro Nacional de Epidemiología , Prevencion y Control de Enfermedades , CDC MINSA. Situación del COVID-19 en el Perú. [Online].; 31 de Diciembre 2022.. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus311222.pdf>.
5. Velasquez C, Casartelli M. Características sociodemográficas y factores de riesgo clínico de los pacientes fallecidos por COVID-19. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2021-2022; 10(2).
6. Flores K, Vásquez J. Factores de Riesgo asociados a Mortalidad por COVID 19 en los pacientes hospitalizados del Servicio de la Unidad de Vigilancia Intensiva del en el periodo. Grado Academico de Maestro en Salud Publica. Hospital San Martín de Pangoa, Junin.

7. Delgado M, Cedeño M, et al. Factores asociados a la mortalidad de los pacientes atendidos por covid-19 en el servicio de urgencias. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2021; 5(5).
8. Prieto S, Sarmiento R. Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en Latinoamérica: estudio en tres países - febrero a julio de 2020. *Salud Pública*. 2020; 22(2).
9. Ferrando C, Mellado A, et al. Características, evolución clínica y factores asociados a la mortalidad en UCI de los pacientes críticos infectados por SARS-COV-2 en España: estudio prospectivo, de cohorte y multicéntrico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2020; 67(8).
10. Yupari I, Bardales L, et al. Factores de riesgo de mortalidad por covid-19 en pacientes hospitalizados: un modelo de regresión logística. *Facultad de Medicina Humana URP*. 2021; 21(1).
11. Yovera C. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con covid 19. Tesis. Piura: Hospital Santa Rosa II-2.
12. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (MINSA). Sala situacional de COVID-19 del Peru. [Online].; 2022. Acceso 31 de Diciembre de 2022. Disponible en: <file:///D:/NUEVOS/coronavirus%2031%2012%202022.pdf>.
13. Hospital Regional Moquegua. Informe técnico situación de COVID-19. En: Moquegua; 2021 p. 2.
14. Ministerio de Salud. Situación Actual COVID19 2020-2022. [Online]. Acceso 3 de Enero de 2023. Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus020123.pdf>.

15. Tafani R, Chiesa G, et al. Factores de riesgo y determinantes de la Salud. Revista de Salud Pública, (XVII) 4:53-68, dic. 2013. 2013; 4(53- 68).
16. Informática INdEe. Metodología para el Cálculo de los Indicadores de Mortalidad. Colección de Metodologías Estadísticas. 2000; 8(1).
17. Bandera D, Morandeira H, et al. Morbilidad por COVID-19: análisis de los aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Revista Cubana de Medicina Tropical. 2020; 73(3).
18. Velasco J. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con SDRA por COVID-19 sometidos a terapia pronó. Informe de Tesis. Hospital universitario de Bogotá, Colombia.
19. Vences M, Pareja J, et al. Factores asociados a mortalidad en pacientes hospitalizados con Covid-19: cohorte prospectiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú. Scielo. 2020.
20. Miro M, Alquezar A, et al. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con neumonía por SARS-COV-2 en un hospital público de Lima, Perú. Acta Med Peru. 2020; 4(10).
21. Basilio I. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19. Informe de tesis. Red de establecimientos de salud de los Andes Peruanos, Lima.
22. Ambrosio H, Chanca V. "Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con COVID-19. Informe de Tesis. Hospital

Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo.

23. Carbajal A, Peñaloza Y. Factores de riesgo en pacientes SARS-COV-2 asociados con estancia hospitalaria en UCI - Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco - Abril 2020 a Abril 2021. Informe de Tesis. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, cUSCO.
24. Valenzuela C. Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios. 2021; 21(5).
25. Organización Panamericana de la Salud , Organización Mundial de la Salud. Promoción salud sexual recomendaciones para la acción. [Online]; 2000. Disponible en: Chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf.
26. Salamanca H, Rodríguez M, et al. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. Elsevier. 2020; 52(7).
27. Bellido V, Pérez A. Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes. Elsevier - PMC COVID-19 Collection. 2020; 67(6).
28. Gomez R. Protocolo San Felipe T-Cuida el coronavirus y las enfermedades cardiovasculares. [Online].Acceso 27 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.clinicasanfelipe.com/articulos/el-coronavirus-y-las-enfermedades-cardiovasculares>.

29. Teijin E. Enfermedades pulmonares y COVID-19. [Online].; 2022. Acceso 08 de 09 de 2023. Disponible en: <https://www.esteveteijin.com/enfermedades-pulmonares-y-covid-19-lo-que-sabemos-actualmente/>.
30. Cancer INd. La COVID-19 y el cáncer. [Online].; 2024. Acceso 01 de 04 de . Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/coronavirus/coronavirus-informacion-personas-con-cancer>.
31. Ministerio de salud. Resolucion Ministerial N° 905 / Minsa. [Online].; 2020. Acceso 30-3 de Marzo de 2021. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/RM%20N%C2%B0905-2020-MINSA%20DIRECTIVA%20SANITARIA%20122.pdf%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/RM%20N%C2%B0905-2020-MINSA%20DIRECTIVA%20SANITARIA%20122.pdf%20(3).pdf).
32. Kenneth M. COVID-19 Características clínicas. [Online]. Acceso 21 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinicalfeatures?>
33. Ministerio de Salud , Centro Nacional de Epidemiologia , Prevencio y Control de Enfermedades. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID19) en el Perú. [Online]. Acceso 15 de Diciembre de 2023. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE452020/03.pdf>.
34. Morales I, Trujillo M, et al. Criterios de ingreso-egreso a las unidades de cuidados intensivos, sustento legal aplicable. 2019; 73(01).
35. Santana L, Lorenzo T, al e. Pronóstico de los pacientes segun la duracion de su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2014; 38(2).

36. Ministerio de Salud. Criterios para la crítica y codificación de egresos hospitalarios. [Online]. Acceso 18 de Marzo de 2024. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/seem/Documentos/04_Manual%20Critica%20Egresos_2016.pdf.
37. Organización Mundial de la Salud. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones. [Online]; 2022. Acceso 29 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
38. Sausa L. Hallazgos en la tomografía computarizada por SARS-COV-2. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020; 20(4).
39. Kunze S. Guía rápida para la evaluación, diagnóstico y el manejo del paciente con covid 19. La Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2020; Version 3.0.
40. Centro Iberoamericano. Complicaciones graves de la infección por SARS-COV-2: mecanismos de acción. [Online]; 2020. Acceso 20 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/complicaciones-graves-de-la-infeccion-por-SARS-COV-2-mecanismos-de-accion-patogena-y-opciones>.
41. Maria de las Mercedes de Dios Aguado SGCPJP. La luz de Florence Nightingale en el cuidado de los pacientes covid-19 en atención primaria. Rev Gaúcha Enfermería. 2021; 42.

42. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica (Mex)*. 2012; 11(No. 1: 34-38).
43. Desarrollo del conocimiento en Enfermería. [Online]. Disponible en: https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-de-la-incertidumbre-frente-la_19.html.
44. Taza , Yascaribay M. Rol de enfermería en la atención a pacientes con COVID-19. Informe de tesis. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.
45. Hernández R, Fernández C. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico: Mcgraw-hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014.
46. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Perú. [Online].; 2020.. Disponible en: www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/01/Directiva-de-vigilancia-de-COVID-19.pdf.
47. Hermoza R. Características clínicas-Epidemiológicas Asociados al COVID-19 en el personal de Salud. Informe de Tesis. Hospital Militar de Lima, Lima.
48. Gómez G. Sistema de vigilancia de casos sospechosos Covid-19 y la prevalencia en zonas de riesgo. Grado académico de maestra en Gestión pública. Tumbes: Dirección Regional de Salud.
49. Cobre A, Boger B, et. al. Factores de riesgo asociados con retraso en el diagnóstico y mortalidad en pacientes con COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 4131(40).

50. Maria D, Sagrario G, et al.. La luz de Florence Nightingale en el cuidado de los pacientes covid-19 en atención primaria. Rev Gaúcha Enfermeria. 2021; 42.

ANEXOS

Instrumento (s) Anexo N° 01

Cuestionario

Factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el hospital regional Moquegua 2020-2022.

Finalidad: Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.

I. Factores Biológicos

1. Edad: Años
2. Sexo:
 - a) () femenino
 - b) () masculino
3. Estado Nutricional: Peso..... Talla.....
 - a) () Delgadez
 - b) () Normopeso
 - c) () Sobrepeso
 - d) () Obesidad
 - e) () Obesidad mórbida
4. ¿Tiene Comorbilidad o factores de riesgo? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales....
 - a) () Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial)
 - b) () Diabetes mellitus
 - c) () Enfermedad cerebro vascular
 - d) () Enf. Renal crónica
 - e) () Enfermedad pulmonar crónica
 - f) () Inmunodeficiencia (VIH)
 - g) () Cáncer

II. Factores Epidemiológicos

5. Clasificación de Caso
 - a) () Confirmado
 - b) () Probable
 - c) () Sospechoso
6. ¿Tuvo Contacto Directo?
 - a) () Si
 - b) () No
 - c) () Desconoce

III. Factores Clínicos SARS-COV-2

7. ¿Presento Síntomas? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales....

- a) () Tos
- b) () Dolor de Garganta
- c) () Congestion Nasal
- d) () Dificultad Respiratoria
- e) () Fiebre
- f) () Escalofrios
- g) () Malestar General
- h) () Diarrea
- i) () Náuseas y Vómitos
- j) () Cefalea
- k) () Anosmia
- l) () Ageusia
- m) () Dolor de oído
- n) () Dolor de Muscular
- o) () Dolor de Pecho
- p) () Dolor de Abdominal
- q) () Dolor de Articulaciones

8. Tiempo de demora en Diagnostico

- a) N° Días.....

9. Ingreso a Uci

- a) () Si
- b) () No

10. Tiempo estancia en uci

- a) () 0-5
- b) () 6-13 días
- c) () ≥ 14 días

11. Ingreso a Hospitalización

- c) () Si
- d) () No

12. Tiempo estancia en Hospitalización

- d) () 0-5
- e) () 6-13 días
- f) () ≥ 14 días

13. Condición de Egreso

- a) () Fallecido
- b) () Recuperado

ANEXO N° 02

VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO POR LOS EXPERTOS

El procedimiento para el análisis de validez de contenido se realizará mediante juicio de expertos. Para ello se consultó a profesionales que conocen o han investigado temas similares o que acrediten conocer el tema seleccionando cuatro (4) EXPERTOS para la evaluación de validez de contenido de dicha variable.

Evaluación del instrumento en forma individual por ítems según el estadístico de prueba v de Aiken.

En el cuadro siguiente se aprecia que el índice del coeficiente de Aiken tuvo por finalidad recoger las opiniones, recomendaciones y sugerencias de expertos.

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Aiken
Edad	2	2	2	2	1.000
Sexo	2	2	2	2	1.000
Estado nutricional	2	2	2	2	1.000
Tiene comorbilidad o factores de riesgo	2	2	2	2	1.000
Clasificación de caso	2	2	2	2	1.000
Contacto directo	2	2	2	2	1.000
Presento síntomas	2	1	2	2	0.875
Tiempo de demora en diagnostico	2	2	2	2	1.000
Ingreso a UCI	2	2	2	2	1.000
Tiempo estancia en uci	2	2	2	2	1.000
Ingreso a hospitalización	2	2	2	2	1.000
Tiempo de estancia en UCI	2	2	2	2	1.000
Condición de egreso	2	2	2	2	1.000
V – Aiken					0.990

Fuente: Elaboración propia, basada en la ficha de evaluación de expertos.

Según los cuadros, nos muestra los resultados obtenidos por ítems de cada instrumento a utilizar en el presente trabajo de investigación, podemos apreciar el grado de V-Aiken es superior a 0,99 siendo este **EXCELENTE**, para ambos instrumentos.

Escala de Valoración V-Aiken:

COEFICIENTE	INTERPRETACIÓN
< 0.70	Eliminado
De 0.70 a 0.80	Se modifica
> 0.70	Excelente

Evaluación de instrumentos en forma general por contenido

Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

INDICADOR	CRITERIOS	EXPERTOS				PROMEDIO
		I	II	III	IV	
1.CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible	80	80	80	80	80
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.	80	80	95	95	88
3.PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.	80	80	95	98	88
4.ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas	80	80	95	80	84
5.SUFUCIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas	80	80	95	98	88
6.INTENCIONALIDAD	El conto de ítems del cuestionario cumple en, registrar, estructurarlas funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.	80	80	95	95	88
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.	80	80	95	95	88
8.COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.	80	80	95	80	84
9.METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico. (proceso de la investigación)	80	80	95	80	84
10.INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.	80	80	95	98	88
11.LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.	80	80	95	98	88

Con los promedios hallados se determina el índice CPR (coeficiente de proporción de rango), para determinar la validez del instrumento en cuestión:

CRITERIO	EXPERTOS				PROMEDIO
	I	II	III	IV	
1	80	80	80	80	0.80
2	80	80	95	95	0.88
3	80	80	95	98	0.88
4	80	80	95	80	0.84
5	80	80	95	98	0.88
6	80	80	95	95	0.88
7	80	80	95	95	0.88
8	80	80	95	80	0.84
9	80	80	95	80	0.84
10	80	80	95	98	0.88
11	80	80	95	98	0.88
TOTAL					9.47

CPR=	9,47/11	=	0.86	INSTRUMENTO DE VALIDEZ Y CONCORDANCIA ALTA
PRI = Proporción de rangos de cada ítem. Es el promedio de rango de cada ítem dividido entre el puntaje máximo de la escala evaluativa de los ítems.				

ESCALA DE VALORACION	
< 0.40	Validez y concordancia Baja
0.40 - 0.60	Validez y concordancia Moderada
0.60 - 0.80	Validez y concordancia Alta
>0.80	Validez y concordancia Muy Alta

$$CPR = \frac{\sum PRI / J}{K}$$

Donde:
 CPR = Coeficiente de proporción de rango
 $\sum PRI$ = sumatoria del promedio de rango.
 J = N° de expertos o jueces.
 K = N° de ítems.

EXPERTO N° 01

VALIDACION DE JUCIO DE EXPERTOS DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION POR ITEMS

Por favor marque con una (X) la opinión que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.”

ESCALA				
ITEMS	APLICABLE	CORREGIR	NO APLICABLE	OBSERVACIONES
	1	2	3	
Factores Biológicos				
Edad ✓ 18 a 29 años ✓ 30 a 59 años ✓ 60 años a más	✓			
Sexo ✓ Masculino ✓ Femenino	✓			
Estado Nutricional ✓ Delgadez (≤ 18.4) ✓ Normopeso (18.5 – 24.9) ✓ Sobrepeso (25 – 29.9) ✓ Obesidad (30 – 39) ✓ Obesidad mórbida (≥ 40)	✓			
¿Tiene Comorbilidad o factores de riesgo? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales.... ✓ Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial) ✓ Diabetes mellitus ✓ Enfermedad cerebro vascular ✓ Enf. Renal crónica ✓ Enfermedad pulmonar crónica ✓ Inmunodeficiencia (VIH) ✓ Cáncer	✓			

Factores Epidemiológicos				
Clasificación de Caso <input checked="" type="checkbox"/> Confirmado <input checked="" type="checkbox"/> Probable <input checked="" type="checkbox"/> Sospechoso	✓			
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Tuvo Contacto Directo? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Desconoce	✓			
Factores Clínicos Sars Cov-2				
¿Presento Síntomas? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales <input checked="" type="checkbox"/> Tos <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Garganta <input checked="" type="checkbox"/> Congestion Nasal <input checked="" type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Escalofrios <input checked="" type="checkbox"/> Malestar General <input checked="" type="checkbox"/> Diarrea <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas y Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> Cefalea <input checked="" type="checkbox"/> Anosmia <input checked="" type="checkbox"/> Ageusia <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de oído <input checked="" type="checkbox"/> Irritabilidad/ Confusión <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Muscular <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Abdominal <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones	✓			
Tiempo de demora en Diagnostico N° Días <input checked="" type="checkbox"/> 0-6 (periodo exposición) <input checked="" type="checkbox"/> 7-14 (periodo incubación) <input checked="" type="checkbox"/> 15 a más (periodo transmisión)	✓			
Ingreso a Uci <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	✓			
Tiempo Instancia en uci <input checked="" type="checkbox"/> 0-5 <input checked="" type="checkbox"/> 06-10 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input checked="" type="checkbox"/> 20 a mas	✓			

Tiempo Instancia en uci <input checked="" type="checkbox"/> 0-5 <input checked="" type="checkbox"/> 06-10 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input checked="" type="checkbox"/> 20 a mas	✓			
Ingreso a Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	✓			
Tiempo Instancia en Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/> 0-5 <input checked="" type="checkbox"/> 06-10 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input checked="" type="checkbox"/> 20 a mas	✓			
Condición de Egreso <input checked="" type="checkbox"/> Fallecido <input checked="" type="checkbox"/> Recuperado	✓			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE..... *Faream Obando Carmen*
GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE..... *Ent. Epidemiología*
DNI..... *29519940*
FECHA..... *06/03/2023*

GERENCIA REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
 SUB GERENCIA DE PLANIFICACION PREVENCIÓN Y CONTROL EN SALUD

LIC. CARMEN D. FAREAM OBANDO
RESPONSABLE
 UNIDAD FUNCIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTOS... *Farfan Obando Carmen*
 1.2. INSTITUCION DENEDE LABORA /CARGO... *Unica moquegua*
 1.3. TITULO PROFESIONAL.....
 1.4 GRADO ACADEMICO... *Especialista* MENSION EN ... *Epidemiologia*

1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.

ASPECTOS DE VALIDACION

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1	CLARIDAD DE LA INVESTIGACION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				✓	
2	OBGETIVIDAD	Esta expresado en conducta observables y medibles hacia los objetivos de la investigación				✓	
3	PERTENECIA	Es útil y adecuado las preguntas están relacionado al tema de investigación				✓	
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas				✓	
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas				✓	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de items del cuestionario cumple en registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipos de preguntas características y naturaleza ,utilizando las				✓	

		estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación				✓	
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones ,indicadores ,items escala, y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				✓	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática del estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)				✓	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				✓	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				✓	

OPINION DE APLICABILIDAD:

- 1) Deficiente ()
- 2) Baja ()
- 3) Regular ()
- 4) Buena (x)
- 5) Muy Buena ()

PROMEDIO DE VALORACIÓN..... fecha 06/03/2023

OBSERVACIONES: Consideración general (se debe eliminar o modificar algún ítem por favor indique)

GERENCIA REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
SUB GERENCIA PLANEAMIENTO PREVENCIÓN Y CONTROL EN SALUD

[Firma]

LIC. CAROLINA PEREZ
FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
UNIDAD FUNCIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

DNI... 27577940

EXPERTO N° 2

VALIDACION DE JUCIO DE EXPERTOS DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION POR ITEMS

Por favor marque con una (X) la opinión que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022."

ESCALA				
ITEMS	APLICABLE	CORREGIR	NO APLICABLE	OBSERVACIONES
	1	2	3	
Factores Biológicos				
Edad				
✓ 18 a 29 años				
✓ 30 a 59 años	X			
✓ 60 años a más				
Sexo				
✓ Masculino	X			
✓ Femenino				
Estado Nutricional				
✓ Delgadez (≤ 18.4)				
✓ Normopeso (18.5 – 24.9)	X			
✓ Sobrepeso (25 – 29.9)				
✓ Obesidad (30 – 39)				
✓ Obesidad mórbida (≥ 40)				
¿Tiene Comorbilidad o factores de riesgo?				
Si () No () Si la respuesta es positiva cuales....				
✓ Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial)	X			
✓ Diabetes mellitus				
✓ Enfermedad cerebro vascular				
✓ Enf. Renal crónica				
✓ Enfermedad pulmonar crónica				
✓ Inmunodeficiencia (VIH)				
✓ Cáncer				

Factores Epidemiológicos				
Clasificación de Caso				
<input checked="" type="checkbox"/> Confirmado <input checked="" type="checkbox"/> Probable <input checked="" type="checkbox"/> Sospechoso	X			
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Tuvo Contacto Directo? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Desconoce	X			
Factores Clínicos Sars Cov-2				
¿Presento Síntomas? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales				
<input checked="" type="checkbox"/> Tos <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Garganta <input checked="" type="checkbox"/> Congestion Nasal <input checked="" type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Escalofrios <input checked="" type="checkbox"/> Malestar General <input checked="" type="checkbox"/> Diarrea <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas y Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> Cefalea <input checked="" type="checkbox"/> Anosmia <input checked="" type="checkbox"/> Ageusia <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de oído <input checked="" type="checkbox"/> Irritabilidad/ Confusión <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Muscular <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Abdominal <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones		X		
Tiempo de demora en Diagnostico N° Días				
<input checked="" type="checkbox"/> 0-6 (periodo exposición) <input checked="" type="checkbox"/> 7-14 (periodo incubación) <input checked="" type="checkbox"/> 15 a más (periodo transmisión)	X			
Ingreso a Uci				
<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	X			
Tiempo Instancia en uci				
<input checked="" type="checkbox"/> 0-5 <input checked="" type="checkbox"/> 06-10 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input checked="" type="checkbox"/> 20 a mas	X			

Ingreso a Hospitalización ✓ Si ✓ No	X			
Tiempo Instancia en uci ✓ 0-5 ✓ 06-10 ✓ 15-20 ✓ 20 a mas	X			
Condición de Egreso ✓ Fallecido ✓ Recuperado	X			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE *Magaly Vera Herrera*

GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE *Magister en Salud Pública*

DNI *04742586*

FECHA *13/2/23*

Magaly Vera Herrera
 Magaly Vera Herrera
 Lic. en Farmacia
 C.E.P. 31765

FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTOS.....
- 1.2. INSTITUCION DENEDE LABORA /CARGO.....
- 1.3. TITULO PROFESIONAL.....
- 1.4 GRADO ACADEMICO.....MENSION EN
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.

ASPECTOS DE VALIDACION

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1	CLARIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observables y medibles hacia los objetivos de la investigación				X	
3	PERTENECIA	Es útil y adecuado las preguntas están relacionado al tema de investigación				X	
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas				X	
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas				X	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipos de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la				X	

		ciencia en estudio de la investigación					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones ,indicadores ,items escala, y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				X	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática del estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)				X	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				X	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				X	

OPINION DE APLICABILIDAD:

- 1) Deficiente ()
- 2) Baja ()
- 3) Regular ()
- 4) Buena (X)
- 5) Muy Buena ()

PROMEDIO DE VALORACIÓN..... fecha.. 13/2/23

OBSERVACIONES: Consideración general (se debe eliminar o modificar algún ítem por favor indique)


 Dayana Herrera
 Enfermera
 2015

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI..... 01742586.....

EXPERTO N°03

VALIDACION DE JUCIO DE EXPERTOS DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION POR ITEMS

Por favor marque con una (X) la opinión que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.”

ESCALA				
ITEMS	APLICABLE	CORREGIR	NO APLICABLE	OBSERVACIONES
	1	2	3	
Factores Biológicos				
Edad ✓ 18 a 29 años ✓ 30 a 59 años ✓ 60 años a más	X			
Sexo ✓ Masculino ✓ Femenino	X			
Estado Nutricional ✓ Delgadez (≤ 18.4) ✓ Normopeso (18.5 – 24.9) ✓ Sobrepeso (25 – 29.9) ✓ Obesidad (30 – 39) ✓ Obesidad mórbida (≥ 40)	X			
¿Tiene Comorbilidad o factores de riesgo? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales.... ✓ Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial) ✓ Diabetes mellitus ✓ Enfermedad cerebro vascular ✓ Enf. Renal crónica ✓ Enfermedad pulmonar crónica ✓ Inmunodeficiencia (VIH) ✓ Cáncer	X			

Factores Epidemiológicos				
Clasificación de Caso				
<input checked="" type="checkbox"/> Confirmado <input checked="" type="checkbox"/> Probable <input checked="" type="checkbox"/> Sospechoso	X			
¿Tuvo Contacto Directo?				
<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Desconoce	X			
Factores Clínicos Sars Cov-2				
¿Presento Síntomas?				
Si () No () Si la respuesta es positiva cuales				
<input checked="" type="checkbox"/> Tos <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Garganta <input checked="" type="checkbox"/> Congestion Nasal <input checked="" type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Escalofríos <input checked="" type="checkbox"/> Malestar General <input checked="" type="checkbox"/> Diarrea <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas y Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> Cefalea <input checked="" type="checkbox"/> Anosmia <input checked="" type="checkbox"/> Ageusia <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de oído <input checked="" type="checkbox"/> Irritabilidad/ Confusión <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Muscular <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Abdominal <input checked="" type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones	X			
Tiempo de demora en Diagnóstico N° Días				
<input checked="" type="checkbox"/> 0-6 (periodo exposición) <input checked="" type="checkbox"/> 7-14 (periodo incubación) <input checked="" type="checkbox"/> 15 a más (periodo transmisión)	X			
Ingreso a Uci				
<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	X			
Tiempo Instancia en uci				
<input checked="" type="checkbox"/> 0-5 <input checked="" type="checkbox"/> 06-10 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input checked="" type="checkbox"/> 20 a mas	X			

Ingreso a Hospitalización ✓ Si ✓ No	X			
Tiempo Instancia en Hospitalización ✓ 0-5 ✓ 06-13 ✓ Mas 14 días	X			
Condición de Egreso ✓ Fallecido ✓ Recuperado	X			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE.....JULIA TICONA APAZA.....

GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE.....ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS.....

DNI.....04401903.....

FECHA.....12-03-2023.....


INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
Lic. Julia Ticona Apaza
CEP. 36144-EEP. 10769
ESPECIALISTA EMERGENCIAS

.....
FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTOS... TICONA APAZA JULIA F.
- 1.2. INSTITUCION DENEDE LABORA /CARGO... HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
- 1.3. TITULO PROFESIONAL... EMERGENCIA
- 1.4 GRADO ACADEMICO... ESPECIALISTA MENSION EN
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.

ASPECTOS DE VALIDACION

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1	CLARIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				80	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					95
3	PERTENECIA	Es útil y adecuado las preguntas están relacionado al tema de investigación					98
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas				80	
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas					98
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipos de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					95
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la					95

		ciencia en estudio de la investigación					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones ,indicadores ,ítems escala, y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				80	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática del estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)				80	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					98
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					98

OPINION DE APLICABILIDAD:

- 1) Deficiente ()
- 2) Baja ()
- 3) Regular ()
- 4) Buena ()
- 5) Muy Buena ()

PROMEDIO DE VALORACIÓN..... fecha 12-03-2023

OBSERVACIONES: Consideración general (se debe eliminar o modificar algún ítem por favor indique)


.....
Lic. Julia Ticona Apaza
CEP. 36146-EEP. 10769
ESPECIALISTA EMERGENCISTA

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI. 04401403.....

EXPERTO N°04

VALIDACION DE JUCIO DE EXPERTOS DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION POR ITEMS

Por favor marque con una (X) la opinión que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022."

ESCALA				
ITEMS	APLICABLE	CORREGIR	NO APLICABLE	OBSERVACIONES
	1	2	3	
Factores Biológicos				
Edad ✓ 18 a 29 años ✓ 30 a 59 años ✓ 60 años a más	X			
Sexo ✓ Masculino ✓ Femenino	X			
Estado Nutricional ✓ Delgadez (≤ 18.4) ✓ Normopeso (18.5 – 24.9) ✓ Sobrepeso (25 – 29.9) ✓ Obesidad (30 – 39) ✓ Obesidad mórbida (≥ 40)	X			
¿Tiene Comorbilidad o factores de riesgo? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales.... ✓ Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial) ✓ Diabetes mellitus ✓ Enfermedad cerebrovascular ✓ Enf. Renal crónica	X			

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad pulmonar crónica ✓ Inmunodeficiencia (VIH) ✓ Cáncer 				
Factores Epidemiológicos				
Clasificación de Caso <ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmado ✓ Probable ✓ Sospechoso 	X			
¿Tuvo Contacto Directo? <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No ✓ Desconoce 	X			
Factores Clínicos Sars Cov-2				
¿Presento Síntomas? Si () No () Si la respuesta es positiva cuales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tos ✓ Dolor de Garganta ✓ Congestión Nasal ✓ Dificultad Respiratoria ✓ Fiebre ✓ Escalofríos ✓ Malestar General ✓ Diarrea ✓ Náuseas y Vómitos ✓ Cefalea ✓ Anosmia ✓ Ageusia ✓ Dolor de oído ✓ Irritabilidad/ Confusión ✓ Dolor de Muscular ✓ Dolor de Pecho ✓ Dolor de Abdominal ✓ Dolor de Articulaciones 	X			
Tiempo de demora en Diagnóstico N° Días <ul style="list-style-type: none"> ✓ 0-6 (periodo exposición) ✓ 7-14 (periodo incubación) ✓ 15 a más (periodo transmisión) 	X			

Ingreso a Uci ✓ Si ✓ No	X			
Tiempo Instancia en uci ✓ 0-5 ✓ 06-10 ✓ 15-20 ✓ 20 a mas	X			
Ingreso a Hospitalización ✓ Si ✓ No	X			
Tiempo Instancia en Hospitalización ✓ 0-5 ✓ 06-13 ✓ Mas 14 días	X			
Condición de Egreso ✓ Fallecido ✓ Recuperado	X			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE... Mamani Avaman Johnny
 GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE... Licenciada Especialista Centro Quirúrgico
 DNI... 45318907
 FECHA... 15-4-23


 Lic. Johnny A. Mamani Huaman
 ENFERMERA ESPECIALISTA
 CEP 6055 - REE 17552

.....
FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTOS..... Mamani Hugman Johnny
- 1.2. INSTITUCION DENEDE LABORA /CARGO..... Hospital Goyeneche
- 1.3. TITULO PROFESIONAL..... Lic. Enfermería
- 1.4 GRADO ACADEMICO..... Licenciada..... MENSION EN..... Enfermería Especialista en Centro quirúrgico
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS COV – 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022.

ASPECTOS DE VALIDACION

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1	CLARIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	PERTENECIA	Es útil y adecuado las preguntas están relacionado al tema de investigación					X
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipos de preguntas características y naturaleza ,utilizando las					X

		estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación					X
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones ,indicadores ,ítems escala, y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					X
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática del estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

OPINION DE APLICABILIDAD:

- 1) Deficiente ()
- 2) Baja ()
- 3) Regular ()
- 4) Buena ()
- 5) Muy Buena (X)

PROMEDIO DE VALORACIÓN..... fecha 15.04.23

OBSERVACIONES: Consideración general (se debe eliminar o modificar algún ítem por favor indique)


 Lic. Johanna K. Maman Huamán
 PSICÓLOGA ESPECIALISTA
 REG. PROF. N.º 17552

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI. 45218907

ANEXO N° 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna). Luego una vez aplicada los cuestionarios se hizo uso de una de las herramientas usados para estos fines denominadas Alfa de Cronbach, cuya valoración fluctúa entre - 1 y 1 como se muestra la siguiente fórmula:

Donde:

α =coeficiente de confiabilidad

K=número de preguntas o ítems

V_i =varianza de cada ítem

V_t =varianza de los valores observados

Σ =Sumatoria

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k V_i}{V_t} \right]$$

ESCALA DE ALFA DE CRONBACH

ESCALA	SIGNIFICADO
0.00 a +/- 0.20	Despreciable
0.20 a 0.40	Baja o ligera
0.40 a 0.60	Moderada
0.60 a 0.80	Marcada
0.80 a 1.00	Muy alta

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 26, sin reducir ningún elemento; es decir de una sola medida, se presentan a continuación:

N°	Cuestionario	Alfa de Cronbach	N° de Elementos	Confiabilidad
1	Factores de Riesgo	0,807	27	Muy Alta

Cuestionario sobre Factores de Riesgo
Prueba de Alfa de Crombach (confiabilidad por items)

Estadísticas de total de elemento

FACTORES DE RIESGO	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SEXO	17,1000	30,645	,361	,801
ESTADO NUTRICIONAL	15,1667	27,661	,260	,829
FACTOR DE RIESGO	17,3333	34,437	-,322	,826
COMORBILIDAD	14,1667	29,661	,171	,827
CLASIFICACION	16,5000	32,672	,022	,813
CONTACTO	16,4333	32,668	,029	,812
SINTOMAS	16,6333	32,447	,220	,807
TOS	16,8000	30,579	,487	,797
DOLOR GARGANTA	17,0667	29,375	,601	,790
CONGESTION NASAL	17,2000	29,821	,527	,794
DIFICULTAD RESPIRATORIA	16,9667	30,792	,350	,801
FIEBRE	17,0667	30,547	,380	,800
ESCALOFRIO	17,3333	31,540	,237	,806
MALESTAR GENERAL	16,8333	30,764	,417	,799
DIARREA	17,4333	30,944	,439	,799
NAUSEAS	17,3000	31,252	,282	,804
CEFALEA	17,0667	30,133	,457	,797
ANOSMIA	17,4667	30,257	,673	,793
AGEUSIA	17,4667	30,257	,673	,793
DOLOR DE OIDO	17,4333	29,702	,748	,789
IRRITABILIDAD	17,4333	29,702	,748	,789
DOLOR MUSCULAR	17,3667	29,068	,794	,785
DOLOR ABDOMINAL	17,4000	29,352	,776	,787
DOLOR DE PECHO	17,4000	29,352	,776	,787
DOLOR ARTICULACIONES	17,4000	29,352	,776	,787
CONDICION DE EGRESO	16,2333	34,875	-,376	,829

El Coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna) es igual a 0,807 siendo equivalente a 80,7% (confiabilidad).

Confiabilidad

RREA NAUSEAS CEFALEA ANOSMIA AGEUSIA DOLOR_O IR
RITABILIDAD DOLOR_M DOLOR_A DOLOR_P DOLOR_AR HO
SPITALIZACION CONDICION
/SCALE ('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

→ **Fiabilidad**

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,807	27

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

Resolución de Facultad designación de Jurado



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°009-2024-FACS/UNJBG
Tacna, 05 de enero del 2024

VISTO:

El Informe N°13-2024-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, de fecha 29.01.2024, recibido el 31.01.2024, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería solicitando designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final de Tesis presentado por la Lic. Melania Callo Ñaupá;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la R.F. N°11936-2023-FACS/UNJBG, se designa como asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque, para el proyecto de tesis titulado: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS - COV -2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, contando con la conformidad de su Asesor;

Que, mediante la R.C.U N°19967-2023-UNJBG, se aprueba el Reglamento General para los programas de Segundas Especialidades de la UNJBG, indica el articulado 4, inciso b. "El asesor de la tesis o trabajo académico profesional a sustentarse, puede formar parte del jurado"

Que, mediante el Informe N°13-2024-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, la designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final presentado por la Lic. Melania Callo Ñaupá, contando con opinión favorable de su asesor;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria No 30220, Art. 169 inc. b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Designar al Jurado Dictaminador, para el Informe Final Titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS - COV - 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020 - 2022**, presentado por la Lic. Melania Callo Ñaupá, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud, con la asesoría de la Dra. María Soledad Porras Roque, y estará conformada por:

Dra. Ingrid María Manrique Tejada	Presidente
Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar	Miembro
Dra. María Soledad Porras Roque	Miembro

ART. 2°: El Jurado Dictaminador nombrado, deberá entregar el Dictamen y/u Observaciones del Informe Final de Tesis en un plazo no mayor de 05 días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rina Myriam Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Distrib.: 2da Esp. Enferm., Arch.



Vanessa Varleth Valle Cohala
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVVC/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

Resolución de Facultad de ejecución



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°11936-2023-FACS/UNJBG

Tacna, 11 de abril del 2023

VISTO:

El Informe N° 51-2023-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita modificación de R.F N°111888-2023-FACS/UNJBG designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Melania Callo Naupa;

CONSIDERANDO:

Que, se aprueba la R.F N°11188-2023-FACS/UNJBG con fecha 08.04.22, donde se autoriza la ejecución de Tesis presentado por las Est. Lic. Melania Callo Naupa y Est. Lic. Lizbeth Rubeyza Tiña Paz, con la asesoría de la Dra. María Soledad Porras Roque ;

Que, la Est. Lic. Lizbeth Rubeyza Tiña Paz, presenta su solicitud que, por motivos personales no podrá continuar con la ejecución del Proyecto de Tesis, quedando solamente la Est. Lic. Melania Callo Naupa con el Proyecto de Tesis: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS - COV - 2 EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2021**

Que, mediante el Informe N° 51-2023-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita la modificación de la R.F N°11188-2023-FACS/UNJBG, quedando solamente la Est. Lic. Melania Callo Naupa, con el Proyecto de Tesis, el cual ha modificado su título, con la aprobación de su asesora siendo: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS - COV - 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022**, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria No 30220, Art. 169 inc. b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la modificación de la R.F N°11188-2022-FACS/UNJBG quedando solamente la Est. Lic. Melania Callo Naupa con el Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS - COV - 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2022**, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Melania Callo Naupa, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Jenny Concepción Mendoza Rosado
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Distr.: 2da ESEN, arch.



Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

IEPG/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

Carta de presentación a la institución donde lo realizo

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Dr. Percy Huancapaza Chambi
Director Regional de Salud Moquegua

**SOLICITO: REGISTRO DIARIO DE MORTALIDAD POR COVID-19 DE 2020
AL 2021**

Por medio de la presente me dirijo a Ud. Para saludarlo cordialmente y manifestarle que habiendo culminado satisfactoriamente nuestros estudios de segunda especialidad y dando continuidad a los tramites de titulación, la lic. Callo Ñaupa Melania, Tiña Paz Lizbeth Rubeyza egresados de la segunda especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna, soicitamos a Ud. Nos pueda brindar las faciildades para poder contar con la información para elaborar nuestro proyecto de investigación **“Factores de riesgo asociados a la mortalidad por sars cov-2 en los adultos mayores atendidos en el hospital regional Moquegua 2020 – 2021”**, ante ello se solicita la información de registro diario de mortalidad por sars cov-2 excluyendo los datos personales del reporte como: nombres y apeiiidos, dni y teléfono. Cuaiquier información u coordinación se especifica a los siguientes correos. cmelania326@gmail.com

Dichos resultado de investigación será emitidos a su entidad para su conocimiento y acciones que se puedan implementar de acuerdo a las conclusiones emitidas.

Por lo tanto, Ruego a Ud. Acceder a mi solicitud por ser de gracia que espero alcanzar

Adjunto: resolución de aprobación de proyecto

Moquegua, 01 de Junio del 2022

Atentamente,

Melania Callo Ñaupa
DNI: 46651574

Lisbeth R. Tiña Paz
DNI: 70440079





DIRECCION REGIONAL DE SALUD

INFORME N° 073 - 2022-DRM-DIRESA/DR-DGDRH-UFRH

N° Doc.	01656929
N° Exp	01165771

A: **ABOG. MAYRA PATRICIA MANRIQUE FLORES**
DIRECTORA EJECUTIVA DEGDRH

ASUNTO: **SOLICITUD DE REGISTRO DIARIO DE MORTALIDAD POR COVID-19 DE 2020 AL 2021**

REFERENCIA: **SOLICITUD CON REGISTRO N° 3491-22**

FECHA: **MOQUEGUA 8 DE JUNIO DE 2022**

Por medio del presente y en atención al documento de la referencia, mediante el cual las personas de MELANIA CALLO ÑAUPA y LISBETH R. TIÑA PAZ, solicitan información sobre registro diario de mortalidad por COVID-19 para la elaboración de su proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POR SARS COV-2 EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2020-2021", solicito y sugiero que dicho solicitud sea trasladada a la DEPPCS – UFEI, dado que son ellos los responsables de la información solicitada.

Adjunto documento de la referencia en 3 folios.

Es cuanto hago de vuestro conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente;

M.LINARES/UFRH
c.c.archivo

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
LIC. MIRIAM S. LINARES ZUNIGA



DIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
MOQUEGUA 08 DE 06 DEL 20 22
FASE A: DEPPC
PARA: Atencion

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ABOG. MAYRA PATRICIA MANRIQUE FLORES
CAM. N° 786
DIRECTORA EJECUTIVA



7/6/22



DIRECCION REGIONAL DE SALUD

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Nº Doc	1698249
Nº Exp.	1165771

Moquegua, 22 de julio del 2022

OFICIO N° 1691 -2022-GRM-DIRESA/DR-DEPPC-UFEP

**SRTA.
LIC. MELANIA CALLO ÑAUPA**

CIUDAD.-

**ASUNTO: REGISTRO DE MORTALIDAD POR COVID-19 2020-2022
REFERENCIA: INFORME N° 073-2022-DRM-DIRESA/DR-DGDRH-UFDRH**

Por el medio del presente me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, de la Lic. Callo Ñaupá Melania, egresada de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann -Tacna. Se brinda las facilidades de información solicitada para dicho trabajo a realizar sobre los **"Factores de riesgo asociados a la mortalidad por Sars cov-2 en los adultos mayores atendidos en el Hospital Regional Moquegua 2020 – 2021"**. El cual culminado dicho estudio de investigación se emitirá una copia del estudio para su conocimiento.

Adjunto <https://bit.ly/drsmfallecidos>.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, es oportuno renovar le muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
[Signature]
M.C. FLOR DE MARIA CURI TITO
C.M.P. 27551
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA



FMCT/DIRESA
JJFM/DEPPC
CDFOUFEPI
jsp/ae
CC. UFEP
Archivo
FOLIO 02

Dirección Regional de Salud Moquegua – Telefax N° 053462196
Av. Bolívar s/n e-mail: saludmoquegua@regionalsaludmoquegua.gob.pe
www.regionalsaludmoquegua.gob.pe

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Moquegua, 8 de Marzo del 2023

CARTA N° 01 -2023-GRM-DIRESA/DR-DEPPC-UFEP

SRTA.
LIC. MELANIA CALLO ÑAUPA

CIUDAD:

ASUNTO: REGISTRO DE MORTALIDAD POR COVID-19 2020-2022
REFERENCIA: OFICIO N°1641-2022-GRM-DIRESA/DR-DEPPC-UFEP

Por el medio del presente y en atención al documento de la referencia de la lic. Callo Ñaupá Melania, egresada de la segunda especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna. Quien, en una primera oportunidad solicitó información del año 2020 al 2021 de acuerdo al documento de referencias, y en esta oportunidad solicita información del año 2022 para completar el trabajo de investigación sobre los “Factores de riesgo asociados a la mortalidad por sars cov-2 atendidos en el Hospital Regional Moquegua 2020 – 2022”. El cual culminado, emitirá una copia para conocimiento y difusión de la situación hallada en dicho trabajo de investigación.

Adjunto:<https://bit.ly/drsmfallecidos>

Atentamente,



PHCH/DIRESA
JFM/DEPPC
CDFO/UFEP
jsp/ae
CC. UFEP
Archivo

GERENCIA REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
SUB GERENCIA DE PLANEAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL EN SALUD

LIC. CARMEN D. FARFAN OBANDO
RESPONSABLE
UNIDAD FUNCIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

CONSISTENCIA DE MATRIZ

FORMULACIÓN	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA VALORATIVA (FICHA - DOCUMENTAL)	ITEMS	ESCALA MEDICION	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020-2022?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por SARS-COV-2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Moquegua – 2020- 2022.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Determinar los factores biológicos, edad, sexo, estado nutricional y comorbilidad que llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos</p>	<p>Existe factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020- 2022.</p> <p>No existe factores de riesgo asociados a la Mortalidad por SARS-COV-2 atendidos en el Hospital regional Moquegua 2020- 2022.</p>	V. I. Factores de Riesgo	Factores Biológicos	Edad	Grupos etareos	1	Razón	<p>Es una investigación con enfoque cuantitativo no experimental, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La población está conformada por 627 pacientes hospitalizados entre recuperados y fallecidos 2020 - 2022 según base de datos de COVID-19 del HRM.</p> <p>No se realizó cálculo de la muestra ya que se trabajó con base de datos que registran en sistema que cumplen los criterios de selección en un muestreo no probabilístico por conveniencia.</p>
					Sexo	Masculino	2	Nominal	
						Femenino			
					Estado Nutricional	Delgadez (≤ 18.4)	3	Razón	
						Normopeso (18.5 – 24.9)			
						Sobrepeso (25 – 29.9)			
				Obesidad (30 – 39)					
					Obesidad Morbida (≥ 40)				
				Comorbilidad o factor de riesgo	Enf. Cardiovascular	4	Nominal		
					Diabetes mellitus				
					Enf. Cerebro vascular				
					Enf. Renal crónica				
					VIH				
Cáncer									
Factores Epidemiológicos	Confirmado	5							
	Probable								
	Sospechoso								

<p>Establecer los factores epidemiológicos, contacto directo y clasificación de casos que llevaron a la morbimortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos</p> <p>Establecer los factores clínicos llevaron a la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.</p> <p>Asociar los factores de riesgo y la mortalidad por SARS-COV-2 en los pacientes atendidos.</p>				Contacto directo	Si	6	Nominal	<p>Criterios de inclusión:</p> <p>Según base de datos donde se registran que los pacientes que ingresaron a hospitalización por covid-19 hasta mayo 2022.</p> <p>Según base de datos de los pacientes que registren con datos requeridos completos.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>Pacientes que fueron descartados como caso covid-19 según base de datos.</p> <p>Pacientes que fallecieron y no fueron registrados en la base de datos del hospital regional Moquegua.</p> <p>Pacientes que no cumplen con datos completos según base de datos.</p>	
					No				
					Desconoce				
				Factores Clínicos SARS-COV-2	Signos y Síntomas	Tos			7
						Dolor de Garganta			
						Congestión Nasal			
						Dificultad Respir.			
						Fiebre			
						Escalofríos			
						Malestar General			
						Diarrea			
						Náuseas y Vómitos			
						Cefalea			
						Anosmia			
Ageusia									
Dolor de Muscular									
Dolor de Pecho									
Dolor de Abdominal									
Dolor de Articulaciones									

					Tiempo de demora en Diagnóstico N° Días	<14 (incubación)	8	Ordinal	<p>Técnica</p> <p>En el mencionado proyecto de investigación la técnica que se utilizó la guía de análisis de documentación, la fuente es secundaria por que se utilizó base de datos de fichas epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de COVID 19.</p> <p>Instrumento</p> <p>Uno relacionado a los factores biológicos.</p> <p>El segundo a los factores epidemiológicos</p> <p>El tercero a las características clínicas del SARS-COV -2.</p>		
						≥ 15 (transmisión)					
					Ingreso a Uci	Si / No	9	Nominal			
					Tiempo estancia uci	0-5 días corto	10	Razón			
						6 -13 días (est. intermedia)					
						≥ 14 días (est. prolongado)					
					Ingreso a Hospitalización	Si / No	11	Nominal			
					Tiempo estancia Hospitalización	0-5 días corto	12	Razón			
						6 -13 días (est. intermedia)					
						≥ 14 días (est. prolongado)					
			V. D. Mortalidad Por SARS-COV-2	Condición de Egreso	Fallecido	Si/ No	13	Nominal			
					Recuperado						