



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS
DE PACIENTES COVID-19 FALLECIDOS, EN EL HOSPITAL
SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS, 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS**

AUTOR:

LIC. LOAYZA PEREZ, MAYRA LISETH

<https://Orcid.org/0000-0002-1522-0650>

ASESOR:

Mg. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY

<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

2022

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS.....	25

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.....	30
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
ANEXO C. HOJA DE INFORME DE SIMILARIDAD.....	34

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el hospital subregional de Andahuaylas, en el periodo enero a junio del 2021. **Material y método:** enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal. Las unidades muestrales son 341 de historias clínicas de pacientes que fallecieron con COVID-19 de enero a junio de 2021 en el hospital. Se aplicará un instrumento validado y confiabilizado. Para medir la variable factores Sociodemográfico consta de 13 ítem con 4 dimensiones: edad, sexo, procedencia, estado civil con valores finales de 1 si es afirmativo y 0 si no lo es; mientras la variable factores clínicos cuenta con 19 ítem con 2 dimensiones: factores de riesgo, signos y síntomas obteniendo como resultado final 1 si es afirmativo y 0 si no lo es. **Resultados:** Los datos recolectados se procesarán y tabularán usando el estadístico SPSS versión 25 de IBM para presentar los resultados, así como tablas y gráficos en Excel. **Conclusión:** los resultados de estudio permitirán identificar los principales factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el hospital Andahuaylas, lo cual permitirá un planeamiento estructurado para la implementación de acciones priorizadas que mejoren la capacidad de respuesta sanitaria ante eventual rebrote de la pandemia.

Palabras clave: COVID-19, factores de riesgo, factores sociodemográficos, factores clínicos, mortalidad (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and clinical factors of patients who died of COVID-19 in the subregional hospital of Andahuaylas, from January to June 2021.

Material and method: quantitative, descriptive approach, non-experimental, cross-sectional design. . The sample units are 341 medical records of patients who died with COVID-19 from January to June 2021 in the hospital. A validated and reliable instrument will be applied. To measure the Sociodemographic factors variable, it consists of 13 items with 4 dimensions: age, sex, origin, marital status with final values of 1 if it is affirmative and 0 if it is not; while the variable clinical factors has 19 items with 2 dimensions: risk factors, signs and symptoms, obtaining as a final result 1 if it is affirmative and 0 if it is not. **Results:** The collected data will be processed and tabulated using IBM's SPSS version 25 statistics to present the results, as well as tables and graphs in Excel. **Conclusion:** the results of the study will allow the identification of the main sociodemographic and clinical factors of the patients who died of COVID-19 at the Andahuaylas hospital, which will allow a structured planning for the implementation of prioritized actions that improve the health response capacity in the event of an eventual outbreak of COVID-19. the pandemic.

Keywords: COVID-19, risk factors, sociodemographic factors, clinical factors, mortality (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

Un sorprendente virus SARS-COV se propago a una velocidad rápido de persona a persona en el 2019, dando inicio en Wuhan-China, logrando diseminarse a nivel global, siendo, por tanto, declarado oficialmente por la OMS, el 11 de marzo de 2020, como pandemia, en ese periodo se identifica los primeros casos de neumonía atípica, que luego de estudios iniciales de identificación del patógeno se llegó a la conclusión que se trataba de un nuevo betacoronavirus llamado como coronavirus 2 del Síndrome respiratorio agudo severo – SARS-CoV-2, por su similitud con el virus SARS-COV y del síndrome respiratorio del medio oriente MERS-CoV (1).

Según la Universidad Jhons Hopkins, nivel de continentes, en el 2021, un aproximado de 4,8 millones de fallecidos por COVID-19, en Asia donde se originó el brote, la cantidad de fallecidos es de un millón de casos, en Europa, es poco más de 265.000. Actualmente el continente con mayor cantidad de fallecidos por COVID-19 es América, que supera los dos millones de decesos, igualmente los casos de decesos por COVID-19 bordea los 4,8 millones de muertes, China, lugar donde apareció el virus, con aproximadamente 4.636 casos, país donde ya no se constituye en el territorio donde el coronavirus ha cobrado más vidas, sino, ahora Estados Unidos lidera los casos con 716.847 fallecidos, seguido de Brasil con 596.800; India con 448,372, México con 277,505, Rusia con 208,142, Perú con 199,395, Indonesia con 142,026, A 1 de octubre de 2021, había más de 234,7 millones de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo (2).

En ese contexto, a nivel global, en el 2020, estuvimos siendo testigos de la mayor crisis sanitaria que surgió en China, del presente siglo causado por la pandemia por SARS-CoV-2, cuya gran demanda de pacientes, ha generado desborde y colapso de los sistemas de salud, evidenciando serias limitaciones para enfrentar la pandemia en muchos países. Situación que obligó a los gobiernos, implementar estrategias de mejora de la capacidad de respuesta sanitaria en todos los niveles de salud, priorizando a nivel hospitalario, los servicios de triaje, internamiento, emergencias,

urgencias, cuidados intensivos, laboratorio, etc., incluso la puesta en operación de centros temporales de internamiento específicos COVID-19 no convencionales (3).

Según reporte, en la Republica, 2021, se registra en Estados Unidos el caso uno de América, incrementándose a partir de marzo de manera exponencial, siendo actualmente el centro de la pandemia, junto a la India y Brasil. El primer caso en Sudamérica se da en Argentina en febrero del 2020, liderando la estadística junto a Brasil, Colombia y Perú. En nuestro país, se reporta el primer caso en Lima un 6 de marzo de 2020, extendiéndose de manera preocupante los casos positivos: con 13,836,430 muestras tomadas (entre pruebas serológicas PCR, pruebas antigénicas y pruebas rápidas), se observa 2,036,449 casos positivos para SARS-CoV-2 y 191,073 fallecidos, que representa una tasa de letalidad del 9,38%, una de las más elevadas a nivel mundial (4).

La agresividad en las tasas de morbilidad y letalidad de esta enfermedad, plantea la necesidad de estudios en distintos grupos de edad, factores demográficos y características clínicas involucradas, teniendo como uno de los objetivos, la implementación de acciones de planeamiento, organización y mejora de la respuesta sanitaria ante la pandemia (5). La información según, OMS, en el 2021, realiza un reporta nivel mundial 179.541.481 infectados, de los cuales 3.890.437 han fallecido, siendo los países más afectados según orden de prelación: Estados Unidos, India, Brasil, Francia, Turquía, Rusia, Reino Unido, Argentina, Italia, Colombia, España, Alemania, Irán (6).

El primer caso en Sudamérica se da en Argentina en febrero del 2020, liderando la estadística junto a Brasil, Colombia y Perú. En nuestro país, se reporta el primer caso en Lima, marzo de 2020, extendiéndose de manera preocupante los casos positivos: al 23 de junio del 2021, con 13,836,430 muestras tomadas (entre pruebas serológicas PCR, prueba antigénica y pruebas rápidas), se observa 2,036,449 casos positivos para SARS-CoV-2 y 191,073 fallecidos, que representa una tasa de letalidad del 9,38%, una de las más elevadas a nivel mundial (7).

Según un estudio sobre el SARS-CoV-2 con 1099 pacientes en china, señala que la fiebre con un 88.7% de casos, la tos con un 67%, náuseas y vómitos en un 5% y diarrea con cerca del 4%, son los síntomas más frecuentes. (x1). Mientras que otro estudio realizado igualmente en China, señalan a la fiebre (92%) y tos (70%), como los síntomas más frecuentes al principio de la enfermedad, teniendo como otros síntomas más frecuentes en pacientes fallecidos a la disnea (62%) y dolor pectoral (49%), seguida de la fatiga y tos productiva; como síntomas menos frecuentes a la anorexia, diarrea y mialgia (8).

Las complicaciones de pacientes, están relacionados a los factores de riesgo descritos, un estudio en Italia, en el 2020, con 1591 pacientes internados en UCI con SARS-CoV-2, el 82% fueron hombres con un promedio de 63 años, 68% con al menos 1 comorbilidad, a predominio de la hipertensión arterial con un 49%, seguida de enfermedad cardiovascular 21%, hipercolesterolemia con el 18% y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica apenas el 4% (9).

La difícil situación que se vive a nivel mundial con la pandemia, a causa de esta enfermedad COVID – 19 manifestándose en las personas cuadros asintomáticos, sintomáticos, teniendo un cuadro clínico de síndrome respiratorio con síntomas como: dificultad para respirar, fiebre alta, dolor torácico, pulso irregular, llegando a producir una falla multisistémica posteriormente la muerte en las personas (10).

Se han realizado análisis de cambios de comportamiento de mortalidad por COVID-19 en distintos espacios territoriales, la mayoría desde un enfoque descriptivo explicativo. Estudios en Europa, asocian su ocurrencia, a factores sociodemográficos y clínicos, resultados científicos, que permitieron inicialmente implementar políticas de cerco epidemiológico territoriales, considerando evolución y expansión de la pandemia según diferencias por edad, sexo, grado de instrucción, nivel socioeconómico, presencia de comorbilidades clínicas frecuentes, entre otros (11).

Estudios realizados, 2020, la mortalidad global por COVID-19 es diversa y controversial; su interpretación sigue siendo un reto debido a la diversidad de fuentes y escalas utilizadas, asimismo a diversos tipos de sesgos como: vigilancia y notificación

epidemiológica, sesgos del resultado clínico (recuperación o muerte) de casos recientes que puede ser incierto, al retraso de diagnóstico temprano de la enfermedad (por limitaciones en la aplicación como en la capacidad de pruebas diagnósticas de laboratorio, donde generalmente las personas analizadas son sólo las que presentan síntomas moderados a severos), que puede disfrazar la real tasa de letalidad (12).

Se han realizado análisis, en el 2020, sobre cambios de comportamiento de mortalidad por COVID-19 en distintos espacios territoriales, la mayoría desde un enfoque descriptivo explicativo. En estos estudios en Europa, asocian su ocurrencia, a factores sociodemográficos y clínicos, resultados científicos, que permitieron inicialmente implementar políticas de cerco epidemiológico territoriales, considerando evolución y expansión de la pandemia según diferencias por edad, sexo, grado de instrucción, nivel socioeconómico, presencia de comorbilidades clínicas frecuentes, entre otros (13).

En este periodo, estos indicadores de mortalidad por COVID-19 tienen serias debilidades como subregistro marcado, existencia de fuentes diversas no estandarizadas. En genérico, por la información gruesa que se tiene de la evolución de la enfermedad, se observa que la mortalidad es mayor en varones que en mujeres; sin embargo, al parecer durante el presente año, éstas diferencias se vienen estrechando, mostrando que no existe un patrón de comportamiento de la morbilidad y mortalidad por COVID-19, se asume, atribuido a causas multifactoriales, siendo relevante la desorganización, improvisación y descoordinación de las instituciones responsables de información (14).

Al no existir fuentes fidedignas, la mortalidad por COVID-19 en nuestro país, se ha utilizado ocasionalmente como logros en la lucha contra la pandemia, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad en adultos mayores; sin embargo, se observa paralelamente, incremento del mismo en infantes, adolescentes y gestantes (15).

Sin embargo, Ministerio de Salud, en el 2020, informa que es una debilidad la diversidad de sistemas informáticos del MINSA, EsSalud y privados; que, visto los hechos, requieren de estandarizarse y usar tecnología de punta en información, pues

a la fecha, no hay resultados expectantes sobre manejo de indicadores de mortalidad, que no permiten, en el caso del COVID-19, un análisis factorial, constituyéndose en un obstáculo para analizar tendencias de mortalidad en el tiempo, como para implementar políticas de trabajo sanitario preventivo y recuperativo (16).

Defensoría del Pueblo, en el 2020, reporta la situación que ha generado distorsión del comportamiento de la mortalidad, al presumir un menor riesgo de contagio en las mujeres, asumiendo condiciones biopsicosociales de mayor resistencia al COVID-19, afirmación que parece incierta, ya que se sabe que esta enfermedad, no discrimina sexo, edad ni condición biopsicosocial alguna, que ha generado temores y hasta pánico injustificados mucho de ellos (17).

Teniendo en cuenta el escenario que la región Apurímac, reporta, CENEPRED, 2020, no es ajena a la problemática descrita; el hospital de Andahuaylas, si bien se cuenta con registros de mortalidad de pacientes con Covid-19, existen problemas para el registro por causas y características poblacionales, problema que ocurre a nivel nacional, mayor aún si consideramos que se asume un considerable sub registro de mortalidad por problemas de diagnóstico de Covid-19, por pacientes que teniendo la enfermedad, fallecen en sus domicilios, entre otros. Urge establecer políticas de salud al respecto, para diferenciar mortalidad por Covid-19 de mortalidad por otras causas (18).

La diversidad estructural de las transiciones demográficas se asocia a la conducta de la mortandad. En ese aspecto Anderson(19), en el 2021, clasifican estas circunstancias en cuatro etapas de transición demográfica en localidades pequeñas o con reducida mortandad: a) la pre transitoriedad, con poblados de alta mortandad e incremento poblacional sostenido; b) la transitoriedad moderada, donde persiste una considerable mortandad, a pesar de su disminución significativa; c) descenso de la mortalidad; d) descenso incipiente o transición avanzada, donde los casos y la mortandad son relativamente bajos. ya que el requisito más importante que requiere es la fuente de registro de información, lo cual tienen debilidades serias en todo el país en general, de manera tal que no es posible una adecuada comparación de la mortalidad relacionada a la prevalencia en distintos zonas o territorios.

Los factores sociodemográficos del presente estudio son: edad, sexo, procedencia, estado civil. Se define morbilidad al índice de pacientes con COVID-19, que se utilizará para compararla de aquellos pacientes que presentaron o no comorbilidades al contraer el COVID-19, que posteriormente fallecieron; la edad, es cronológica distribuidos en grupos etarios que permitirá un análisis diferenciado de la mortalidad por grupo etario del paciente; el sexo, masculino o femenino, igualmente permitirá un análisis diferenciado por género; la procedencia, permitirá un análisis sociodemográfico según distrito de procedencia; el estado civil, representa un nivel social, que permite observar diferencias según perfiles epidemiológicos, si bien no es relevante, permite indirectamente conocer una causalidad externa del contagio por COVID-19. Los factores clínicos se refieren a la presencia de a) factores de riesgo y/o comorbilidades como: adulto mayor, hipertensión, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica, asma, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, tratamiento inmunosupresor; y b) signos y síntomas como: fiebre, tos, disnea, odinofagia y rinorrea, diarrea, náuseas y vómitos y alteraciones del gusto u olfato, sobre los cuales no cabe un pronóstico definido (20).

En nuestro sistema sanitario, se implementó un registro de reporte entre el 2007-2015 y hasta la actualidad, permite analizar de indicadores de morbilidad. Además de mejorar el registro de datos e información, el beneficio de la implementación de esta teoría, son las políticas de mejora de base de datos e información, que incluye, la implementación paulatina de programas informáticos de registro de casos, importante para la vigilancia y monitoreo de casos (21).

Sin embargo, persisten problemas sobre el adecuado reporte y registro de información, el cual no está estandarizado entre EsSalud, Ministerio de Salud y demás instituciones de salud pública y privada, se considera importante sub registro por falta de cobertura en el registro de defunciones, que no permite un adecuado análisis del comportamiento de la mortalidad, que a su vez impide constituirse como herramienta importante para establecer políticas de salud preventiva y/o recuperativa (22).

Según estudio sobre la teoría ambiental formulada por Florence Nightingale en el año 1859 (ícono de la enfermería profesional, considerada fundadora de la enfermería moderna en el mundo), destaca la vigencia e importancia de dicha teoría ambientalista, a pesar de haberse escrito hace más de 150 años, a través de dos aspectos trascendentales: la higiene y el control del medio ambiente personal y familiar, en la prevención de la pandemia por SARS COV-2 (23).

Esta teoría, respalda acciones sanitarias de gran importancia en la actualidad, aplicables en el marco de la lucha contra la pandemia por coronavirus como: la higiene que previene la morbilidad; el ambiente personal y familiar limpio, para disminuir el número de casos positivos COVID-19, el lavado de manos, aspectos de alta contribución en la prevención y/o disminución significativa de morbilidad y mortalidad tanto en el hogar como en los servicios de salud, ya que la mayoría de microorganismos transitorios que existe en las manos, adquiridos por contacto con personas o de materiales infectados, en su mayoría, se eliminan fácilmente con un lavado correcto de manos (24).

Se concluye que la teoría de Florense, que promueve medidas preventivas recomendadas por la OPS, particularmente el lavado de manos y evitar ambientes cerrados, son fundamentales para controlar la diseminación del COVID-19, en consecuencia, contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad en el contexto de la pandemia (25).

Muñoz y colaboradores (26), en España, en el 2021, realizador un estudio de cohortes y multicéntrico en los 14 hospitales públicos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, determinaron las características y factores de riesgo asociados a mortalidad de pacientes con neumonía por COVID-19, encontró como aspectos protectores: sexo femenino, anosmia, tos, cloroquina y azitromicina; y, como factores de riesgo: mayor de 50 años, obesidad, patología cardíaca, fiebre, disnea, infiltrados pulmonares, linfopenia, dímero D superior a 1000 ng/ml y requerimiento de ventilación mecánica. Asimismo, mayor supervivencia en mujeres (75,7%) que en varones (72,1%); disminuyendo este índice de supervivencia en tanto aumenta la edad. Concluyeron que identificar los factores protectores o facilitadores de mortalidad son útiles para un

manejo estratificado de pacientes por criterios de severidad, mejorando el manejo clínico de los pacientes.

Miro y colaboradores (27), en España, en el año 2020, en su estudio de cohorte Siesta, conformada por pacientes COVID de 62 hospitales españoles en los hospitales con el objetivo de comparar las características demográficas y comorbilidad de fallecidos con COVID-19, en función de si ingresaron o no en cuidados intensivos, encontró que la posibilidad de ingresar a UCI de pacientes fallecidos disminuyó considerablemente al incrementar el índice de comorbilidad de Charlson (ICC). Tres de las veinte características analizadas: la demencia, cáncer activo y la edad, no tienen relación directa con el ingreso a UCI. El estudio concluyó que el perfil de los fallecidos con COVID-19, que no ingresaron a UCI, es similar a lo que ocurre en etapa sin pandemia; asimismo, los aspectos que limitaron el ingreso a UCI fue la edad y comorbilidad del paciente.

Li y colaboradores (28), en Wuhan-China, en el 2020, desarrollo un estudio cohorte ambispectivo, en su investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo de gravedad y mortalidad en adultos hospitalizados por COVID-19, encontraron que factores como sexo masculino, edad avanzada, leucocitosis, alto nivel de lactato deshidrogenasa, cardiopatía, diabetes y uso agresivo de corticoesteroides se relacionaron con la muerte en pacientes COVID-19 severos, presentando un 32,5% de mortalidad en este tipo de pacientes. Concluyó que los pacientes adultos mayores, hipertensión y elevado índice de lactato deshidrogenasa, requieren atención temprana y mayor vigilancia para evitar COVID-19 severo; asimismo, que los varones graves con cardiopatía, diabetes y que usan corticosteroides a dosis elevadas tienen mayor probabilidad de fallecer.

Molina(29), en Colombia, en el año 2020, en su investigación con el propósito de describir las características clínicas y sociodemográficas de aquellos pacientes que fallecieron con diagnóstico de COVID-19 en todo el territorio de Colombia, reportados desde el 6 de marzo al 15 de mayo de 2020 por el instituto nacional de salud, encontró que de 546 fallecidos, el 60,8% fueron varones, con una mediana de 69 años,, el 73,3% mayores de 60 años, siendo los factores de riesgo más frecuentes; hipertensión arterial

(37,9%) diabetes mellitus (18,7%), EPOC (17,3%), cardiopatía previa (15,2%). Concluyeron que la tasa de mortalidad por COVID-19 en Colombia era de 3,8%, la mayor proporción de casos tuvieron condición clínica de riesgo previa, a predominio de la hipertensión arterial, siguiendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipotiroidismo relevantes en Colombia.

Por otro lado, Velásquez (30), en Perú en el año 2020, en su estudio de investigación observacional, retrospectiva, transversal, la muestral fue de 14 pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 que fallecieron, determinado por criterios de inclusión y exclusión, mediante muestreo por conveniencia tuvo como objetivo determinar las características clínicas y epidemiológicas en fallecidos por COVID-19 en un hospital público, llegó a la conclusión que los pacientes fallecidos fueron adultos mayores (65,7%), con predominio del sexo masculino (74,65%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (49,0%), diabetes mellitus (17,5%) y obesidad (15,8%). La media de la saturación de oxígeno fue (81,06%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: disnea (90,4%), tos (57,0%) y fiebre (47,4%).

Asimismo, Escobar (31) en el Perú, en el año 2020, en su estudio con el objetivo de conocer las características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos con COVID-19 en un hospital público de Lima, coincidió con hallazgos en estudios similares. Concluyó que las características más frecuentes de los fallecidos con Covid-19 fueron: neumonía bilateral grave (85%), a predominio de varones (79%); teniendo como factores de riesgo más frecuentes: adulto mayor (89%), hipertensión arterial (80) y obesidad (74%).

Murrugarra (32) en Perú, en el 2020, realizo un estudio descriptivo tuvo como población pacientes fallecidos con resultado positivo a infección por SARS-CoV-2, con el propósito de determinar los factores sociodemográficos y clínicos presentes en fallecidos con COVID-19 en un hospital de Chocope, en 208 historias clínicas de pacientes, encontró que los mayores de 65 años son los más numerosos (51.9%), seguido de adultos de 45 a 65 años (37.55), siendo más frecuente en los varones (60.4%) que en las mujeres (39,6%). Según los factores clínicos: la presencia de

factores de comorbilidad fue el más frecuente (74,5%), con antecedentes epidemiológicos un 4,8% y con estado de salud reservado el 92,3%. Concluyendo que los factores más frecuentes presentes en fallecidos por coronavirus son: la edad, las comorbilidades y el estado de salud.

La importancia del presente trabajo académico, radica en que sus resultados, nos permitirá conocer el comportamiento de la mortalidad de pacientes con COVID-19 en el hospital de Andahuaylas; asimismo, identificar en ellos, los factores sociodemográficos y clínicos, más prevalentes. El propósito del estudio es que se constituya en línea de base para diseñar un mapa real del comportamiento y transición de la mortandad por COVID-19 en el hospital, pudiendo polarizarse a nivel provincial; para lo cual se considerará los datos de pacientes fallecidos en el hospital durante los meses de enero a junio del 2021. Describimos las características y exploramos los factores de riesgo asociados a la mortalidad, con el fin de mejorar nuestro conocimiento en el diagnóstico, evolución clínica y el pronóstico y facilitar así la mejora del tratamiento de esta enfermedad.

Casi la totalidad de artículos e investigaciones relacionados al objeto de estudio, proceden de países desarrollados; a nivel nacional, son muy escasos, y los que existen, básicamente tratan sobre factores sociodemográficos gruesos, aisladamente estudios sobre factores clínicos; situación que resalta la importancia del presente estudio, a fin de sentar las bases sobre los factores sociodemográficos y clínicos más frecuentes asociados en pacientes fallecidos con COVID-19.

Respecto a la justificación teórica, podemos precisar que luego de una búsqueda de base de datos, repositorios y otros, casi la totalidad de estudios relacionados al tema objeto de análisis, proceden de países de Europa, Asia y Norteamérica, son muy escasos los estudios y artículos científicos encontrados en nuestro país sobre mortalidad de pacientes con COVID-19 asociado a factores sociodemográficos y clínicos de paciente, probablemente atribuidos a que estamos ante una enfermedad desconocida hasta el 2020 que inicio la pandemia, mucho más para países que no tienen desarrollado la respuesta epidemiológica, diagnostica y clínica para enfrentar esta nueva enfermedad que afecta a toda la humanidad; en tal sentido, los aportes

teóricos del presente estudio, contribuirá en la brecha y vacíos de conocimiento sobre el tema.

Respecto a la justificación práctica del estudio, los resultados se constituirán como insumo para mejorar y estandarizar en el hospital, el registro de mortalidad por COVID-19 según factores sociodemográficos y clínicos, implementación que podría polarizarse a nivel regional; el cual a su vez permitirá un mapeo del comportamiento del COVID-19 según factores sociodemográficos y clínicos y establecer una atención diferenciada de pacientes según factores de riesgo; finalmente se constituye como un estudio línea de base para estudios posteriores con abordaje de mayor detalle. La relevancia social se deriva de los beneficios del aporte práctico del estudio, ya que permitirá un ordenamiento y atención diferenciada según enfoque de riesgo de pacientes por COVID-19, diferenciándolas de otras causas de mortalidad.

La justificación metodológica radica en que el presente estudio, utiliza el método científico de forma rigurosa, asimismo, las bases teórica metodológicas científicas establecidas; el estudio utiliza un instrumento de recolección de datos estructurado acorde a nuestra realidad, validado por juicio de expertos, tomando en consideración estudios y/o artículos científicos previos, asimismo, instrumentos estadísticos validados internacionalmente para estudios de investigación; con lo que se garantiza obtener resultados que permitan contribuir en el conocimiento de las variables de estudio en nuestra región.

El análisis descriptivo de la realidad del comportamiento de la mortalidad de pacientes con COVID-19, asociado a factores sociodemográficos y clínicos realizado, con las debilidades de la notificación clínica y epidemiológica de la enfermedad en nuestro país, hace pertinente e importante el presente estudio.

El objetivo general del estudio es determinar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el hospital subregional de Andahuaylas; teniendo como objetivos específicos, identificar los factores sociodemográficos y establecer las principales características clínicas en los pacientes fallecidos por COVID-19 en el Hospital Subregional de Andahuaylas.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo debido a que permitirá conocer la realidad, recolectar los datos y analizarlos utilizando información medible (33). En cuanto al diseño es no experimental ya que la variable será observada según se encuentre en su contexto, quiere decir que no se alterarán los resultados es descriptiva por que se describirá la temática estudiada en la naturaleza donde se desarrolla y es de corte transversal considerando que se realizara una sola medición de los datos, es decir en un periodo determinado (34)

2.2. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

La población a investigar estará conformada por 3000 historias clínicas de los pacientes hospitalizados, que fallecieron con diagnóstico de COVID-19 en el hospital subregional de Andahuaylas, de enero a junio de 2021.

Criterio de Inclusión

- Historias clínicas de pacientes fallecidos con diagnóstico COVID-19 en el hospital subregional de Andahuaylas, entre enero a junio de 2021.
- Historias clínicas completas y legibles.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de pacientes fallecidos sin diagnóstico documentado COVID-19 (prueba de laboratorio e informe radiológico).
- Historias clínicas de pacientes incompletas e ilegibles.

Muestra: se empleará un muestreo probabilístico, al azar simple, para estimar el tamaño de la muestra, utilizaremos la fórmula para población finita con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0.5 (35)

En tal sentido estará conformada por 341 historias clínicas luego de aplicar la fórmula para hallar la nuestra, según los reportes de mortalidad de la unidad de estadística e informática del hospital, 2021.

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Dónde:

N = tamaño de la población. (2200)

Z = nivel de confianza. (1.96)

p = probabilidad de éxito. (0,5)

q = probabilidad de fracaso. (0,5)

n = tamaño de la muestra.

E = Error estándar (0.05)

$$n = 341.$$

2.3. VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

Variable 1: Factores sociodemográficos; es una variable con escala de medición nominal.

Definición conceptual: Los factores sociodemográficos presentan características en los pacientes fallecidos con COVID-19: edad, sexo, procedencia, estado civil (36).

Definición operacional: Factores extraídos de historias clínicas y reportes estadísticos de mortalidad del Hospital subregional Andahuaylas, 2021

Variable 2: Factores clínicas, es una variable cualitativa, con escala de medición es nominal

Definición conceptual: los factores clínicos son las características clínicas patológicas presentes en el paciente y esto parece afectar la tasa de recurrencia y de mortalidad en usuarios con COVID-19 (37).

Definición operacional: Factores extraídos de historias clínicas y reportes estadísticos de mortalidad del Hospital subregional de Andahuaylas.

2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de la investigación se utilizará la técnica observacional y como instrumento una lista de cotejo dicotómica elaborada por Zapata (38) en su investigación “Características Clínico y Sociodemográfico de pacientes fallecidos por covid-19 en el Hospital Regional de Huacho, 2020”, El instrumento medir la variable factores Sociodemográfico consta de 13 ítem con 4 dimensiones: edad, sexo, procedencia, estado civil con valores finales de 1 si es afirmativo y 0 si no lo es; mientras la variable factores clínicos cuenta con 19 ítem con 2 dimensiones: factores de riesgo, signos y síntomas obteniendo como resultado final 1 si es afirmativo y 0 si no lo es.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD: el instrumento fue validado y sometió por juicio de expertos con una prueba piloto de 20 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo como resultado “aplicable” el instrumento y con un nivel de confiabilidad realizado estadísticamente con el estadístico Alfa de Cronbach de 0.96 (39).

2.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Como primera acción previo al inicio del estudio, se presentará una solicitud a la dirección ejecutiva del hospital de Andahuaylas, para que autorice la realización del estudio y disponga las facilidades del caso a los servicios o áreas donde se recabará datos del estudio.

2.5.2. Aplicación del instrumento de recolección de datos

A continuación, con la autorización respectiva, se revisará las historias clínicas según criterios de inclusión, se aplicará la ficha de recolección de datos; selección y

tabulación de datos, procesamiento y análisis estadístico utilizando el estadístico SPSS 25.0 versión de IBM para su posterior evaluación y análisis.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos recolectados serán ingresados en una base de datos conforme al libro de códigos en el SPSS versión 25 de IBM, se utilizará estadística descriptiva y medidas de tendencia central (media, mediana, moda) para presentar los resultados, así como tablas y gráficos en Excel (40).

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación aplicará los principios bioéticos de la siguiente manera:

Autonomía: se garantizará el resguardo de la información encontrada en cada expediente, ratificando nuestro compromiso de ser los únicos responsables de la revisión y tratamiento de los datos del paciente (41).

Beneficencia: en el cumplimiento de este principio, los resultados de este estudio están orientados en lograr determinar los factores sociodemográficos, garantizará el resguardo de la información encontrada en cada expediente (42).

Justicia: todas las historias serán tratadas sin discriminación únicamente se aplicará los criterios de inclusión y exclusión (43).

No Maleficencia: al ser una investigación de revisión documental no se pondrá en riesgo ni dañará la integridad de los pacientes ni de los profesionales mucho menos de la institución (44).

3.2. Recursos Financieros

MATERIALES	2021				TOTAL
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	S/.
Equipos					
1 laptop	1,600.00				1,600.00
Disco duro externo 1 Tb	250.00				250.00
Útiles de escritorio					
Lapiceros	10.00				10.00
Tableros	30.00				30.00
Hojas bond A4		50.00			50.00
Material Bibliográfico					
Libros	70.00	70.00			140.00
Fotocopias	30.00	30.00	30.00	10.00	100.00
Impresiones	20.00	20.00		50.00	90.00
Espiralado	5.00		10.00	10.00	25.00
Otros					
Movilidad	50.00	50.00	100.00	200.00	400.00
Alimentos	50.00	50.00	50.00	100.00	250.00
Telefonía	40.00	25.00	25.00		90.00
Recursos Humanos					
Asesor estadístico	300.00				300.00
Digitador	250.00				250.00
Imprevistos*		100.00		100.00	200.00
TOTAL	2,705.00	395.00	215.00	470.00	3,785.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales [sede web]. OMS; 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Johns Hopkins. COVID-19 Map [sede web]. 2020 [acceso 15 de mayo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y y otros. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*, [revista internet]. 2020. [acceso el 12 de mayo de 2021]; (395): 1054-62. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
4. La Republica. Covid. [sede web]. OMS; 2021 [acceso 20 setiembre 2021] [Internet]. Disponible en: <https://www.larepublica.co/especial-covid-19/peru>
5. Moraga, P., Ketcheson, D. I., Ombao, H. C., & Duarte, C. M. (2020). Assessing the age-and gender-dependence of the severity and case fatality rates of COVID-19 disease in Spain. *Wellcome Open Research*, 5(117), 117. <https://doi.org/10.12688/WELLCOMEOPENRES.15996.1>
6. OPS. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). [sede web]. OPS; 2020 [acceso 20 setiembre 2021] [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQjw4uaUBhC8ARIsANUuDjVvVJiWtMkB_CkTLdtapYwzOoMRenA-iYb1ei5IJJXnL98QCsN0SIcaArpoEALw_wcB
7. J. Reina. El SARS-CoV-2, una nueva zoonosis pandémica que amenaza al mundo. PubMed Central [revista internet]. 2020 [acceso 30 de abril 2022]. 21(1): 17–22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270469/>
8. Escobar, G., Matta, J., Taype, W., Ayala, R., & Amado, J. (2020). Clinical - epidemiological characteristics of patients deceased by COVID-19 in a national

- hospital in Lima, Peru. Revista de La Facultad de Medicina Humana, [revista internet].2020 [acceso 30 de abril 2022]. 20(2): 180-185. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2940>
9. Consalud. Complicaciones clínicas y factores asociados a la mortalidad de la Covid-19 [sede web]. Consalud; 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/complicaciones-clinicas-factores-asociados-mortalidad-covid-19_77231_102.html
 10. Cortes M. Conociendo al coronavirus SARS-CoV-2, protagonista de una pandemia. Acta bioquím. clín. Latinoam. [revista de internet] 2020 [acceso el 10 de mayo 2022]. 54 (3): 333-5. Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572020000300009
 11. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, [sede web]. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/221020_ActuacionesrespuestaCOVID.pdf
 12. Asúnsolo del Barcoa, Ortega M, Epidemiología y salud pública en la epidemia de la COVID-19. Revista PMC [revista de internet] 2020 [acceso el 10 de mayo 2022]. 13(23): 1297–1304 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7759347/>
 13. Pascal B, Chomsky N, Klein N y Hildebrandt C. El coronavirus y su impacto en la sociedad actual y futura. Colegio de sociólogos del Perú. [revista de internet] 2020 mayo [acceso el 10 de mayo 2022]; 1-790. Disponible en: <https://colegiodesociologosperu.org.pe/wp-content/uploads/El-Coronavirus-y-su-impacto-en-la-sociedad-actual-y-futura-mayo-2020.pdf>
 14. OPS. Indicadores de salud. [sede web]. OPS, 2020. [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14

405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es

15. Kristian A, Rambaut, A, Ian Lipkin W, Holmes E; The proximal origin of SARS-CoV-2. Revista *Nature medicine*, [revista internet] 2020 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 26(4), 450-452. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/S41591-020-0820-9>
16. Instituto Nacional de Salud del Niño. Tiempo de pandemia 2020 – 2021, [sede web]. Instituto Nacional de Salud del Niño. 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/tiempos-de-pandemia-2020-2021/>
17. Defensoría del Pueblo: Urge garantizar acceso a información pública sobre el COVID-19 a través de portales de transparencia. [sede web]. Defensoría del Pueblo; 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-garantizar-acceso-a-informacion-publica-sobre-el-covid-19-a-traves-de-portales-de-transparencia/>
18. CENEPRED (Centro nacional de estimación, prevención y reducción de riesgo de desastre). Escenario de riesgo por covid-19 para la ciudad de andahuaylas, provincia de andahuaylas y departamento de apurímac. CENEPRED. 2021 [acceso 20 noviembre 2021] Disponible en: http://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//10824_escenario-de-riesgo-por-covid-19-para-la-ciudad-de-andahuaylas-provincia-de-andahuaylas-departamento-de-apurimac.pdf
19. Geoenciclopedia, Transición Demográfica. [sede web]. Geoenciclopedia. 2020. [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet] Disponible en: <https://www.geoenciclopedia.com/transicion-demografica/>
20. Cooperativa Cl. Estudio: Factores sociodemográficos influyen a la hora de contraer Covid-19. [sede web]. Cooperativa Cl. 2020 [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/estudio-factores-sociodemograficos-influyen-a-la-hora-de-contraer/2020-05->

15/195347.html

21. OMS. Acciones de la OMS frente a la pandemia de covid-19 [sede web]. OMS, 2020. [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet] Disponible en: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/15/las-acciones-de-la-oms-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/>
22. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú. [sede web]. Ministerio de salud, 2020. [acceso el 20 de abril de 2022] [Internet]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf
23. Bernales C, Sanchez H, Hernandez A, Arcia C. Aplicación de la teoría de Florence Nigthingale. Revista ciencia médica. [revista internet] 2012 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 16(4): 3-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n4/rpr02412.pdf#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Florence%20se%20centra%20en%20el,adecuada%20era%20necesario%20disponer%20de%20un%20entorno%20saludable.florecia>
24. Lifeder, Transición demográfica: características y teoría [sede web] Lifeder [acceso el 12 de noviembre de 2021]; [Internet]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/transicion-demografica/#:~:text=Transici%C3%B3n%20demogr%C3%A1fica%3A%20caracter%C3%ADsticas%20y%20teor%C3%ADa.%20La%20transici%C3%B3n%20demogr%C3%A1fica,consecuencia%20de%20la%20llegada%20de%20la%20Revoluci%C3%B3n%20Industrial.>
25. ONU. Diez consejos básicos para protegerse del coronavirus. [sede web]. ONU; 2020 [acceso 20 setiembre 2021] [Internet]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/02/1470361>
26. Muñoz Rodríguez, J. R., Gómez-Romero, F. J., Pérez-Ortiz, J. M., López-Juárez, P., Santiago, J. L., Serrano-Oviedo, L. Características y factores de riesgo asociados a mortalidad en una cohorte multicéntrica española de pacientes con neumonía por COVID-19. Revista Archivos de Bronconeumología [revista internet] 2012 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 57

- (2): 34-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621000958?via%3Dihub>
27. Miró Ò, Alquézar A, Llorens P, Sánchez M, Jiménez S, Del Castillo G. Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos, Revista Nature medicine, [revista internet] 2020 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 45(1), 14-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569120303181?via%3Dihub>
28. Li X, Xu S, Yu M, Wang K., Tao Y y otros. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. Journal of Allergy and Clinical Immunology [revista internet] 2020 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 146(1), 110-118. Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(20\)30495-4/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(20)30495-4/fulltext)
29. Molina L, Tejeda J, Clavijo A, Montoya M, Barrezueta L, Cardona S, Rendón; Características clínicas y sociodemográficas de pacientes fallecidos por COVID-19 en Colombia. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, [revista internet] 2020 [acceso el 12 de mayo de 2022]; 45-51 Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1077/1248>
30. Velásquez S. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional, [Tesis de Titulación]Huancayo-Perú, Universidad Peruana Los Andes[Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1920>
31. Escobar G, Matta J, Características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Rev. Fac. Med. Hum. [revista internet] 2020 [acceso el 12 de agosto de 2021]; 20(2):180-185. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2940/3131>
32. Murrugarra Suarez, Saúl Tomas. Factores sociodemográficos y clínicos relacionados a la mortalidad en pacientes covid-19. Hospital II Essalud –

- Chocope. [Tesis de Maestría]. Perú, Universidad Cesar Vallejo [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49032>
33. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6ta ed. I EM-H, editor. México; 2014. 634 p
 34. Arias F. El Proyecto de Investigación. 6ta ed. Episteme, editor. Caracas; 2012. 143 p
 35. Bernal C. Metodología de la investigación [Internet]. 4ta. Edici. Colombia; 2016. 392 p. Disponible en: https://www.academia.edu/44228601/Metodologia_De_La_Investigaci%C3%B3n_Bernal_4ta_edicion
 36. Real Academia Española (RAE). Definición de Sociodemográfico [sede web]. RAE, 2020. [acceso el 20 de mayo de 2022] [Internet] Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
 37. Glosbe. Factores clínicos [sede web]. Glosbe, 2020. [acceso el 20 de mayo de 2022] [Internet] Disponible en: <https://es.glosbe.com/es/es/factor%20cl%C3%ADnico>
 38. Zapata Rafael, Anais Del Rocio, Características clínico y sociodemografica de pacientes fallecidos por covid-19 en el hospital regional de huacho, 2020 [Tesis de Titulación]. Huacho-Perú, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión [Internet]. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/4712/ZAPATA%20RAFAEL%20ANAIS%20DEL%20ROCIO%20r.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 39. Fonseca A, Martel S, Rojas V, Flores V, Vela S. Investigación Científica en Salud con Enfoque Cuantitativo. Primera. E.I.R.L GD, editor. 2013. 218 p.
 40. Rendón M, Villasís M, Miranda M. Estadística descriptiva. Revista Alergia México [revista en Internet] 2016[acceso 10 de mayo 2022]. 63(4):397–407. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755026009.pdf>
 41. Puyol Á. Hay bioética más allá de la autonomía. Revista de Bioética y Derecho [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de mayo 2022]. 25:45–8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n25/original4.pdf>

42. López L, Zuleta G. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum. Revista de las Ciencias del Espíritu* [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de mayo 2021]. 62(2020):1–30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/frcn/v62n174/0120-1468-frcn-62-174-7.pdf>
43. Molina N. La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética* [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de abril 2022]. 8(2):18–37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>
44. Juvé M, Anton P. Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual. *Nursing. Ed. española* [Revista en internet] 2012 [Acceso 07 de Abril de 2022]; 30(3) :52-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021253821270047X>

ANEXOS

Anexo A. Matriz de Operacionalización

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	N° de ítems	Valores finales	Criterios para asignar valores
Factores sociodemográficos	Cuantitativo o Nominal	Características sociodemográficas de los pacientes fallecidos con COVID-19 (OPS / CEPAL 2020)	Factores extraídos de historias clínicas y reportes estadísticos de mortalidad del Hospital subregional Andahuaylas, 2021	Edad	Niños 0-11	1 -5	Si No	Se obtendrán los valores finales que califican las dimensiones. Valores obtenidos Alto= mayor 9 pts. Medio=5-8 pts. Bajo= menor de 4 pts.
					Adolescentes 12-19			
					Adulto joven 20-44			
					Adultos 45-65			
					Adulto mayor > 65 años			
				Sexo	Masculino	6-7		
					Femenino			
				Procedencia	Urbana	8-9		
					Rural			
				Estado civil	Soltero	10-13		
					Casado			
					Viudo			
					Divorciado			

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	N° de ítems	Valores finales	Criterios para asignar valores
Factores Clínicos	Cuantitativo o Nominal	Entidades clínicas patológicas presentes en el paciente COVID-19 (Shim et al, 2020)	Factores extraídos de historias clínicas y reportes estadísticos de mortalidad del Hospital subregional Andahuaylas, 2021	Factores de riesgo (comorbilidad) (Presencia de 1 o más enfermedades asociadas al desarrollo de complicaciones del COVID-19)	Adulto mayor	1-10	Si No	Se obtendrán los valores finales que califican las dimensiones. Valores obtenidos
					Hipertensión arterial			
					Enfermedad Cardiovascular			
					Enf. pulmonar crónica			
					Asma			
					Diabetes mellitus			
					Obesidad			
					Insuficiencia renal crónica			
					Infección por VIH			
					Tratamiento inmunosupresor			
				Signos y síntomas (Presencia de 1 o más síntomas del COVID-19)	Fiebre	11-17		
					Tos			
					Disnea			
					Odinofagia y rinorrea			
					Diarrea			
					Náuseas y vómitos			
					Alteraciones del gusto u olfato			

Anexo C: Hoja De Informe De Similitud

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	10%	3%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
5	medicina.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Maria Auxiliadora SAC Trabajo del estudiante	1%