



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICO DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES
CON SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PUCUSANA - LIMA,

2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Córdova Lluén, Christian Mario

Asesor:

Gonzáles Toribio, Jesús Ángel
(ORCID: 0000-0001-6597-5114)

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis
Castillo Bazan, Wilfredo Eusebio
Barboza Cieza, Reanio

Lima - Perú

2022

Referencia:

Córdova, C. (2022). *Perfil clínico - epidemiológico de adultos y adultos mayores con SARS-COV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana - Lima, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5595>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICO DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON
SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PUCUSANA - LIMA, 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor(a)

Córdova Lluén, Christian Mario

Asesor(a):

Gonzáles Toribio, Jesús Ángel

(ORCID: 0000-0001-6597-5114)

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis

Castillo Bazan, Wilfredo Eusebio

Barboza Cieza, Reanio

Lima - Perú

2022

DEDICATORIA

A nuestro padre Dios por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida. A mis padres por haberme forjado la persona que soy en la actualidad, a ustedes y a toda mi familia por su incondicional apoyo, a mis abuelos que desde el cielo están guiándome y cuidándome cada paso que doy. A mi esposa quien día a día me demuestra lo importante que es el amor, la paz y la tranquilidad en una relación, estuviste en mis peores momentos y mereces estar en los mejores y buenos momentos porque detrás de todo hombre hay una buena mujer, para mis amigos sepan que los considero y quiero por todos estos años de amistad, que más que amigos los considero hermanos por el apoyo diario y por qué siempre voy a contar con ustedes.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por albergarme en sus aulas durante todos estos años. A mis doctores, maestros, docentes y a mi asesor por su ayuda, paciencia y dedicación. Un agradecimiento muy especial a mi familia, esposa y amigos por su incondicional apoyo ahora y en el futuro.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	1
1.1. Antecedentes	3
1.3. Objetivos.....	10
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	10
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	10
1.4. Justificación	10
1.5. Hipótesis	11
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación.....	12
III. MÉTODO	19
3.1. Tipo de Investigación.....	19
3.2. Ámbito Temporal y Espacial	19
3.3. Variables	20
3.4. Población y Muestra	22
3.5. Instrumentos.....	23
3.6. Procedimientos.....	23
3.7. Análisis de Datos	24
3.8. Consideraciones Éticas	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	36
VIII. REFERENCIAS.....	37
IX. ANEXOS	43

Índice de Tablas

	Pág.	
Tabla 1	Operacionalización de variables	20
Tabla 2	Perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021	27
Tabla 3	Perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021	29

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1	25
Figura 2	26

RESUMEN

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

Palabras clave: adultos mayores, SARS-COV-2, perfil clínico-epidemiológico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical-epidemiological profile of adults and older adults with SARS-CoV-2 treated at the Pucusana Health Center in 2021. **METHOD:** Descriptive, cross-sectional, retrospective and comparative design study, which included 203 patients: adults (103) and older adults (100) with SARS-CoV-2. The analysis covered absolute (N) and relative (%) frequencies, measures of central tendency and dispersion. **RESULTS:** The epidemiological profile was: cohabiting marital status in adults (39.8%) and married in older adults (47.8%), secondary education level in adults (33.6%) and older adults (44.4%), independent occupation in both groups (39.8% adults and 40% older adults). 64.6% of adults used drugs and 62.2% of older adults did not use. The clinical profile: fever occurred in adults (28.3%) and older adults (40%), dyspnea had a higher frequency in adults (66.4%) than in older adults (37.8%), mechanical ventilation was more frequent in adults (64.6%) than in older adults (37.8%), adults (64.6%) were admitted to hospital more frequently than older adults (37.8%). Adults (64.6%) were admitted to the ICU more frequently than older adults (37.8%). Death from SARS-CoV-2 occurred more frequently in adults (64.6%) than in older adults (37.8%). **CONCLUSIONS:** There is a percentage difference in the clinical-epidemiological profile, with greater cases being found in adults compared to older adults with SARS-CoV-2 treated at the Pucusana Health Center in 2021.

Key words: older adults, SARS-COV-2, clinical-epidemiological profile

I. INTRODUCCIÓN

Para el año 2020, la Organización Mundial de la Salud declara pandemia la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y se considera una emergencia de salud pública de importancia internacional, que ha ocasionado millones de infectados y miles de fallecimientos, en diferentes grupos etarios. (Li et al., 2020), presentado distintas características clínicas como fiebre, disnea, tos, entre otras particularidades que dependen de las características demográficas de los pacientes, lo cual puede agravarse conforme avanza la edad e incluso ocasionar la muerte.

Ante esto se realiza la presente investigación enfocándose en determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos y adultos mayores; esto permitirá realizar estrategias que permitan actuar en la población según su edad y manejarlo de forma idónea.

Para ello se propone un estudio observacional, cuantitativo, con diseño descriptivo, tomando con lugar de estudio a los usuarios que acuden al Centro de Salud Pucusana, donde hay mayor afluencia de público, evaluando la realidad entre los meses de enero a junio del año 2021.

1.1. Descripción y formulación del problema

Para el año 2019, la ciudad de Wuhan (China) reportó su primer caso a nivel mundial de infección pulmonar asociado a un nuevo Coronavirus, marcando el inicio de una nueva epidemia. (Hernández & Francisco, 2020). Hasta la fecha, el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad COVID-19, ha sumado más de 4 millones de fallecidos y alrededor de 189,3 millones de personas infectadas; y los países con mayores casos son Estados Unidos (34 millones de contagios y más de 608.000 fallecimientos), luego la India, (31 millones de diagnósticos y más de 412.000 muertos), y Brasil (superando los 19 millones de infecciones y los 538.000 decesos) (Rtve, 2020). A nivel de la nación, Perú, el número de casos

es de 2.088,143 y la letalidad es de 194.845, teniendo a Lima metropolitana y Arequipa, los principales departamentos con mayores casos. (Ministerio de Salud, 2021)

El cuadro clínico de esta enfermedad se manifiesta entre dos y 14 días después de la exposición al virus teniendo como principales manifestaciones: tos, fiebre, escalofríos, dolor de garganta, artralgia, cansancio, disnea, malestar general, cefalea y dolor de pecho. Según información brindada por la Organización Mundial de la Salud, en China de los casos mostrado se describieron signos y síntomas más frecuentes que incluyeron desde fiebre (87,9%), tos seca (76,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%) y disnea (18,6%), entre otros. En 13 países de Europa, se presentaron 14,012 casos reportados al Sistema de Vigilancia donde se observó que, por ejemplo, en Alemania un 97,2% de los casos, presentaron síntomas como: fiebre (47,1%), tos seca (25,0%), dolor de garganta (16,2%), en España, con 18,608 casos registrados, presentaron: fiebre (68,7%), tos (68,0%), disnea (31,1%), escalofríos (27,2%), y las complicaciones más frecuentes fueron: neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, sepsis y shock séptico. (Narro y Vásquez, 2020).

Se ha determinado que el comportamiento del SARS-CoV-2 adopta características específicas de acuerdo con el estado de salud y las características etarias de las poblaciones. (Pérez et al., 2021) En el Centro de Salud, donde se realizó el presente estudio, hay características que son más prevalentes en los adultos jóvenes en comparación con los adultos mayores, y otros signos y consecuencias que se acrecientan en las personas mayores, situación que no ha sido objetivado hasta el momento, ni evaluado, por esta razón se realizó este estudio dado que es necesario conocer la realidad que se presenta a nivel institucional, o que permitirá realizar mejoras a futuro.

Problema general

¿Cuál es el perfil clínico - epidemiológico de adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?

Problemas específicos:

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?

¿Cuál es el perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?

1.2. Antecedentes

Gómez et al. en España (2020) realizaron una investigación titulada “COVID-19 en adultos mayores: ¿Cuáles son las diferencias con los pacientes más jóvenes?” con el objetivo de conocer las características clínicas distintivas de los adultos mayores con coronavirus 2019 (COVID-19), en comparación con las de los pacientes más jóvenes e identificar los factores de riesgo de mortalidad. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados consecutivamente en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia (España) por COVID-19 del 11 de marzo al 28 de abril de 2020. Todos los casos fueron diagnosticados por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa o por prueba serológica para detectar anticuerpos. Los datos demográficos, las características clínicas, los hallazgos de laboratorio al ingreso y las complicaciones de cada caso se recogieron de las historias clínicas electrónicas. En cuanto a los resultados se evidencia que el conjunto de datos comprendió 340 pacientes. De ellos, 152 (44,6%) tenían > 70 años. Las comorbilidades fueron más comunes en los grupos de mayor edad. La confusión fue más común en los adultos mayores, mientras que los síntomas típicos de COVID-19, como fiebre, tos y mialgia, fueron menos comunes. La saturación de oxígeno $\leq 93\%$ en el aire ambiente, la neutrofilia, el dímero D $> 0,5 \mu\text{g} / \text{ml}$, la creatinina $> 1,5 \text{mg} / \text{dL}$, el lactato deshidrogenasa $\geq 250 \text{U} / \text{L}$ y la elevación de la creatina quinasa fueron mayores en los grupos de adultos mayores. Las complicaciones durante la hospitalización, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda (53,3% vs 33,2%, $P < 0,001$), la lesión renal aguda (11,8% vs 5,3%; $P = 0,030$) y la mortalidad (28,9% vs 6,5%; $P < 0,001$) fueron más

común en pacientes mayores de 70 años. La saturación de oxígeno $\leq 93\%$ con aire ambiente al ingreso fue un predictor de mortalidad (odds ratio 11,65, intervalo de confianza del 95%). Concluyeron que los adultos mayores con COVID-19 tienen una presentación más atípica, más complicaciones y mayor mortalidad. La saturación de oxígeno $\leq 93\%$ en el aire ambiente al ingreso es un factor predictivo de muerte.

Liu et al en China (2020) realizaron una investigación denominada “Características clínicas de COVID-19 en pacientes ancianos: una comparación con pacientes jóvenes y de mediana edad” con el objetivo de analizar las características clínicas de pacientes ancianos con neumonía por coronavirus de nuevo tipo 2019 (COVID-19). Se trató de un estudio retrospectivo de pacientes con neumonía por nuevo coronavirus (COVID-19) que fueron hospitalizados en el Hospital Popular Provincial de Hainan del 15 de enero de 2020 al 18 de febrero de 2020. Se comparó las características clínicas de ancianos con pacientes jóvenes y de mediana edad. En cuanto a los resultados se inscribieron un total de 56 pacientes, 18 ancianos (32,14%) y 38 pacientes jóvenes y de mediana edad (67,86%). Los síntomas más comunes en ambos grupos fueron fiebre, seguida de tos y esputo. Cuatro pacientes del grupo de ancianos recibieron UCI de presión negativa para ventilación mecánica y cinco pacientes del grupo de jóvenes y de mediana edad. Un paciente falleció en el grupo de ancianos (5,56%) y dos pacientes fallecieron en el grupo de jóvenes y de mediana edad (5,26%). La puntuación del PSI del grupo de ancianos fue más alta que la del grupo de jóvenes y de mediana edad ($P < 0,001$). La proporción de pacientes con PSI grados IV y V fue significativamente mayor en el grupo de ancianos que en el grupo de jóvenes y de mediana edad ($P < 0,05$). La proporción de afectación de múltiples lóbulos en el grupo de ancianos fue mayor que en el grupo de jóvenes y de mediana edad ($P < 0,001$), y no hubo diferencias en las lesiones de un solo lóbulo entre los dos grupos. La proporción de linfocitos en el grupo de ancianos fue significativamente menor que en el grupo de jóvenes y de mediana edad ($P < 0,001$), y la proteína C reactiva fue

significativamente mayor en el grupo de jóvenes ($P < 0,001$). Las tabletas de lopinavir y ritonavir, la medicina china, la oxigenoterapia y la ventilación mecánica fueron estadísticamente diferentes en el grupo de ancianos y en el grupo de jóvenes y de mediana edad, y los valores de p fueron todos $< 0,05$. Concluyeron que la mortalidad de los pacientes ancianos con COVID-19 es mayor que la de los pacientes jóvenes y de mediana edad, y la proporción de pacientes con PSI grado IV y V es significativamente mayor que la de los pacientes jóvenes y de mediana edad. Los pacientes de edad avanzada con COVID-19 tienen más probabilidades de progresar a una enfermedad grave.

Medetalibeyoglu et al. en Turquía (2020) efectuaron un estudio titulado “Adultos mayores hospitalizados con Covid-19: características clínicas y resultados tempranos de un solo centro en Estambul, Turquía” con el objetivo de describir las características clínicas y los resultados tempranos de los pacientes mayores con Covid-19 hospitalizados en nuestro centro en comparación con los pacientes más jóvenes, y también analizar los factores de triaje que estaban relacionados con la mortalidad hospitalaria de los adultos mayores. Se trató de una investigación con diseño retrospectivo y observacional. Los participantes fueron 362 pacientes hospitalizados con Covid-19 confirmado por laboratorio del 11 de marzo al 11 de mayo de 2020. Los resultados evidenciaron que la mediana de edad fue de 56 años (rango intercuartílico [RIQ], 46-67) y 224 (61,9%) eran varones. Hubo 104 (28,7%) pacientes ≥ 65 años. Más de la mitad de los pacientes (58%) tenían una o más comorbilidades crónicas. Los tres síntomas de presentación más comunes en los pacientes mayores fueron fatiga / mialgia (89,4%), tos seca (72,1%) y fiebre (63,5%). La tos y la fiebre fueron significativamente menos prevalentes en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes ($p = 0,001$ y $0,008$, respectivamente). La neumonía clínicamente grave estuvo presente en el 31,5% de la población del estudio, siendo más común en los adultos mayores (49% frente a 24,4%) ($p < 0,001$). Los parámetros de laboratorio que fueron significativamente diferentes entre los adultos mayores y

los jóvenes fueron los siguientes: los pacientes mayores tenían niveles significativamente más altos de PCR, dímero D, TnT, pro-BNP, procalcitonina, mayor prevalencia de linfopenia, neutrofilia, aumento de creatinina y menor hemoglobina, ALT, nivel de albúmina ($p < 0,05$). En la evaluación radiológica, más de la mitad de los pacientes (54,6%) presentaban neumonía moderada-grave, que era más prevalente en pacientes mayores (66% vs 50%) ($p = 0,006$). Los resultados adversos fueron significativamente más prevalentes en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes (ingreso en la UCI, 28,8% frente al 8,9%; mortalidad, 23,1% frente al 4,3%, $p < 0,001$). Entre los parámetros de evaluación de triaje, el único factor asociado con una mayor mortalidad fue la presencia de neumonía clínicamente grave al ingreso (Odds Ratio = 12,3, intervalo de confianza del 95% = 2,7-55,5, $p = 0,001$). 6%) tenían neumonía moderada-grave, que fue más prevalente en pacientes mayores (66% vs 50%) ($p = 0,006$). Concluyeron que los pacientes mayores presentaron comorbilidades crónicas más prevalentes, sintomatología menos prevalente, pero signos respiratorios y anomalías de laboratorio más graves que los pacientes más jóvenes. Entre los factores de evaluación de triaje, la evaluación clínica de la afectación pulmonar apareció para ayudar a los médicos a estratificar a los pacientes según el riesgo de mortalidad.

Mori et al. en Japón (2020) elaboraron una investigación denominada “Comparación de la enfermedad por COVID-19 entre pacientes jóvenes y ancianos: diseminación viral oculta de COVID-19” con el objetivo de investigar la manifestación clínica y la duración de la enfermedad en pacientes jóvenes versus ancianos. Metodológicamente se analizó retrospectivamente 187 pacientes (87 ancianos y 100 pacientes jóvenes) con COVID-19 confirmado. Se compararon las características clínicas y la extensión de la tomografía computarizada (TC) de tórax según la definición de una puntuación entre los dos grupos. En cuanto a los resultados el número de casos asintomáticos y de casos graves fue significativamente mayor en el grupo de ancianos (grupo de ancianos frente a grupo de jóvenes;

casos asintomáticos, 31 [35,6%] frente a 10 [10%], $p < 0,0001$; casos graves, 25 [28,7%] frente a 8 [8,0%], $p = 0,0002$). La proporción de pacientes asintomáticos y pacientes graves aumentó en los grupos de edad de 10 años. No hubo diferencia significativa en la puntuación total de la TC y el número de casos anormales. Se observó una correlación positiva significativa entre la duración de la enfermedad y la edad del paciente en pacientes asintomáticos ($\rho = 0,4570$, IC 95% 0,1198-0,6491, $p = 0,0034$). Concluyeron que, aunque la extensión de la afectación pulmonar no tuvo una diferencia significativa entre los pacientes jóvenes y los ancianos, los pacientes ancianos tenían más probabilidades de presentar manifestaciones clínicas graves. Los pacientes de edad avanzada también tenían más probabilidades de ser asintomáticos y ser una fuente de diseminación viral de COVID-19.

Song et al. (2020) elaboraron una investigación titulada “Una comparación de las características clínicas y los resultados en pacientes ancianos y más jóvenes con COVID-19” con el objetivo de describir las características clínicas y los resultados de los pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y comparar estos parámetros en un grupo de ancianos con los de un grupo más joven. Se trató de un estudio observacional retrospectivo de un solo centro incluyó a 69 pacientes hospitalizados con COVID-19 confirmado por laboratorio de un hospital terciario en Wuhan, China, entre el 14 de enero de 2020 y el 26 de febrero de 2020. Epidemiológico, demográfico, clínico y los datos de laboratorio, así como los tratamientos, las complicaciones y los resultados se extrajeron de los registros médicos electrónicos y se compararon entre pacientes de edad avanzada (≥ 60 años) y pacientes más jóvenes (< 60 años). Los pacientes fueron seguidos hasta el 19 de marzo de 2020. En cuanto a los resultados los pacientes ancianos tuvieron más complicaciones que los pacientes más jóvenes, incluido el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA; 9/25, 36% frente a 5/44, 11,4%) y lesión cardíaca (7/25, 28% frente a 1/44, 2,3%), y tenían más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos (6/25, 24% vs. 2/44, 4,5%). Al 19 de marzo de

2020, 60/69 (87%) de los pacientes habían sido dados de alta, 6/69 (8,7%) habían fallecido y 3/69 (4,3%) permanecían en el hospital. De los que fueron dados de alta o fallecieron, la duración media de la hospitalización fue de 13,5 días (rango intercuartílico, 10-18 días). Concluyeron que los pacientes de edad avanzada con COVID-19 confirmado tenían más probabilidades de desarrollar SDRA y lesión cardíaca que los pacientes más jóvenes y tenían más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Además de la monitorización de rutina y el soporte respiratorio, la monitorización cardíaca y la atención de apoyo deben ser un enfoque en los pacientes de edad avanzada con COVID-19, 4%) y lesiones cardíacas (7/25, 28% vs. 1/44, 2,3%), y era más probable que fueran ingresados en la unidad de cuidados intensivos (6/25, 24% vs. 2/44, 4,5 %). Al 19 de marzo de 2020, 60/69 (87%) de los pacientes habían sido dados de alta, 6/69 (8,7%) habían fallecido y 3/69 (4,3%) permanecían en el hospital. De los que fueron dados de alta o fallecieron, la duración media de la hospitalización fue de 13,5 días (rango intercuartílico, 10-18 días).

Zhang et al. en China (2020) elaboraron un estudio titulado “Comparación de las características clínicas del COVID-19 entre pacientes ancianos y pacientes jóvenes: un estudio basado en un seguimiento de 28 días” con el objetivo de confrontar de las características clínicas entre pacientes ≥ 70 y < 70 aún no se ha implementado. Se recopiló los datos clínicos de 222 pacientes consecutivos de COVID-19 en el Hospital Renmin de la Universidad de Wuhan diagnosticados entre el 13 de enero de 2020 y el 4 de febrero de 2020. Mientras tanto, se realizaron análisis de regresión de Cox univariados y multivariados para identificar los factores pronósticos. En cuanto a los resultados, los pacientes incluidos, 37 (16,67%) tenían 70 años o más y 185 (83,33%) eran menores de 70. Las proporciones más altas de disnea, expectoración, enfermedad cardiovascular crónica, diabetes, complicaciones orgánicas, casos graves a críticos, Se observó una mayor tasa de mortalidad, una estancia hospitalaria más prolongada y una disminución del estado inmunológico en el grupo de pacientes de más de 70

en comparación con sus contrapartes más jóvenes. Los factores de riesgo de muerte incluyeron disnea, dolor muscular, enzimas miocárdicas elevadas, C3 elevado en pacientes mayores de 70 y disnea, faringalgia, enfermedad cardíaca crónica, aumento de proteína C reactiva, IgA, disminución de plaquetas en pacientes menores de 70 años. Se concluyó que la investigación comparó las características clínicas de las dos poblaciones con diferente estado inmunológico e ilustró factores de riesgo diferenciados de muerte en ellas. C3 elevado en pacientes mayores de 70 y disnea, faringalgia, enfermedad cardíaca crónica, proteína C reactiva aumentada, IgA, plaquetas disminuidas en pacientes menores de 70 años.

Zhao M. et al. en China (2020) elaboraron una investigación denominada “Comparación de las características clínicas y los resultados de los pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 a diferentes edades” con el objetivo de contrastar la información sobre las características clínicas y la mortalidad de los pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 a diferentes edades. Se inscribieron 1000 pacientes diagnosticados con enfermedad por coronavirus 2019 desde el 1 de enero de 2020 hasta el 14 de febrero de 2020. Según la edad, los pacientes se dividieron en grupo 1 (< 60 años), grupo 2 (60-74 años) y grupo 3 (\geq 75 años). Se analizaron los síntomas clínicos, los primeros resultados de laboratorio, los hallazgos de la TC, las lesiones orgánicas, la gravedad de la enfermedad y la mortalidad. Los resultados evidenciaron el grupo de mayor edad tenía más pacientes con disnea y menos pacientes con fiebre y dolor muscular. Los pacientes mayores tenían más enfermedades subyacentes, infección secundaria, lesión miocárdica, disfunción renal, disfunción de la coagulación y disfunción inmunológica al ingreso. Más pacientes mayores recibieron terapia con inmunoglobulinas y ventilación mecánica. Las proporciones de pacientes con lesiones de múltiples órganos, pacientes en estado crítico y muerte aumentaron significativamente con la edad. Los grupos mayores tenían un mayor riesgo de muerte acumulativo que el grupo más joven. La hipertensión, la enfermedad cerebrovascular, las comorbilidades, la lesión cardíaca

aguda, el shock y las complicaciones son predictores independientes de muerte. Concluyeron que los síntomas de los ancianos fueron más atípicos, con más comorbilidades, infección secundaria, lesiones de órganos, disfunción inmunológica y mayor riesgo de enfermedad crítica. La edad avanzada fue un factor de riesgo importante de mortalidad.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Determinar el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

1.3.2. *Objetivos específicos*

Comparar el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

Comparar el perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

1.4. Justificación

El estudio permitió evaluar la realidad de la institución en casos de adultos y adultos mayores con infección por SARS-COV-2, permitiendo mostrar el perfil clínico y epidemiológico y con este problema e identificar características peculiares de esta enfermedad como los resultados y los datos clínicos, estos resultados permitieron evidenciar la situación del Centro de Salud, información que estará al alcance de la autoridades de la institución quienes podrán utilizarlo para establecer estrategias optimas en el manejo de los pacientes.

Adicionalmente el estudio sirvió de evidencia que estará al alcance de la comunidad científica interesada en temas de COVID – 19, incrementando la producción científica y sirviendo de antecedente a nivel institucional y local, cabe resaltar que no se han realizado estudios de esta índole a nivel institucional.

1.5. Hipótesis

Ha: Existe diferencia entre el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

Ho: No existe diferencia entre el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación

2.1.1. SARS-COV 2

2.1.1.1. Definición. En diciembre de 2019, se detectaron los primeros casos de enfermedad respiratoria causada por un coronavirus emergente, al que se denominó SARS-CoV-2, que en los primeros meses de 2020 se ha extendido por todo el mundo con características de pandemia (Ruiz y Jiménez, 2020).

El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y que se detectó por primera vez en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Mayoritariamente, en un 80% de los casos solo produce síntomas leves respiratorios. El virus se conoce como Coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se denomina COVID-19 (Trilla, 2020).

2.1.1.2. Factores asociados. El coronavirus SARS-CoV-2 no afecta a todos por igual. De forma generalizada, las personas mayores sufren más la enfermedad y muestran una peor evolución (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020).

El Ministerio de Ciencia e Innovación (2020) indica que entre los posibles factores de riesgo que definen cómo afecta la enfermedad a las personas pueden indicarse los siguientes: enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, hipertensión, etc.), diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades renales, cáncer, inmunosupresión (pacientes oncológicos, trasplantados, etc.), enfermedades renales, enfermedades neurológicas (Alzheimer), sobrepeso/obesidad y tabaquismo. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020)

2.1.1.3. Mecanismos de transmisión. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una

persona infectada al toser, estornudar o hablar. Estas gotículas son relativamente pesadas, no llegan muy lejos y caen rápidamente al suelo (Huayanay, 2020).

Además, el modo principal por el cual las personas se infectan con el SARS-CoV-2 (el virus que causa el COVID-19) es a través de la exposición a los fluidos respiratorios que transportan virus infecciosos. La exposición ocurre de tres formas principales: Inhalación de gotitas respiratorias muy finas y partículas de aerosol, deposición de gotitas y partículas respiratorias en las membranas mucosas expuestas en la boca, nariz u ojos por salpicaduras y aerosoles directos, y tocar las membranas mucosas con las manos que se han ensuciado directamente con fluidos respiratorios que contienen virus o indirectamente al tocar superficies con virus (Centro de Control y prevención de enfermedades, 2021).

2.1.1.4. Diagnóstico. El diagnóstico de COVID-19 muestra limitaciones. Al inicio del brote epidémico se utilizó la secuenciación del genoma viral como método diagnóstico, pero esta técnica es costosa y poco práctica para el procesamiento de grandes cantidades de muestras. Inicialmente también se desarrolló una prueba de ELISA para detectar IgM e IgG contra la proteína de la nucleocápside viral del SARSCoV-2, pero tiene el inconveniente de que puede arrojar resultados falsos positivos al detectar anticuerpos contra otros coronavirus que causan resfriado común. También se han desarrollado pruebas serológicas rápidas con sensibilidades y especificidades variables. Las pruebas de ELISA basadas en la nucleoproteína (N) y en la proteína S de unión al receptor, parecen ser más prometedoras. En general, los estudios realizados hasta ahora, con los estuches comerciales disponibles y las pruebas de ELISA caseras, muestran que la seroconversión (IgM e IgG) ocurre en los primeros 7 días de iniciados los síntomas en el 40% a 50% de los pacientes, y para el día 15 en casi el 100% de ellos, aunque los resultados arrojan gran variabilidad en cuanto al momento de aparición de los anticuerpos, sensibilidad y especificidad (Diaz y Toro, 2020).

2.1.1.5. Complicaciones. Las complicaciones de la COVID-19 se asocian con cuadros graves de fiebre y neumonía que puede derivar a un síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Se han observado manifestaciones parecidas al síndrome por liberación de citoquinas (o “tormenta de citoquinas”) similares a las de pacientes infectados con otros coronavirus (SARS-CoV y MERS-CoV), así como en pacientes con leucemia que reciben terapia de células T modificadas (Cochrane Iberoamérica, 2020).

Las complicaciones pueden caracterizarse SDRA y secundariamente por un síndrome de linfocitosis hemofagocítica (LHH). Además, en pacientes graves por COVID19 también se puede observar fallo multiorgánico (Cochrane Iberoamérica, 2020).

2.1.2. Perfil epidemiológico

Se trata del estudio de los patrones, las causas y el control de las enfermedades en los grupos de personas (Instituto Nacional del Cáncer, 2018). Entre las principales se encuentran: Edad: Tiene origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (Pérez y Gardey, 2012).

Pérez y Gardey (2016) indican que una persona adulta es aquella que tiene más de 18 años y ha obtenido su desarrollo pleno. Se considera adulto mayor a aquella persona que posee 60 o más años (El Peruano, 2021).

2.1.2.1. Sexo. Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto

de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior (Organización Mundial de la Salud, 2018).

2.1.2.2. Grado de instrucción. El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Personas analfabetas, sin estudios, primarios, profesionales, secundarios, medio-superiores, superiores (Instituto Vasco de Estadística, 2019).

2.1.2.3. Estado civil. Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo (Bembibre, 2010).

Ocupación: es un término que proviene del latín *occupatio* y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer. Además, se refiere a aquello que imposibilita la realización de una acción diferente (Pérez y Gardey, 2021).

2.1.2.4. Distritos: Cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población para distribuir y ordenar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, o de las funciones públicas, o de los servicios administrativos (Real Academia Española, 2021).

Comorbilidad: También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas (National Institute on Drug Abuse, 2018).

2.1.2.5. Uso de fármacos. La utilización de los medicamentos pasó a ocupar el primer plano de la agenda internacional. Se consensuó el Uso Racional de Medicamentos (URM). Este

concepto consiste en que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

2.1.3. Perfil clínico

Se basa en lo relacionado con el examen, detección y tratamiento de los pacientes (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

2.1.3.1. Signos. Se trata de un término que describe a un elemento, fenómeno o acción material que, por convención o naturaleza, sirve para representar o sustituir a otro. Un signo es también aquello que da indicios o señales de una determinada cosa (Pérez, 2012).

2.1.3.2. Síntomas. Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

2.1.3.3. Gravedad de infección de COVID 19. Se define como la presencia y multiplicación de un microorganismo en los tejidos del huésped; representa la interacción del agente patógeno (y sus factores de virulencia) con el huésped. La enfermedad infecciosa es la expresión clínica del proceso infeccioso, traduciendo en signos y síntomas tanto el daño causado por el agente infeccioso como el resultado de la inflamación resultante (García et al, 2010).

2.1.3.4. Ventilación mecánica. Es un recurso terapéutico de soporte vital, que ha contribuido decisivamente en mejorar la sobrevida de los pacientes en estado crítico, sobre todo aquellos que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA). La mejor comprensión de los procesos fisiopatológicos y los recientes avances informáticos que han mejorado los ventiladores mecánicos, facilitan el tratamiento de estos pacientes (Gutiérrez, 2011).

2.1.3.5. Ingreso a Hospitalización. Es cuando los hospitales proporcionan amplios recursos y conocimientos que permiten a los médicos diagnosticar rápidamente y tratar una amplia gama de enfermedades. No obstante, el hospital puede ser un lugar que provoque miedo y confusión. A menudo, la atención médica se produce de forma rápida y sin explicación alguna. Saber qué va a suceder puede ayudar al paciente a afrontar y participar activamente en su cuidado durante su estancia. Una mayor comprensión de lo que se hace en los hospitales y por qué se hace ayuda a que el paciente se sienta menos intimidado por su experiencia en el hospital, y a tener una mayor sensación de seguridad con respecto a su salud cuando es dado de alta (Traub, 2018).

2.1.3.6. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. Es el ingreso del usuario a la Unidad de Cuidado Intensivo que pretende ofrecer soporte temporal para pacientes con enfermedades que comprometen la vida y que son potencialmente reversibles. En donde se encuentra el Médico de la UCI es la persona encargada de establecer si un paciente amerita o no manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo (Altamirano, 1999).

2.1.3.7. Estancia hospitalaria. Son los días que los enfermos hayan permanecido en las unidades de cuidados intensivos (coronarlos, neonatales, etc.) sólo se registrarán en este epígrafe cuando la cama o incubadora de cuidados normales haya estado reservada (Instituto Vasco de Estadística, 2020).

2.1.3.8. Complicaciones clínicas. En el campo de la medicina, es el problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

2.1.3.9. Muerte. Es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento. Existen distintos tipos de muerte. Así, en primer lugar, podríamos

hablar de la llamada muerte natural que, como su propio nombre indica, es aquella que se produce a consecuencia de la vejez que tiene la persona en cuestión (Merino, 2013).

Por otro lado, está la llamada muerte violenta que es aquella que experimenta alguien a raíz bien de un traumatismo contundente y de forma fortuita o bien como consecuencia de que otro individuo ha decidido acabar con su vida (Merino, 2013).

Los síntomas de los pacientes con infecciones por Coronavirus son variados, sin embargo, se ha conservado un patrón descrito desde los primeros contagiados: tos, fiebre y sensación de malestar. En el anciano, el síntoma de disnea sin ningún otro síntoma asociado debe generar sospecha de infección. Hay otro tipo de síntomas que se han descrito como la agudización de la insuficiencia cardíaca y la disminución de la clase funcional, producidas por daño estructural de las células cardíacas causando daño microvascular con estrés oxidativo, impermeabilidad vascular y vasoespasmo ocasionando lesiones directas al miocardio (Hernández y Javier, 2020).

Así también se ha evidenciado que hay un riesgo significativo de muerte en los pacientes con edad ≥ 60 años ($p < 0,001$) (Vargas et al., 2021)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

Enfoque: cuantitativo, pues el análisis de la variable perfil clínico – epidemiológico se llevó a cabo mediante procedimientos estadísticos. (Hernández et al., 2014)

Alcance: básico, pues su propósito fue conocer las diferencias del perfil clínico – epidemiológico en dos grupos humanos infectados de COVID (Carrasco 2017).

Nivel: descriptivo, debido a que se caracterizó y se comparó de manera descriptiva la variable de estudio.

Tipo: observacional, de corte transversal y retrospectivo.

- Observacional pues no se modificó la variable de estudio solo se midió como se encuentre registrada, limitándose solo a observarla.
- Transversal, ya que la medición de la variable corresponde a un momento determinado.
- Retrospectivo, dado que la variable de estudio fue medida antes de la recolección de la información, la cual estuvo registrada en la historia clínica de los pacientes.

Diseño: comparativo, puesto que se busca comparar la variable de estudio en dos grupos (pacientes adultos y adultos mayores, ambos diagnosticados con SARS-CoV-2)

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

Ámbito Temporal: El estudio recabó información de pacientes adultos y adultos mayores que fueron atendidos entre enero a junio 2021.

Ámbito Espacial: La información del estudio fue tomada del Centro de Salud Pucusana.

3.3. Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIAS O VALORES	INSTRUMENTO
Perfil clínico – epidemiológico.	Patrones, causas y control de las enfermedades en los grupos de personas.	Información relacionada a la edad, sexo, grado de instrucción, estado en civil, signos, gravedad de la infección de COVID-19, entre otros.	Perfil epidemiológico	Edad	Númerica	En años	Ficha de recolección de datos
				Sexo	Catagórica	Masculino=1 Femenino=2 Sin Instrucción=1	
				Grado de instrucción	Catagórica	Primaria=2 Secundaria=3 Superior=4	
				Estado civil	Catagórica	Soltero=1 Casado=2 Conviviente=3 Separado=4 Dependiente=1	
				Ocupación	Catagórica	Independiente=2 Estudiante=3 Profesional=4	
				Distritos	Catagórica	Especificar	

Perfil clínico	Comorbilidad	Catagórica	Especificar		Ficha de recolección de datos
	Uso de fármacos	Catagórica	Especificar		
	Signos	Catagórica	Si=1	No=2	
	Síntomas	Catagórica	Si=1	No=2	
	Gravedad de		Leve=1		
	infección de	Catagórica	Moderado=2		
	COVID-19		Severo=3		
	Tiempo de enfermedad	Numérica	En días		
	Exámenes de laboratorio y radiográficos	Catagórica	Especificar		
	Ventilación mecánica	Catagórica	Si=1	No=2	
	Ingreso a hospitalización	Catagórica	Si=1	No=2	
	Ingreso a UCI	Catagórica	Si=1	No=2	
	Estancia hospitalaria	Numérica	En días		
	Complicaciones clínicas	Catagórica	Si=1	No=2	
	Muerte	Catagórica	Si=1	No=2	

Fuente: Elaboración propia

3.4. Población y Muestra

3.4.1 Población

421 adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana entre los meses enero a junio de 2021.

3.4.2. Muestra

Se utilizó la fórmula para muestra finita, obteniendo la cantidad de 203 pacientes entre adultos y adultos mayores.

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

- **N** (población) = 421
- **Z α** (nivel de seguridad al 95%) = 1.96
- **p** (prevalencia del 50%) = 0.5
- **q** (1-p) = 0.5
- **E** (error del 5%) = 0.05

3.4.3. Unidad de análisis

Historia clínica.

3.4.4. Tipo de muestreo

Probabilístico aleatorio simple.

3.4.5. Criterios de selección

Criterio de inclusión.

- Adultos y adultos mayores con virus SARS-COV-2

Criterio de exclusión.

- Datos incompletos de los pacientes.

3.5. Instrumentos

Técnica: análisis documental

Se fundamenta en el análisis de las Historias Clínicas proporcionadas por la Institución. Se analizó las características clínico-epidemiológicas bajo los criterios de inclusión e inclusión. Consideramos como caso confirmado a aquellos con pruebas serológicas o molecular positiva.

Instrumento: ficha de recolección.

Registramos los datos obtenidos en una ficha de datos (ANEXO B), en la cual se consideró todas las variables que figuran en nuestro cuadro de operacionalización.

3.6. Procedimientos

Inicialmente se tuvo que esperar la aprobación de la comisión de ética e investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal y posteriormente en la DRIS – Lima Sur para acceder a los datos del Centro de Salud Pucusana.

Obtenida la aprobación en ambas instancias de evaluación, se procedió con la recolección de la información; para lo cual, se tuvo que revisar la estadística del Centro de Salud Pucusana correspondiente a los diagnósticos de SARS-COV-2 de los meses de enero a junio del 2021, para posteriormente revisar la base de datos y las historias clínicas de las unidades de estudio seleccionados.

Terminada la recolección de datos de la muestra de estudio, se dio un número de folio a cada unidad de estudio ingresada a la base de datos diseñada en el programa SPSS 25.

3.7. Análisis de Datos

Los datos ingresados al programa estadístico fueron sometidos a un análisis descriptivo, donde las variables cualitativas o categóricas se analizaron mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%) y las variables cuantitativas o numéricas se analizaron mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Todos estos resultados fueron mostrados en tablas o gráficos.

3.8. Consideraciones Éticas

El proyecto de investigación ha sido estructurado de manera tal que cumpla con los criterios de la ética médica, tales como:

El respeto por los datos del participante: puesto que sus datos personales, extraídos de la historia clínica, que permitieron su identificación fueron guardados con la absoluta confidencialidad; por lo cual se le dio un número ID.

Beneficencia: pues la información que se obtuvo o se quiere obtener tiene la finalidad de contribuir y ampliar con el conocimiento científico respecto a la infección por SARS-COV-2, para mejorar el plan de trabajo durante la atención a los pacientes infectados.

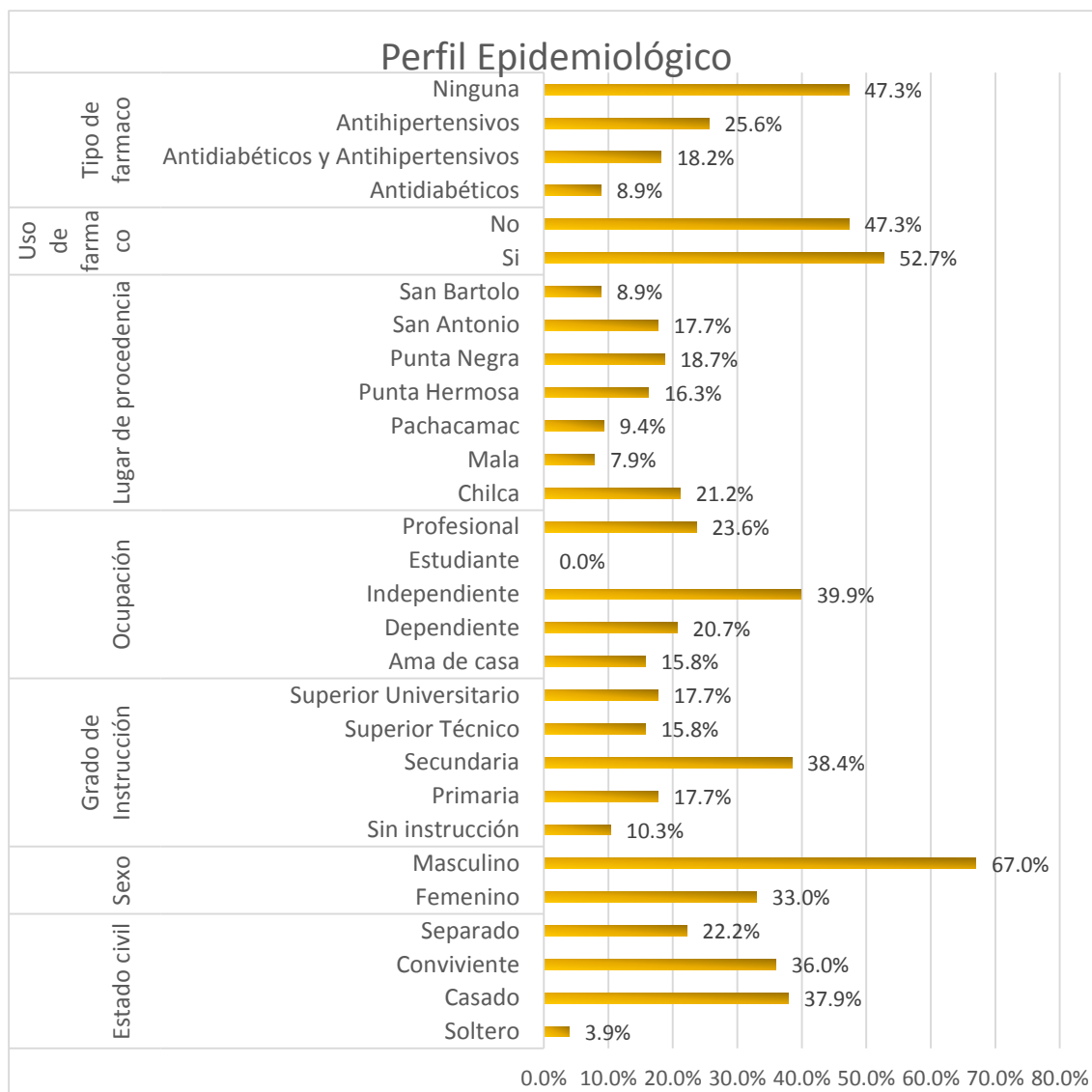
No maleficencia: puesto que en el estudio no hay un trato directo con personas o algún ser viviente, existe un riesgo mínimo de causar daño o perjuicio a las unidades estudiadas.

Justicia: los resultados tienen la finalidad de obtener conocimientos de manera similar para los dos grupos de estudio.

IV. RESULTADOS

Figura 1

Perfil epidemiológico de pacientes con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021



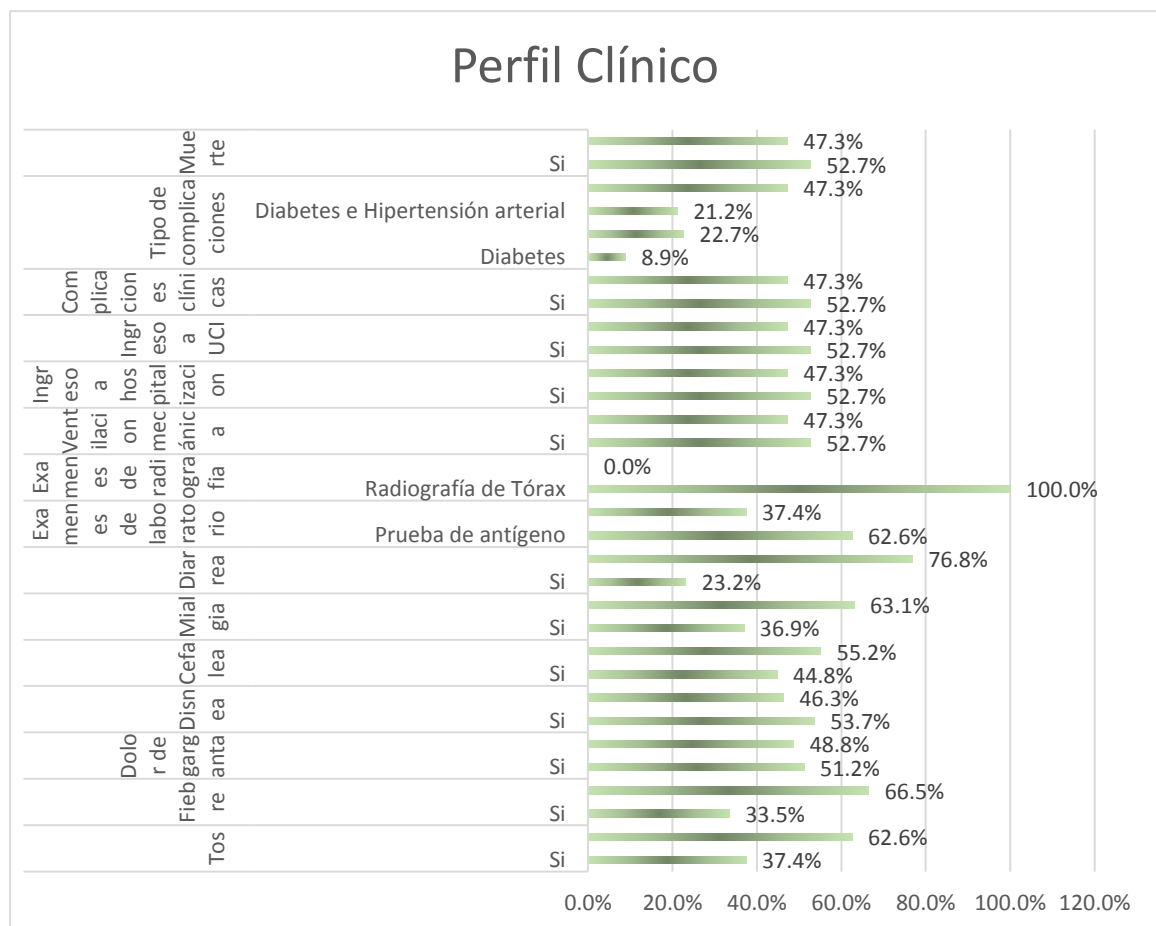
Fuente: Elaboración propia.

Nota. En la figura 1 se observa el perfil epidemiológico de los pacientes con SARS-CoV-2, donde el 37.9% eran casados, 67% de sexo masculino, 38.4% con secundaria, 39.9% ocupación

independiente, 21.2% procedentes de Chilca, 52.7% usaban algún fármaco, siendo el tipo de fármaco antihipertensivos en 25.6%.

Figura 2

Perfil clínico de pacientes con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021



Fuente:

Elaboración propia.

Nota. En el gráfico 2 se observa el perfil clínico de los pacientes con SARS-CoV-2, donde: los síntomas/signos más frecuentes fueron disnea en 53.7%, dolor de garganta en 51.2%, cefalea en 44.8%, tos en 37.4%, mialgia en 36.9%, fiebre en 33.5%, y diarrea en 23.2%. El 62.6% se realizaron prueba de antígeno, y 100% radiografía de tórax. El 52.7% necesitaron ventilación

mecánica, ingreso a hospitalización, ingreso a UCI, tuvieron complicaciones clínicas, y muerte. El 22.7% tuvo como principal complicación la Hipertensión arterial.

Tabla 2

Perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021

Perfil epidemiológico	Grupo				
	Adulto		Adulto Mayor		
	N	%	N	%	
Edad	M ± DE (Mín - Máx)				
	45.5 ± 8.0 (30 - 58)		66.9 ± 4.7 (60 - 82)		
	años				
Estado civil	Soltero	8	7.1%	0	0.0%
	Casado	34	30.1%	43	47.8%
	Conviviente	45	39.8%	28	31.1%
	Separado	26	23.0%	19	21.1%
Sexo	Femenino	30	26.5%	37	41.1%
	Masculino	83	73.5%	53	58.9%
	Sin instrucción	15	13.3%	6	6.7%
Grado de Instrucción	Primaria	20	17.7%	16	17.8%
	Secundaria	38	33.6%	40	44.4%
	Superior Técnico	22	19.5%	10	11.1%
Ocupación	Superior Universitario	18	15.9%	18	20.0%
	Ama de casa	14	12.4%	18	20.0%
	Dependiente	28	24.8%	14	15.6%

	Independiente	45	39.8%	36	40.0%
	Estudiante	0	0.0%	0	0.0%
	Profesional	26	23.0%	22	24.4%
	Chilca	22	19.5%	21	23.3%
	Mala	10	8.8%	6	6.7%
	Pachacamac	8	7.1%	11	12.2%
Lugar de procedencia	Punta Hermosa	22	19.5%	11	12.2%
	Punta Negra	24	21.2%	14	15.6%
	San Antonio	18	15.9%	18	20.0%
	San Bartolo	9	8.0%	9	10.0%
Uso de fármaco	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%
	Antidiabéticos	12	10.6%	6	6.7%
	Antidiabéticos y	31	27.4%	6	6.7%
Tipo de fármaco	Antihipertensivos	30	26.5%	22	24.4%
	Ninguna	40	35.4%	56	62.2%

Fuente: Elaboración propia.

Nota. En la tabla 2 se observa el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, donde: La edad promedio fue de 45.5 años en el grupo de adultos, y de 66.9 años en el grupo de adulto mayor. En cuanto al estado civil, el 39.8% de adultos con SARS-CoV-2 fueron convivientes, mientras que el 47.8% de los adultos mayores con SARS-CoV-2 fueron casados. El sexo masculino tuvo una mayor frecuencia en el 73.5% de los adultos, y en el 58.9% de los adultos

mayores con SARS-CoV-2. En el grado de instrucción fue principalmente secundaria en el 33.6% de los adultos y en el 44.4% de los adultos mayores con SARS-CoV-2. La ocupación fue principalmente independiente en el 39.8% de los adultos, y en el 40% de los adultos mayores con SARS-CoV-2. El lugar de procedencia más frecuente en los adultos fue Punta Negra en un 21.2%, mientras que en los adultos mayores procedían mayormente de Chilca en un 23.3%. El 64.6% de los adultos usaban fármacos, mientras que el 62.2% de los adultos mayores no utilizaban fármacos. Por último, el tipo de fármaco más usado en el grupo de adultos fueron la combinación de antidiabéticos y antihipertensivos en un 27.4%, mientras que en el grupo de adultos mayores usaban los antihipertensivos en un 24.4%.

Tabla 3

Perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021

Perfil clínico		Grupo			
		Adulto		Adulto Mayor	
		N	%	N	%
Tiempo de enfermedad	M ± DE (Mín - Máx) días	14.9 ± 0.7 (14 - 16)		14.8 ± 1.1 (14 - 20)	
Estancia hospitalaria	M ± DE (Mín - Máx) días	11.6 ± 0.6 (10 - 12)		11.7 ± 1.0 (10 - 15)	
Tos	Si	46	40.7%	30	33.3%
	No	67	59.3%	60	66.7%
Fiebre	Si	32	28.3%	36	40.0%
	No	81	71.7%	54	60.0%

Dolor de garganta	Si	54	47.8%	50	55.6%
	No	59	52.2%	40	44.4%
Disnea	Si	75	66.4%	34	37.8%
	No	38	33.6%	56	62.2%
Cefalea	Si	46	40.7%	45	50.0%
	No	67	59.3%	45	50.0%
Mialgia	Si	43	38.1%	32	35.6%
	No	70	61.9%	58	64.4%
Diarrea	Si	32	28.3%	15	16.7%
	No	81	71.7%	75	83.3%
Exámenes de laboratorio	Prueba de antígeno	79	69.9%	48	53.3%
	Prueba rápida y de p. antígeno	34	30.1%	42	46.7%
Exámenes de radiografía	Radiografía de Tórax	113	100.0%	90	100.0%
Ventilación mecánica	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%
Ingreso a hospitalización	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%
Ingreso a UCI	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%
Complicaciones clínicas	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%

	Diabetes	12	10.6%	6	6.7%
Tipo de complicaciones	Hipertensión arterial	26	23.0%	20	22.2%
	Diabetes e HTA	35	31.0%	8	8.9%
	Ninguna	40	35.4%	56	62.2%
Muerte	Si	73	64.6%	34	37.8%
	No	40	35.4%	56	62.2%

Fuente: Elaboración propia.

Nota. En la tabla 3 se observa el perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, donde: El tiempo de enfermedad promedio fue de 14.9 días en el grupo de adultos, y de 14.8 días en el grupo de adulto mayor con SARS-CoV-2. La estancia hospitalaria promedio fue de 11.6 días en el grupo de adultos, y de 11.7 días en el grupo de adulto mayor con SARS-CoV-2. Respecto a los signos y síntomas del SARS-CoV-2: la tos se presentó en el 40.7% de los adultos y en el 33.3% de los adultos mayores. La fiebre se presentó en el 28.3% de los adultos y en el 40% de los adultos mayores. El dolor de garganta se presentó en el 47.8% de los adultos y en el 55.6% de los adultos mayores. La disnea tuvo una mayor frecuencia en el grupo de adultos (66.4%), que en los adultos mayores (37.8%). La cefalea se dio en un 40.7% de adultos y 50% de adultos mayores. La mialgia tuvo una frecuencia de 38.1% en adultos, y 35.6% de adultos mayores. La diarrea tuvo una mayor frecuencia en el grupo de adultos (28.3%), que en los adultos mayores (16.7%).

Los exámenes de laboratorio para el diagnóstico de SARS-CoV-2 fueron mayormente la prueba de antígeno en 69.9% de los adultos, y en el 53.3% de adultos mayores. El examen de radiografía de tórax se dio en el 100% de los adultos y adultos mayores. Respecto a la ventilación

mecánica fue más frecuente en el grupo de adultos (64.6%), que en los adultos mayores (37.8%). En cuanto al ingreso a hospitalización fue más frecuente en el grupo de adultos (64.6%), que en el grupo de adultos mayores (37.8%). El ingreso a Unidad de cuidados intensivos tuvo una mayor proporción en el grupo de adultos (64.6%) que en el grupo de adultos mayores (37.8%). Las complicaciones clínicas se presentaron con mayor frecuencia en los adultos (64.6%), que en adultos mayores (37.8%). El tipo de complicaciones más frecuentes fueron la combinación de diabetes e hipertensión arterial en el 31% de los adultos, y la hipertensión arterial en los adultos mayores. La muerte por SARS-CoV-2 se dio con mayor frecuencia en los adultos (64.6%), que en adultos mayores (37.8%).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha: Existe diferencia entre el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

Ho: No existe diferencia entre el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

Interpretación

Entre los adultos y adultos mayores, respecto al perfil epidemiológico la diferencia es en estado civil, lugar de procedencia, el uso de fármacos, y el tipo de fármaco; y respecto al perfil clínico la diferencia es en los signos y síntomas, ventilación mecánica, ingreso a hospitalización, ingreso a UCI, complicaciones clínicas, tipo de complicaciones, y muerte. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia entre el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Sobre el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, en el presente estudio se observó que la edad promedio en el grupo adulto fue de 45.5 años y en el grupo adulto mayor fue de 66.9 años, siendo el sexo masculino de mayor predominio (73.5% y 58.9% respectivamente), aunque hubo diferencias entre los grupos respecto al estado civil (adultos: conviviente = 39.8% y adulto mayor: casado = 47.8%) y el uso de fármacos (adultos: Si = 64.4% y adulto mayor: No = 62.2%). En cambio, Medetalibeyoglu et al. (2020) encontraron que el 28,7% tenía de 65 años a más y el 61,9% era varón. Así mismo, Gómez et al. (2021) demostraron que el 44,6% tenía más de 70 años. De igual modo, en el trabajo de Zhang et al. (2020) se observó que el 83.3% tenía menos de 70 años y el 16.67% de 70 años a más. El empleo de fármacos marcó una distinción entre los grupos, quizá porque estos constituyen una importante terapia para reducir la aparición o gravedad del Covid 19.

En cuanto al perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, se halló que hubo diferencia en los signos y síntomas entre los grupos, pues los adultos tuvieron un mayor porcentaje de disnea (66.4%) y los adultos mayores presentaron frecuentemente fiebre (40%) y dolor de garganta (55.6%), a diferencia de Zhao et al. (2020), quienes en su trabajo encontraron que el grupo de mayor edad tenía pacientes generalmente con disnea, mientras que menos pacientes demostraron fiebre y dolor muscular. Por su parte, Medetalibeyoglu et al. (2020) en su estudio observaron que la fiebre fue menos prevalente en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes.

En la presente investigación, un mayor porcentaje de adultos requirió de ventilación mecánica (64.8%) comparado con los adultos mayores (37.8%), mientras que en el trabajo de Liu

et al. (2020) se evidenció que la ventilación mecánica fue diferente en el grupo de ancianos y en el grupo de jóvenes.

En el presente estudio, el ingreso a hospitalización y a UCI, así como las complicaciones y la muerte se dio con mayor frecuencia en el grupo de adultos (64.6%) que de adultos mayores (37.8%); disímil al estudio de Song et al. (2020), donde se encontró que los pacientes ancianos tuvieron más complicaciones que los pacientes más jóvenes y tenían más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

VI. CONCLUSIONES

- Existe una diferencia porcentual en el perfil clínico - epidemiológico encontrándose mayores casos en los adultos comparado a los adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.
- Existe una diferencia en el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, en cuanto al estado civil, lugar de procedencia, el uso de fármacos, y el tipo de fármaco.
- Existe diferencia entre el perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2, en cuanto a los signos y síntomas, ventilación mecánica, ingreso a hospitalización, ingreso a UCI, complicaciones clínicas, tipo de complicaciones y muerte.

VII. RECOMENDACIONES

- Al observar diferencias porcentuales en la investigación, se sugiere la ejecución de otros trabajos de índole correlacional para saber la afección de distintos indicadores relacionados al Covid 19 frente al grupo etario, así como extrapolarlo a otras instituciones hospitalarias de mayor capacidad resolutive.
- Se ha encontrado, que para este periodo la mayor cantidad de problemas se ha manifestado en población adulta, ante lo cual se sugiere una mayor vigilancia a la población menor de 60 años, buscando a la par identificar elementos de riesgos en este grupo poblacional, con la finalidad de establecer mejores estrategias de prevención, a fin de evitar complicaciones.

VIII. REFERENCIAS

- Altamirano. (1999). Criterios de Ingreso a UCI. *Medicine Crit Care Med* 1999, 27, 633–638.
<https://xdocs.pl/doc/unidad-de-cuidados-intensivos-dr-altamirano-cirugia-98779xek098z>
- Bembibre, C. (Agosto de 2010). *Estado Civil*. Definición ABC :
<https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>
- Díaz, F., & Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Bvsalud*, 24(3), 183- 205. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- García, P. A. (2010). Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas complementarias. Criterios de indicación. *Elsevier*, 10(49), 3251-64.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144102/pdf/main.pdf>
- Gómez, A., Fernández, M., Mateo, E. y Madrazo, M. (2021). COVID-19 in older adults: What are the differences with younger patients? [COVID-19 en adultos mayores: ¿Cuáles son las diferencias con pacientes más jóvenes?]. *Geriatr Gerontol Int*, 21, 60-65.
<https://doi.org/10.1111/ggi.14102>.
- Gutiérrez, F. (2011). Ventilación mecánica. *Acta Médica Peruana*, 28(2), 87-104.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a06v28n2.pdf>
- Hernández, J. y Javier, F. (2020). COVID-19 en adultos mayores: Contexto clínico y social de la enfermedad en Colombia. *Salutem Scientia Spiritus*, 6(1), 67-75.
https://redib.org/Record/oai_articulo2795296-covid-19-en-adultos-mayores-contexto-cl%C3%ADnico-y-social-de-la-enfermedad-en-colombia

- Huayanay, L. (2020). Transmisión aérea en espacios cerrados del SARS-Cov-2. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(3), 342-7. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v81n3/1025-5583-afm-81-03-00342.pdf>
- Iberoamericano, C. C. (abril de 2020). *Complicaciones graves de la infección por SARS-CoV-2: mecanismos de acción patógena y opciones terapéuticas*. Cochrane Iberoamérica: <https://es.cochrane.org/es/complicaciones-graves-de-la-infeccion-por-sars-cov-2-mecanismos-de-accion-patogena-y-opciones>
- INH. (Julio de 2021). *Diccionario de cáncer*. (D. d. Unidos, Editor) Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/clinico>
- Li, B., Yang, J., Zhao, F., Zhi, L., Wang, X., Liu, L. y Bi, Z. (2020). Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China [Prevalencia e impacto de las enfermedades metabólicas cardiovasculares en COVID-19 en China]. *Clinical Research in Cardiology*, 109(5), 531-538. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>.
- Liu, K., Chen, Y., Lin, R. y Han, K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients [Características clínicas de COVID-19 en pacientes de edad avanzada: una comparación con pacientes jóvenes y de mediana edad]. *J Infect.*, 80(6), e14-e18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>.
- Medetalibeyoglu, A., N., S., Catma, Y., Bilge, E., Erelel, M., Oral, M., Bahat, G. y Tukek, T. (2020). Older Adults Hospitalized with Covid-19: Clinical Characteristics and Early Outcomes from a Single Center in Istanbul, Turkey [Adultos Mayores Hospitalizados con Covid-19: Características Clínicas y Resultados Precoces de un Centro Único en

- Estambul, Turq]. *J Nutrition Health Aging*, 24(9), 928-937. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1477-2>.
- Medicine, T. F. (2013). Criterios de Ingreso a UCI. *Society of Critical Care Med*, 27, 633–638. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/neumologia/vns-134/neum134-01criterios/>
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2020). *Factores de riesgo en la enfermedad por Sars-cov-2 (Covid-19)*. Conprueba: <https://www.conprueba.es/factores-de-riesgo-en-la-enfermedad-por-sars-cov-2-covid-19>
- MINSA. (2020). *Sala Situacional COVID-19. Perú*. MINSA: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Mori, H., Obinata, H., Murakami, W., Tatsuya, K., Sasaki, H., Miyake, Y., Taniguchi, Y., Ota, S., Yamaga, M., S. Y. y Tamura, K. (2021). Comparison of COVID-19 disease between young and elderly patients: Hidden viral shedding of COVID-19 [Comparación de la enfermedad de COVID-19 entre pacientes jóvenes y ancianos: Excreción viral oculta de COVID-19]. *Elsevier*, 27(1), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2020.09.003>
- Narro, K. y Vasquez, G. (2020). Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico covid-19. Red de salud Virú, marzo - mayo 2020. *Revista cuerpo médico HNAAA*, 13(4), 372-377. <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/772>
- NIH. (2018). *La comorbilidad*. National Institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
- OMS. (2017). *Uso racional de medicamentos*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/uso-racional-de-medicamentos>

- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- OMS. (2020). *Coronavirus*. Organización Mundial de La Salud: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Pérez, M., Valdés, J. y Ortiz, L. (2021). Características clínicas y gravedad de COVID-19 en adultos mexicanos. *Gaceta médica de México*, 156(5), 379-387. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132020000500379&script=sci_arttext&tlng=es
- Perú, C. d. (2016). Ley N° 30490: Ley de la persona adulta mayor. *El Peruano*, 593718- 593723. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1>
- Pistoria, M. J. (Agosto de 2021). *Ingreso en el hospital*. Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/ingreso-en-el-hospital>
- Porto, J. P. y Merino, M. (2012). *Definición de signos*. Definición.de: <https://definicion.de/signos/>
- Porto, J. P. y Merino, M. (2013). *Definición de muerte*. Definición.de: <https://definicion.de/muerte/>
- RTVE. (2021). *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución*. Corporación de Radio y Televisión Española 2022: <https://www.rtve.es/noticias/20220222/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
- Ruiz, A. y Jiménez. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm.*, 61(2), 63-79. <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>

Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission [Informe científico: Transmisión del SARS-CoV-2].

(mayo de 2021). Centers for Disease Control and Prevention:
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>

Song, J., Weihang, H., Yu, Y., Shen, X. W. y Wang, M. (2020). A Comparison of Clinical Characteristics and Outcomes in Elderly and Younger Patients with COVID-19 [Una comparación de las características clínicas y los resultados en pacientes mayores y más jóvenes con COVID-19]. *Medical Science Monitor*, 26(e925047), 1- 8.
<https://doi.org/10.12659/MSM.925047>

Trilla, A., Miró, J., Vieta, E., Peri, J. M., Rubinat, M. y Rubinat, M. (Marzo de 2020). *Covid 19. Clínic Barcelona Hospital Universitari*:
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19>

Vargas, A., Mereles, E., Segovia, N., Gimenez, A., Santacruz, L., Ojeda, M., Kunzle, H. y Samudio, M. (2021). Características clínico-epidemiológicas de pacientes confirmados con COVID-19 del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Revista de salud publica del Paraguay*, 11(1), 54-61. <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v11n1/2307-3349-rspp-11-01-54.pdf>

Zhang, L., Fan, T., Yang, S., Feng, H., Hao, B., Lu, Z., Xiong, R., Shen, X., Jiang, W., Wang, W. y Geng, Q. (2020). Comparison of clinical characteristics of COVID-19 between elderly patients and young patients: a study based on a 28-day follow-up [Comparación de las características clínicas de la COVID-19 entre pacientes ancianos y pacientes jóvenes: un estudio]. *Aging us*, 12(20), 19898-19910. <https://doi.org/10.18632/aging.104077>

Zhao, M., Wang, M., Zhang, J., Gu, J., Zang, P., Xu, Y., Ye, J., Wang, Z., Ye, D., Pan, W., Shen, B., He, H., Liu, M., Luo, Z., Li, D., Liu, J. y Wan, J. (2020). Comparison of clinical characteristics and outcomes of patients with coronavirus disease 2019 at different ages [Comparación de características clínicas y resultados de pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 a diferentes edades]. *Aging us*, *12*(11), 10070-10086. <https://doi.org/10.18632/aging.103298>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

TITULO: PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICO DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PUCUSANA - LIMA, 2021.						
DEFINICION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	FOMULACIÓN DE HIPOTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES		
Problema Principal	Objetivo General	Hipótesis Principal	Variable 1: Perfil clínico – epidemiológico.	Dimensiones	Indicadores	
¿Cuál es el perfil clínico - epidemiológico de adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?	Comparar el perfil clínico - epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos Centro de Salud Pucusana en el 2021.	Existe diferencia entre el perfil clínico epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.		Variable 1: Perfil clínico – epidemiológico.	Características epidemiológicas	Edad
						Sexo
						Grado de instrucción
						Estado civil
						Ocupación
			Distritos			
			Comorbilidad			
			Uso de fármacos			
				Características clínicas	Signos	
					Síntomas	
					Gravedad de infección de COVID-19	
¿Cuáles son las características epidemiológicas de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?	Comparar el perfil epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.	No existe diferencia entre el perfil clínico epidemiológico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.				
¿Cuáles son las características clínicas de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?	Comparar el perfil clínico de los adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021.					

atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021?	Centro de Salud Pucusana en el 2021.				Tiempo de enfermedad Exámenes de laboratorio y radiográficos Ventilación mecánica Ingreso a hospitalización Ingreso a UCI Estancia hospitalaria Complicaciones clínicas Muerte
METODOLOGÍA					
TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN	CRITERIO DE SELECCIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PROCEDIMIENTO	ANÁLISIS DE DATOS
Tipo de Investigación: observacional, transversal y retrospectivo. Nivel: Descriptivo Diseño: comparativo	Población: 421 adultos y adultos mayores con SARS-CoV-2 atendidos en el Centro de Salud Pucusana en el 2021. Muestra: se utilizó la fórmula para muestra finita, obteniendo la cantidad de 203 pacientes entre adultos y adultos.	Criterios de Inclusión - Adultos y adultos mayores con prueba rápida o molecular positivo. -	Técnica: análisis documental Instrumento: Ficha de recolección.	-Se solicitó la aprobación del proyecto en la Universidad y posteriormente en la DRIS – Lima Sur o en el Centro de Salud donde se desarrolló el estudio. -Se elaboró una	ANÁLISIS ESTADÍSTICO Cálculo de frecuencias absolutas y relativas de la variable, así como la elaboración de gráficos.

Enfoque: Cuantitativo	Muestreo: Probabilístico aleatorio estratificado.	Criterios de exclusión - Datos incompletos de los pacientes.	base de datos utilizando el programa SPSS 25.
---------------------------------	---	---	--

Anexo B: Ficha de recolección de datos

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON SARS-COV-2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PUCUSANA - LIMA, 2021

ID: _____

Perfil epidemiológico:

1. Edad: _____
2. Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Separado ()
3. Sexo: masculino () Femenino ()
4. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnico ()
Superior universitario ()
5. Ocupación: _____
6. Distrito: _____
7. Lugar de procedencia: _____
8. Distrito de procedencia: _____
9. Uso de fármacos

Perfil clínico:

10. Tiempo de enfermedad: _____
11. Signos y síntomas

Asintomática	()	
Tos	()	
Fiebre	()	
Dolor de garganta	()	
Disnea	()	
Cefalea	()	
Mialgia	()	
Diarrea	()	
12. Gravedad de la infección por COVID – 19

Leve	()	
Moderado	()	
Severo	()	
13. Exámenes de laboratorio y radiográficos: _____

14. Ventilación mecánica	Si ()	No ()
15. Ingreso a hospitalización	Si ()	No ()
16. Ingreso a UCI	Si ()	No ()
17. Estancia hospitalaria: _____		
18. Complicaciones clínicas	Si ()	No ()
Especificar: _____		
19. Muerte:	Si ()	No ()