



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

**“CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FALLECIDA SOSPECHOSOS DE COVID- 19, EN EL
HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO

PRESENTADO POR:

DRA. ARIADNA ESPINOSA CUATECONTZI

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA DE URGENCIAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ÁNGEL TLACUILO MORALES

CIUDAD DE MÉXICO - 2021 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

“CARACTERISTICAS DE LA POBLACION FALLECIDA SOSPECHOSOS DE COVID- 19, EN EL

HOSPITAL GENERAL TLAHUAC”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICO

PRESENTADO POR:

DRA. ARIADNA ESPINOSA CUATECONTZI

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA DE URGENCIAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ANGEL TLACUILO MORALES

- 2021 -

**"CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FALLECIDA SOSPECHOSOS
DE COVID- 19, EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC"**

Autor: Dra. Ariadna Espinosa Cuatecontzi

Vo. Bo.



Dr Ángel Tlacuilo Morales

**Especialista en Medicina de Urgencias, Medical toxicology PG DIP
Adscrito del Área de Urgencias del Hospital General de Tláhuac**

**"CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FALLECIDA SOSPECHOSOS
DE COVID-19, EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC"**

Autor: DRA. ARIADNA ESPINOSA CUATECONTZI

Vo. Bo.

Dra. Adriana Clemente Herrera

**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina de urgencias
Hospital Dr. Enrique Cabrera**



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

**Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

ÍNDICE

	<i>Pag.</i>
1. TÍTULO	1
2. INTRODUCCION.	1
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION	16
5. JUSTIFICACIÓN	17
6. HIPÓTESIS	18
7. OBJETIVOS	18
8. METODOLOGÍA	19
9. IMPLICACIONES ÉTICAS	41
10. CRONOGRAMA	44
11. RESULTADOS	44
12. DISCUSIÓN	111
13. CONCLUSIONES	116
14. RECOMENDACIONES	117
15. BIBLIOGRAFÍA	119
16. ANEXOS	124

- TÍTULO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FALLECIDA SOSPECHOSOS DE COVID- 19, EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC

- INTRODUCCION

ANTECEDENTES

En diciembre de 2019, la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, se convirtió en el centro de un brote de neumonía de causa desconocida. Para el 7 de enero de 2020, los científicos chinos habían aislado un nuevo coronavirus, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2; anteriormente conocido como 2019-nCoV), de estos pacientes con neumonía infectada por virus, 1, 2, que fue más tarde enfermedad coronavirus designada 2019 (COVID-19) en febrero de 2020, por la OMS.

Aunque es probable que el brote haya comenzado a partir de un evento de transmisión zoonótica asociado con un gran mercado de mariscos que también comerciaba con animales salvajes vivos, pronto se hizo evidente que también se estaba produciendo una transmisión eficiente de persona a persona. El espectro clínico del SARS- La infección por CoV-2 parece ser amplia, abarcando infección asintomática, enfermedad leve del tracto respiratorio superior y neumonía viral grave con insuficiencia respiratoria e incluso la muerte, con muchos pacientes hospitalizados con neumonía en Wuhan, aunque algunas series de casos tienen publicado, muchos pacientes en estas series permanecieron hospitalizados en el momento de la publicación. (3)

Se ha logrado identificar que la unión del SARS-CoV-2 al receptor ACE2, localizado, entre otras, en las células alveolares tipo I y II, puede causar lesiones a nivel de estas células, particularmente en las que tienen una elevada cantidad del receptor. Este daño puede desencadenar una liberación masiva de citoquinas, lo que, unido a la capacidad del virus de evadir la respuesta inmunitaria, juega un papel importante en la patogenia y la severidad de la enfermedad. (2)

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una infección viral causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) con una tasa de mortalidad del 3 al 7%. La alta mortalidad resulta de la neumonía fulminante que conduce al síndrome de dificultad respiratoria aguda y falla orgánica múltiple (26).

Las manifestaciones clínicas en los casos de COVID-19 son muy variables, desde casos asintomáticos hasta shock séptico, neumonía y fallo multiorgánico. La enfermedad se clasifica en diferentes tipos según la gravedad. Los síntomas más comunes son fiebre, fatiga, tos seca y diarrea. Tras un periodo de incubación de 5 a 14 días, el 80% de los casos aparecen como un cuadro leve con síntomas locales en vías respiratorias altas acompañado de síntomas inespecíficos como fiebre, astenia, anosmia, disgeusia y mialgias. Algunos pacientes pueden deteriorarse rápidamente y evolucionar a un cuadro más grave con disnea, taquipnea, disminución de la saturación e infiltrados alveolares bilaterales, que puede requerir ingreso hospitalario. Un porcentaje variable del total de casos pueden a su vez requerir ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) por neumonía severa, síndrome de distrés respiratorio severo, shock séptico o fallo multiorgánico. Estos pacientes presentan disnea severa,

taquipnea ($> 30/\text{min}$), $\text{SpO}_2 < 93\%$, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ y/o un aumento del 50% de los infiltrados pulmonares en 24 o 48 h. Las complicaciones extrapulmonares más frecuentes son cardiovasculares, hepáticas y renales. En los parámetros de laboratorio son característicos la linfopenia y niveles muy elevados de dímero-d, ferritina, urea y creatinina. El fallo multiorgánico es consecuencia de una respuesta excesiva del propio sistema inmune del paciente. El CDC chino sugiere que la mortalidad en pacientes críticos puede ser hasta del 49%, principalmente ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad respiratoria, enfermedad cardiovascular, hipertensión y complicaciones oncológicas. (2)

Hasta donde sabemos, no se han realizado estudios previos en pacientes con resultados definitivos. Por lo tanto, la estimación de los factores de riesgo de enfermedad grave y muerte en estas series de casos anteriores no es muy sólida. Además, los detalles del curso clínico y virológico de la enfermedad aún no se han descrito bien (3).

Aunque inicialmente se describió como una neumonía viral, SARS-CoV-2 la infección parece presentar características de una enfermedad multisistémica, con deterioro de varios órganos. Los clínicos deben estar al tanto de posibles complicaciones sistémicas y su manejo cuando se trata una enfermedad que podría ser más correctamente renombrado disfunción de múltiples órganos asociada al SARS-CoV-2 síndrome. Sin embargo, la fisiopatología de la infección por SARS-CoV-2 es compleja y ahora se sabe que implica la activación de los sistemas inmunitario y hematológico. La endotoxina y el factor de necrosis tumoral ($\text{TNF-}\alpha$) desencadenan la producción de interleucina (IL) -6 e IL-8, que es seguida por una tormenta de citoquinas. Otros

eventos conducen a la activación de la cascada de coagulación a través de las vías del factor endotelial y tisular (TF), así como a la activación inflamatoria sistémica. Además, el SARS-CoV-2 se une a los receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), que están ampliamente distribuidos no solo en las células epiteliales alveolares pulmonares y la mucosa nasofaríngea y oral, sino también en el endotelio y las células del músculo liso vascular, en el cerebro, en el intestino y en órganos periféricos como el hígado y los riñones. Esto sugiere que el espectro clínico de COVID-19 no se limita a la neumonía local, sino que representa una enfermedad multisistémica con afectación de diferentes órganos y potencial de complicaciones sistémicas. (12)

Hasta el momento se han realizado una variedad de estudios en los cuales se estudian múltiples factores de mortalidad en población China principalmente en la cual se han estudiado dichos factores. Así que se a continuación se resumirán algunos de estos factores estudiados en la población,

FACTORES DEMOGRAFICOS

- GÉNERO

Las muertes por pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) son raras antes de la adrenarquia / pubertad (<10 años de edad), y la vulnerabilidad de los hombres a la enfermedad grave se ha informado constantemente durante los últimos meses de la pandemia. La vulnerabilidad masculina puede aumentar aún más por la herencia ligada al cromosoma X de polimorfismos genéticos (los receptores de andrógenos y los loci de genes

ACE2 están en el cromosoma X). Los signos dermatológicos obvios de hiperactivación de los receptores de andrógenos son la reducción del patrón de densidad del cabello del cuero cabelludo, el aumento de la densidad del vello facial y torácico, el acné y la piel grasa. Teóricamente, el fenotipo hiperandrogénico podría correlacionarse con el aumento de la carga viral de COVID-19, el aumento de la diseminación viral y la gravedad de la afectación pulmonar (4).

- EDAD

COVID-19 es más letal en pacientes de edad avanzada, por lo que la distribución de edad avanzada en Italia puede explicar, en parte, la mayor tasa de letalidad de Italia en comparación con la de otros países. La tasa general de letalidad en Italia (7.2%) es sustancialmente más alta que en China (2.3%). Cuando los datos se estratificaron por grupo de edad, la tasa de letalidad en Italia y China parece muy similar para los grupos de edad de 0 a 69 años, pero las tasas son más altas en Italia entre las personas de 70 años o más, y en particular entre las de 80 años o mayor. Esta diferencia es difícil de explicar. La distribución de casos es muy diferente en los 2 países: las personas de 70 años o más representan el 37,6% de los casos en Italia y solo el 11,9% en China. Además, un número relevante de casos en Italia corresponde a personas de 90 años o más (n = 687), y este grupo de edad tiene una tasa de mortalidad muy alta (22,7%); No se informaron datos sobre casos en personas mayores de 90 años en China (5).

La muerte intrahospitalaria se asoció al ingreso en algunos estudios, con la edad avanzada, una puntuación más alta en la Evaluación secuencial de la insuficiencia orgánica y dímero d en sangre superior a $1 \mu\text{g}/\text{ml}$, hallazgos conocidos por ser asociados con neumonía severa (13).

- CONMORBILIDADES

La hipertensión es una comorbilidad común en pacientes con COVID-19. Sin embargo, la asociación de la hipertensión con la gravedad y la mortalidad de COVID-19 sigue sin estar clara. Los resultados en algunos estudios mostraron que los pacientes hipertensos tenían un riesgo casi 3.48 veces mayor de morir por COVID-19 (8).

Asociación de hipertensión con la gravedad y la letalidad de la infección por SARS-CoV-2: un metanálisis con base en la observación detallada de varios casos y discusiones con colegas que tratan a estos pacientes, planteamos la hipótesis de que los diferentes patrones de COVID-19 encontrados en la presentación en el departamento de emergencias dependen de la interacción entre tres factores:

- 1 (1) la gravedad de la infección, el huésped respuesta, reserva fisiológica y comorbilidades;
- 2 (2) la capacidad de respuesta ventilatoria del paciente a la hipoxemia;
- 3 (3) el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la observación en el hospital. La interacción entre estos factores conduce al desarrollo de un espectro de enfermedades relacionadas con el tiempo dentro de dos "fenotipos" primarios: tipo L, caracterizado por baja elastancia (es decir, alta conformidad), baja relación

ventilación - perfusión, bajo peso pulmonar y bajo Reclutabilidad y tipo H, caracterizados por alta elastancia, alta derivación de derecha a izquierda (9).

Es importante destacar que los pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tuvieron un mayor número de comorbilidades (72,2%) que los que no ingresaron en la UCI (37,3%). Esto sugirió que las comorbilidades pueden ser factores de riesgo para resultados adversos (Wang et al., 2020) (10).

De estas comorbilidades siendo la hipertensión la comorbilidad más común, seguida de diabetes y enfermedad coronaria (3).

La evaluación de la prevalencia de estas enfermedades crónicas es la base para mitigar las complicaciones en pacientes infectados con SARS-CoV-2. Las enfermedades crónicas comparten varias características estándar con los trastornos infecciosos, como el estado proinflamatorio y la atenuación de la respuesta inmune innata. Por ejemplo, la diabetes ocurre en parte porque la acumulación de células inmunes innatas activadas en los tejidos metabólicos conduce a la liberación de mediadores inflamatorios, especialmente IL-1 β y TNF α , que promueven la resistencia a la insulina sistémica y el daño de las células β (Odegaard y Chawla, 2012) . Además, los trastornos metabólicos pueden conducir a una función inmune baja al afectar la función de macrófagos y linfocitos (Dooley y Chaisson, 2009), lo que puede hacer que las personas sean más susceptibles a complicaciones de la enfermedad (Badawi y Ryoo, 2016) (10).

Un reciente estudio de cohorte retrospectivo de 174 pacientes, ingresado en el Hospital Wuhan Unión con COVID-19 encontró que el 21.2% de los pacientes tenían diabetes y la diabetes identificada como un factor de riesgo para enfermedad grave basada en hallazgos radiográficos y biomarcadores de inflamación y daño de órganos terminales. Un estudio que investigó la asociación de los estados de enfermedad y la expresión de ACE2 encontró que la diabetes tipo 2 está causalmente asociada con un aumento Expresión de ACE2 en el pulmón (11).

FACTORES CLINICOS

Un *metaanálisis* recientemente publicado examinó la frecuencia y los síntomas de COVID-19 en humanos. Estos investigadores describieron que entre los síntomas más comunes de COVID-19 estaban fiebre (82%), tos (61%), dolor / fatiga muscular (36%), disnea (26%), dolor de cabeza (12%), dolor de garganta (10. %) y síntomas gastrointestinales (9%). Además de los síntomas clínicos comunes de COVID-19 antes mencionados, estos investigadores describieron resultados detallados de imágenes de tórax. Otros investigadores describieron que los exámenes radiológicos revelaron opacidades en vidrio esmerilado en hasta el 86% de los pacientes con COVID-19, con el 76% de los pacientes con COVID-19 que presentaban distribución bilateral y 33% de distribución periférica (6).

Un factor que es común a la mayoría de los pacientes hospitalizados con COVID-19 es la fiebre. El grado de elevación de la temperatura podría reflejar la gravedad de la inflamación. Un estudio presenta resultados, que, sugieren que el control deficiente de la BT durante el curso de la enfermedad COVID 19 es un marcador de mal pronóstico y la BT se puede utilizar como un indicador pronóstico fácil de obtener (7).

BIOQUIMICOS

- DIMERO D

Los posibles factores de riesgo de la edad avanzada, la puntuación SOFA alta y el dímero d superior a 1 µg / ml podrían ayudar a los médicos a identificar a los pacientes con mal pronóstico en una etapa temprana (3).

Un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, estuvo presente en todos los pacientes y fue responsable de la activación de la coagulación de la sangre en casi todos los pacientes con COVID-19, como lo demuestra la elevación progresiva de los dímeros-D. La incidencia de embolia pulmonar fue mucho mayor en el SDRA de COVID-19, según se evaluó mediante el emparejamiento con pacientes sin COVID-19. Se sabe que algunos virus activan la cascada de coagulación, principalmente al promover el factor tisular en las células endoteliales, así como en los macrófagos linfoides y las células sanguíneas circulantes (14).

- LINFOPENIA

La linfocitopenia es una de las características clínicas de COVID-19, indicando que el virus tiende a disminuir la inmunidad antiviral del huésped. Además de los linfocitos, los neutrófilos son el pilar principal en la lucha contra diversas infecciones. Las anomalías de laboratorio más comunes observadas en este estudio fueron la disminución de los linfocitos totales, el tiempo prolongado de protrombina y la elevación del lactato deshidrogenasa (15).

La linfopenia es una característica común en pacientes con COVID-19 y podría ser un factor crítico asociado con la gravedad y mortalidad [de la](#) enfermedad. Las células epiteliales alveolares lesionadas pueden inducir la infiltración de linfocitos, lo que conduce a la linfopenia persistente, como se observó en SARS-CoV-2 y MERS-CoV (comparten vías alveolares penetrantes y de presentación de antígenos (APC) similares. Un estudio de biopsia ha proporcionado pruebas sólidas de recuentos sustancialmente reducidos de células T periféricas CD4 y CD8, mientras que su estado era hiperactivado. Además, Jing y sus colegas informaron que la linfopenia está relacionada principalmente con la disminución de las células T CD4 y CD8. Por lo tanto, es probable que los linfocitos desempeñen papeles distintos en COVID-19, lo que merece una mayor investigación (20).

- DAÑO HEPATICO

Las lesiones pulmonares han sido consideradas como el daño principal causado por la infección por SARS-CoV-2. Sin embargo, también se ha informado de lesiones hepáticas durante el curso de la enfermedad en casos graves. Del mismo modo, estudios anteriores han demostrado que el daño hepático era común en los pacientes infectados por los otros dos

coronavirus altamente patógenos: el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), y asociado con el gravedad de las enfermedades. Desde una perspectiva clínica, además de tratar activamente con la enfermedad primaria causada por la infección por coronavirus, también se debe prestar atención para controlar la aparición de daño hepático y la aplicación de medicamentos que pueden inducir daño hepático, como antibióticos de macrólidos o quinolona y esteroides, etc. Se aconseja a los pacientes con daño hepático que sean tratados con medicamentos que puedan proteger las funciones hepáticas e inhibir las respuestas inflamatorias. Estudios recientes sobre COVID-19 han demostrado que la incidencia de la lesión hepática varió de 14.8% a 53%, principalmente indicada por anormal Niveles de ALT / AST acompañados de niveles de bilirrubina ligeramente elevados. La albúmina disminuye en casos graves (19).

- DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL), PROTEINA C REACTIVA (PCR)

El aumento repentino en los casos de COVID-19 está ejerciendo una gran presión sobre los servicios de salud en todo el mundo. En esta etapa, la evaluación clínica rápida, precisa y temprana de la gravedad de la enfermedad es vital. Para apoyar la toma de decisiones y la planificación logística en los sistemas de salud, este estudio aprovecha una base de datos de muestras de sangre de 485 pacientes infectados en la región de Wuhan, China, para identificar biomarcadores predictivos cruciales de mortalidad por enfermedades. Para este propósito, las herramientas de aprendizaje automático seleccionaron tres biomarcadores que predicen la mortalidad de pacientes individuales con más de 10 días de anticipación con más del 90%

de precisión: deshidrogenasa láctica (LDH), linfocitos y proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). En particular, los niveles relativamente altos de LDH solo parecen jugar un papel crucial en la distinción de la gran mayoría de los casos que requieren atención médica inmediata. Este hallazgo es consistente con el conocimiento médico actual de que los niveles altos de LDH están asociados con la degradación de los tejidos que ocurre en varias enfermedades, incluidos los trastornos pulmonares como la neumonía. En general, este artículo sugiere una regla de decisión simple y operable para pronosticar rápidamente a los pacientes con el riesgo más alto, lo que les permite priorizar y potencialmente reducir la tasa de mortalidad (20).

El aumento de LDH refleja la destrucción de tejido / célula y se considera un signo común de daño de tejido / célula. La LDH sérica se ha identificado como un biomarcador importante para la actividad y la gravedad de la fibrosis pulmonar idiopática. En pacientes con enfermedad intersticial pulmonar grave, el aumento de LDH es significativo y es uno de los marcadores pronósticos más importantes de la lesión pulmonar. Para pacientes críticos con COVID-19, el aumento en el nivel de LDH indica un aumento de la actividad y el alcance de la lesión pulmonar.

El aumento de hs-CRP, un marcador importante para el mal pronóstico en el síndrome de dificultad respiratoria aguda, refleja un estado persistente de inflamación. El resultado de esta respuesta inflamatoria persistente son grandes lesiones de color blanco grisáceo en los pulmones de pacientes con COVID-19 (visto en la autopsia). En las secciones de tejido, también se observa una gran cantidad de secreción pegajosa que se desborda de los alvéolos.

Finalmente, nuestros resultados también sugieren que los linfocitos pueden servir como un objetivo terapéutico potencial. Esta hipótesis está respaldada por los resultados de los estudios clínicos (20).

- COLESTEROL

La letalidad del virus, es notablemente selectivo para personas mayores y aquellos con enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y tabaquismo. La capacidad de un virus para ingresar a una célula es crítica para su letalidad El SARS-CoV-2 ingresa a la célula uniéndose a un receptor de enzima convertidora de angiotensinógeno 2 (ACE2). El colesterol es un lípido eucariota insoluble que se encuentra en membranas en todo el cuerpo humano, la mayoría acumularse en el tejido con edad. Además, inflamación crónica provoca carga de colesterol en tejido rico en macrófagos. Neumocitos en el carga pulmonar y descarga colesterol junto con macrófagos y este proceso está asociado con enfermedad pulmonar¹⁵ y función pulmonar (21).

- PÉPTIDO NATRIURÉTICO (BNP)

BNP es un marcador sensible de estiramiento miocárdico, y su cambio relativo en pacientes durante un ensayo de respiración espontánea (SBT). SBT se ha propuesto para proporcionar un valor incremental para predecir la liberación exitosa de MV. BNP es un péptido natriurético liberado de cardiomiocitos, medido utilizando uno de los dos ensayos ampliamente disponibles (NT-proBNP y BNP). La vida media de BNP se estima en 20 min, mientras que la vida media de NT-proBNP se estima en 120 min. La congestión subclínica y el edema pulmonar

manifiesto debido a cambios en la poscarga ventricular izquierda pueden ser comunes durante un SBT. Estos cambios fisiológicos pueden detectarse fácilmente midiendo los cambios en BNP. Los estudios existentes han intentado incorporar BNP en varios pasos de liberación de MV. El enfoque de este estudio será el uso de BNP durante un SBT. Se necesitan datos adicionales para fortalecer el BNP como herramienta de liberación (22).

- FERRITINA

Al igual que en otros estudios, nuestros resultados muestran que una mayor respuesta inflamatoria al inicio definida por unos niveles más elevados de ferritina y PCR se asoció con una mayor mortalidad (23).

ESTUDIO DE IMAGEN

Otros investigadores describieron que los exámenes radiológicos revelaron opacidades en vidrio esmerilado en hasta el 86% de los pacientes con COVID-19, con el 76% de los pacientes con COVID-19 que presentaban distribución bilateral y 33% de distribución periférica. Curiosamente, no se observó que los pacientes con COVID-19 presentaran cavitación pulmonar, nódulos pulmonares discretos, derrames pleurales o linfadenopatía,

El examen clínico de casos graves de COVID-19 reveló una disminución de la proporción de presión parcial de oxígeno arterial a oxígeno inspirado fraccional (relación $PaO_2 : FiO_2$) con hipoxia y taquipnea concomitantes. Además, los investigadores han descrito niveles bajos de dióxido de carbono (CO_2) en COVID-19, ya que la presión parcial media del nivel de dióxido de

carbono (PaCO_2) fue de 34 mmHg. En resumen, se observa hipoxia e hipocapnia en casos graves de COVID-19.

Este investigador observó las siguientes similitudes: presión parcial de oxígeno arterial a relación de oxígeno inspirado fraccional (disminuido), hipoxia (presente), taquipnea (aumentado), presión parcial del nivel de dióxido de carbono (disminuido), opacidades de vidrio esmerilado en la TC de tórax (presente), infiltrados irregulares en la radiografía de tórax (presente), niveles de fibrinógeno / formación de fibrina (aumentada), compuesto alveolar (presente) y desarrollo de SDRA en la enfermedad grave (presente) (6).

- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que no existe en la actualidad un tratamiento específico para este Síndrome desarrollado por la infección por el virus COVID- 19, se han realizado múltiples estudios de factores de mortalidad en la población con dicho diagnóstico, y las posibles variables que ayuden a identificar al paciente en riesgo inminente de muerte. Así que ante el alto índice de mortalidad en la población de la Ciudad de México, se decidió hacer este estudio en la población fallecida en uno de los centros de atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19, durante el confinamiento de la sana distancia, con el fin de proporcionar una base de datos de variables que ayuden a reconocer y hacer un análisis de todas las características demográficas, clínicas y bioquímica para identificar la frecuencia, máximo y mínimo de cada valor, y ser la pauta para la identificación temprana de pacientes con riesgo de deterioro clínico y muerte. 20. Así que con la investigación sobre los factores de riesgo, el análisis de datos, ayudaría a localizar biomarcadores que puedan predecir un pronóstico más grave y dar herramientas que permitan actuar a tiempo y con mayor intensidad, para evitar un fatal desenlace en los pacientes más propensos.

- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la población fallecida sospechosos de COVID- 19, en el hospital General Tláhuac?”

- JUSTIFICACIÓN

El aumento repentino en los casos de COVID-19 está ejerciendo una gran presión sobre los servicios de salud en todo el mundo. En esta etapa, es vital una evaluación clínica rápida, precisa y temprana de la gravedad de la enfermedad. Para apoyar la toma de decisiones y la planificación logística en los sistemas de salud, Desafortunadamente, actualmente no hay biomarcadores pronósticos disponibles para distinguir a los pacientes que requieren atención médica inmediata y estimar su tasa de mortalidad asociada. La capacidad de identificar casos que están en riesgo inminente de muerte se ha convertido en una necesidad urgente pero desafiante. Para identificar marcadores sólidos y significativos de riesgo de mortalidad.

Los resultados pueden ayudar en el manejo del paciente al tiempo que ayudan a desarrollar políticas de prevención y respuesta a COVID-19 y sus resultados críticos. Los datos tempranos sobre cambios en clínica y laboratorio hallazgos a lo largo del tiempo, que podrían ayudar a los médicos a identificar pacientes que progresan a una enfermedad más grave. La dominación viral prolongada proporciona los fundamentos para una estrategia de aislamiento de pacientes infectados e intervenciones anti-virales óptimas en el futuro.

Se decidió el análisis estadístico de todos los pacientes fallecidos, durante el confinamiento de sana distancia desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 31 de mayo de 2020, que hayan llegado al Hospital General Tláhuac., para lograr identificar estos factores que pudieran mejorar la atención de los pacientes (20).

- HIPÓTESIS

Existen características demográficas, clínicas y bioquímicas que tienen mayor impacto en la mortalidad en pacientes COVID-19.

- OBJETIVOS

- a. General

- i. Identificar las características estadísticas del grupo de pacientes fallecidos con diagnóstico de caso sospechoso de COVID- 19, en el Hospital General Tláhuac.

- b. Específicos

- i. Identificar las enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con mayor índice de mortalidad en la población atendida en Hospital General Tláhuac.
- ii. Identificar el grupo de edad y género con mayor índice de mortalidad en la población fallecida Hospital General Tláhuac.
- iii. Identificar marcadores de laboratorio que traducen mayor índice de mortalidad en pacientes sospechosos de COVID- 19, en el Hospital General Tláhuac...

METODOLOGÍA

c. Diseño del estudio

En este estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, trasversal en el que incluimos a todos los pacientes hospitalizados adultos (≥ 18 años) con sospecha diagnóstica de COVID-19 por estudio de Imagen o con definición operacional de Caso sospechoso, que habían fallecido desde el 1 de marzo hasta el 31 de mayo de 2020. Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio, se extrajeron de registros médicos electrónicos de los pacientes no sobrevivientes.

d. Universo de estudio

- Expedientes de Pacientes fallecidos en el Hospital General durante el periodo de 1 de marzo a 31 de mayo de 2020, y con diagnóstico de defunción de Caso sospechoso de COVID-19 basado en estudio de Imagen y bioquímicos.

a. Criterios de selección

i. Criterios de inclusión

- Expediente de paciente Fallecido con el diagnóstico de Caso sospechoso de COVID-19
- Edad mayor a 18 años
- Expediente de paciente con bioquímicos a su ingreso
- Expediente de paciente con estudio de imagen sugestivo a infección por COVID-19

Expediente de paciente hospitalizado del 1 de marzo al 31 de mayo de 2020, en el Hospital General Tláhuac.

ii. Criterios de exclusión

1. NO APLICA

iii. Criterios de interrupción

1. NO APLICA

iv. Criterios de eliminación

1. NO APLICA

b. Cálculo del tamaño de muestra

i. Muestra

- Se realiza censo de los pacientes fallecidos con sospecha diagnóstica de COVID- 19, en el Hospital General Tláhuac., y que cumplen los criterios de ingreso.

c. Muestreo

No probabilístico, intencional.

- Variables

Variable	Tipo	Definición Operacional	Escala de medición	Calificación
Edad	Independiente	Años vividos por una persona	Cuantitativa- Continuas	años
género	Independiente	Condición orgánica que distingue a los individuos de una especie, dividiéndolos en masculino y femenino	Dicotómica	Masculino / Femenino
Tiempo de evolución del cuadro clínico previo a su hospitalización	Independiente	Tiempo transcurrido en días, desde el inicio de los síntomas hasta su ingreso al Hospital.	Cuantitativa- Continuas	Días
Días de estancia intrahospitalaria	Independiente	Es el tiempo en días desde el ingreso,	Cuantitativa- Continuas	Días

			hasta su muerte o alta Hospitalaria		
signos vitales a su ingreso	Frecuencia cardíaca	Independiente	Es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto.	Cuantitativa- Continuas	Latidos por minuto
	Frecuencia respiratoria	Independiente	Es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto.	Cuantitativa- Continuas	Respira ciones por minuto
	Tensión Arterial Sistólica	Independiente	El máximo de la curva de presión en las arterias y que ocurre cerca del principio del ciclo cardíaco durante la sístole o contracción ventricular	Cuantitativa- Continuas	mmHg
		Independiente	Es el valor mínimo de la curva de presión (en la fase	Cuantitativa- Continuas	mmHg

Tensión Arterial Diastólica		de diástole o relajación ventricular del ciclo cardíaco).		
Tensión Arterial Media	Independiente	Diferencia entre las presiones máxima y mínima medidas.	Cuantitativa- Continuas	mmHg
Saturación de oxígeno	Independiente	Es la evaluación espectrofotométrica de la oxigenación de la hemoglobina (SpO ₂) al medir la luz transmitida a través de un lecho capilar, sincronizada con el pulso, es decir, el oxímetro mide los cambios de absorción de luz que resultan de las	Cuantitativa- Continuas	%

		pulsaciones de la sangre arterial.		
Temperatura	Independiente	Grado o nivel térmico de un cuerpo o de la atmósfera.	Cuantitativa- Continuas	Grados centígrado

Crónico degenerativos	Hipertensión arterial sistémica	Independiente	Aumento de la resistencia vascular debido a vasocontricción arteriolar e Hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial.	Dicotómica	SI / NO
	Diabetes tipo 2	Independiente	Enfermedad caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa sanguínea (hiperglucemia), causada por un defecto (completo o no) en la secreción o acción de la insulina y o	Dicotómica	SI / NO

		resistencia a la acción de la insulina producida por el propio cuerpo.		
Asma	Independiente	Enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia.	Dicotómica	SI / NO
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Independiente	Enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones.	Dicotómica	SI / NO

Cuadro Clínico	Disnea	Independiente	Dificultad respiratoria o falta de aire.	Dicotómica	SI / NO
	Fiebre	Independiente	Aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento.	Dicotómica	SI / NO
	Tos	Independiente	Reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias.	Dicotómica	SI / NO
	Malestar General	Independiente	Sensación desagradable no localizada que afecta a todo el cuerpo y que se produce en muchas enfermedades.	Dicotómica	SI / NO

Diarrea	Independiente	Cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas que lo normal.	Dicotómica	SI / NO
Cefalea	Independiente	Sensación dolorosa localizada en la bóveda	Dicotómica	SI / NO
Odinofagia	Independiente	Dolor en la faringe posterior que se produce con la deglución o sin ella.	Dicotómica	SI / NO
Rinorrea	Independiente	Flujo o emisión abundante de líquido por la nariz, generalmente debido a un aumento de la secreción de mucosidad nasal.	Dicotómica	SI / NO

	Dolor abdominal	Independiente	Manifestación más importante de los trastornos gastrointestinales.	Dicotómica	SI / NO
	Otros(Anosmia, dolor torácico).	Independiente		Dicotómica	SI / NO
Pruebas de función hepática	Albumina	Independiente	Proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo.	Cuantitativa- Continuas	g/dL
	Deshidrogenasa Lactica	Independiente	Enzima de un grupo de enzimas que se encuentra en la sangre y otros tejidos del cuerpo y que participa en la producción de energía en las células.	Cuantitativa- Continuas	UI/L

Gama Glutamil transferasa	Independiente	Enzima hepática	Cuantitativa- Continuas	UI/L
Bilirrubina total	Independiente	Producto derivado del metabolismo de la hemoglobina.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Bilirrubina indirecta	Independiente	Bilirrubina unida a la albúmina. Es liposoluble.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Bilirrubina Directa	Independiente	Bilirrubina unida con el ácido glucurónico. Es hidrosoluble. Se elimina por la orina.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Alanino Aminotrans ferasa	Independiente	Enzima que pertenece al grupo de las transaminasas	Cuantitativa- Continuas	UI/L
Aspartato Aminotrasn ferasa	Independiente	Enzima que se encuentra principalmente en el hígado, pero	Cuantitativa- Continuas	UI/L

			también en los músculos.		
Perfil de lípidos	Colesterol	Independiente	Lípido (del tipo esterol) que se encuentra en la membrana plasmática eucariota, los tejidos corporales de todos los animales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Trigliceridos	Independiente	Lípidos que se forman por una molécula de glicerina.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Otros	Ferritina	Independiente	Principal proteína almacenadora, transportadora y liberadora de forma	Cuantitativa- Continuas	ng/mL

		controlada de hierro.		
Péptido Natriuretico	Independiente	Polipéptido de 32 aminoácidos secretado por los ventrículos cardíacos en respuesta a un alargamiento excesivo de las células del músculo cardíaco.	Cuantitativa- Continuas	pg/ml
Creatinina total	Independiente	Enzima expresada por varios tejidos y tipos celulares.	Cuantitativa- Continuas	UI/L
Dímero D	Independiente	Producto de degradación de la proteína fibrina detectado cuando el trombo, en un proceso de coagulación, es	Cuantitativa- Continuas	ng/mL

			proteolizado por la plasmina.		
	Procalcitonina	Independiente	Péptido de 116 aminoácidos.	Cuantitativa-Continuas	ug/L
	Proteína C Reactiva	Independiente	Proteína plasmática circulante, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación (proteína de fase aguda).	Cuantitativa-Continuas	mg/dL
Biometría hemática	Leucocitos	Independiente	Conjunto heterogéneo de células sanguíneas que son ejecutoras de la respuesta inmunitaria,	Cuantitativa-Continuas	10 ³ /uL
	Neutrofilos	Independiente	Tipo de glóbulo blanco, un tipo de granulocito y un tipo de fagocito.	Cuantitativa-Continuas	K/uL

Linfocitos	Independiente	Tipo de leucocito que proviene de la diferenciación linfoide de las células madre hematopoyéticas ubicadas en la médula ósea y que completa su desarrollo en los órganos linfoides primarios y secundarios	Cuantitativa- Continuas	K/uL
Hemoglobina	Independiente	Proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.	Cuantitativa- Continuas	g/dL
Hematocrito	Independiente	Porcentaje que ocupa la fracción sólida de una muestra de sangre anticoagulada, al	Cuantitativa- Continuas	%

			separarse de su fase líquida (plasma).		
	Plaquetas	Independiente	Célula de la sangre de los vertebrados, pequeña y sin núcleo, que tiene forma de disco ovalado o redondo e interviene en la coagulación de la sangre.	Cuantitativa- Continuas	10 ³ /uL
	Sodio	Independiente	Electrolito indispensable por sus múltiples funciones en el cuerpo humano	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
Electrólitos séricos	Potasio	Independiente	Tipo de electrolito, mineral del cuerpo con carga eléctrica que ayudan a controlar la	Cuantitativa- Continuas	mmol/L

		actividad de los músculos y los nervios, mantienen los niveles de ciertos líquidos y cumplen otras funciones importantes.		
Cloro	Independiente	Partícula con carga negativa (anión).	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
Fósforo	Independiente	Elemento químico de número atómico 15 y símbolo P.4	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Calcio	Independiente	Es un elemento químico, de símbolo <i>Ca</i> y de número atómico 20.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Magnesio	Independiente	Macromineral con una función estructural importante en el hombre, al estar	Cuantitativa- Continuas	mg/dL

			presente en los huesos.		
Función renal	Creatinina	Independiente	Producto de desecho generado por los músculos.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Nitrógeno Ureico	Independiente	Cantidad de nitrógeno circulando en forma de urea en el torrente sanguíneo.	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Urea	Independiente	Producto terminal del metabolismo de las proteínas en el humano	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Gasometría arterial	pH	Independiente	Medida del grado de acidez o alcalinidad de una sustancia o una solución.	Cuantitativa- Continuas	
	pCO ₂	Independiente	Expresa la eficacia de la ventilación alveolar, dada la	Cuantitativa- Continuas	mmHg

		gran capacidad de difusión de este gas.		
pO ₂	Independiente	Cantidad de oxígeno que hay disuelto en la sangre.	Cuantitativa- Continuas	mmHg
Lactato	Independiente	Se sintetiza en el organismo como producto de la glicólisis anaeróbica cuando la demanda de oxígeno tisular disminuye hasta un punto crítico debido a diversos estados patológicos y no es posible la síntesis de ATP por la vía aerobia	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
HCO ₃	Independiente	Sales ácidas derivadas del ácido	Cuantitativa- Continuas	mmol/L

			carbónico (H ₂ CO ₃) que contienen el anión bicarbonato (HCO ₃ ⁻).		
	PaFi	Independiente	índice muy extendido para evaluar el intercambio de oxígeno	Cuantitativa- Continuas	mmHg

d. Recolección de datos

- Hoja de recolección de datos (Anexo 1)
- Expediente clínico

a. Descripción del estudio

1. En base al censo diario de urgencias del Hospital General Tlahuac, se recopilara los datos con NHC , que logren identificar a los pacientes y con ellos sus expedientes.
2. Recolección de expedientes con los diagnostico Caso Sospechoso de COVID- 19
3. Identificar y plasmar en hoja de registro las variables indispensables para el protocolo de estudio
4. Analizar con diagramas y gráficas las variables del protocolo de estudio
5. Elaborar presentación de los resultados obtenidos de análisis de la base de datos

b. Plan de análisis estadístico

- Los datos demográficos, clínicos, de tratamiento y de laboratorio, se extrajeron de registros médicos electrónicos de pacientes no sobrevivientes. Se realizaron, tabularon y describieron los resultado en graficas de porcentajes, tomando en cuenta valores, maximos y minimos, asi como Moda, Media y Promedio para compararlas con la bibliografia internacional.

Análisis descriptivo:

- Para datos generales y demográficos, se utilizará reporte de porcentajes, medias y desviación estándar.

- IMPLICACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

- a. Normatividad

Se realizara la toma de información en hojas de registro de expediente clínico, en apego a la Ley General de Salud Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1 en sus artículos 17, 21, 22 y 23.

Según la declaración de Helsinki, el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Se cumplió con la relación ética-ciencia-investigación (Acuerdos de Belmont):

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agente autónomo
2. Beneficencia: A través de los resultados de esta investigación se busca identificar la mejor escala para evaluar pronóstico de mortalidad hospitalario.
3. No maleficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
4. Justicia: La asignación del estudio será equitativo de acuerdo a los criterios de inclusión
5. Confidencialidad: En todo momento se protegerán los datos personales de los participantes, quienes serán completamente libres de decidir su participación o no así como de retirarse en el momento que así lo deseen, de igual manera sus datos se mantendrán bajo resguardo.

Riesgo

Se realizará la toma de información en hojas de registro de expediente clínico,

b. Proceso de consentimiento informado

Se realizará la toma de información en hojas de registro de expediente clínico,

c. Bioseguridad

Se tendrán en cuenta las medidas de bioseguridad para el personal encargado del registro de los parámetros del estudio como lo estipula la OMS.

- LOGÍSTICA

- a. Recursos

Recursos humanos: realización del protocolo de tesis por parte de la Dra Ariadna Espinosa Cuatecontzi

Dr. Ángel Tlacuilo Morales como director de Tesis.

Recursos materiales: se realizará el registro de los parámetros de estudio en hoja de registro lo cual se obtiene del archivo clínico del Hospital General Tláhuac.

Recursos físicos

- Archivo clínico del Hospital General Tláhuac.

- b. Financiamiento

Se realizará con auto financiamiento por parte del Hospital General Tláhuac.

Sin aparente conflicto de intereses ya que no se recibe financiamiento de ninguna institución privada u organización.

c. Cronograma

Fecha	junio de 2020	julio de 2020
Presentación de protocolo de tesis		
Recolección de datos		
Presentación de borrador		
Presentación de tesis		

- RESULTADOS

Desde e 1 marzo de 2020 al 31 de mayo de 2020, en el Hospital General Tlahuac se realizo un censo de todos los pacientes ingresados a dicho nosocomio con el diagnostico de Casos Sospechoso de COVID- 19. Se Registraron un total de 278 (100%) pacientes, de los cuales 166 pacientes (59.7%) fallecieron, que fue el total de pacientes que se contemplaron para este estudio.

Se analizaron los 166 pacientes que fallecieron y cumplían con la definición operacional de Casos sospechoso de COVID- 19 o que contaban con estudio de Imagen (Radiografía o Tomografía de tórax simple) con datos sugestivos a dicha patología, se analizaron las

variables demográficas y cuadro clínico previo a su ingreso al hospital. En una segunda parte del análisis, se pudo analizar los parámetros bioquímicos de ingreso de 111 pacientes, ya que debido a su fallecimiento a su ingreso o en las primeras horas no se logro realizar estos estudios en todos los pacientes.

De los datos recopilados de los expedientes electrónicos se obtuvieron los siguientes gráficas:

Tabla y gráfica 1. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales la media de edad es de 57 años y la moda de 62 años, con un máximo y mínimo de 23 a 93 años; así como un promedio de 55 años de edad. Fuente. Expediente clínico de Hosital General Tlahuac.

Descriptive Statistics		Edad
		Edad
Valid	166	
Missing	0	
Mean	55.68	
Std. Error of Mean	1.010	
Median	57.00	
Mode	62.00	
Std. Deviation	13.01	
Minimum	23.00	
Maximum	93.00	

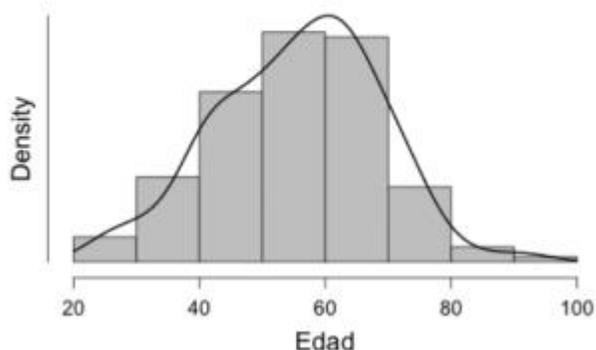


Tabla y gráfica 2. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 44 pacientes (26.5%) eran del genero Femenino y 122 (73.5%) del Genero Masculino.

Frequencies for Genero

Genero	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	44	26.5	26.5	26.5
Masculino	122	73.5	73.5	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Gráfica 2. Fuente. Expediente clínico de Hosital General Tlahuac.

Genero

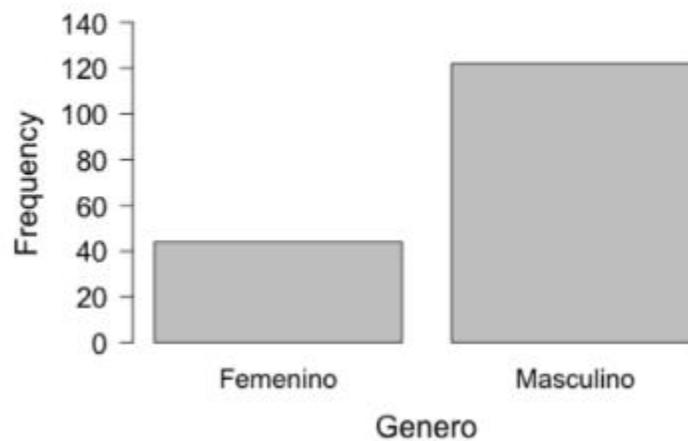


Tabla 3 y gráfica 3. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de los días de Estancia intrahospitalaria el mínimo y máximo de días, era de 0 a 23 días. Se tomo como promedio 4 días, con una media de 3 días y Moda de 0 días.

Descriptive Statistics		
	Días de Estancia Hospitalaria	Días de inicio de los síntomas
Valid	166	165
Missing	0	1
Mean	4.404	7.685
Std. Error of Mean	0.3807	0.6151
Median	3.000	7.000
Mode	0.000	7.000
Std. Deviation	4.905	7.901
Minimum	0.000	1.000
Maximum	23.00	90.00

Gráfica 3. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Días de Estancia Hospitalaria

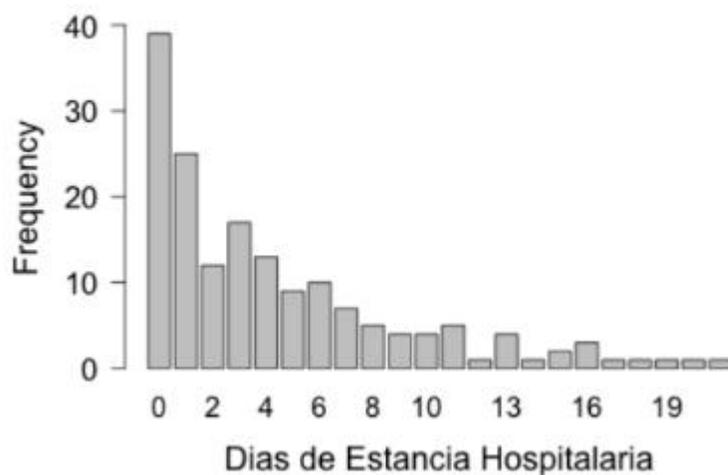


Tabla 3 y gráfica 4. De los días del padecimiento actual, se obtuvo un mínimo de 1 día, hasta un máximo de 90 días, en los cuales, este ultimo valor se puede deber a la con-morbilidades del paciente, con un promedio, media y moda de 7 días.

Descriptive Statistics		
	Dias de Estancia Hospitalaria	Dias de inicio de los sintomas
Valid	166	165
Missing	0	1
Mean	4.404	7.685
Std. Error of Mean	0.3807	0.6151
Median	3.000	7.000
Mode	0.000	7.000
Std. Deviation	4.905	7.901
Minimum	0.000	1.000
Maximum	23.00	90.00

Gráfica 4. Fuente. Expediente clínico de Hosital General Tlahuac.

Dias de Inicio de los sintomas

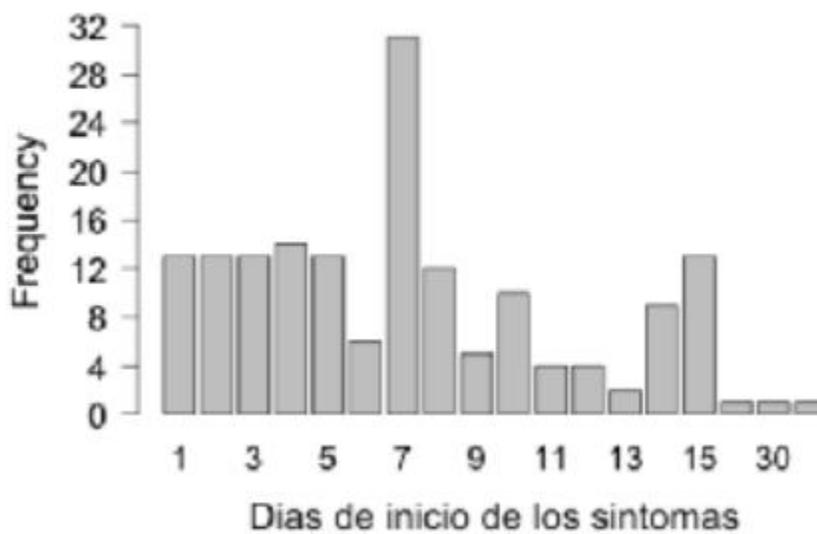


Tabla 4 y gráfica 5. Los días de estancia Intrahospitalaria, se decide evaluar por Genero, obteniendo 44 mujeres, con un rango mínimo y máximo de 0 a 23 días, con un Promedio de 4 días, media de 3 días y Moda de 1 día.

Descriptive Statistics

	Dias de Estancia Hospitalaria		Dias de inicio de los sintomas	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Valid	44	122	44	121
Missing	0	0	0	1
Mean	4.023	4.541	6.136	8.248
Std. Error of Mean	0.6408	0.4644	0.5831	0.8068
Median	3.000	3.000	7.000	7.000
Mode	1.000	0.000	7.000	7.000
Std. Deviation	4.251	5.130	3.868	8.874
Minimum	0.000	0.000	1.000	1.000
Maximum	23.00	21.00	15.00	90.00

Gráfica 5. Fuente. Expediente clínico de Hosital General Tlahuac.

Dias de Estancia Hospitalaria

Femenino

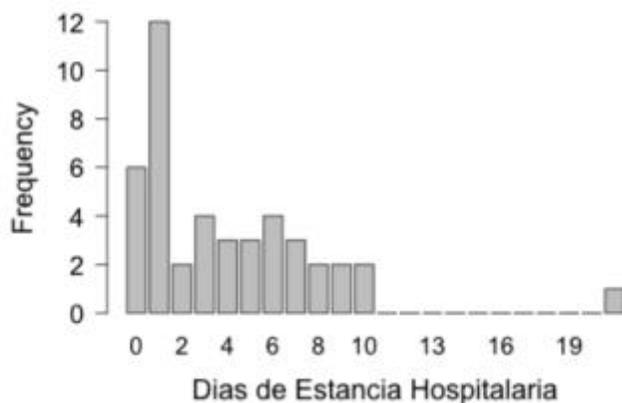
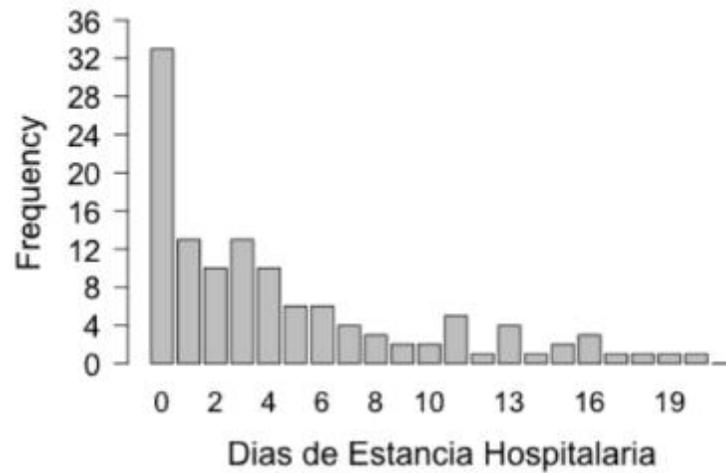


Tabla 4 y gráfica 6. Los días de estancia Intrahospitalaria, se decide evaluar por Genero, obteniendo 122 Hombres, con un rango mínimo y máximo de 0 a 21 días, con un Promedio de 4 días, media de 3 días y Moda de 0 día.

Gráfica 6. Fuente. Expediente clínico de Hosital General Tlahuac.

Masculino



Descriptive Statistics

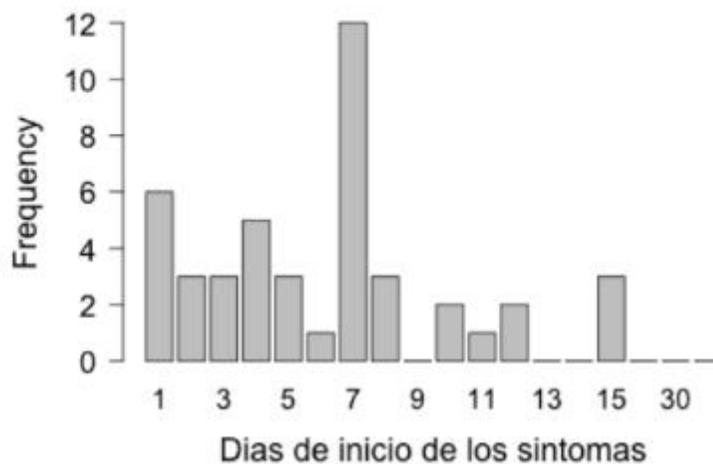
	Dias de Estancia Hospitalaria		Dias de inicio de los sintomas	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Valid	44	122	44	121
Missing	0	0	0	1
Mean	4.023	4.541	6.136	8.248
Std. Error of Mean	0.6408	0.4644	0.5831	0.8068
Median	3.000	3.000	7.000	7.000
Mode	1.000	0.000	7.000	7.000
Std. Deviation	4.251	5.130	3.868	8.874
Minimum	0.000	0.000	1.000	1.000
Maximum	23.00	21.00	15.00	90.00

Tabla 4 y gráfica 7. Los días de Padecimiento Actual , se decide evaluar por Genero, obteniendo 44 Mujeres, con un rango mínimo y máximo de 1 a 15 días, con un Promedio de 6 días, media de 7 días y Moda de 7 día.

	Dias de Estancia Hospitalaria		Dias de inicio de los sintomas	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Valid	44	122	44	121
Missing	0	0	0	1
Mean	4.023	4.541	6.136	8.248
Std. Error of Mean	0.6408	0.4644	0.5831	0.8068
Median	3.000	3.000	7.000	7.000
Mode	1.000	0.000	7.000	7.000
Std. Deviation	4.251	5.130	3.868	8.874
Minimum	0.000	0.000	1.000	1.000
Maximum	23.00	21.00	15.00	90.00

Dias de inicio de los sintomas

Femenino



Gráfica 7. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Tabla 4 y gráfica 8. Los días de Padecimiento Actual, se decide evaluar por Genero, obteniendo 121 Hombres, con un rango mínimo y máximo de 1 a 90 días, con un Promedio de 8 días, media de 7 días y Moda de 7 día.

	Dias de Estancia Hospitalaria		Dias de inicio de los sintomas	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Valid	44	122	44	121
Missing	0	0	0	1
Mean	4.023	4.541	6.136	8.248
Std. Error of Mean	0.6408	0.4644	0.5831	0.8068
Median	3.000	3.000	7.000	7.000
Mode	1.000	0.000	7.000	7.000
Std. Deviation	4.251	5.130	3.868	8.874
Minimum	0.000	0.000	1.000	1.000
Maximum	23.00	21.00	15.00	90.00

Gráfica 8. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Masculino

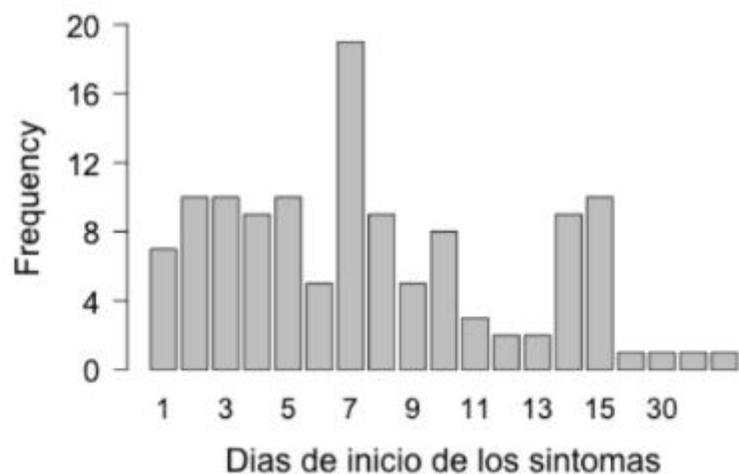


Tabla 5. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico:

Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La disnea se presentó en 137 pacientes (82.5%) es el más frecuente.

Frecuencias for Disnea

Disnea	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	17.5	17.5	17.5
1	137	82.5	82.5	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 6. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico:

Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La fiebre se presentó en 108 pacientes (65.1%)siendo el segundo signo más frecuente.

Frecuencias for Fiebre

Fiebre	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	58	34.9	34.9	34.9
1	108	65.1	65.1	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 7. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Tos se presentó en 103 pacientes (62%). Es el tercer síntoma más frecuente.

Frequencies for Tos

Tos	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	63	38.0	38.0	38.0
1	103	62.0	62.0	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 8. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

El malestar General se presentó en 53 pacientes (31.9%).

Frequencies for Malestar General

Malestar General	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	113	68.1	68.1	68.1
1	53	31.9	31.9	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 9. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico:

Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Diarrea se presentó en 13 pacientes (7.8%).

Frequencies for Diarrea

Diarrea	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	153	92.2	92.2	92.2
1	13	7.8	7.8	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 10. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro

clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Cefalea se presentó en 42 pacientes (25.3%).

Frequencies for Cefalea

Cefalea	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	124	74.7	74.7	74.7
1	42	25.3	25.3	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 11. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Odínofagia se presentó en 19 pacientes (11.4 %).

Frequencies for Odínofagia

Odínofagia	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	147	88.6	88.6	88.6
1	19	11.4	11.4	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 12. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odínofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Rinorrea se presentó en 11 pacientes (6.6 %).

Frequencies for Rinorrea

Rinorrea	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	155	93.4	93.4	93.4
1	11	6.6	6.6	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 13. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odinofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico).

La Dolor abdominal se presento en 5 pacientes (3 %).

Frequencies for Dolor abdominal

Dolor abdominal	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	160	97.0	97.0	97.0
1	5	3.0	3.0	100.0
Total	165	100.0	100.0	

Tabla 14. Del padecimiento actual, de los 166 pacientes (100%), se evaluó en el cuadro clínico: Disnea, Fiebre, Tos, Malestar General, Diarrea, Cefalea, Odinofagia, Rinorrea, Dolor abdominal y Otros(Anosmia, dolor torácico). Otros síntomas presentados fue en 10 pacientes, representando apenas un 6 % de la población estudiada.

Frequencies for Otros

Otros	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	156	94.0	94.0	94.0
ANOSMIA	1	0.6	0.6	94.6
ASTENIA. ADINAMIA	2	1.2	1.2	95.8
DOLOR TORACICO	2	1.2	1.2	97.0
EMESIS	3	1.8	1.8	98.8
HEMOPTISIS	1	0.6	0.6	99.4
NO	1	0.6	0.6	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 15. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 83 pacientes presentaron comorbilidades (50%): Diabetes tipo 1, Hipertensión Arterial sistémica, Asma, Enfermedad Pulmonar Constructiva crónica, Enfermedad Vascul ar Cerebral,

Frequencies for Comorbilidades

Comorbilidades	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No	83	50.0	50.0	50.0
Si	83	50.0	50.0	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 16. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 44 pacientes (26.5%) eran del género Femenino y 122 pacientes (73.49 %) del Género Masculino. De los que si presentaron comorbilidades fue: del Género Femenino 20 pacientes (45.5%) y del Género Masculino 63 pacientes (51.6%).

Frequencies for Comorbilidades

Genero	Comorbilidades	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	No	24	54.5	54.5	54.5
	Si	20	45.5	45.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	
Masculino	No	59	48.4	48.4	48.4
	Si	63	51.6	51.6	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

Tabla 17. . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 64 pacientes (38.6%) presentaron Hipertensión arterial sistémica.

Frequencies for Hipertension Arterial

Hipertension Arterial	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	102	61.4	61.4	61.4
1	64	38.6	38.6	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 18. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 3 pacientes (1.8%) presentaron Asma.

Frequencies for Asma

Asma	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	163	98.2	98.2	98.2
1	3	1.8	1.8	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 19. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales 1 paciente (0.6%) presentó Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica .

Frequencies for EPOC

EPOC	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	165	99.4	99.4	99.4
1	1	0.6	0.6	100.0
Total	166	100.0	100.0	

Tabla 20. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los que presentaban Diabetes Tipo 2 fueron, 12 pacientes (27.3%) del Genero Femenino y 41 pacientes (33.6%) del Genero Masculino.

Genero	Diabetes Mellitus	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	0	32	72.7	72.7	72.7
	1	12	27.3	27.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	
Masculino	0	81	66.4	66.4	66.4
	1	41	33.6	33.6	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

Tabla 21. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los que presentaban Hipertensión arterial sistémica fueron, 17 pacientes (38.6%) del Genero Femenino y 47 pacientes (38.5%) del Genero Masculino.

Genero	Hipertension Arterial	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	0	27	61.4	61.4	61.4
	1	17	38.6	38.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	
Masculino	0	75	61.5	61.5	61.5
	1	47	38.5	38.5	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

Tabla 22. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los que presentaban Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica fue 1 pacientes (2.3%) del Genero Femenino.

Frequencies for EPOC

Genero	EPOC	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	0	43	97.7	97.7	97.7
	1	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	
Masculino	0	122	100.0	100.0	100.0
	1	0	0.0	0.0	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

Tabla 23 y gráfica 9. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:

- Frecuencia cardíaca, el rango va de un rango mínimo a máximo de 0 A 155 , Media 90 , Moda 0 y Promedio 80.

Descriptive Statistics					
	SpO2	Tension Arterial Sistolica	Tension Arterial Diastolica	Tension Arterial Media	Frecuencia Cardiaca
Valid	166	166	166	166	166
Missing	0	0	0	0	0
Mean	57.60	97.81	59.36	72.18	80.44
Std. Error of Mean	2.382	3.862	2.356	2.822	3.242
Median	68.00	114.0	70.00	85.33	90.00
Mode	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Std. Deviation	30.69	49.76	30.35	36.36	41.76
Minimum	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Maximum	98.00	177.0	110.0	128.7	155.0

Gráfica 9. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

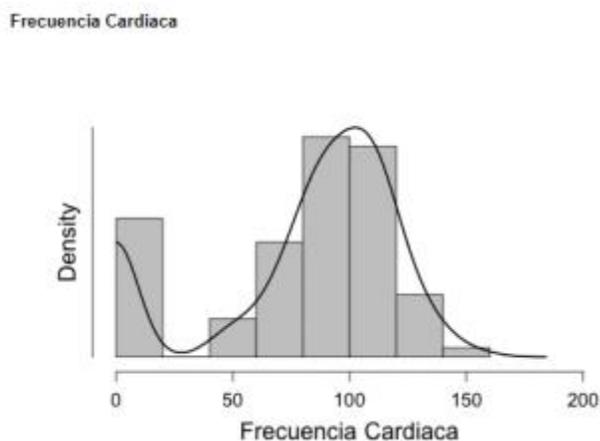


Tabla 23 y gráfica 10. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:

- Tensión arterial Diastólica, el rango va de un rango mínimo a máximo de 0 a 110 mmHg, Media 70 mmHg, Moda 0mmHg y Promedio 59 mmHg

Descriptive Statistics			
	SpO2	Tension Arterial Sistolica	Tension Arteial Diastolica
Valid	166	166	166
Missing	0	0	0
Mean	57.60	97.81	59.36
Std. Error of Mean	2.382	3.862	2.356
Median	68.00	114.0	70.00
Mode	0.000	0.000	0.000
Std. Deviation	30.69	49.76	30.35
Minimum	0.000	0.000	0.000
Maximum	98.00	177.0	110.0

Gráfica 10. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Tension Arteial Diastolica

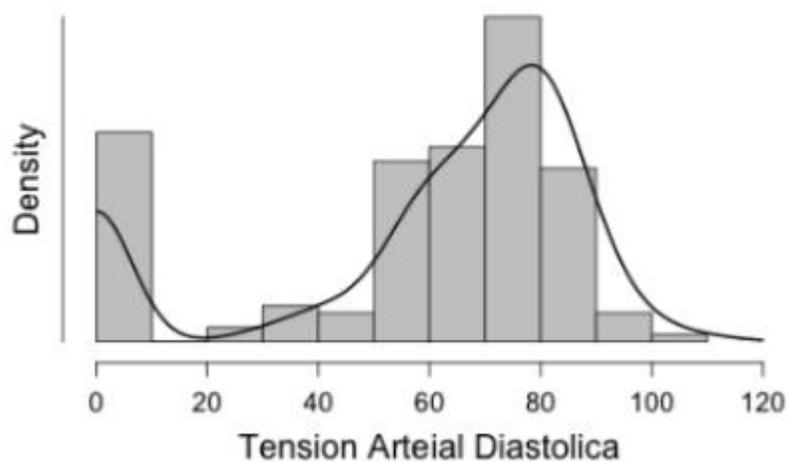


Tabla 23 y gráfica 11. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:.

- Tensión arterial Media, el rango va de un rango mínimo a máximo de 0 a 177 mmHg, Media 114 mmHg, Moda 0mmHg y Promedio 72 mmHg.

Descriptive Statistics				
	SpO2	Tension Arterial Sistolica	Tension Arterial Diastolica	Tension Arterial Media
Valid	166	166	166	166
Missing	0	0	0	0
Mean	57.60	97.81	59.36	72.18
Std. Error of Mean	2.382	3.862	2.356	2.822
Median	68.00	114.0	70.00	85.33
Mode	0.000	0.000	0.000	0.000
Std. Deviation	30.69	49.76	30.35	36.36
Minimum	0.000	0.000	0.000	0.000
Maximum	98.00	177.0	110.0	128.7

Gráfica 11. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Tension Arterial Media

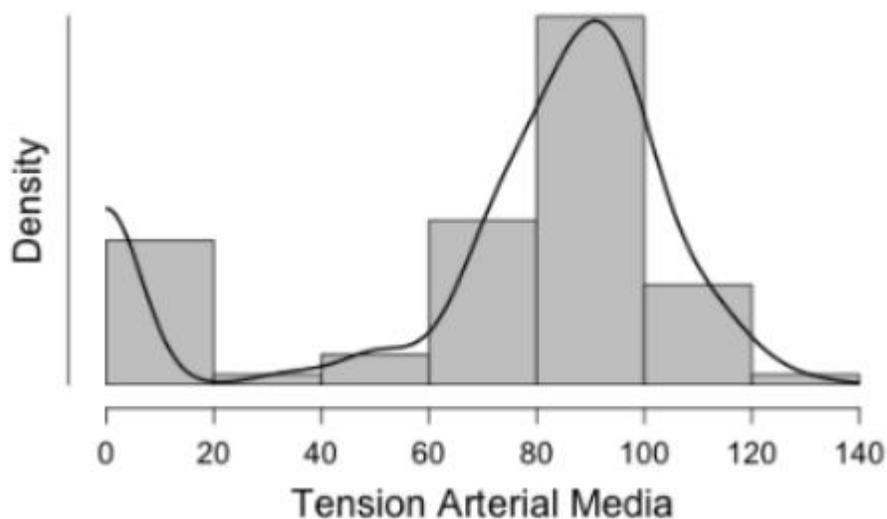


Tabla 23 y gráfica 12. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:

- La Saturación de Oxígeno, el rango va de un rango mínimo a máximo de 0 a 98%, Media 68%, Moda 0% y Promedio 57 %. Gráfica 12. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

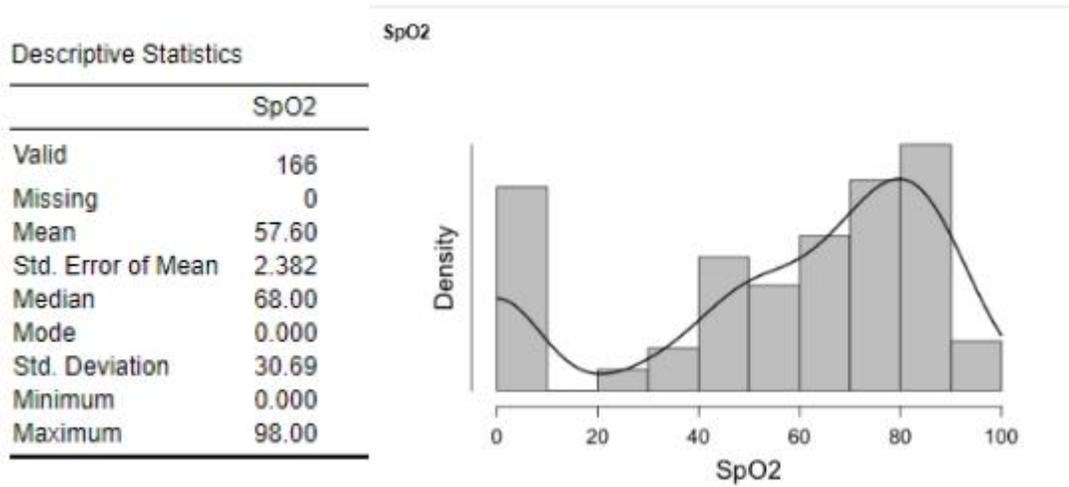


Tabla 23 y gráfica 13. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:

- Temperatura el rango va de un rango mínimo a máximo de 35 a 40 GC , Media 36 GC, Moda 36 GC y Promedio 36.3. Gráfica 13. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

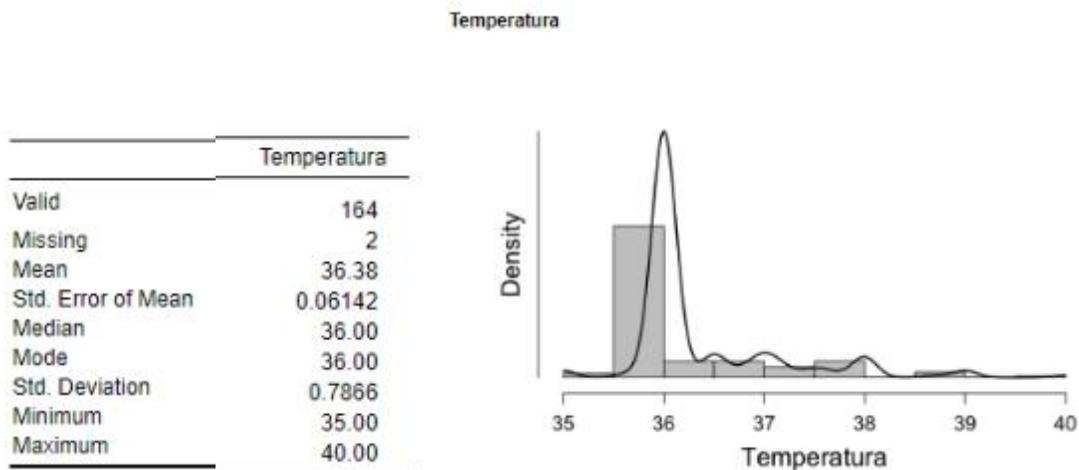


Tabla 23 y gráfica 14. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de sus signos vitales a su ingreso:

- Tensión arterial **Sistólica**, el rango va de un rango mínimo a máximo de 0 a 177 mmHg, Media 114 mmHg, Moda 0mmHg y Promedio 97 mmHg.

Gráfica 14. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

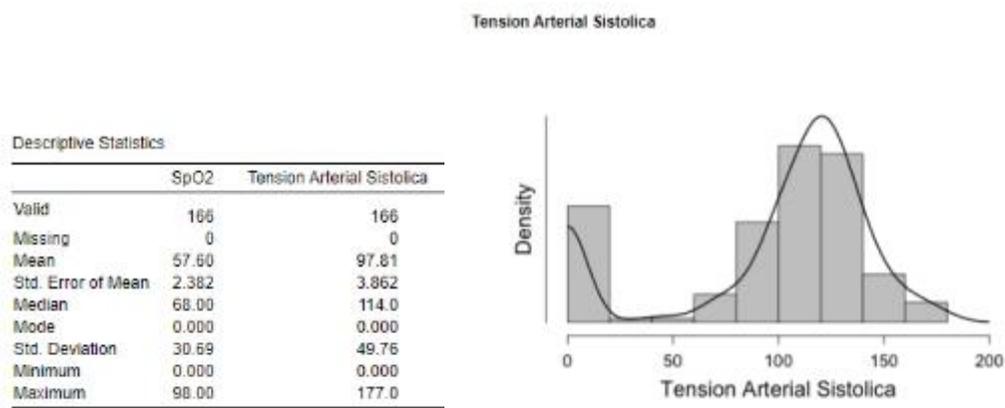


Tabla 23 y gráfica 15. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de los signos vitales a su ingreso, la Frecuencia respiratoria presenta un máximo y un mínimo de 0 a 63 respiraciones por minuto. Con un valor promedio de 22, con un media de 25 y un Moda de 0. Gráfica 15. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

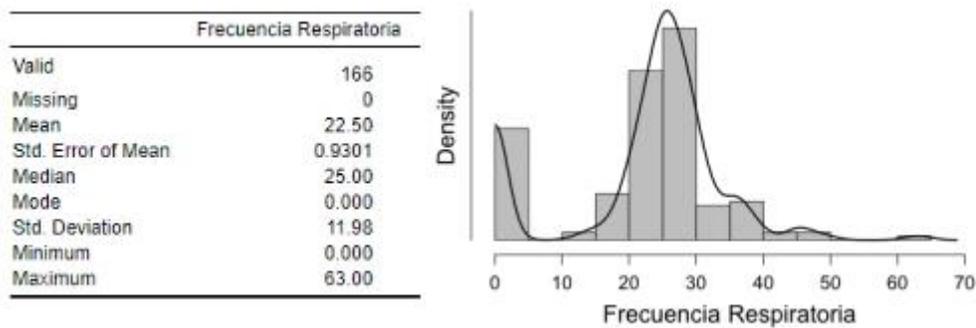


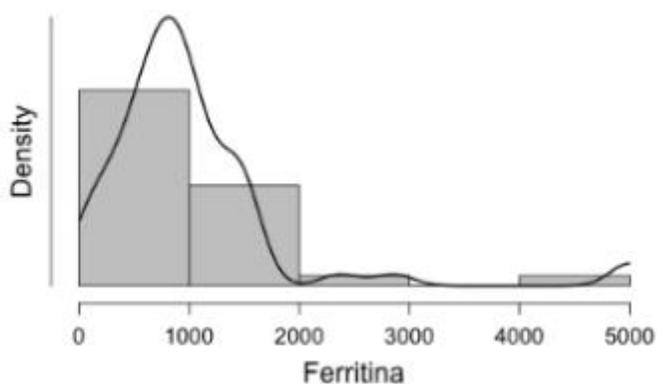
Tabla 24 y gráfica 16. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales con respecto al valor de la Ferritina se evidencio como valores máximo y mínimo de 36.2 a 5000 ng/ dl, con un Promedio de 1013 ng/ dl, Media 845 ng/ dl y Moda 1000 ng/ dl,.

Descriptive Statistics

	Ferritina	Acido Urico	Glucosa	Albumina	Fosfatasa Alcalina
Valid	63	80	116	101	103
Missing	103	86	50	65	63
Mean	1013	5.865	176.3	3.067	115.4
Std. Error of Mean	112.1	0.3039	12.77	0.05167	9.287
Median	845.0	5.400	134.0	3.000	96.00
Mode	1500	3.900	99.00	2.900	85.00
Std. Deviation	889.6	2.718	137.5	0.5193	94.26
Minimum	36.20	2.100	0.8500	1.900	34.00
Maximum	5000	16.90	1124	4.300	862.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Ferritina



Gráfica 16 Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Tabla 24 y gráfica 17. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales del Ácido Úrico se evidencio como valores máximo y mínimo de 2.1 mg/ dL a 16.9 mg/ dL, con un Promedio de 5.8 mg/ dL, Media 5.4 mg/ dL y Moda 3.9 mg/ dL.

Descriptive Statistics

	Ferritina	Acido Urico	Glucosa	Albumina	Fosfatasa Alcalina
Valid	63	80	116	101	103
Missing	103	86	50	65	63
Mean	1013	5.865	176.3	3.067	115.4
Std. Error of Mean	112.1	0.3039	12.77	0.05167	9.287
Median	845.0	5.400	134.0	3.000	96.00
Mode	1500	3.900	99.00	2.900	85.00
Std. Deviation	889.6	2.718	137.5	0.5193	94.26
Minimum	36.20	2.100	0.8500	1.900	34.00
Maximum	5000	16.90	1124	4.300	862.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 17. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Acido Urico

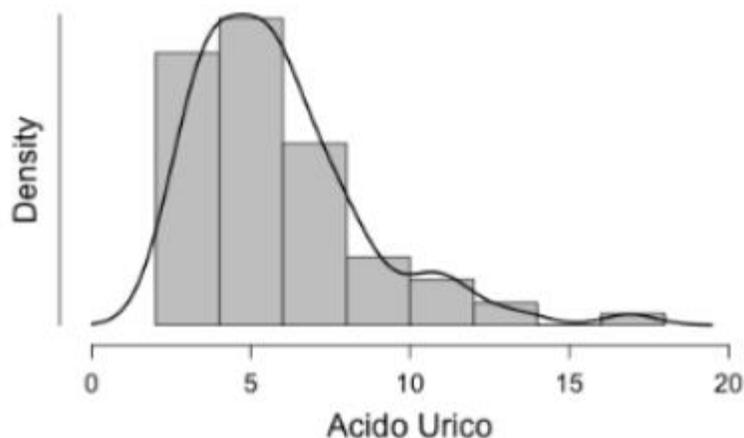


Tabla 24 y gráfica 18. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales la Glucosa se evidencio como valores máximo 1124 mg/dl, con un Promedio de 176 mg/dl, Media 134 mg/dl y Moda 99 mg/dl.

Descriptive Statistics

	Ferritina	Acido Urico	Glucosa	Albumina	Fosfatasa Alcalina
Valid	63	80	116	101	103
Missing	103	86	50	65	63
Mean	1013	5.865	176.3	3.067	115.4
Std. Error of Mean	112.1	0.3039	12.77	0.05167	9.287
Median	845.0	5.400	134.0	3.000	96.00
Mode	1500	3.900	99.00	2.900	85.00
Std. Deviation	889.6	2.718	137.5	0.5193	94.26
Minimum	36.20	2.100	0.8500	1.900	34.00
Maximum	5000	16.90	1124	4.300	862.0

* More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 18. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

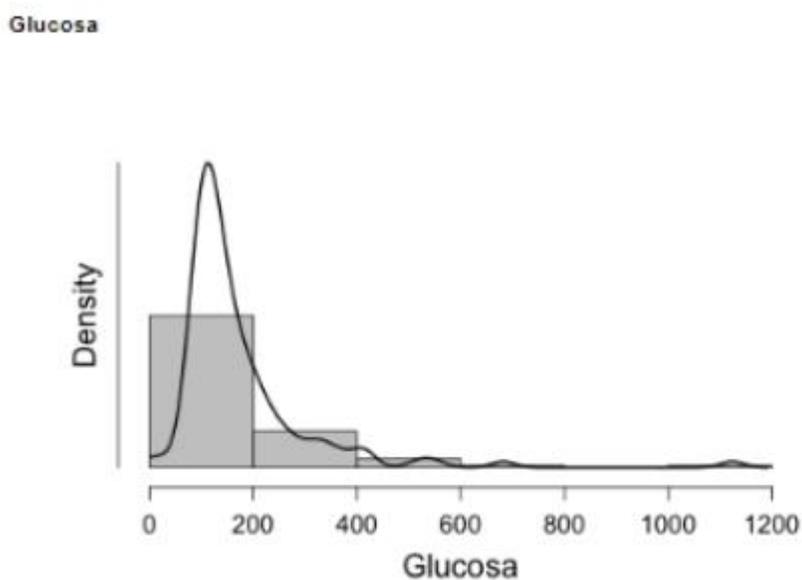


Tabla 24 y gráfica 19. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales en los valores de la Albumina se evidencio como valores mínimo y máximo de 1.9 a 4.3 g/dL , con un Promedio de 3 g/dL, Media 3 g/dL y Moda 2.9 g/dL.

Descriptive Statistics

	Ferritina	Acido Urico	Glucosa	Albumina	Fosfatasa Alcalina
Valid	63	80	116	101	103
Missing	103	86	50	65	63
Mean	1013	5.865	176.3	3.067	115.4
Std. Error of Mean	112.1	0.3039	12.77	0.05167	9.287
Median	845.0	5.400	134.0	3.000	96.00
Mode	1500	3.900	99.00	2.900	85.00
Std. Deviation	889.6	2.718	137.5	0.5193	94.26
Minimum	36.20	2.100	0.8500	1.900	34.00
Maximum	5000	16.90	1124	4.300	862.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 19. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Albumina

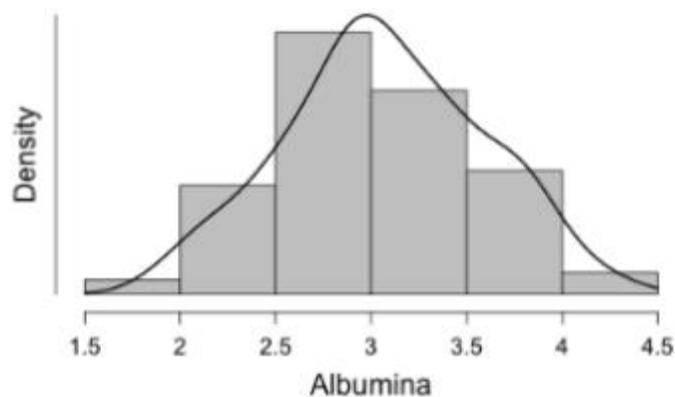


Tabla 24 y gráfica 20. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales la Fosfatasa Alcalina presento un valor mínimo y máximo de 34 a 862 U/l. De los cuales el promedio fue de 115.4 U/l, Moda de 85 U/l y Media de 96 U/l.

Descriptive Statistics

	Ferritina	Acido Urico	Glucosa	Albumina	Fosfatasa Alcalina
Valid	63	80	116	101	103
Missing	103	86	50	65	63
Mean	1013	5.865	176.3	3.067	115.4
Std. Error of Mean	112.1	0.3039	12.77	0.05167	9.287
Median	845.0	5.400	134.0	3.000	96.00
Mode	1500	3.900	99.00	2.900	85.00
Std. Deviation	889.6	2.718	137.5	0.5193	94.26
Minimum	36.20	2.100	0.8500	1.900	34.00
Maximum	5000	16.90	1124	4.300	862.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 20. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Fosfatasa Alcalina

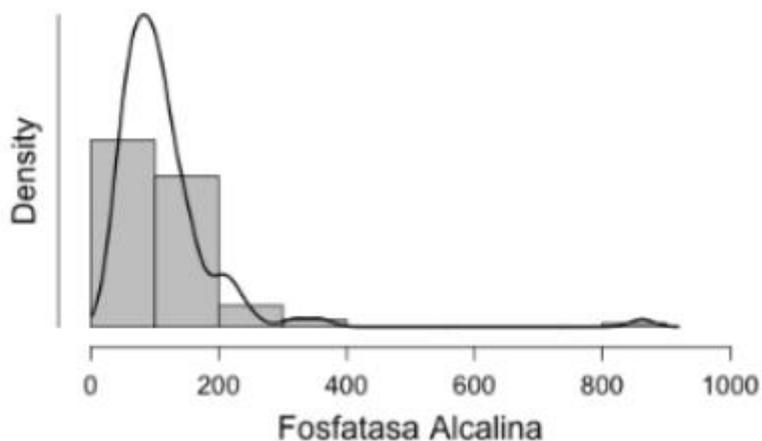


Tabla 25 y gráfica 21. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales de los cuales la Fosfatasa Alcalina presento un valor mínimo y máximo de 34 a 862 U/l. De los cuales el promedio fue de 115.4 U/l, Moda de 85 U/l y Media de 96 U/l.

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 21. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Gamma Glutaril Transferasa

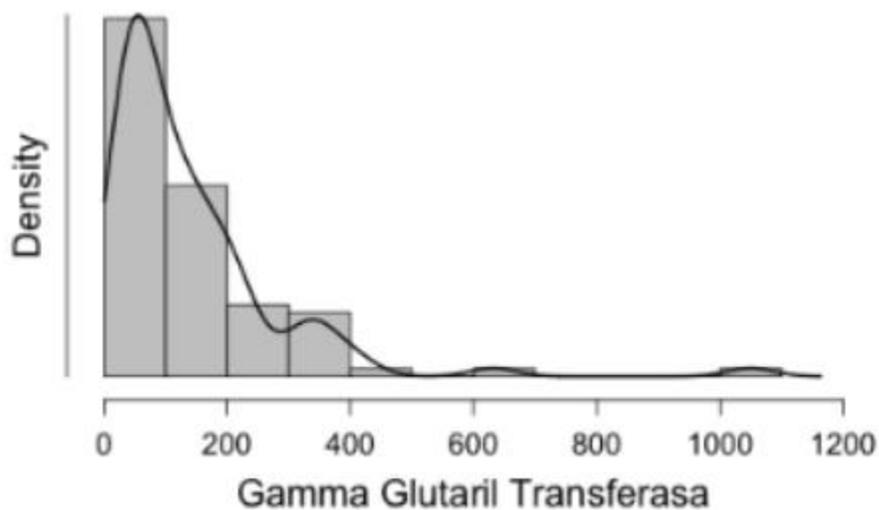


Tabla 25 y gráfica 22. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales Alanino Transferasa presento un valor mínimo y máximo de 4.7 U/l. a 911.7 U/l. De los cuales el promedio fue de 78.05 U/l., Moda de 16.90 U/l. y Media de 34.40 U/l.

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 22. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Alanino Aminotransferasa

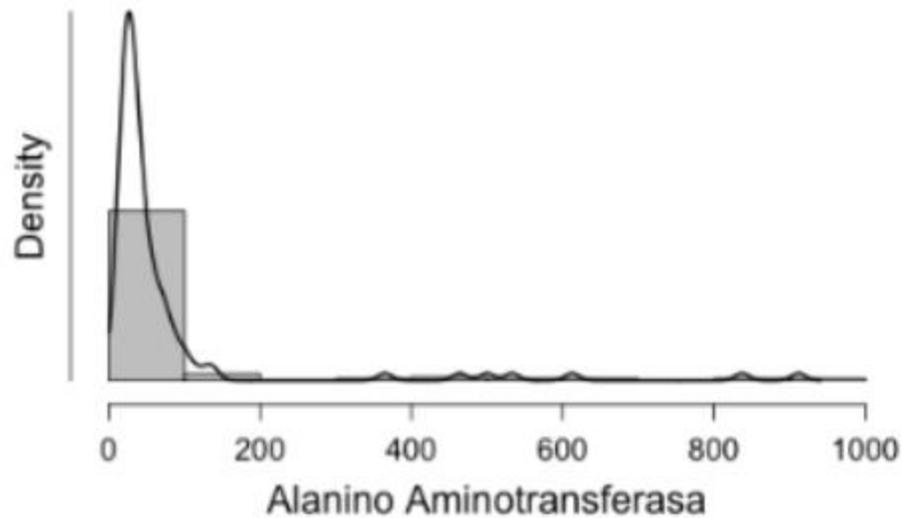


Tabla 25 y gráfica 23. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales Aspartato Aminotransferasa presento un valor mínimo y máximo de 15 U/l a 1760 U/l. De los cuales el promedio fue de 106.6 U/l, Moda de 41 U/l y Media de 49U/l.

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 23. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Aspartato Aminotransferasa

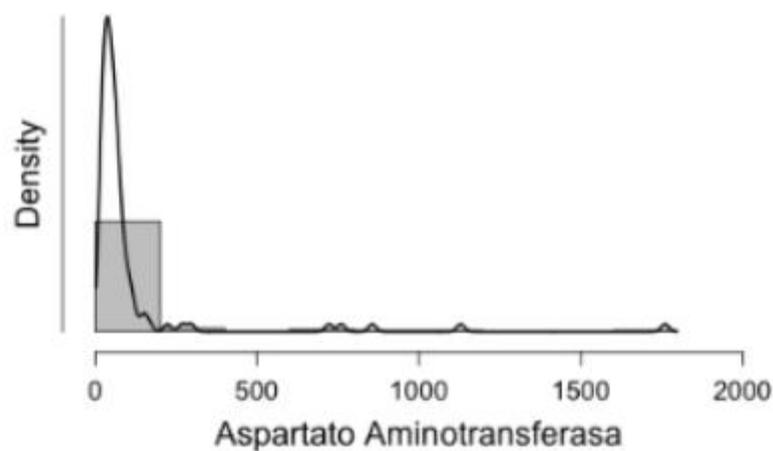


Tabla 25 y gráfica 24. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales Bilirrubina Indirecta presento un valor mínimo y máximo de 0.01 mg/dL a 2.360 mg/dL. De los cuales el promedio fue de 0.49 mg/dL , Moda de 0.31 mg/dL y Media de 0.44 mg/dL.

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 24. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Bilirrubina Indirecta

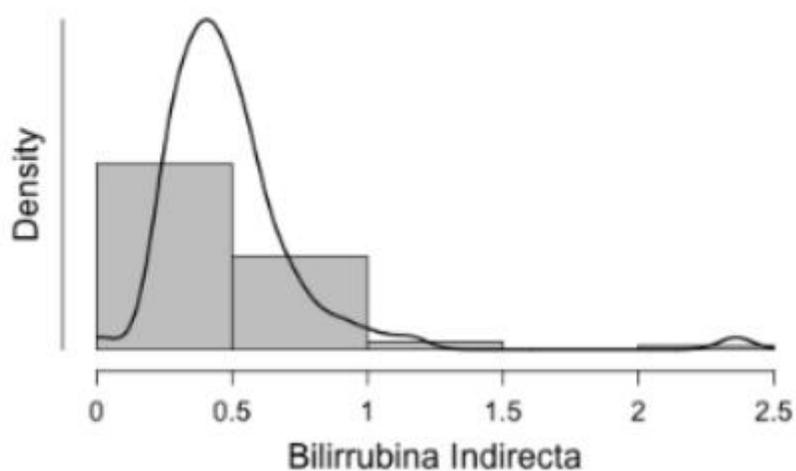


Tabla 25 y gráfica 25. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales la Bilirrubina Directa presento un valor mínimo y máximo de 0.16 mg/dL a 3.31 mg/dL . De los cuales el promedio fue de 0.35 mg/dL, Moda de 0.21 mg/dL y Media de 0.22 mg/dL .

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 25. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Bilirrubina Directa

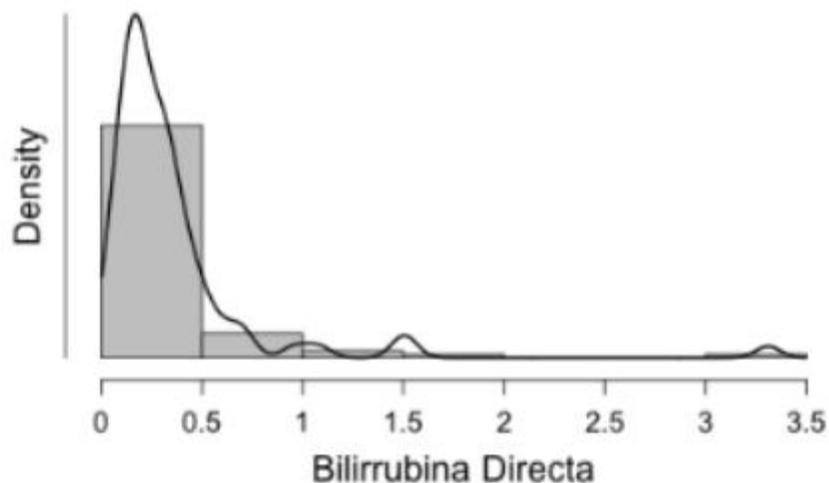


Tabla 25 y gráfica 26. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales la Bilirrubina Total, presento un valor mínimo y máximo de 0.17 mg/dL a 3.88 mg/dL. De los cuales el promedio fue de 0.81 mg/dL, Moda de 0.66 mg/dL y Media de 0.77 mg/dL.

	Gamma Glutaril Transferasa	Alanino Aminotransferasa	Aspartato Aminotransferasa	Bilirrubina Total	Bilirrubina Directa	Bilirrubina Indirecta
Valid	89	107	105	92	76	75
Missing	77	59	61	74	90	91
Mean	139.4	78.05	106.6	0.8177	0.3538	0.4961
Std. Error of Mean	15.76	14.48	22.62	0.05328	0.05069	0.03386
Median	93.00	34.40	49.00	0.6700	0.2250	0.4400
Mode	46.00	16.90 ^a	41.00	0.6600	0.2100	0.3100 ^a
Std. Deviation	148.6	149.8	231.8	0.5111	0.4419	0.2932
Minimum	12.00	4.700	15.00	0.1700	0.01600	0.01000
Maximum	1050	911.7	1760	3.880	3.310	2.360

Gráfica 26. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Bilirrubina Total

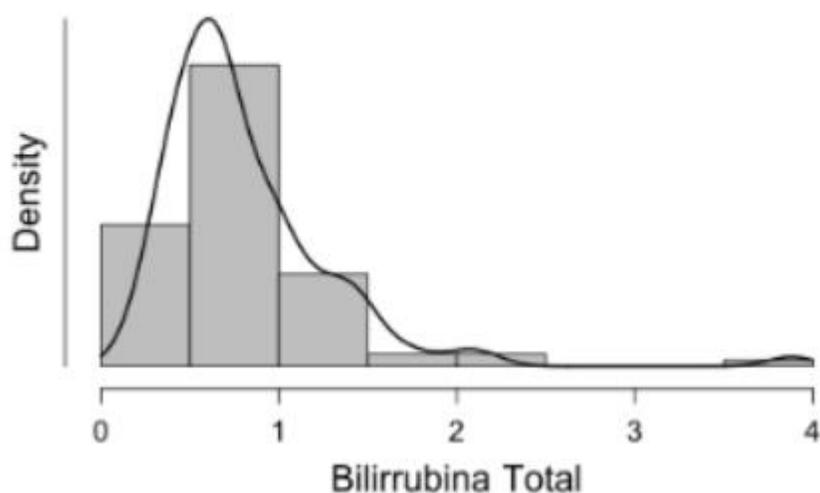


Tabla 26 y gráfica 27. . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales el valor de los triglicéridos, presento un valor mínimo y máximo de 59 mg/dL a 729 mg/dL . De los cuales el promedio fue de 247.9 mg/dL, Moda de 144 mg/dL y Media de 208 mg/dL.

	Triglicéridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 27. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Triglicéridos

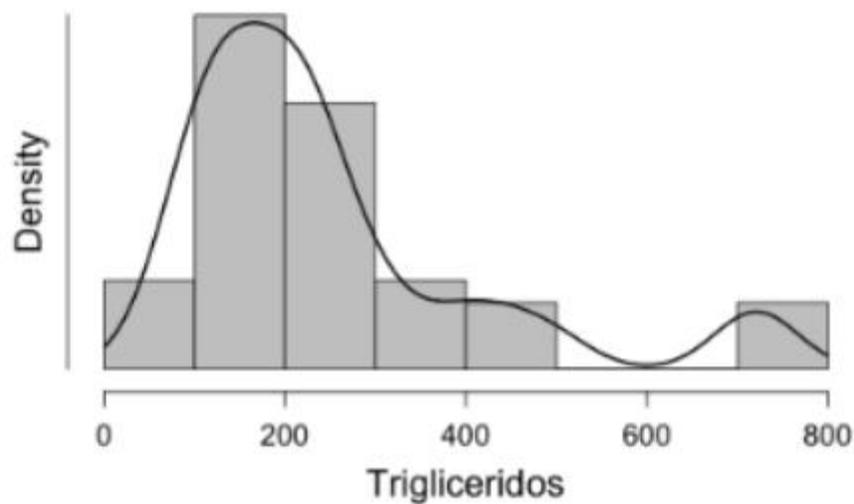


Tabla 26 y gráfica 28. . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales el Colesterol presento un valor mínimo y máximo de 55.90 mg/dL a 244 mg/dL . De los cuales el promedio fue de 120.8 mg/dL, Moda de 85 mg/dL y Media de 113 mg/dL.

	Trigliceridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 28. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Colesterol

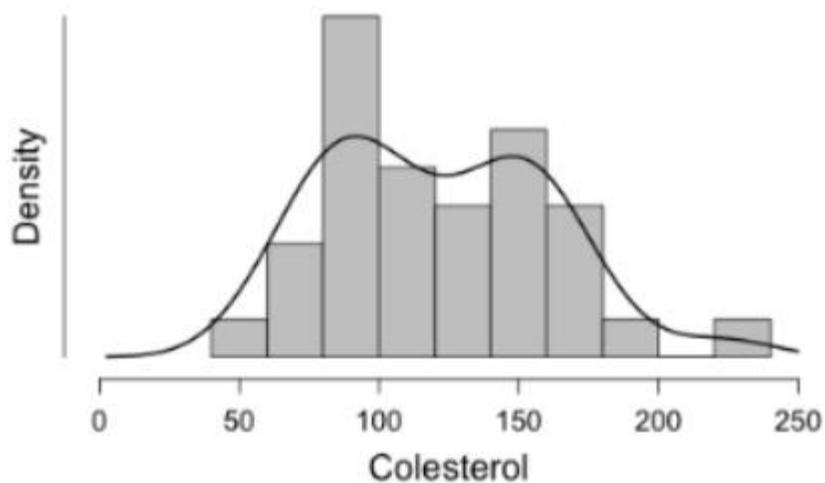


Tabla 26 y gráfica 29. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Creatin fosfocinasa, presento un valor mínimo y máximo de 26.54 UI/l a 2553 UI/l. De los cuales el promedio fue de 421 UI/l, Moda de 26.54 UI/l y Media de 238.9 UI/l.

	Triglicéridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 29. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Creatin Fosfocinasa

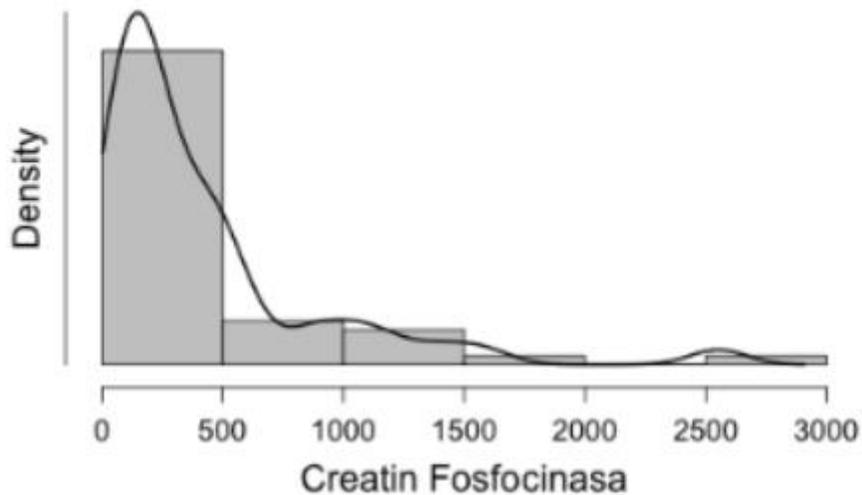


Tabla 26 y gráfica 30 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Creatin fosfocinasa MB, presento un valor mínimo y máximo de 0.50 ng/dl a 3640 ng/dl. De los cuales el promedio fue de 481.8 ng/dl, Moda de 95.20 ng/dl y Media de 211 ng/dl.

	Trigliceridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 30. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Creatin Fosfocinasa MB

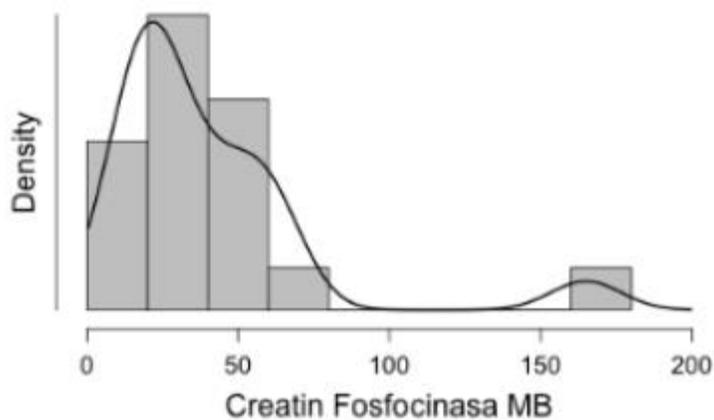


Tabla 26 y gráfica 31 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Péptido Natriuretico B, presento un valor mínimo y máximo de 0.50 pg/ml a 3640 pg/ml. De los cuales el promedio fue de 481.8 pg/ml, Moda de 95.2o pg/ml y Media de 211 pg/ml.

	Trigliceridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 31. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Peptido Natriuretico B

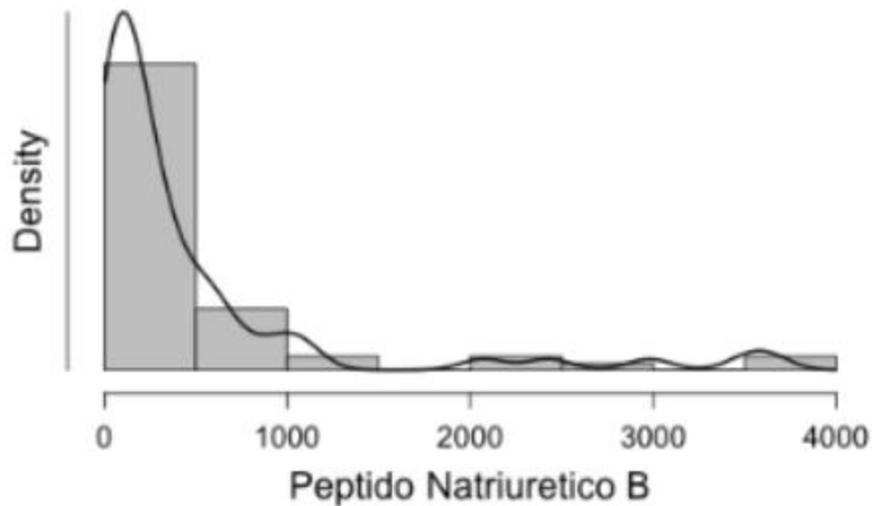


Tabla 26 y gráfica 32 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Creatinina presento un valor mínimo y máximo de 0.30 mg/dL a 14.65 mg/dL. De los cuales el promedio fue de 1.8 mg/dL, Moda de 1.23 mg/dL y Media de 1.05 mg/dL.

	Triglicéridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0*	85.00	12.90*	95.20*	26.54*	1.230	17.13*	36.60*
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 32. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Creatinina

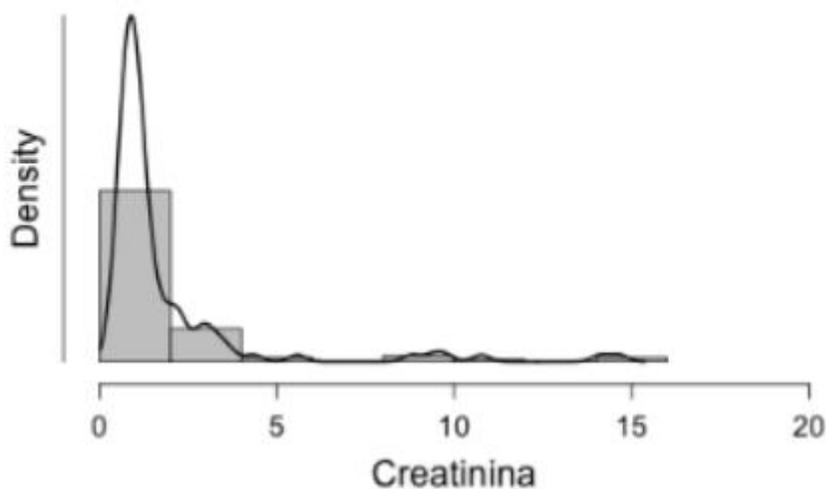


Tabla 26 y gráfica 33 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Nitrógeno ureico, presento un valor mínimo y máximo de 7.5 mg/dl y 134.3 mg/dl. De los cuales el promedio fue de 32.11 mg/dl, Moda de 17.13 mg/dl y Media de 23.87mg/dl .

	Trigliceridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 33. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Nitrogeno Ureico en Sangre

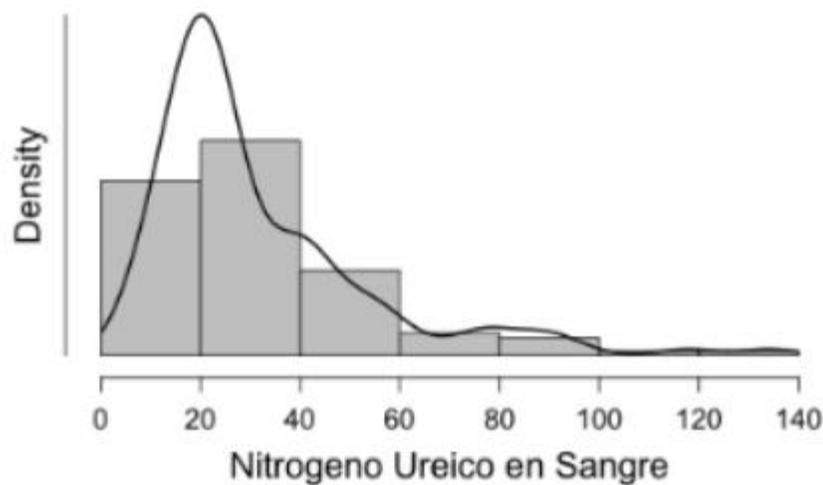


Tabla 26 y gráfica 34 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Urea, presentaron un valor mínimo y máximo de 16.20 mg/dl a 287 mg/dl. De los cuales el promedio fue de 68.74 mg/dl, Moda de 36.60 mg/dl y Media de 51.08 mg/dl.

	Triglicéridos	Colesterol	Creatin Fosfocinasa MB	Peptido Natriuretico B	Creatin Fosfocinasa	Creatinina	Nitrogeno Ureico en Sangre	Urea
Valid	42	34	18	61	47	107	117	117
Missing	124	132	148	105	119	59	49	49
Mean	247.9	120.8	40.22	481.8	421.0	1.891	32.11	68.74
Std. Error of Mean	26.05	6.834	8.385	102.9	71.14	0.2432	2.129	4.553
Median	208.0	113.0	24.80	211.0	238.9	1.050	23.87	51.08
Mode	144.0 ^a	85.00	12.90 ^a	95.20 ^a	26.54 ^a	1.230	17.13 ^a	36.60 ^a
Std. Deviation	168.8	39.85	35.57	803.6	487.7	2.516	23.03	49.25
Minimum	59.00	55.90	12.90	0.5000	26.54	0.3000	7.570	16.20
Maximum	729.0	224.0	165.0	3640	2553	14.65	134.3	287.0

Gráfica 34. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Urea

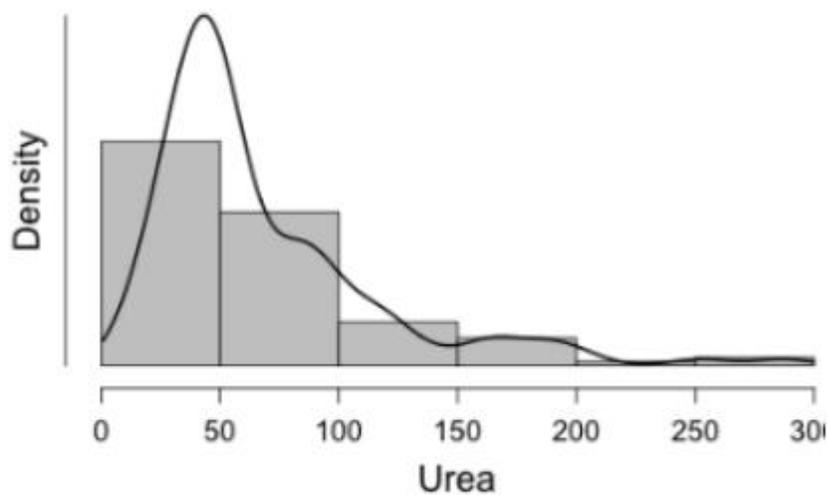


Tabla 26 y gráfica 35 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Deshidrogenasa Láctica, presento un valor mínimo y máximo de 179 UI/L a 2381 UI/L. De los cuales el promedio fue de 567.1 UI/L, Moda de 587 UI/L y Media de 508 UI/L.

Descriptive Statistics				
	Deshidrogenasa Lactica	Dimero D	Procalcitonina	Proteina C Reactiva
Valid	112	108	100	104
Missing	54	58	66	62
Mean	567.1	2265	1.310	25.41
Std. Error of Mean	30.42	163.4	0.2274	1.316
Median	508.0	1745	0.5000	24.55
Mode	587.0	5000	0.5000	38.32
Std. Deviation	321.9	1698	2.274	13.42
Minimum	179.0	11.60	0.5000	0.3400
Maximum	2381	5000	10.00	65.00

Gráfica 35. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Deshidrogenasa Lactica

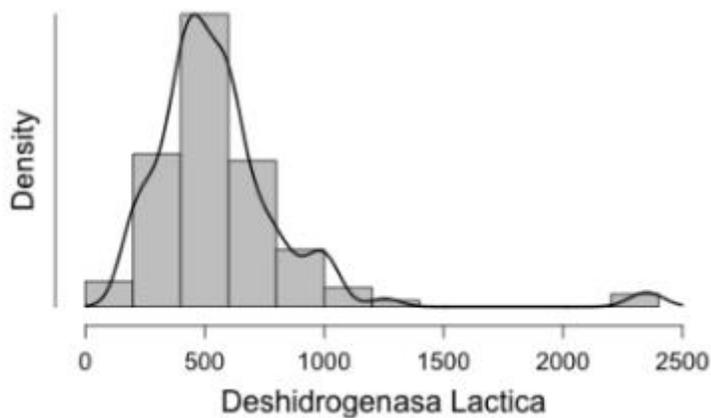


Tabla 26 y gráfica 36 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Dímero D, presento un valor mínimo y máximo de 11.60 $\mu\text{g/L}$ a 5000 $\mu\text{g/L}$. De los cuales el promedio fue de 2265 $\mu\text{g/L}$, Moda de 5000 $\mu\text{g/L}$ y Media de 1745 $\mu\text{g/L}$.

Descriptive Statistics				
	Deshidrogenasa Lactica	Dimero D	Procalcitonina	Proteina C Reactiva
Valid	112	108	100	104
Missing	54	58	66	62
Mean	567.1	2265	1.310	25.41
Std. Error of Mean	30.42	163.4	0.2274	1.316
Median	508.0	1745	0.5000	24.55
Mode	587.0	5000	0.5000	38.32
Std. Deviation	321.9	1698	2.274	13.42
Minimum	179.0	11.60	0.5000	0.3400
Maximum	2381	5000	10.00	65.00

Gráfica 36. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

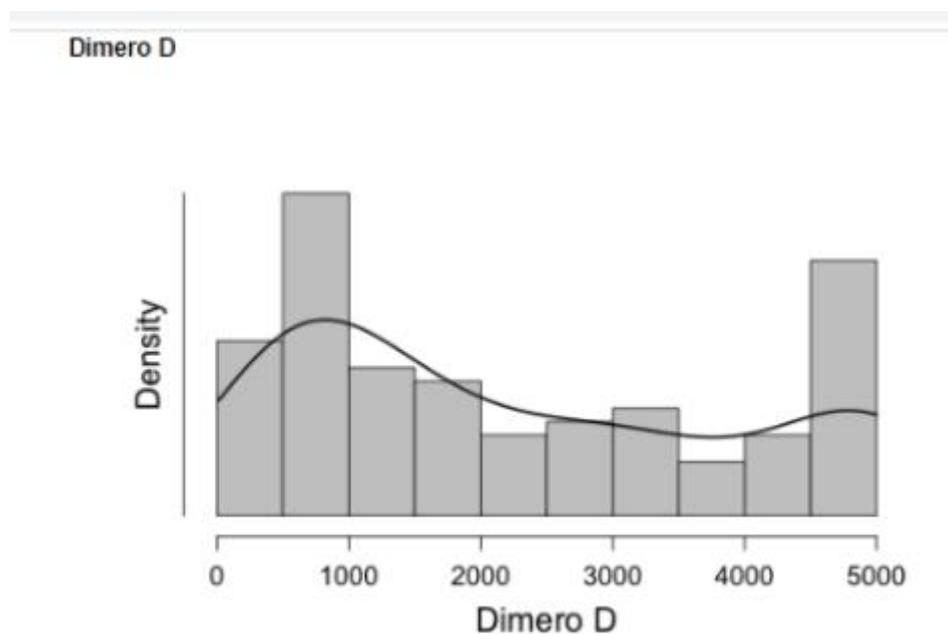


Tabla 26 y gráfica 37 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Procalcitonina, presento un valor mínimo y máximo de 0.5 ng/mL a 10 ng/mL. De los cuales el promedio fue de 1.3 ng/mL, Moda de 0.5 ng/mL y Media de 0.5 ng/mL.

Descriptive Statistics				
	Deshidrogenasa Lactica	Dimero D	Procalcitonina	Proteina C Reactiva
Valid	112	108	100	104
Missing	54	58	66	62
Mean	567.1	2265	1.310	25.41
Std. Error of Mean	30.42	163.4	0.2274	1.316
Median	508.0	1745	0.5000	24.55
Mode	587.0	5000	0.5000	38.32
Std. Deviation	321.9	1698	2.274	13.42
Minimum	179.0	11.60	0.5000	0.3400
Maximum	2381	5000	10.00	65.00

Gráfica 37. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Procalcitonina

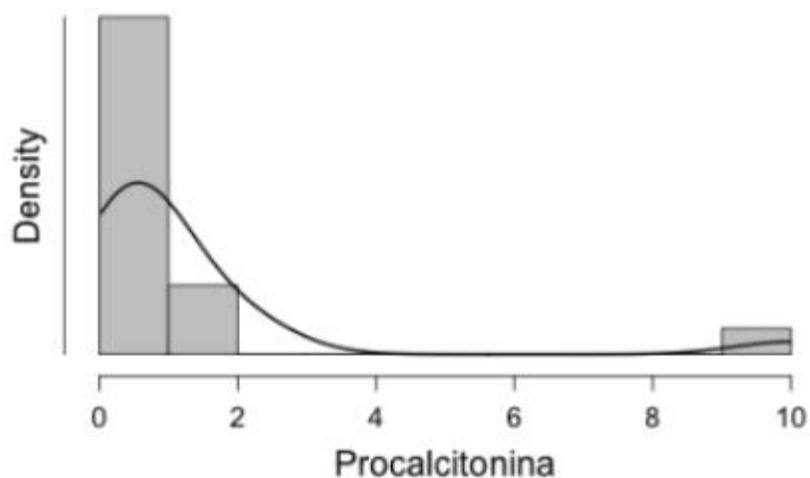


Tabla 26 y gráfica 38 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Proteína C reactiva, presentaron un valor mínimo y máximo de 0.34 mg/dl a 65 mg/dl. De los cuales el promedio fue de 25.41mg/dl, Moda de 38.32 mg/dl y Media de 24.55 mg/dl.

Descriptive Statistics				
	Deshidrogenasa Lactica	Dimero D	Procalcitonina	Proteina C Reactiva
Valid	112	108	100	104
Missing	54	58	66	62
Mean	567.1	2265	1.310	25.41
Std. Error of Mean	30.42	163.4	0.2274	1.316
Median	508.0	1745	0.5000	24.55
Mode	587.0	5000	0.5000	38.32
Std. Deviation	321.9	1698	2.274	13.42
Minimum	179.0	11.60	0.5000	0.3400
Maximum	2381	5000	10.00	65.00

Gráfica 38. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Proteina C Reactiva

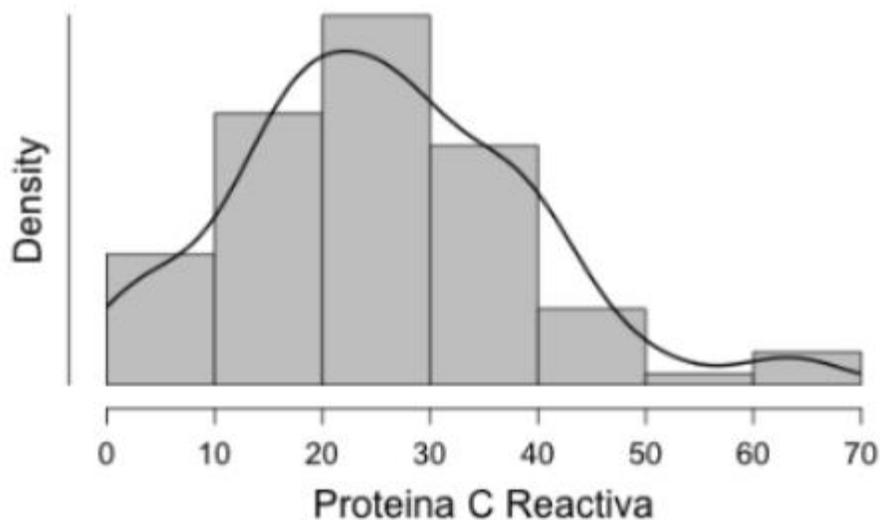


Tabla 27 y gráfica 39 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Leucocitos, presentaron un valor mínimo y máximo de $1.4^3 /\mu\text{l}$ a $36^3 /\mu\text{l}$. De los cuales el promedio fue de $12.19^3 /\mu\text{l}$, Moda de $8.4^3 /\mu\text{l}$ y Media de $11.30^3 /\mu\text{l}$.

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 39. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Leucocitos

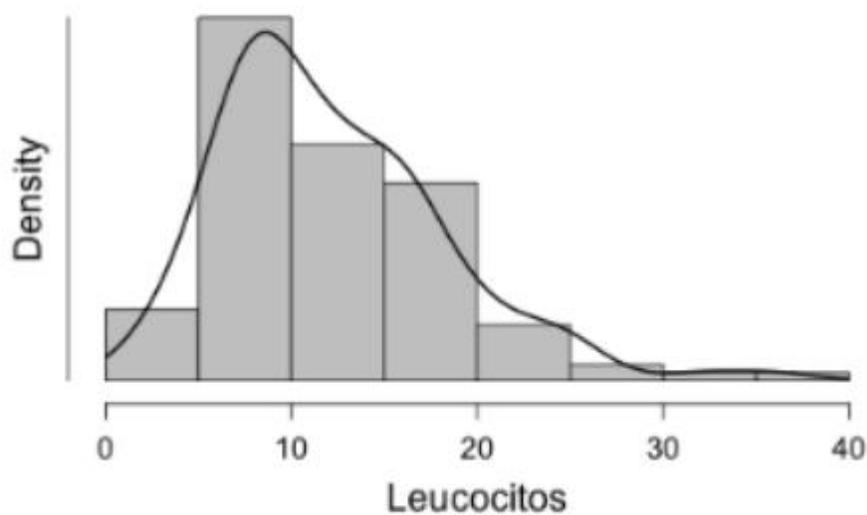


Tabla 27 y gráfica 40 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Neutrofilos, presentaron un valor mínimo y máximo de $0.10^3/\mu\text{l}$ a $34.20^3/\mu\text{l}$. De los cuales el promedio fue de $10.76^3/\mu\text{l}$, Moda de $7.3^3/\mu\text{l}$ y Media de $9.6^3/\mu\text{l}$.

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 40. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Neutrofilos

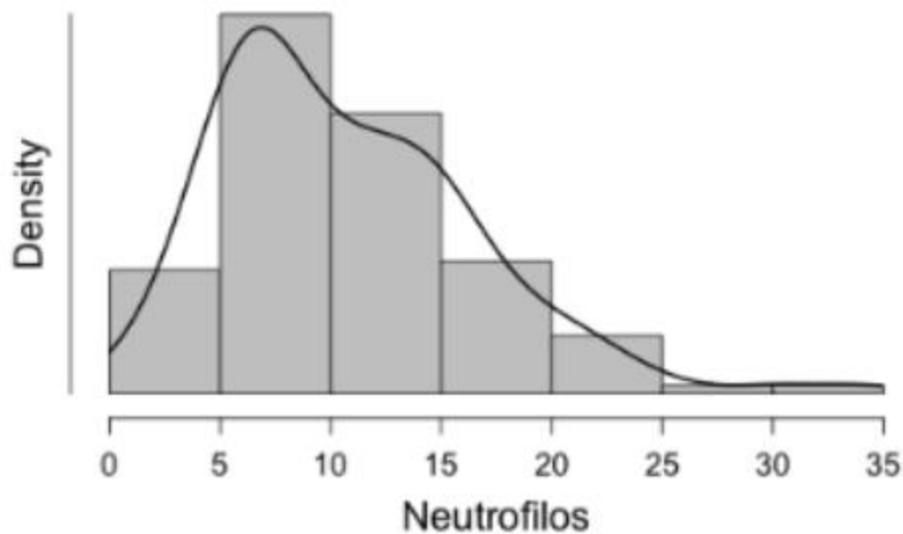


Tabla 27 y gráfica 41 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Linfocitos, presentaron un valor mínimo y máximo de $0.1^3/\mu\text{l}$ a $6.0^3/\mu\text{l}$. De los cuales el promedio fue de $1.0^3/\mu\text{l}$, Moda de $0.8^3/\mu\text{l}$ y Media de $0.80^3/\mu\text{l}$.

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 41 Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Linfocitos

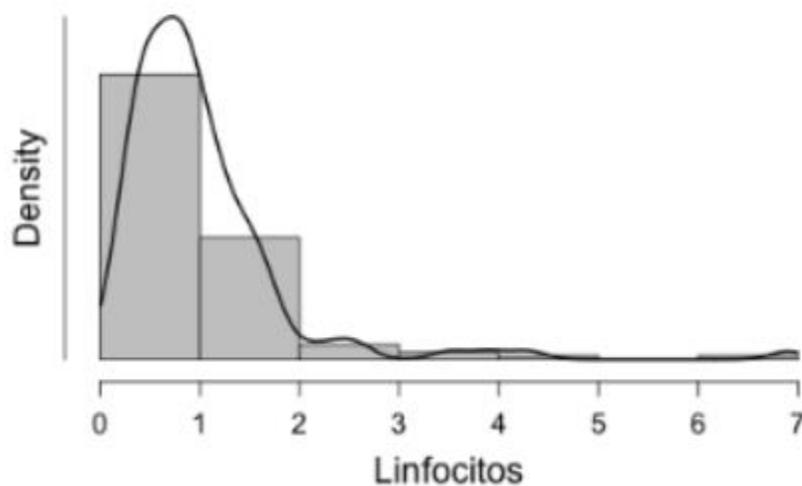


Tabla 27 y gráfica 42 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Hemoglobina, presentaron un valor mínimo y máximo de 6.3 g/dL a 19.10g/dL. De los cuales el promedio fue de 13.90 g/dL, Moda de 13.40 g/dL y Media de 14.40 g/dL.

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 42 Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Hemoglobina

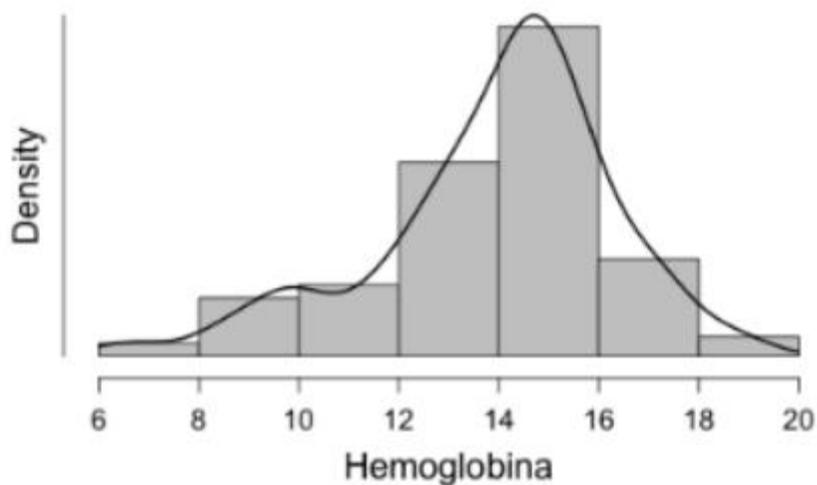


Tabla 27 y gráfica 43 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Hematocrito, presentaron un valor mínimo y máximo de 19.10% a 57.30 %. De los cuales el promedio fue de 42.10 %, Moda de 43.50 % y Media de 43.35 %

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 43. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Hematocrito

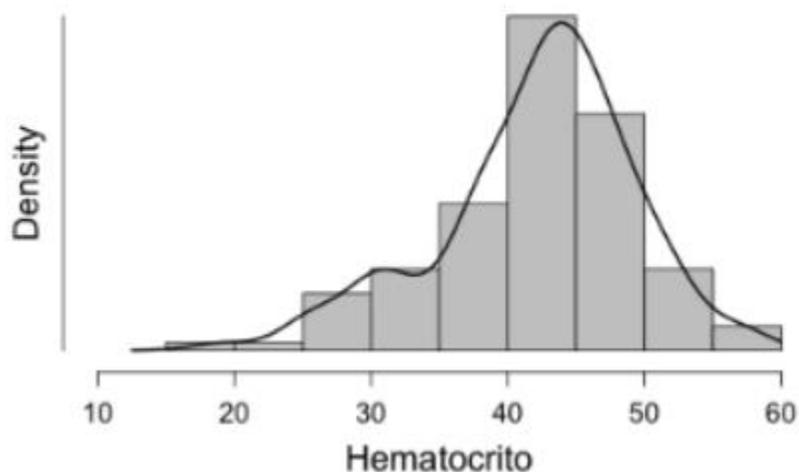


Tabla 27 y gráfica 44 . Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Plaquetas, presentaron un valor mínimo y máximo de 23 mil a 633 mil. De los cuales el promedio fue de 244, 200, Moda de 274 mil y Media de 232 mil.

Descriptive Statistics						
	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaquetas
Valid	121	120	118	121	120	120
Missing	45	46	48	45	46	46
Mean	12.19	10.76	1.014	13.94	42.10	244.2
Std. Error of Mean	0.5561	0.5427	0.08080	0.2175	0.6552	9.658
Median	11.30	9.650	0.8000	14.40	43.35	232.0
Mode	8.400 ^a	7.300	0.8000	13.40 ^a	43.50 ^a	274.0
Std. Deviation	6.117	5.945	0.8778	2.392	7.178	105.8
Minimum	1.400	0.1000	0.1000	6.300	19.10	23.00
Maximum	36.00	34.20	6.900	19.10	57.30	633.0

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 44. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Plaquetas

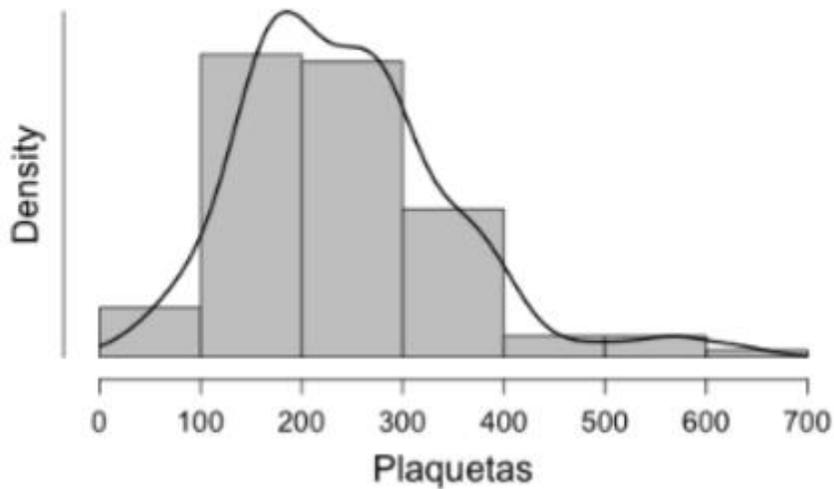


Tabla 28 y gráfica 45. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores del Cloro, presentan un valor mínimo y máximo de 79.4 mEq/L a 128 mEq/L. De los cuales el promedio fue de 102.2 mEq/L, Moda de 96.20 mEq/L y Media de 102.3 mEq/L.

Descriptive Statistics						
	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20*	4.110*	139.0	2.190*	2.200*	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

* More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 45. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Cloro

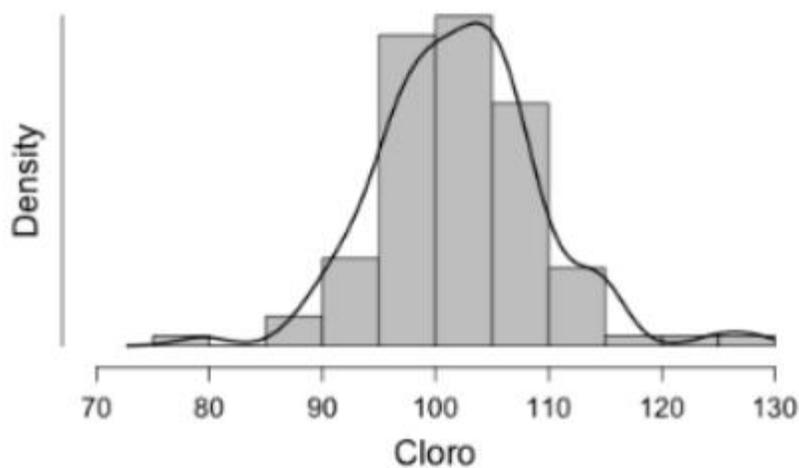


Tabla 28 y gráfica 46. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores del Potasio, presentan un valor mínimo y máximo de 3 mEq/L a 7.4 mEq/L. De los cuales el promedio fue de 4.2 mEq/L, Moda de 4.1 mEq/L y Media de 4.2 mEq/L.

Descriptive Statistics						
	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20 ^a	4.110 ^a	139.0	2.190 ^a	2.200 ^a	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 46. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Potasio

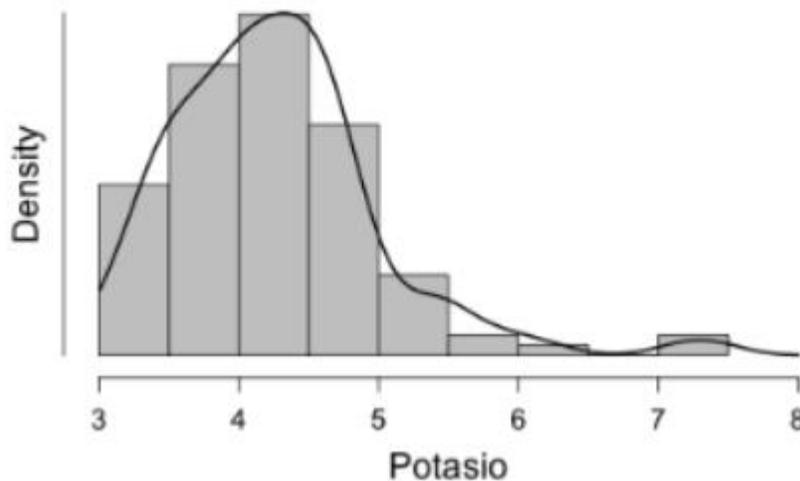


Tabla 28 y gráfica 47. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores del Sodio, presentan un valor mínimo y máximo de 94.10 mEq/L a 151 mEq/L. De los cuales el promedio fue de 136 mEq/L, Moda de 139 mEq/L y Media de 137.5 mEq/L.

Descriptive Statistics

	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20 ^a	4.110 ^a	139.0	2.190 ^a	2.200 ^a	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 47. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

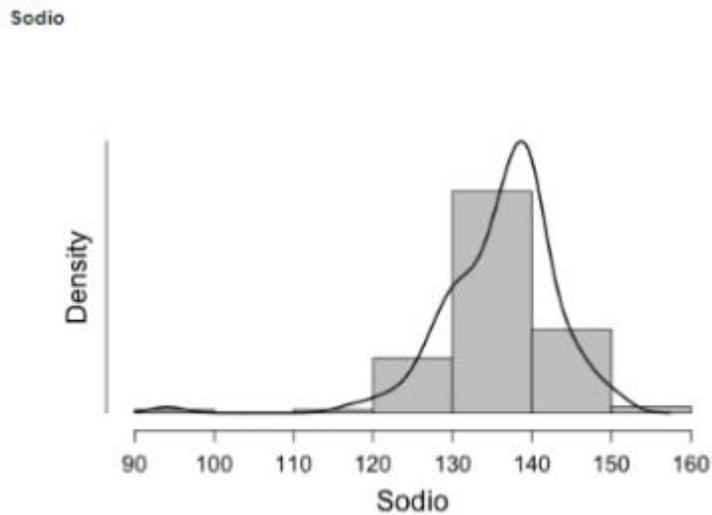


Tabla 28 y gráfica 48. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Magnesio, presentan un valor mínimo y máximo de 1.4 mg/dL a 3.4 mg/dL. De los cuales el promedio fue de 2.3 mg/dL, Moda de 2.1 mg/dL y Media de 2.2 mg/dL.

Descriptive Statistics						
	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20*	4.110*	139.0	2.190*	2.200*	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

* More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 48. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Magnesio

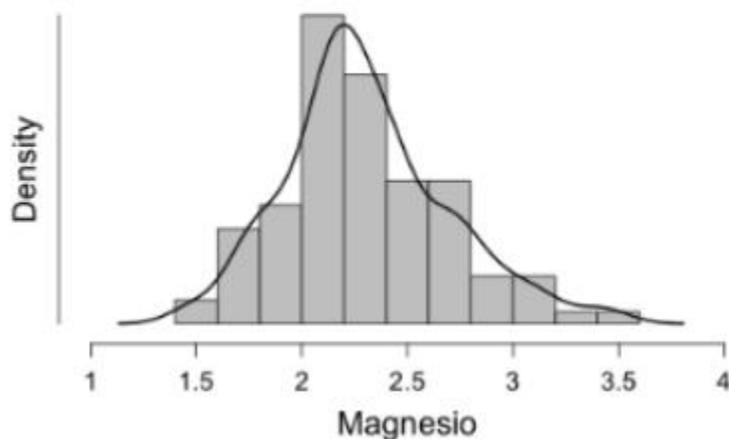


Tabla 28 y gráfica 49. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Fósforo, presentan un valor mínimo y máximo de 0.4 mg/dL a 10.80 mg/dL . De los cuales el promedio fue de 3.8 mg/dL , Moda de 2.2 mg/dL y Media de 3.4 mg/dL.

Descriptive Statistics						
	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20 ^a	4.110 ^a	139.0	2.190 ^a	2.200 ^a	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 49. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Fosforo

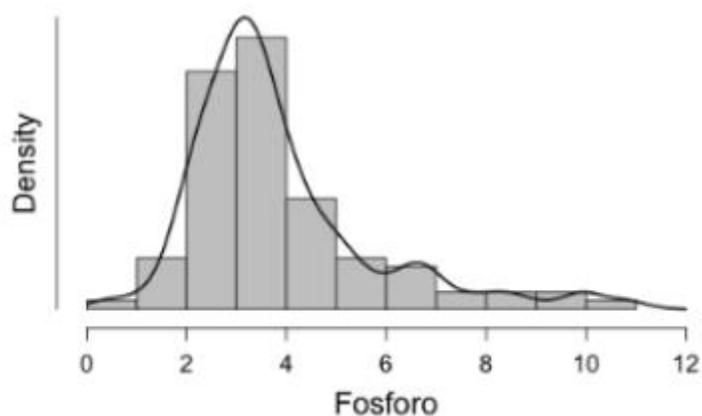


Tabla 28 y gráfica 50. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Calcio, presentan un valor mínimo y máximo de 3.9 mg/dL a 9.8 mg/dL . De los cuales el promedio fue de 7.6 mg/dL, Moda de 7.5 mg/dL y Media de 7.6 mg/dL .

Descriptive Statistics						
	Cloro	Potasio	Sodio	Magnesio	Fosforo	Calcio
Valid	115	116	116	101	98	93
Missing	51	50	50	65	68	73
Mean	102.2	4.263	136.0	2.306	3.869	7.626
Std. Error of Mean	0.6740	0.06954	0.6850	0.03879	0.1913	0.07490
Median	102.3	4.210	137.5	2.240	3.400	7.600
Mode	96.20 ^a	4.110 ^a	139.0	2.190 ^a	2.200 ^a	7.500
Std. Deviation	7.228	0.7489	7.377	0.3898	1.894	0.7223
Minimum	79.40	3.000	94.10	1.470	0.4000	3.900
Maximum	128.0	7.420	151.0	3.470	10.80	9.800

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 50. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Calcio

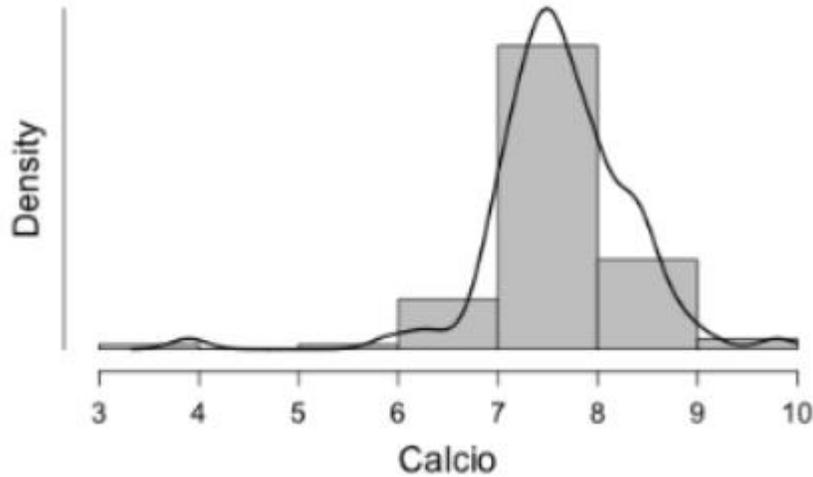


Tabla 29 y gráfica 51. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de pH, presentan un valor mínimo y máximo de 6.8 a 7.5. De los cuales el promedio fue de 7.3, Moda de 7.4 y Media de 7.3.

	pH	PCO2	PO2	HCO3	Lactato	SO2
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 51. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

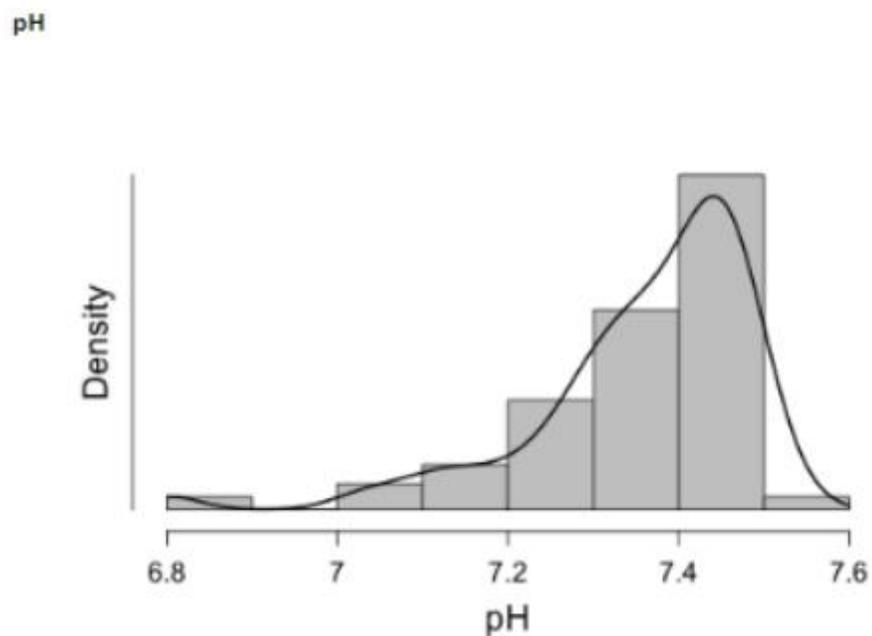


Tabla 29 y gráfica 52. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de pCO₂, presentan un valor mínimo y máximo de 17 mmHg a 66 mmHg. De los cuales el promedio fue de 34.18 mmHg, Moda de 30 mmHg y Media de 32 mmHg.

	pH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	Lactato	SO ₂
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 52. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

PCO₂

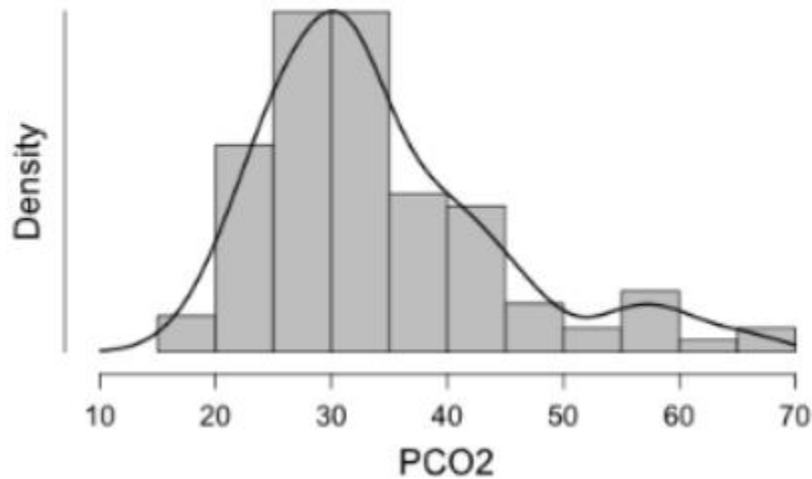


Tabla 29 y gráfica 53.. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de pO₂, presentan un valor mínimo y máximo de 23 mmHg a 136 mmHg. De los cuales el promedio fue de 58.16 mmHg, Moda de 51mmHg y Media de 54 mmHg.

	pH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	Lactato	SO ₂
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 53. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

PO₂

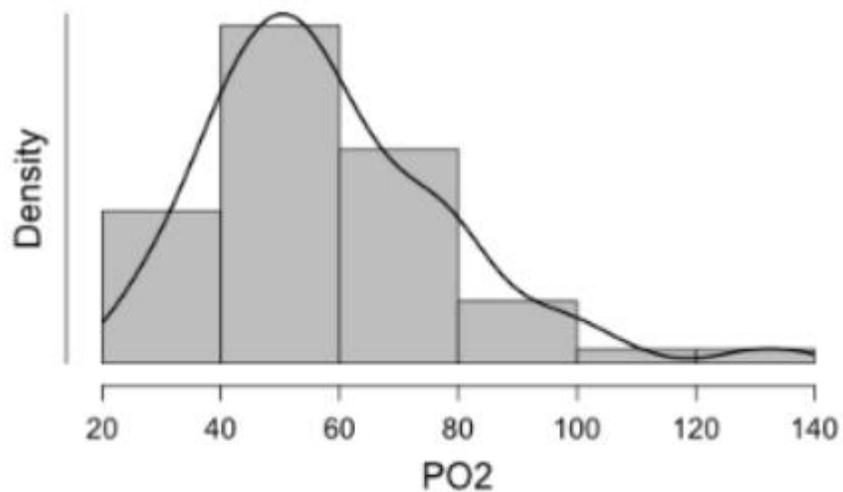


Tabla 29 y gráfica 54. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de HCO₃, presentan un valor mínimo y máximo de 3.52mmol/l a 27.70 2mmol/l. De los cuales el promedio fue de 18.9 2mmol/l, Moda de 15.6 2mmol/l y Media de 19.2 2mmol/l.

	pH	PCO2	PO2	HCO3	Lactato	SO2
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 54. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

HCO₃

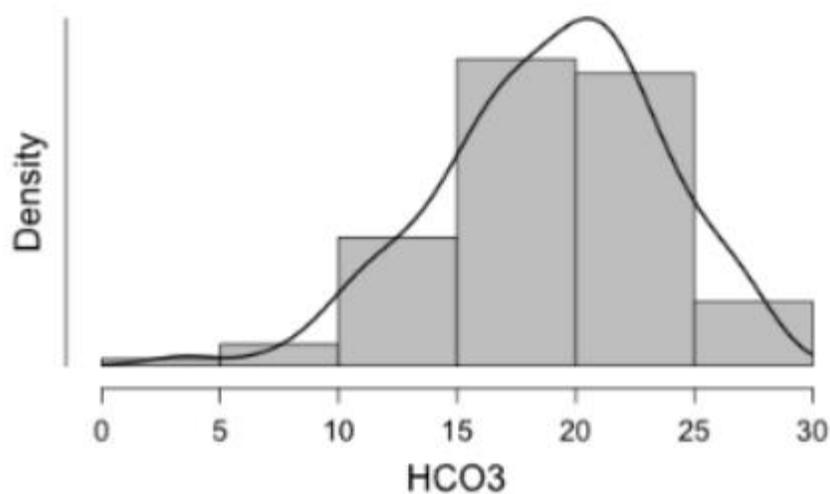


Tabla 29 y gráfica 55. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Lactato, presentan un valor mínimo y máximo de 0.8 mmol/L a 15 mmol/L. De los cuales el promedio fue de 2.5mmol/L, Moda de 1.7 mmol/L y Media de 1.8mmol/L.

	pH	PCO2	PO2	HCO3	Lactato	SO2
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 55. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Lactato

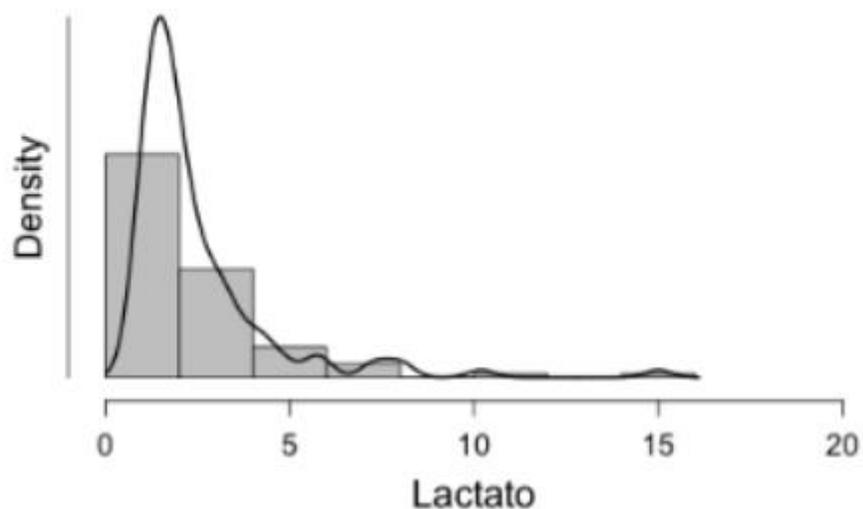


Tabla 29 y gráfica 56. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de Saturación de Oxígeno, presentan un valor mínimo y máximo de 36 % a 99%. De los cuales el promedio fue de 83.63%, Moda de 92% y Media de 88%.

	pH	PCO2	PO2	HCO3	Lactato	SO2
Valid	115	115	115	115	113	115
Missing	51	51	51	51	53	51
Mean	7.358	34.18	58.16	18.94	2.508	83.63
Std. Error of Mean	0.01246	0.9653	1.926	0.4340	0.1928	1.259
Median	7.390	32.00	54.00	19.20	1.800	88.00
Mode	7.420 ^a	30.00 ^a	51.00	15.60 ^a	1.700	92.00
Std. Deviation	0.1336	10.35	20.65	4.655	2.049	13.50
Minimum	6.800	17.00	23.00	3.500	0.8000	36.00
Maximum	7.540	66.00	136.0	27.70	15.00	99.00

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 56. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

SO2

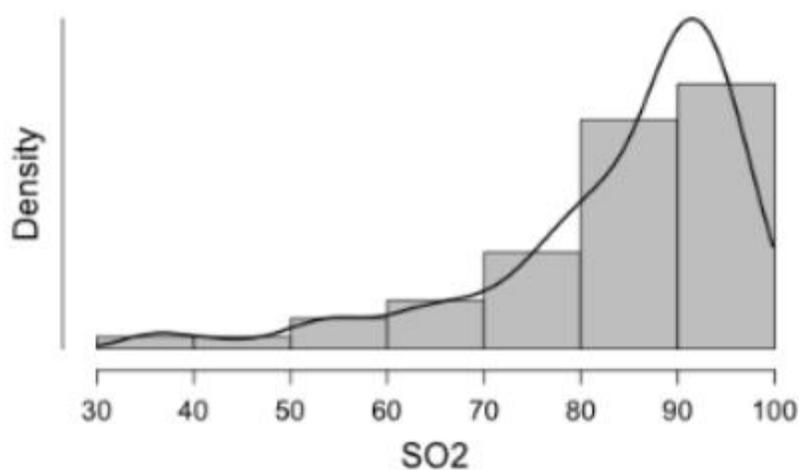


Tabla 30 y gráfica 57. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de TP, presentan un valor mínimo y máximo de 9.7 segundos A 28.8 segundos. De los cuales el promedio fue de 13.94segundos, Moda de 12.3 segundos y Media de 13.4 segundos.

Descriptive Statistics			
	TP	TPT	INR
Valid	91	91	91
Missing	75	75	75
Mean	13.94	36.78	1.257
Std. Error of Mean	0.2829	1.521	0.02029
Median	13.40	33.90	1.220
Mode	12.30 ^a	28.80 ^a	1.120
Std. Deviation	2.699	14.51	0.1935
Minimum	9.700	10.90	0.8900
Maximum	28.80	121.5	2.040

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 57. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

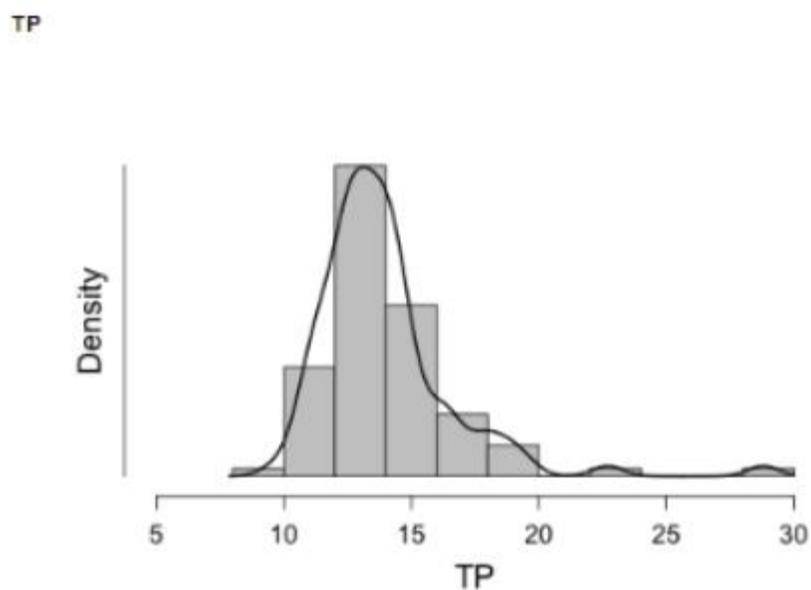


Tabla 30 y gráfica 58. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de TPT, presentan un valor mínimo y máximo de 10.9 segundos A 121.5 segundos. De los cuales el promedio fue de 36.78segundos, Moda de 28.8 segundos y Media de 33.9 segundos.

Descriptive Statistics			
	TP	TPT	INR
Valid	91	91	91
Missing	75	75	75
Mean	13.94	36.78	1.257
Std. Error of Mean	0.2829	1.521	0.02029
Median	13.40	33.90	1.220
Mode	12.30 ^a	28.80 ^a	1.120
Std. Deviation	2.699	14.51	0.1935
Minimum	9.700	10.90	0.8900
Maximum	28.80	121.5	2.040

^a More than one mode exists, only the first is reported

Gráfica 58. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

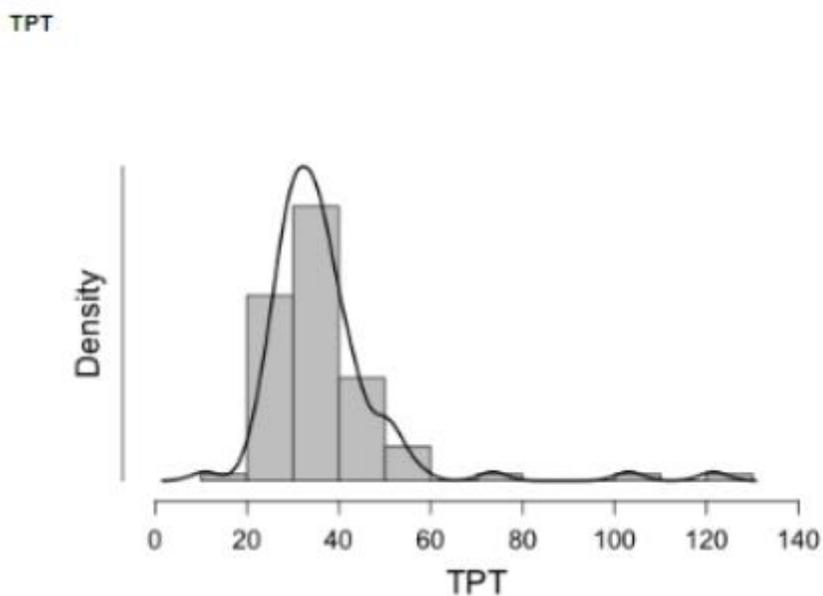


Tabla 30 y gráfica 59. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), de los cuales los valores de INR, presentan un valor mínimo y máximo de 0.8 A 2.0. De los cuales el promedio fue de 1.2, Moda de 1.1 y Media de 1.2. Gráfica 59. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Descriptive Statistics

	TP	TPT	INR
Valid	91	91	91
Missing	75	75	75
Mean	13.94	36.78	1.257
Std. Error of Mean	0.2829	1.521	0.02029
Median	13.40	33.90	1.220
Mode	12.30 ^a	28.80 ^a	1.120
Std. Deviation	2.699	14.51	0.1935
Minimum	9.700	10.90	0.8900
Maximum	28.80	121.5	2.040

^a More than one mode exists, only the first is reported

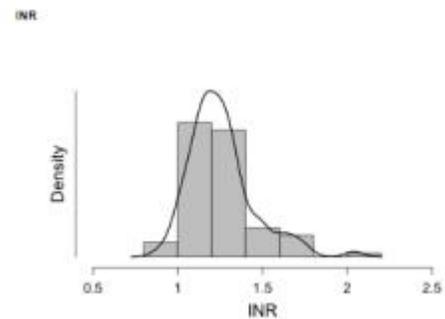
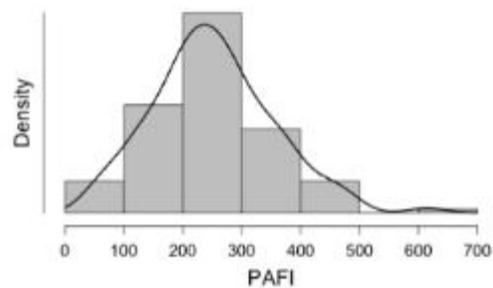


Tabla 30 y gráfica 60. Se toma la muestra de 166 pacientes (100%), en los cuales los valores de PaFi, presentan un valor mínimo y máximo de 44 mmHg a 614 mmHg. De los cuales el promedio fue de 251.4 mmHg, Moda de 205 mmHg y Media de 243 mmHg. Gráfica 60. Fuente. Expediente clínico de Hospital General Tláhuac.

Descriptive Statistics

	PAFI
Valid	115
Missing	51
Mean	251.4
Std. Error of Mean	9.639
Median	243.0
Mode	205.0 ^a
Std. Deviation	103.4
Minimum	44.00
Maximum	614.0

PAFI



- DISCUSIÓN

Este estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, transversa y observacional, identifico varios factores de riesgo de muerte en adultos en el Hospital General Tláhuac ubicado en la ciudad de México, los cuales tenían como diagnostico de defunción Caso sospechoso de COVID-19, y se comparo con la bibliografía internacional. Se Registraron un total de 278 (100%) pacientes, que ingresaron a esta unidad de los cuales 166 pacientes (59.7%) fallecieron, que fue el total de pacientes que se contemplaron para este estudio.

Se analizaron los 166 pacientes que fallecieron y cumplían con la definición operacional de Casos sospechoso de COVID- 19 o contaban o con estudio de imagen (Radiografía de tórax o tomografía de tórax simple) con lesiones sugestivas de COVID- 19, se analizaron las variables demográfico, cuadro clínico previo a su ingreso al hospital. En una segunda parte del análisis, se gratificaron los bioquimicos de los pacientes a los cuales se lograron tomar dichos estudios, ya que al no contar con una sistematización de los mismos, no se pudo tomar los mismo paraclínicos a todos. Se tomando los valores de referencia del laboratorio del Hospital General Tláhuac, y evidenciar el porcentaje de alteración de cada una de las variables.

Del total de los pacientes se evidencio que el mayor porcentaje de pacientes afectados, así como lo descrito en la bibliografía internacional, es la afección para el Genero Masculino, el cual representa 73.5%, con un promedio de edad 55 años, con mínimo y máximo de 23 a 93 años. 4,5. En la bibliografía internacional, la mediana de edad de los pacientes fue de 47 años. (27).

Posteriormente de la variable de los días de estancia inhospitalaria presentaba un mínimo a un máximo de 0 a 23 días, con un promedio de 4 días, pero con una moda de 0 días de estancia, representando el 23 % de los pacientes, a su vez el 79.5 % de los pacientes fallecieron en los primeros 7 pacientes de estancia. Del tiempo evolución del padecimiento actual, el promedio es de 7 días, aunque se tiene un máximo de días de 90 , el cual se correlaciona con las comorbilidades de los pacientes en este caso de Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica. La correlación entre los pacientes de fallecieron en las primeras horas de estancia inhospitalaria se reporto menor de 14 días el tiempo de evolución del padecimiento actual, y el día con mayor numero de muertos fue el día 7. Todos estos datos se correccionan con los datos registrados en los artículos en los cuales en la evolución del cuadro clínico , los días con mayor reacción inflamatoria se desarrolla en los primeros 14 días.

Al hacer la comparación de los días de estancia intrahospitalaria y días del padecimiento actual, valorado por el Genero, se presenta mas en el Genero Masculino representando el 84.6% de dichos pacientes y a su vez este grupo es el que tardo mas tiempo en acudir a recibir atención Hospitalaria (4).

Con respecto a las comorbilidades de los pacientes se evidencio que el 50% (83 pacientes) no presentaban ningún antecedente. Aunque los informes iniciales sugieren que las comorbilidades causan un curso de infección más severo y un peor pronóstico. Teniendo en cuenta la rápida propagación y la alta mortalidad de COVID-19, es necesario comprender los posibles factores de riesgo que afectan su progresión. (26).

El 77.1 % de los pacientes fallecieron en los primeros 7 días de estancia intrahospitalaria, con afectación de un 24% en el grupo de edad de 50-59 años. (5). En dos estudio previo la mediana de duración desde inicial el tratamiento hasta la muerte fue de 11 - 12 días, (1, 27)

Se puede hacer un análisis de un subgrupo de los pacientes que fallecieron en las primeras horas de estancia intrahospitalaria, el 61% (24 pacientes) no presentaban ninguna comorbilidad, con una rango de edad de 39 a 81 años, con el 41.6 % (24 pacientes) se encuentra en el grupo de edad de 50-59 años. Por lo que en este grupo que falleció, los datos que mayor peso como factores de riesgo fue la edad y el Genero masculino (4,5).

Dentro del 50% de los pacientes que fallecieron, con comorbilidades, se evidencio que la Diabetes Mellitus (31.9% - 53 pacientes) e Hipertensión Arterial Sistemica(38.6% - 64 pacientes) representaban el mayor porcentaje, con un 31.3% de grupo de edad, que mas afectado es de 50 a 59 años y a su vez este grupo de pacientes el 93% fallecieron en los primeros 7 días. Con lo que en estos pacientes el peso de las comorbilidades si aumento la mortalidad en los primeros 7 días (8,9).

Los síntomas más comunes del cuadro clínico previo a su ingreso al servicio de urgencias fueron disnea (82.5%), fiebre (65.1%) y tos (62%); similar en comparación con estudios previos, donde se reportaba que los síntomas más comunes fueron fiebre (43.8%) y tos (67.8%). La diarrea fue poco frecuente. (27).

En este análisis estadístico el síntoma mas frecuente fue la disnea, la cual se correlaciona con la saturación del oxigeno a su ingreso, la taquipnea y taquicardia. Este síntoma también se traduce en la necesidad de una atención Hospitalaria, a la cual el grupo del Género masculino fue el que acudió con mayor tiempo de evolución. La disnea al inicio de la enfermedad se ha

informado ya en estudios previos, que se presenta en el 74% de los casos fatales y demostró que era un factor de riesgo independiente para la muerte, lo cual corresponde con lo que se evidencio en este estudio, donde se presenta en el 82.5% de todos los casos. (1)

Así que lo signos vitales mas afectados, como ya se mencionó, los represento la frecuencia cardíaca, saturación del oxígeno que traducía hipoxemia severa y la taquipnea. (6,7).

De los bioquimicos de los valores promedio mas afectados esta la ferritina, BNP, PCR, CPK MB CPK , Procalcitonina, Dimero D, albumina, colesterol, Deshidrogenesa Lactica, Gamaglutamil tranferasa, Ast, aLt, creatinina, Bun, URea. Esto se traduce en que los pacientes analizados, los Biomarcadores de infección, tanto viral o bacteriano, las pruebas de función renal, y parte de las pruebas de función hepática están alterados aunque el porcentaje sobre alterado es muy variable. Estos resultados son similares en lo encontrado en un estudio en el que se concluyo que al ingreso, las siguientes anormalidades de laboratorio se observaron hallazgos en los casos fatales: linfopenia (97,6%), niveles elevados de proteína C reactiva (100%), lactosa deshidrogenasa (91.4%), dímero D (87.2%), aspartato aminotransferasa (AST) (68.6%), alanina aminotransferasa (54,3%), leucocitos (42,5%). (1).

Es importante recordar que está bien establecido que la Lesión Renal Aguda, está relacionado con una mortalidad elevada en pacientes hospitalizados. Varios estudios han proporcionado datos de primera línea sobre los riesgos de mortalidad en pacientes con COVID-19 confirmado. Se ha identificado que el aumento de la edad, la diabetes, la hipertensión y los niveles basales elevados de creatinina sérica son posibles factores predisponen tes para Lesión Renal Aguda, en pacientes infectados con SARS-CoV-2. Similar al SARS-CoV, Chu et al demostraron que la

edad, el historial de hipertensión y la hipoalbuminemia son factores de riesgo potenciales para Lesión Renal Aguda en estos pacientes.(28)

Así que es importante que al ingreso de los pacientes es importante tener cuidado el manejo farmacológico, ya que aunque vemos que el 50% de nuestros pacientes aunque no contaban con comorbilidades, presentaron daño renal, aunque al interrogatorio del 100% de nuestra población no menciono el antecedente de enfermedad Renal Crónica. También ya que se menciona que se encuentra en el contexto de una enfermedad viral, en el promedio de nuestra enfermedad se evidencia datos de una posible sobreinfeccion bacteriana, ya que presentan elevación de procalcitonina así como con leucocitosis y neutro filia. Por lo que en estos pacientes en importante la búsqueda intencionada, de otros focos infeccioso a cualquier nivel, lo cual influye en el tratamiento inicial, ya que si el proceso infeccioso por COVID-19 se describe como un síndrome con afección multisistémico, el contemplar desde el ingreso una sobre infección e iniciar el tratamiento adecuado puede mejorar la sobre vida de los pacientes. (19,20).

También al evidenciar el daño hepático y renal a su ingreso, sin conocerse con dicho antecedente patológico, ayuda a tener cuidado en la administración de medicamentos, ya que si la mayoría tienen metabolismo por dichas vías, es de importancia tener el cuidado, en el numero de medicamentos, dosis y manejo de las soluciones a fin de evitar perpetuar dicho daño.

El valor de CPK total y CPK MB es de los paraclínicos con mayor alteración en este estudio, pero debido a que pocos fueron los pacientes a los que se les tomo dicho parámetro, no se

puede reportar una muestra significativa, pero traducen patología a nivel cardíaco. Se tiene ya el conocimiento que uno de cada cinco pacientes con COVID-19 sufrirá una lesión miocárdica aguda (12-17% de los casos).(30).

CONCLUSION.

En todos los pacientes fallecidos con diagnóstico sospechoso de COVID- 19, en el Hospital General Tláhuac, analizados en este estudio se evidencio que el genero Masculino es de mayor riesgo, en un grupo de edad va de 50 a 59 años, donde los pacientes que presentan comorbilidades, la que presenta mayor frecuencia es la Hipertensión Arterial sistémica. Respecto al cuadro clínico la disnea, representa un factores de riesgo independientes asociados con desenlace fatal. En la población los valores de laboratorio los valores alterados con mayor frecuencia es el Dímero D, Ferritina, Proteína C reactiva e hipoalbuminemia. Del resto de paraclínicos la función renal es de las mas afectadas, presentando criterios para Lesión Renal Aguda AKIN1 o incluso Enfermedad Renal crónica, así como alteración de las pruebas de función hepática en específico solo de AST y ALT.

Estos resultados podrían usarse para la estratificación del riesgo de pacientes infectados con SARS-CoV-2 y deben tenerse en cuenta al establecer una herramienta de pronóstico. Aunque todavía no se ha identificado un tratamiento específico para COVID-19, estos resultados deben considerarse al aplicar la prevención y la terapia. (26),

RECOMENDACIONES

Es de suma importancia que aunque el paciente se atiende en un servicio de urgencias, con alta carga de trabajo, se realice un interrogatorio completo y conciso sobre los antecedentes personales del paciente que predispongan al paciente a un mayor riesgo de complicación. Así como también en cuanto al cuadro clínico hacer la búsqueda intencionada de signos y síntomas no clásicos de infección por COVID- 19, como lesiones dérmicas, neurológicas, anosmia, que si bien se relacionan con infección grave en algunas bibliografías.

Sobre la importancia de la toma de signos vitales a su ingreso, ya que estos en un contexto de COVID- 19, bajo la escala de NEW 2 nos ayuda a la identificación del paciente que amerite la atención oportuna, o incluso Hospitalaria. Así como la presencia de datos de inestabilidad hemodinamica. Así también como la importancia de la toma de peso y talla, ya que aunque en este estudio no se pudo analizar el peso, ya que no se contaba con ese dato. Si se ha identificado a la Obesidad como factor de riesgo de complicación e incluso de mortalidad, Si bien en el análisis de pacientes sin antecedentes de con-morbilidades y sin ser extremo de la vida, se puede sospechar que la obesidad es un factor crucial en el pronóstico.

Dentro de los paraclínicos y en base a todo el interrogatorio, la sospecha de enfermedades de base , como por ejemplo renal o hepática, o incluso cardíaca, son de gran importancia en el manejo inicial de dichos pacientes, desde el manejo de soluciones, y así como la dosis, y tipo de medicamentos que eviten perpetuar lesiones ya establecidas o que favorezcan la exacerbación del paciente.

Otro punto importante del estudio de nuestra población, es el hecho del daño renal encontrado al ingreso, ya que en comparación con lo reportado en la bibliografía, la mitad de los pacientes no presentan comorbilidades o edad avanzada que predisponga a dicha patología. (28).

Así que todos los pacientes con datos clínicos, bioquímicos o por imagen sugestivos de infección de COVID-19, ameritan una valoración completa y dirigida, para poder predecir en base a escalas y con mayor análisis de dichos pacientes, ya que al ser una patología en nuevo estudio, aun con múltiples incógnitas, merece toda la atención y en búsqueda de todas las posibles complicaciones que como enfermedad sistémica pueda presentar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen R et al. (2020) Risk factors of fatal outcome in hospitalized subjects with coronavirus disease 2019 from a nationwide analysis in China. *Chest* S0012-3692(20)30710-8.
2. Fernández-Rodríguez A, et al. COVID-19 y estudios microbiológicos post mortem. *Rev Esp Med Legal*. 2020
3. Fei Zhou, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62
4. Carlos Gustavo Wambier, MD, PhD,a and Andy Goren, MD. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection is likely to be androgen mediated. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:308-9
5. Graziano Onder, MD, PhD, et al. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020;323(18):1775-1776.
6. Mark R. Geier*, David A. Geier. Respiratory conditions in coronavirus disease 2019 (COVID-19): Important considerations regarding novel treatment strategies to reduce mortality. *Medical Hypotheses* 140 (2020) 109760
7. Serena Tharakan, Koichi Nomoto, Satoshi Miyashita and Kiyotake Ishikawa. Body temperature correlates with mortality in COVID-19 patients. Tharakan et al. *Critical Care* (2020) 24:298

8. Zhang J, Wu J, Sun X, Xue H, Shao J, Cai W, Jing Y, Yue M, Dong C (2020). Association of hypertension with the severity and fatality of SARS-CoV-2 infection: A metaanalysis. *Epidemiology and Infection* 148, e106, 1–7
9. Luciano Gattinoni¹, et al, COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes?, *Intensive Care Med* (2020) 46:1099–1102.
10. J. Yang et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis / *International Journal of Infectious Diseases* 94 (2020) 91–95
11. M. Angelidi et al. Commentary: COVID-19 and diabetes mellitus: What we know, how our patients should be treated now, and what should happen next/ *Metabolism Clinical and Experimental* 107 (2020) 154245
12. Chiara Robba , Denise Battaglini , Paolo Pelosi & Patricia R. M. Rocco (2020): Multiple organ dysfunction in SARS-CoV-2: MODS-CoV-2, *Expert Review of Respiratory Medicine*, EXPERT REVIEW OF RESPIRATORY MEDICINE
<https://doi.org/10.1080/17476348.2020.1778470>
13. Paul Weiss, *David R Murdoch. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *VOLUME 395, ISSUE 10229, P1014-1015, MARCH 28, 2020*
14. Helms, J., Tacquard, C., Severac, F. *et al.* High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive Care Med* 46, 1089–1098 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06062-x>

15. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
16. Kunyu Yang* et al. Clinical characteristics, outcomes, and risk factors for mortality in patients with cancer and COVID-19 in Hubei, China: a multicentre, retrospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2020, May 29, 2020
17. Ma, A., Cheng, J., Yang, J. *et al.* Neutrophil-to-lymphocyte ratio as a predictive biomarker for moderate-severe ARDS in severe COVID-19 patients. *Crit Care* 24, 288 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03007-0>
18. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
19. Xu L, Liu J, Lu M, Yang D, Zheng X. Liver injury during highly pathogenic human coronavirus infections. *Liver Int*. 2020;40(5):998-1004. doi:10.1111/liv.14435.
20. Yan, L., Zhang, H., Goncalves, J. *et al.* An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients. *Nat Mach Intell* 2, 283–288 (2020). <https://doi.org/10.1038/s42256-020-0180-7>
21. Hao Wang et al. The role of high cholesterol in age-related COVID19 lethality. May 10, 2020.
22. Deschamps, J., Andersen, S. K., Webber, J., Featherstone, R., Sebastianski, M., Vandermeer, B., Senaratne, J., & Bagshaw, S. M. (2020). Brain natriuretic peptide to predict successful liberation from mechanical ventilation in critically ill patients: a

- systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England)*, 24(1), 213.
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-2823-9>
23. Callejas Rubio, José Luis et al. “Tratamiento y evolución del síndrome de tormenta de citoquinas asociados a infección por SARS-CoV-2 en pacientes octogenarios” [Evolution and treatment of storm cytokine syndrome associated to SARS-CoV-2 infection among octogenarians]. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 3 Jun. 2020, doi:10.1016/j.regg.2020.05.004
24. Chan, K. H., Farouji, I., Abu Hanoud, A., & Slim, J. (2020). Weakness and elevated creatinine kinase as the initial presentation of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *The American journal of emergency medicine*, 38(7), 1548.e1–1548.e3.
25. Juan-Juan Qin et al. Redefining cardiac biomarkers in predicting mortality of inpatients with COVID-19. 14 Jul 202. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15528
26. Zádori, N., Vánca, S., Farkas, N. *et al.* The negative impact of comorbidities on the disease course of COVID-19. *Intensive Care Med* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06161-9>
27. Guan .W-J et al (2020) Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 382(18):1708–1720.
28. Hansrivijit P, Qian C, Boonpheng B, et al. Incidence of acute kidney injury and its association with mortality in patients with COVID-19: a meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 12]. *J Investig Med*. 2020;jim-2020-001407. doi:10.1136/jim-2020-001407.

29. Cecconi M, Piovani D, Brunetta E, et al. Predictores tempranos de deterioro clínico en una cohorte de 239 pacientes hospitalizados por infección por Covid-19 en Lombardía, Italia. *J Clin Med*. 2020; 9 (5): 1548. Publicado en 2020 el 20 de mayo. Doi: 10.3390 / jcm9051548.
30. Apetrii, Mugurel et al. “A brand-new cardiorenal syndrome in the COVID-19 setting.” *Clinical kidney journal*/vol. 13,3 291-296. 4 Jun. 2020, doi:10.1093/ckj/sfaa082.

- ANEXOS

. Anexo 2 Recolección de datos



Hospital General Tláhuac

Servicio de Urgencias

Hoja de recolección de datos

Nombre de Protocolo de Investigación:

Investigador Principal: Dra Ariadna Espinosa Cuatecontzi

Fecha: _____

Nombre (Iniciales) _____

Edad: _____

Genero: _____

NHC/EXP _____

Variable		Tipo	Escala de medición	Calificación
Edad		Independiente	Cuantitativa- Continuas	años
género		Independiente	Dicotómica	Masculino / Femenino
Tiempo de evolución del cuadro clínico previo a su hospitalización		Independiente	Cuantitativa- Continuas	Días
Días de estancia intrahospitalaria		Independiente	Cuantitativa- Continuas	Días
signos vitales a su ingreso	Frecuencia cardíaca	Independiente	Cuantitativa- Continuas	Latidos por minuto
	Frecuencia respiratoria	Independiente	Cuantitativa- Continuas	Respiraciones por minuto
	Tensión Arterial Sistólica	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg
	Tensión Arterial Diastólica	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg
	Tensión Arterial Media	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg

	Saturación de oxígeno	Independiente	Cuantitativa- Continuas	%
	Temperatura	Independiente	Cuantitativa- Continuas	Grados centígrado
Crónico degenerativos	Hipertensión arterial sistémica	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Diabetes tipo 2	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Asma	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Independiente	Dicotómica	SI / NO
Cuadro Clínico	Disnea	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Fiebre	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Tos	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Malestar General	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Diarrea	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Cefalea	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Odinofagia	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Rinorrea	Independiente	Dicotómica	SI / NO

	Dolor abdominal	Independiente	Dicotómica	SI / NO
	Otros(Anosmia, dolor torácico).	Independiente	Dicotómica	SI / NO
Pruebas de función hepática	Albumina	Independiente	Cuantitativa- Continuas	g/dL
	Deshidrogenasa Lactica	Independiente	Cuantitativa- Continuas	UI/L
	Gama Glutamil transferasa	Independiente	Cuantitativa- Continuas	UI/L
	Bilirrubina total	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Bilirrubina indirecta	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Bilirrubina Directa	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Alanino Aminotransferasa	Independiente	Cuantitativa- Continuas	UI/L

	Aspartato Aminotrasn ferasa	Independiente	Cuantitativa- Continuas	UI/L
Perfil de lípidos	Colesterol	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Trigliceridos	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Otros	Ferritina	Independiente	Cuantitativa- Continuas	ng/mL
	Péptido Natriuretico	Independiente	Cuantitativa- Continuas	pg/ml
	Creatincina sa total	Independiente	Cuantitativa- Continuas	UI/L
	Dí mero D	Independiente	Cuantitativa- Continuas	ng/mL
	Procalcitonina	Independiente	Cuantitativa- Continuas	ug/L
	Proteína C Reactiva	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Leucocitos	Independiente	Cuantitativa- Continuas	10 ³ /uL

Biometría hemática	Neutrófilos	Independiente	Cuantitativa- Continuas	K/uL
	Linfocitos	Independiente	Cuantitativa- Continuas	K/uL
	Hemoglobina	Independiente	Cuantitativa- Continuas	g/dL
	Hematocrito	Independiente	Cuantitativa- Continuas	%
	Plaquetas	Independiente	Cuantitativa- Continuas	10 ³ /uL
Electrólitos séricos	Sodio	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
	Potasio	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
	Cloro	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
	Fósforo	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Calcio	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Magnesio	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL

Función renal	Creatinina	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Nitrógeno Ureico	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
	Urea	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mg/dL
Gasometria arterial	pH	Independiente	Cuantitativa- Continuas	
	pCO ₂	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg
	pO ₂	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg
	Lactato	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
	HCO ₃	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmol/L
	PaFi	Independiente	Cuantitativa- Continuas	mmHg