

ORIGINALES

Una fotografía al nuevo coronavirus en un centro de salud

Pablo Hernández Hernández¹, Ana Jorge Pérez¹, María Vázquez Martínez¹, Irene Cesteros Martín¹, María Toledo Marante¹, María de la Trinidad Rufino Delgado²

1. Médica/o de familia. Centro de Salud Dr. Guigou. C/ Carmen Monteverde, 45, CP 38003. Santa Cruz de Tenerife.
2. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife Zona I.

Contacto: Pablo Hernández Hernández, phdezhdez@gmail.com

Citar como: Hernández Hernández P, Jorge Pérez A, Vázquez Martínez M, Cesteros Martín I, Toledo Marante M, Rufino Delgado MT. Una fotografía al nuevo coronavirus en un centro de salud. fml. 2021; 26(1):10p

Palabras clave/Keywords: Nuevo coronavirus, COVID-19, atención primaria, epidemiología/Novel coronavirus, COVID-19, primary health care, epidemiology.

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de casos confirmados de SARS-CoV2 en una serie, conocer los síntomas más frecuentes, necesidad de ingreso hospitalario, presencia de factores de riesgo y su asociación con la positividad del test PCR.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en sujetos con sospecha de SARS-CoV2 en el Centro de Salud Dr. Guigou (Santa Cruz de Tenerife) del 23 de Marzo al 9 de Mayo de 2020.

Resultados: La prevalencia de enfermedad confirmada fue del 10% (25 de 250 pacientes), con una edad media de 48,40 años (DE:15,45) y 56% mujeres. En los pacientes confirmados los síntomas más frecuente fueron tos (76%), fiebre (68%) y disnea (24%) y los factores de riesgo dislipemia (24%), obesidad (12%) e hipertensión (8%); entre otros, requiriendo ingreso en un 16%. Un 36,4% presentó linfopenia durante la enfermedad.

Conclusiones: La prevalencia de COVID-19 en esta serie fue de un 10%, presentando tos, fiebre y disnea como síntomas más frecuentes.

Abstract

Objective: To assess the prevalence of diagnosed cases of SARS-CoV2. In addition, analyze the most frequent symptoms, need for hospital admission, presence of risk factors for the development of the disease and this association with PCR diagnosis test.

Material and methods: Descriptive and cross-sectional study. The study subjects were patients belonging to the Dr. Guigou Health Center (Santa Cruz de Tenerife) from March 23, 2020 to May 9, 2020.

Results: The prevalence of confirmed disease was 10% (25 of 250 total patients) with a mean age of 48.40 years (SD:15.45) and 56% women. The most frequent symptoms were cough (76%), fever (68%) and dyspnoea (24%) and the most frequent risk factors on diagnosed cases were dyslipidemia (24%), obesity (12%) and high blood pressure (8%). In these patients, a 16% required admission to the hospital ward. Lymphopenia was present in 36,4% of diagnosed cases.

Conclusions: The prevalence of COVID-19 in this series of cases was 10%. Cough, fever and dyspnoea were the most frequent symptoms.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud declaró el 11 de Marzo de 2020 una pandemia global provocada por el virus SARS-CoV-2 perteneciente a la familia *Coronaviridae*, subfamilia *Orthocoronaviridae* y género betacoronavirus. El origen de la misma se ubica en Wuhan, China, donde el 31 de diciembre de 2019 se notificó la existencia de 27 casos con diagnóstico de neumonía de etiología desconocida (7 de ellos graves), tras una exposición común en un mercado de animales de dicha región. El agente causal fue identificado el 7 de enero de 2020, compartiéndose su secuencia genómica el 12 de enero de 2020. Tras esto, la declaración de casos aumentó a gran velocidad, observándose en España el primer caso el 31 de enero de 2020, en la isla de la Gomera, Islas Canarias, fruto de un caso importado de un turista alemán.

Como otros coronavirus, se sospecha que la fuente principal es de origen animal, concretamente el murciélago, y se investigan posibles hospedadores intermediarios. La transmisión humano-humano según informaciones del Ministerio de Sanidad en la información científico-técnica, se produce principalmente por el contacto a través de gotas respiratorias de más de cinco micras, con un alcance de hasta dos metros de distancia. Además se han descrito transmisiones a través de las manos debido a la permanencia del virus en fluidos de boca, nariz, ojos, etc.

El SARS-CoV2 penetra en el organismo mediante los receptores de la Enzima Convertidora de Angiotensina 2, presente fundamentalmente en pulmones (entre otros) donde los macrófagos permiten detener y eliminar al virus en la mayoría de situaciones pero, en casos severos, la respuesta de estos macrófagos es insuficiente, con una cascada inflamatoria poco efectiva según la hipótesis que ha sido publicada.

Respecto a la clínica, inicialmente se expusieron unos síntomas cardinales que fueron fiebre, tos y disnea. Posteriormente se unieron otros como son la afectación del gusto y del olfato¹, y afectaciones de otros órganos, que varía según la respuesta del sistema inmune del huésped y la capacidad de transmisión del virus.

Para el diagnóstico el Ministerio de Sanidad, en su protocolo de actuación frente al coronavirus, ha establecido el test PCR como método diagnóstico

mediante frotis nasofaríngeo u orofaríngeo, y también por lavado broncoalveolar. Existen pocos estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria, en concreto solo dos publicaciones al respecto. Una de ellas en un centro urbano de Cáceres² y la otra en residencias de ancianos³. Con la situación de incertidumbre inicial sobre este tema, se ha propuesto el objetivo principal de conocer la prevalencia de COVID-19 confirmado, en pacientes con sospecha de la enfermedad a los que se les realizó un test PCR solicitado por los facultativos de Atención Primaria de un área de salud de la zona metropolitana de Santa Cruz de Tenerife. Además, como objetivos secundarios se plantea conocer, en sujetos con sospecha y confirmados, la presencia y tipo de síntomas, la necesidad de ingreso hospitalario, la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y datos analíticos de linfopenia. Por último, valoramos la asociación entre la positividad del test y las variables estudiadas.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo y transversal con recogida de datos retrospectiva en el ámbito de la Atención Primaria, concretamente en el Centro de Salud Dr. Guigou, en Santa Cruz de Tenerife de carácter urbano y docente.

Sujetos del estudio

- *Criterios de Inclusión:* sujetos de cualquier edad adscritos al centro de salud mencionado a los que se les realizó test PCR para la detección de SARS-CoV2 y, en concreto, el suministrado por la casa comercial Roche® encargado de detectar el gen E del coronavirus con una sensibilidad del 95%⁴. Todo esto, según protocolo vigente en ese momento para la solicitud de dicho test y que constaba en la presencia de la triada clínica así como origen de países considerados de riesgo o contactos estrechos. El listado de pacientes fue facilitado por la dirección del centro.
- *Criterios de Exclusión:* sujetos que encontrándose en el listado de solicitudes del test para detectar SARS-CoV2, no se realizaron la prueba o fueron desestimados externamente de la realización de la misma. Además, se excluyó a personal sanitario (ya que se encargaba el departamento de Salud Laboral) y pacientes que fallecieron antes de la recogida de datos.

Periodo de estudio:

El estudio se inicia el 23 de Marzo de 2020, fecha en la que comienza la petición de la prueba desde Atención Primaria y finaliza el día 9 de Mayo de 2020, día en la que las peticiones se realizan en una agenda centralizada de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y a la cual no se dispone de acceso.

Variables de estudio:

- Demográficas: género y edad.
- Resultado del test PCR para detectar SARS-CoV2.
- Número de tests realizados.
- Presencia de síntomas.
- Tipo de síntomas: fiebre, tos, disnea, anosmia y disgeusia.
- Evolución de la enfermedad: ingreso hospitalario en planta o en intensivivos.
- Factores de riesgo: dislipemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía, ictus, tabaquismo activo, EPOC, asma, enfermedad oncológica de base y VIH.
- Pruebas de laboratorio: presencia de linfopenia previa y actual.

Análisis estadístico:

Los datos se resumieron con medidas de tendencia central y dispersión en el caso de las variables cuantitativas y mediante frecuencias en aquellas variables categóricas. Se utilizaron los tests de Chi Cuadrado de Pearson y T de Student como tests de hipótesis. Se estimó la Odds Ratio como medida de fuerza de la asociación. Se asumió un valor de $p < 0,05$ para significación estadística. El programa de análisis estadístico utilizado fue el SPSS versión 24.

Aspectos éticos

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con el código CHUNSC_2020_38 con fecha de 28 de Mayo de 2020.

Resultados

Del total de pacientes en cartera sanitaria del Centro de Salud Dr. Guigou a 24 de Marzo de 2020 (35.897), se solicitó la prueba en el periodo de estudio a 315 pacientes. De estos, fueron excluidos 22 por no realizarse el test, 34 por duplicidad, 1 por fallecimiento y 8 que no pertenecían al centro o eran desplazados, siendo finalmente el total de 250 sujetos (11 pertenecientes a edad pediátrica-menores de 16 años-).

La edad media de esta serie fue de 46,33 años (DE: 17,14), mediana de 46 años y sexo femenino

predominante en un 60%. Del total de los 250 sujetos con indicación para la realización de la prueba diagnóstica, 25 obtuvieron un resultado positivo para SARS-CoV2 (prevalencia = 10%; IC_{95%} 8,82-11,18). De éstos, 19 sólo dieron positivo en una ocasión (76%) y 6 lo hicieron en dos ocasiones (24%). La media de edad de los sujetos con test positivo fue de 48,40 años (DE: 15,45), mediana de 45 años, siendo mujeres en un 56% (gráfico 1, ver anexo).

En cuanto a la presencia de síntomas evaluados en los pacientes a los que se les solicitó la prueba, que se muestran en la tabla 1 y en el gráfico 2 (ver anexo), un 85,6% del total de pacientes presentó clínica. En los pacientes que obtienen test positivo, un 92% presentó sintomatología, siendo por orden de frecuencia la tos, fiebre, disnea, anosmia y disgeusia.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el resultado del test y la presencia de fiebre (test positivo= 68%; test negativo= 35,6%; OR= 3.88; $p= 0,002$), la anosmia (test positivo= 20%; test negativo= 4 %, OR= 6; $p= 0,001$) y la disgeusia (test positivo= 16%; test negativo= 4%, OR= 4,57; $p= 0,01$). No se obtuvo asociación estadísticamente significativa con el resto de síntomas.

Únicamente requirieron ingreso hospitalario en planta de hospitalización 6 pacientes (2,4% de los casos sospechosos). De éstos, 4 lo hicieron con coronavirus positivo (16% del total de positivos), como aparece reflejado en el gráfico 3; encontrándose asociación significativa entre ambas variables (test positivo =16%; test negativo = 0,9%; OR= 21,23; $p<0,001$). No se produjeron ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos en ningún caso.

La distribución de los factores de riesgo que pudieran determinar una mala evolución de la enfermedad producida por SARS-CoV2 se muestran en la tabla 2 y gráfico 4 (ver anexo).

No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre el resultado del test y los diferentes factores de riesgo expuestos en este trabajo.

También en este estudio se valoró la presencia de linfopenia, tanto en fechas previas como en el período de estudio, estando recogidos los resultados en la tabla 3 y en el gráfico 5 (ver anexo). No se han incluido los datos desconocidos de linfopenia (sea previa o actual).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el resultado del test y la presencia de linfopenia actual (test positivo= 36,4%; test negativo= 11,1%, OR = 4,57;

$p=0,03$). No se encontró asociación estadística significativa con el resto de variables.

Discusión

A día de hoy, dado que existen pocos estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria, no es posible realizar la comparación de los resultados de prevalencia en poblaciones similares en todos los casos. En nuestro Centro de Salud la edad media de los casos diagnosticados de coronavirus se sitúa en los 48,40 años. Esto se asemeja a datos registrados en el cómputo de casos totales de la Comunidad Autónoma de Canarias a fecha de 9 de Mayo, donde el intervalo de edad más frecuente es el de 40-49 años⁵ o en China, como se ve en el artículo de Guan WJ et al.⁶ donde se describe una edad media de 47 años. Además, en una revisión sobre la enfermedad causada por el coronavirus, ubican el intervalo de edad más frecuente entre los 34 y 59 años⁷. Sin embargo, en otro estudio realizado en España, como el de Nicolás Jiménez JM², en un centro de salud de zona urbana en Cáceres, la edad media fue de 64,8 años o, según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad de España donde la mediana de edad es de 58 años. En un estudio realizado en el estado de Washington por Argenziano MG et al.⁸ ubican la edad media en los 63 años y, en población iraní, fue de 55,50 años⁹.

En los sujetos de este trabajo con SARS-CoV2, el sexo femenino fue el predominante, dato que concuerda con dos de los tres grupos analizados en el trabajo realizado en una población de Islandia de Gudbjartsson DF et al.¹⁰ o en el grupo de edad más frecuente (entre otros rangos) en la Comunidad Autónoma de Canarias⁵. Sin embargo, esto difiere por ejemplo con el estudio realizado en Washington donde el sexo masculino es el más frecuente⁸ al igual que se ha visto en sujetos iraníes⁹ o en la revisión realizada por investigadores de Indonesia⁷.

Inicialmente, los síntomas cardinales que se relacionaron con la COVID-19, según los primeros informes realizados en el continente asiático, fueron fiebre, tos seca y disnea¹¹. Dicha clínica también es coincidente en una revisión de población de residencias de ancianos, muy castigada durante la pandemia del nuevo coronavirus³. Así pues, en la población analizada en nuestro medio, los síntomas predominantes fueron la tos y la fiebre seguida de la disnea, coincidiendo con dicho estudio; o las cifras detalladas en el trabajo realizado en Cáceres². Por otro lado, cada vez más trabajos, sobre todo a nivel europeo, relacionan de manera más específica la presencia de alteración del olfato y del gusto en pacientes con una evolución leve y/o moderada de la enfermedad¹². Ello coincide con

nuestra serie, al igual que en el estudio publicado por Lechien JR et al¹.

En nuestro estudio, la obesidad se encuentra como segundo factor de riesgo más frecuente tras la dislipemia y es que, en España y, sobre todo en Canarias, influye en múltiples patologías pero, un reciente estudio¹³ afirma que lo es también para una peor evolución de la COVID-19. Algo similar ocurre con la comorbilidad cardiovascular, con el ictus ausente en nuestros pacientes diagnosticados de SARS-CoV2, donde también hay una publicación en la India que la relaciona frecuentemente en pacientes afectados de SARS-CoV2 e incluso con incremento de mortalidad en estos sujetos¹⁴. La hipertensión arterial, tercero en frecuencia en nuestros resultados, coincide con el estudio realizado en población iraní⁹ y es el principal factor asociado en pacientes diagnosticados de COVID-19 en otros estudios^{3,6,8}. La diabetes, de gran importancia en nuestra Comunidad Autónoma por su gran prevalencia, aunque en este trabajo no se pone de manifiesto quizás por la escasa potencia de este trabajo, se ha descrito también en un estudio australiano¹⁵ como riesgo para un desarrollo de infección severa y muerte causada por el nuevo coronavirus. Otros factores estudiados, y que tienen poca prevalencia en este trabajo como el tabaquismo activo, adquiere más peso en otras publicaciones situándose entre un 9% y 12%^{6,8}. De la misma manera, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, infradiagnosticada en este país, permanece ausente en los pacientes diagnosticados de coronavirus en este trabajo pero la prevalencia en otros países la sitúan entre un 20% y 29%^{3,6,8}.

Desde que se empezó a estudiar la infección por SARS-CoV2, se ha investigado la interacción de dicho virus con el sistema inmunitario humano, el cual realiza una respuesta excesiva que podría estar relacionada con una mayor lesión pulmonar y peor evolución clínica. Según los datos publicados, una mayoría de pacientes ingresados por COVID-19 presentaron linfopenia, lo cual podría estar en relación con la migración de linfocitos T al territorio pulmonar¹⁶. Aunque en nuestro estudio se obtuvo un resultado estadísticamente significativo entre test positivo y linfopenia, no hemos encontrado similitud con otros estudios ya que éstos se centran en pacientes hospitalizados mientras que en nuestro estudio la mayoría han sido pacientes con seguimiento ambulatorio.

Conclusiones

La enfermedad se confirma en uno de cada 10 pacientes ambulatorios con sospecha de enfermedad producida por el nuevo coronavirus,

presentando más frecuentemente tos, fiebre y disnea. La fiebre, las alteraciones del gusto, del olfato, de la serie linfocitaria en el momento actual y el ingreso hospitalario del paciente, se relacionaron con la positividad del test PCR. A pesar de la información aportada en este estudio sobre la COVID-19, es preciso que se realicen más estudios en el ámbito de Atención Primaria para valorar la consistencia de los resultados obtenidos.

Limitaciones

La información proviene de la historia clínica informatizada por lo que pueden existir datos no actualizados o infradiagnósticos. Además, en el período abarcado, al ser el inicio de los estudios desde Atención Primaria, los tests diagnósticos en muchas ocasiones se realizaban demasiado tarde (aproximadamente 10 días desde el inicio de los síntomas) pudiendo influir en el resultado del test. Por otra parte, no se ha incluido clínica gastrointestinal ya que inicialmente esta no se contemplaba como síntoma cardinal así como tampoco se han añadido otros estados de inmunosupresión a los descritos. Por último, se trata de datos de un Centro de Salud urbano de Santa Cruz de Tenerife, por lo que es probable que dichos resultados no puedan extrapolarse a otras áreas con población de otras características.

Bibliografía

1. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siaty DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodríguez A et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020 Aug;277(8):2251-2261. doi: 10.1007/s00405-020-05965-1. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32253535; PMCID: PMC7134551.
2. de Nicolás Jiménez JM, Blázquez Recio LM, Fabregat Domínguez MT, Palomo Cobos L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria [COVID-19 and assistance effort in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2020 Jun 13;52(8):588-90. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.06.002. Epub ahead of print. PMID: 32674867; PMCID: PMC7293514.
3. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19 [Primary care, residential homes for the elderly, and COVID-19]. *Semergen*. 2020 Aug;46 Suppl 1:26-34. Spanish. doi: 10.1016/j.semereg.2020.06.003. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32600935; PMCID: PMC7275190.
4. World Health Organization. Roche Molecular Systems, Inc. Cobas® SARS-CoV2 (documento de revisión). [internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/eul_050404600_cobas_sars_cov2_qualitative_assay_ifu.pdf?ua=1
5. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. Información diaria de la situación epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Canarias. [internet]. 2020. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contentoGenerico.jsp?idDocument=83670f95-f738-11ea-8b38-0997195c2925&idCarpeta=e01092c2-7d66-11ea-871d-cb574c2473a4>.
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.
7. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health*. 2020 May;13(5):667-673. doi: 10.1016/j.jiph.2020.03.019. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32340833; PMCID: PMC7142680.
8. Argenziano MG, Bruce SL, Slater CL, Tiao JR, Baldwin MR, Barr RG et al. Characterization and clinical course of 1000 patients with coronavirus disease 2019 in New York: retrospective case series. *BMJ*. 2020 May 29;369:m1996. doi: 10.1136/bmj.m1996. PMID: 32471884; PMCID: PMC7256651.
9. Nikpouraghdam M, Jalali Farahani A, Alishiri G, Heydari S, Ebrahimnia M, Samadinia H et al. Epidemiological characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in IRAN: A single center study. *J Clin Virol*. 2020 Jun;127:104378. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104378. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32353762; PMCID: PMC7172806.
10. Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, Magnusson OT, Melsted P, Norddahl GL et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *N Engl J Med*. 2020 Jun 11;382(24):2302-2315. doi: 10.1056/NEJMoa2006100. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32289214; PMCID: PMC7175425.
11. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, Low JG, Tan SY, Loh J, et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA*. 2020 Apr 21;323(15):1488-1494. doi: 10.1001/jama.2020.3204. Erratum in: doi: 10.1001/jama.2020.4372. PMID: 32125362; PMCID: PMC7054855.
12. Chiesa-Estomba CM, Lechien JR, Saussez S. La alteración del olfato y el gusto en pacientes COVID-19. Un recurso diagnóstico en atención primaria [The alteration of smell and taste in COVID-19 patients. A diagnostic resource in primary care]. *Aten Primaria*. 2020 May 27;52(8):592-3. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.05.005. Epub ahead of print. PMID: 32620292; PMCID: PMC7250780.
13. Petrova D, Salamanca-Fernández E, Rodríguez Barranco M, Navarro Pérez P, Jiménez Moleón JJ, Sánchez MJ. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones [Obesity as a risk factor in COVID-19: Possible mechanisms and implications]. *Aten Primaria*. 2020 Aug-Sep;52(7):496-500. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.05.003. Epub 2020 May 25. PMID: 32586628; PMCID: PMC7247450.
14. Mahajan K, Chandra KS. Cardiovascular comorbidities and complications associated with coronavirus disease 2019. *Med J Armed Forces India*. 2020 Jul;76(3):253-260. doi: 10.1016/j.mjafi.2020.05.004.

Epub 2020 May 27. PMID: 32773926; PMCID: PMC7250768.

15. Sacks LJ, Pham CT, Fleming N, Neoh SL, Ekinci EI. Considerations for people with diabetes during the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020 Aug;166:108296. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108296. Epub 2020 Jul 3. PMID: 32623041; PMCID: PMC7332442.

16. García-Salido A. Revisión narrativa sobre la respuesta inmunitaria frente a coronavirus: descripción general, aplicabilidad para SARS-COV-2 e implicaciones terapéuticas. *An Pediatr.* 2020;93 (1): 60.e1-e7.

Anexo

Gráfico 1. Distribución del sexo expresado en porcentaje (%).

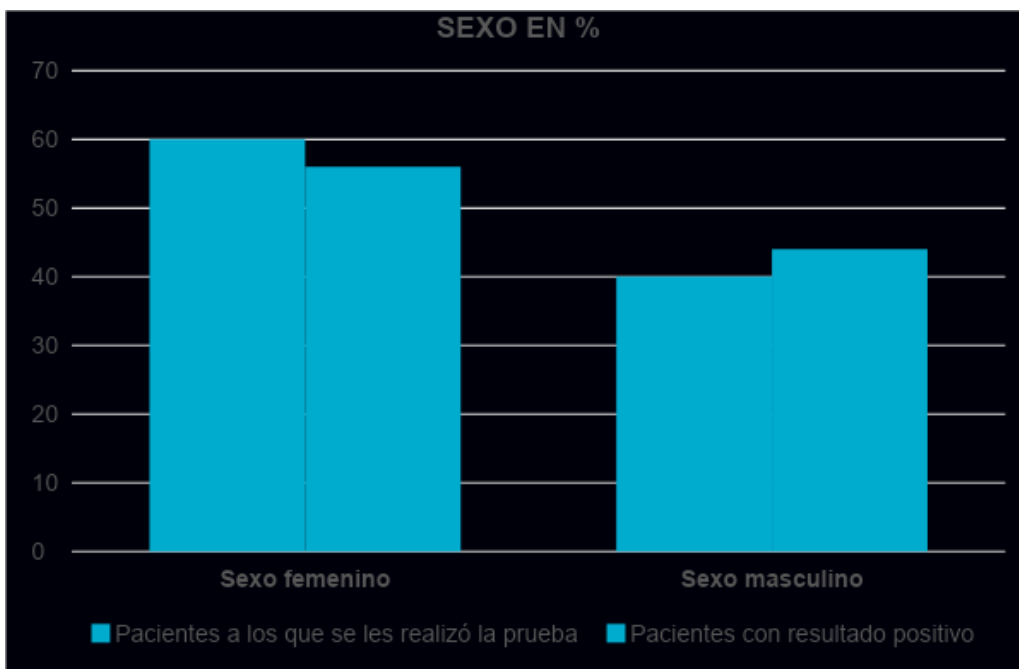


Tabla 1. Prevalencia de síntomas en el total de pacientes a los que se hizo la prueba PCR SARS-CoV2 y en los sujetos con test positivo.

Síntomas evaluados	Pacientes a los que se les realizó la prueba (N=250) n (%)	Pacientes con resultado positivo (N=25) n (%)
Fiebre	97 (38,8)	17 (68)
Tos	172 (68,8)	19 (76)
Disnea	44 (17,6)	6 (24)
Anosmia	14 (5,6)	5 (20)
Disgeusia	13 (5,2)	4 (16)

Anexo

Gráfico 2. Prevalencia de los síntomas evaluados expresados en porcentaje (%).

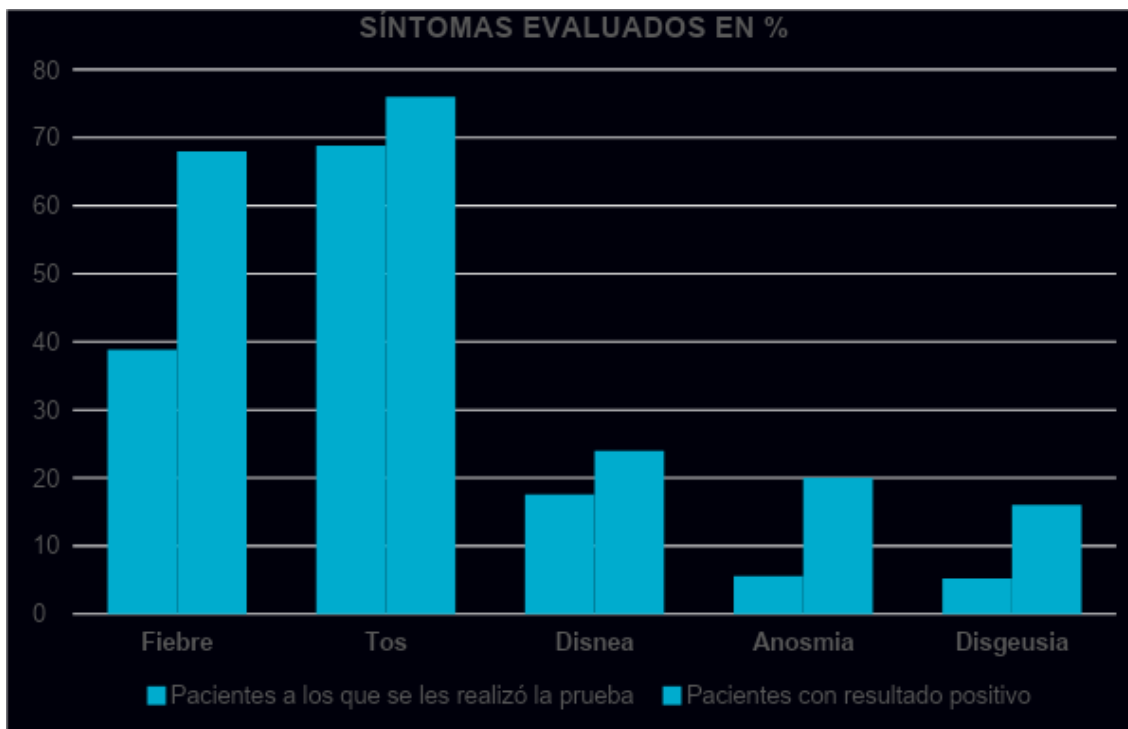
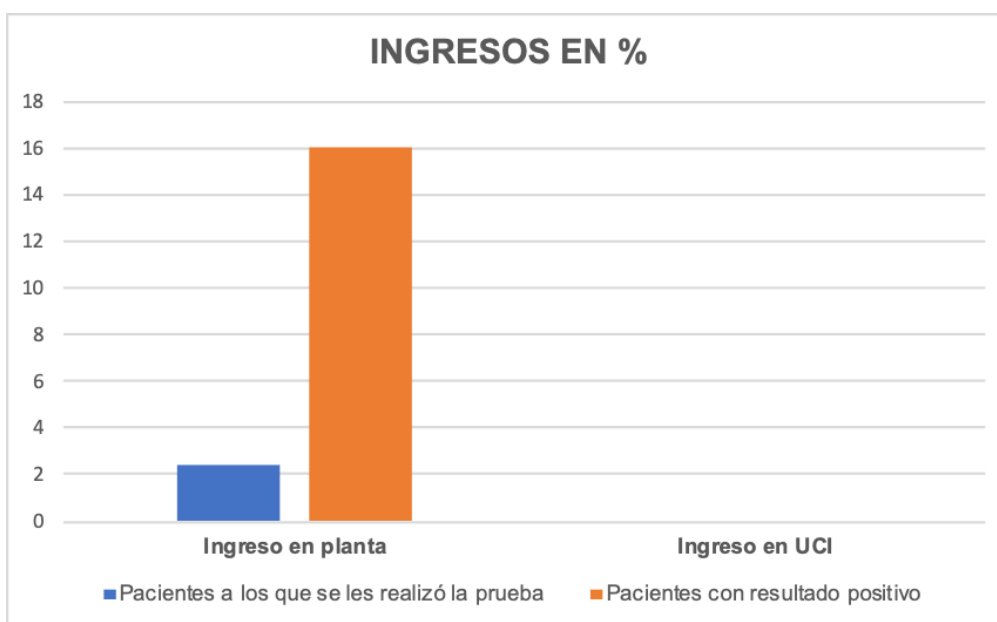


Gráfico 3. Ingresos producidos en planta y UCI expresado en porcentaje (%).

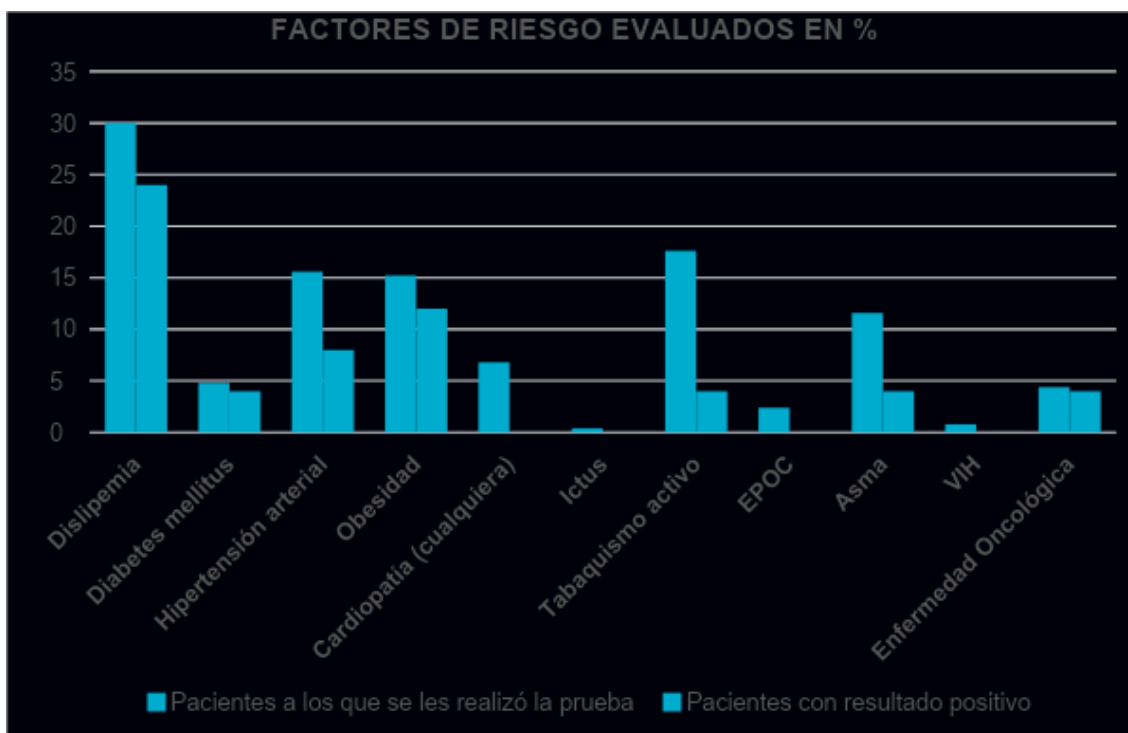


Anexo

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo en el total de pacientes a los que se hizo la prueba PCR SARS-CoV2 y en los sujetos con test positivo.

Factores de riesgo	Pacientes a los que se les realizó la prueba (N=250) n (%)	Pacientes con resultado positivo (N=25) n (%)
Dislipemia	75 (30)	6 (24)
Diabetes mellitus	12 (4,8)	1 (4)
Hipertensión arterial	39 (15,6)	2 (8)
Obesidad	38 (15,2)	3 (12)
Cardiopatía (cualquiera)	17 (6,8)	0 (0)
Ictus	1 (0,4)	0 (0)
Tabaquismo activo	44 (17,6)	1 (4)
EPOC	6 (2,4)	0 (0)
Asma	29 (11,6)	1 (4)
VIH	2 (0,8)	0 (0)
Enfermedad Oncológica	11 (4,4)	1 (4)

Gráfico 4. Factores de riesgo evaluados expresado en porcentaje (%).



Anexo

Tabla 3. Prevalencia de linfopenia previa y actual en el total de pacientes a los que se hizo la prueba PCR SARS-CoV2 y en los sujetos con test positivo.

Linfopenia	Pacientes a los que se les realizó la prueba (N=250) n (%)	Pacientes con resultado positivo (N=25) n (%)
Sin linfopenia previa	166 (76,9)	14 (73,7)
Con linfopenia previa	50 (23,1)	5 (26,3)
Sin linfopenia actual	63 (85,1)	7 (63,6)
Con linfopenia actual	11 (14,9)	4 (36,4)

Gráfico 5. Linfopenia previa y actual expresada en porcentaje (%).

