



Original

Epidemiología, clínica y distribución temporal de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por coronavirus (COVID-19) atendidos por un centro de salud urbano (Cáceres)



Jorge Manuel de Nicolás Jiménez, Adriana Martín Morcuende, María Pérez Román, María Teresa Fabregat Domínguez y Luis Palomo Cobos*

Centro de Salud Zona Centro, Cáceres, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de enero de 2021

Aceptado el 11 de mayo de 2021

Palabras clave:

Coronavirus
Atención Primaria
Epidemiología

R E S U M E N

Objetivo: Describir la experiencia de la atención sanitaria a pacientes con sospecha de COVID-19 en un centro de salud tipo durante el periodo de alarma.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud Zona Centro de Cáceres.

Participantes: Pacientes consecutivos atendidos por sospecha de infección por SARS-CoV-2 del 2 de marzo al 21 de junio de 2020.

Mediciones principales: Edad, sexo, síntomas más frecuentes atribuidos a la infección, duración de los síntomas, días hasta el alta epidemiológica, comorbilidades, tratamientos farmacológicos, método diagnóstico, derivaciones a urgencias hospitalarias, hospitalizados, afectados de neumonía, fallecidos, incapacidad temporal laboral, ámbito de diagnóstico y fase del periodo de alarma.

Resultados: Se incluyeron 464 pacientes; 53 fueron confirmados por PCR y 90 por serología. El 81,1% de los diagnósticos por PCR se produjo en las 4 primeras semanas del periodo de confinamiento. Se derivaron 29 pacientes al hospital (6,2%). Fallecieron 7 (tasa 0,52/1.000). Los síntomas predominantes en los sospechosos fueron tos, fiebre, astenia y síntomas digestivos; en los confirmados tos, disnea y fiebre. La enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica fueron más frecuentes en este último grupo ($p < 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad fue similar a la española. Las variables epidemiológicas y clínicas se corresponden con las descritas en otros ámbitos. Los diagnosticados por PCR se concentraron en la primera mitad del periodo de confinamiento.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Epidemiology, clinic and temporal distribution of confirmed and suspected cases of COVID-19 attended by an urban health center (Cáceres)

A B S T R A C T

Keywords:

COVID-19
Primary Care
Epidemiology

Objective: To describe the experience about healthcare provided to suspected COVID-19 patients in a typical primary healthcare center during the alarm period.

Design: Retrospective observational study.

Setting: Primary healthcare centre Zona Centro in Cáceres.

Participants: Consecutive suspected COVID-19 patients attended from March 2 to June 21, 2020.

Main measurements: Age, sex, most frequent symptoms attributed to the infection, duration of symptoms, days to epidemiological discharge, comorbidities, treatments, diagnostic methods, referrals to hospital emergencies, hospitalized patients, patients suffering from pneumonia, deaths, diagnostic setting and alarm period phase.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luispalomocobos@gmail.com (L. Palomo Cobos).

Results: 464 patients were included; 53 were confirmed by PCR and 90 by serology. A 81.1% of PCR diagnoses were made during the first 4 weeks of the confinement period. Twenty-nine patients were referred to hospital (6.2%). Seven died (rate 0.52/1,000). Cough, fever, asthenia and digestive symptoms were predominant in suspected cases; cough, dyspnea and fever in those confirmed ones. Cardiovascular disease and chronic renal disease were more frequent in the latter group ($P < .001$).

Conclusions: The mortality rate was similar to the Spanish one. Epidemiological and clinical variables correspond to those described in other areas. Those diagnosed by PCR were concentrated in the first half of the confinement period.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pandemia por coronavirus ha supuesto un terremoto sanitario mundial que ha provocado la adopción de medidas restrictivas de salud pública sin precedentes. En nuestro país ha hecho tambalear el sistema sanitario y ha afectado a miles de personas, con especial virulencia a internos de residencias de ancianos y personal sanitario¹. A los recursos hospitalarios en el cénit de la pandemia, se ha sumado el imprescindible esfuerzo de la atención primaria (AP), donde se ha depositado el peso del diagnóstico, la detección y el aislamiento de contactos.

En pocos días se modificó la organización asistencial de los equipos de AP, favoreciendo la atención telefónica y telemática, sin olvidar la presencial o domiciliaria, realización de pruebas y participación en el estudio nacional de seroprevalencia, novedades que han supuesto una sobrecarga añadida a un entorno laboral de ansiedad y miedo, aunque posiblemente servirán para una remodelación de nuestro ámbito.

Durante la pandemia² tras millones de afectados, miles de muertos y un final no vislumbrado aún³, las grandes cifras no deben ocultar el sufrimiento individual, ni la asistencia hospitalaria el esfuerzo de los equipos de AP. En este sentido, el objetivo de este trabajo es reflejar lo que ha supuesto para el primer nivel asistencial la atención y control epidemiológico de los afectados por la COVID-19 adscritos a un centro de salud tipo.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en el centro de salud Zona Centro de Cáceres del 2 de marzo al 21 de junio de 2020, registrados en el programa informático del Servicio Extremeño de Salud con los códigos A77.99 (caso posible de infección debida a coronavirus) y A77.01 (infección debida a coronavirus).

Ámbito del estudio

El centro de salud asiste a 13.287 personas (incluyendo 5 instituciones sociosanitarias con 184 residentes), repartidas en 10 cupos de medicina de familia y un cupo de pediatría con 965 niños.

Variables y seguimiento

Dos investigadores revisaron las historias. Las variables recogidas fueron edad, sexo, síntomas más frecuentes atribuidos a la infección: tos, disnea, fiebre, febrícula, odinofagia, síntomas digestivos (náuseas, vómitos y diarrea), anosmia (con/sin disgeusia), astenia, cefalea y mialgias; duración de los síntomas, días hasta el alta epidemiológica, comorbilidades diagnosticadas: hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular, enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma y SAHS), cáncer en los últimos 5 años, enfermedad renal crónica; inmunosupresión;

tratamientos farmacológicos: IECA-ARA II, anticoagulantes orales y antiagregantes. En cuanto al diagnóstico se registró si se realizó mediante PCR y/o por serología. En relación con el seguimiento se registraron los casos derivados a urgencias hospitalarias, los hospitalizados, los afectados de neumonía, los que precisaron incapacidad temporal laboral y los fallecidos. Se diferenciaron los pacientes según su procedencia: institucionalizados, trabajadores sanitarios o sociosanitarios y pacientes comunitarios, así como por el periodo del estado de alarma en el que fueron diagnosticados.

En la [figura 1](#) se muestra el esquema general del estudio.

Análisis estadístico

Todas las variables se analizaron como categóricas, expresadas en valores absolutos y porcentajes. Para comparar variables entre sí se emplearon los test de Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. Se han considerado como significativos los valores de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación (CEIm) de Cáceres.

Resultados

Durante el periodo de estudio se han atendido 469 pacientes; se excluyeron 5 por información incompleta, por lo tanto se analizan 464. Todos los médicos comunicaron casos confirmados: en pediatría uno y en medicina de familia entre 5 y 24 (en el cupo que atendía la residencia de ancianos con más casuística). Se realizaron 348 PCR (la primera prueba se realizó el 3 de marzo) y 210 serologías (ambas pruebas se realizaron al 34,3%). Hubo 143 confirmados, 53 por PCR (18 lo fueron también serológicamente durante el curso de la enfermedad) y 90 por serología. En estos inicios de la pandemia se rastrearon alrededor de 3 contactos estrechos por cada paciente.

Las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes, según el sexo y procedencia se reflejan en la [tabla 1](#). La edad media fue de 53,5 años. El 62,4% fueron mujeres, así como las 7 fallecidas (2 en residencia de ancianos y 5 comunitarios). Destaca la mayor frecuencia de fiebre en los hombres, así como de anosmia y astenia en los casos sociosanitarios y comunitarios.

En cuanto a las diferencias entre casos confirmados y sospechosos ([tabla 2](#)) la triada tos, fiebre y disnea fueron los síntomas más frecuentes en los confirmados, con un aumento significativo de la disnea ($p < 0,001$) y de la anosmia ($p = 0,002$) en este grupo. Se observó una prevalencia mayor de enfermedad cardiovascular, fibrilación auricular y enfermedad renal crónica en estos pacientes ($p < 0,001$).

En la [figura 2](#) se refleja la distribución de casos confirmados y sospechosos en las distintas fases del estado de alarma. En el periodo de preconfinamiento se diagnosticaron 2 casos por PCR, entre el 15 de marzo y el 12 de abril 43 por PCR y 23 por serología y después del 12 de abril 8 por PCR y 67 por serología. De los casos

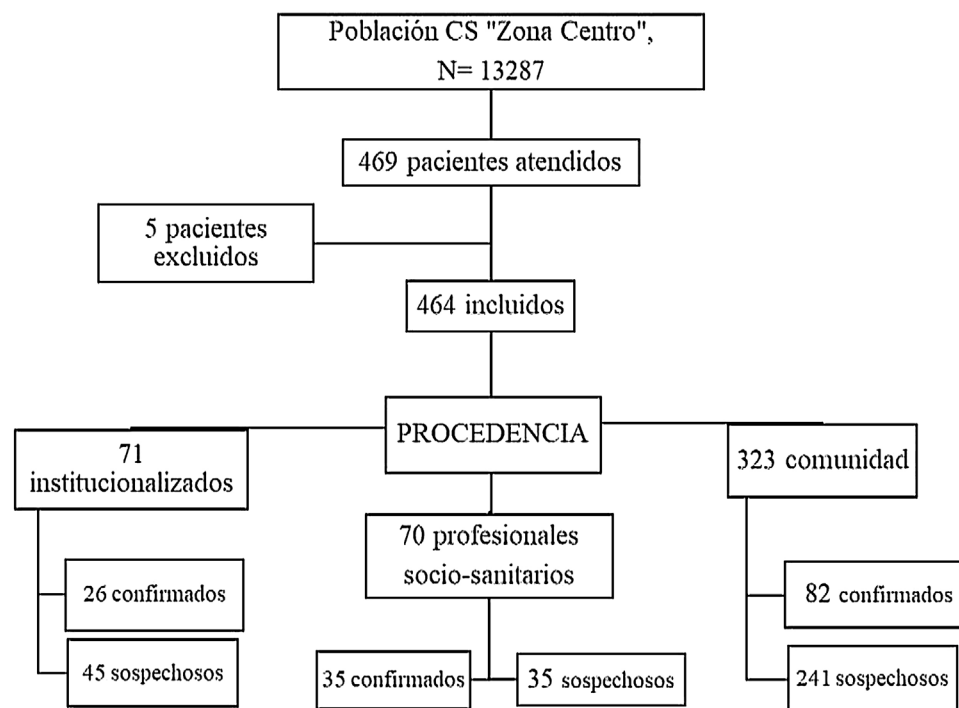


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio.

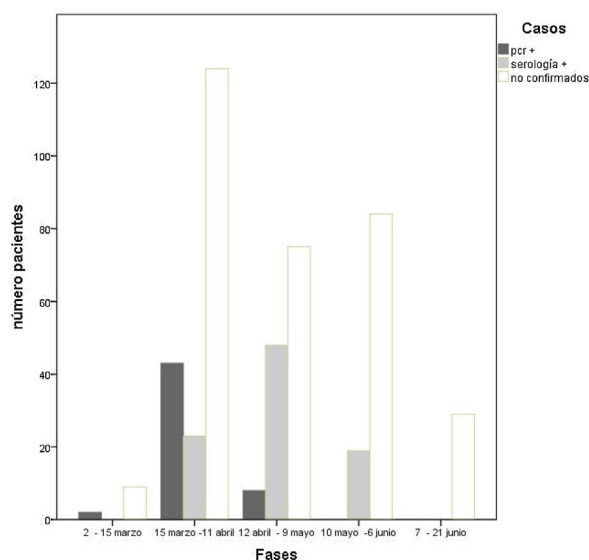


Figura 2. Distribución de casos confirmados y sospechosos en las distintas fases del estado de alarma.

confirmados por PCR el 81,1% lo fueron en las 4 primeras semanas del periodo de confinamiento; el 74,4% de los confirmados por serología lo fueron en periodos posteriores.

Discusión

En nuestro centro durante el periodo de estudio los 143 casos confirmados detectados representan una incidencia poblacional del 1,07% (14% en residencias y 0,9% en población no institucionalizada). El estudio de seroprevalencia realizado por el Ministerio de Sanidad estimaba para Cáceres un 3,9%⁴.

La mortalidad ha sido de 0,52/1.000, similar a la española (0,59/1.000) y a la extremeña (0,47/1.000). La letalidad fue del 4,8%

(4,2% en población no institucionalizada y 7,7% en institucionalizada), inferior al 11,9% de España y al 16,9% de Extremadura⁵. Una revisión de distintos estudios internacionales que relacionan la tasa de mortalidad con los datos de seroprevalencia calcula que las tasas variarán de 0,02% a 0,40% del total de infectados, por lo que las estimaciones de mortalidad tenderían a ser mucho más bajas que las predichas a principios de la pandemia⁶.

En nuestra población, según las etapas administrativas implantadas, el periodo de mayor contagiosidad, a juzgar por el número de PCR positivas, fue las 4 primeras semanas del estado de alarma. En este periodo fueron considerados casos posibles sin PCR 72 pacientes (37,9%). La coincidencia de la poca disponibilidad de PCR y de los cambios frecuentes de protocolos dificultaron la posibilidad de detectar un mayor número de casos. Las serologías positivas en fases posteriores vienen a corroborar el posible infradiagnóstico de fases previas. A partir del 10 de mayo no se detectó ninguna PCR positiva en nuestro centro, hasta la siguiente ola. En cuanto a las características epidemiológicas y clínicas destaca un mayor porcentaje de mujeres, a diferencia de lo publicado hasta ahora¹, y de mayor edad, lo que puede explicar que todas las fallecidas fueran mujeres. Destaca la disnea en los pacientes confirmados respecto a los sospechosos, presente en más del 50% de los que precisaron ingreso, coincidiendo con lo publicado⁷. En nuestra muestra la tos y la fiebre fueron los síntomas más frecuentes, al igual que ocurre en lo descrito hasta ahora en pacientes con COVID-19⁸. La anosmia, asociada a menor gravedad de la infección⁹, fue significativamente más frecuente en los confirmados. Ningún paciente con anosmia fue hospitalizado. La alteración del olfato, descrita en ocasiones como primera manifestación de la COVID-19, puede facilitar la detección de rebotes de forma precoz en AP¹⁰.

Los síntomas digestivos, predominantes en el ámbito sociosanitario y comunitario de nuestra muestra, son frecuentes en la COVID-19¹¹. Su presencia debe alertarnos ante pacientes que los manifiesten.

La enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica en pacientes con COVID-19 han sido asociadas a una mayor gravedad y mortalidad por la infección¹². La presencia de estas comorbilidades

Tabla 1

Características epidemiológicas de los pacientes atendidos en el centro de salud Zona Centro (Cáceres), entre el 2 de marzo y el 21 de junio de 2020, por sospecha de COVID-19, según sexo y procedencia

Variables	Mujeres (n = 298) n (%; IC 95%)	Hombres (n = 166) n (%; IC 95%)	SE	Residencias ancianos (n = 71) n (%; IC 95%)	Trabajadores sanitarios/ socio-sanitarios (n = 70) n (%; IC 95%)	Comunidad (n = 323) n (%; IC 95%)	SE
Edad							
<60	163 (54,7; 48,8-60,4)	109 (65,7; 57,8-72,7)	0,011	6 (8,5; 3,4-18,1)	51 (72,9; 60,7-82,4)	215 (66,6; 61,1-71,6)	<0,001
60-80	84 (28,2; 23,2-33,7)	44 (26,5; 20,1-34,0)		13 (18,3; 10,4-29,6)	19 (27,1; 17,5-39,3)	96 (29,7; 24,8-35,1)	
>80	51 (17,1; 13,1-21,9)	13 (7,8; 4,4-13,3)		52 (73,2; 61,2-82,7)	0 (0; 0,0-6,5)	12 (3,7; 2,0-6,6)	
Duración de los síntomas							
<7 días	133 (44,6; 38,9-50,4)	72 (43,4; 35,7-51,2)	NS	29 (40,8; 29,5-53,1)	32 (45,7; 33,9-57,9)	144 (44,6; 39,1-50,1)	ns
7-14	92 (30,9; 25,7-36,5)	61 (36,7; 29,5-44,6)		20 (28,2; 18,4-40,2)	22 (31,4; 21,1-43,7)	111 (34,4; 29,2-39,8)	
15-50	72 (24,2; 19,5-29,5)	30 (18,1; 12,7-24,9)		21 (29,6; 19,6-41,7)	15 (21,4; 12,8-33,1)	66 (20,4; 16,2-25,3)	
>50	1 (0,3; 0,0-2,1)	3 (1,8; 0,4-5,6)		1 (1,4; 0,0-8,6)	1 (1,4; 0,0-8,7)	2 (0,6; 0,1-2,4)	
Síntomas							
Tos	116 (38,9; 33,4-44,7)	68 (41; 33,4-48,8)	NS	39 (54,9; 42,7-66,6)	31 (44,3; 32,6-56,6)	114 (35,3; 30,1-40,8)	0,006
Disnea	35 (11,7; 8,4-16,0)	26 (15,7; 10,6-22,3)	NS	13 (18,3; 10,4-29,6)	8 (11,4; 5,4-21,8)	40 (12,4; 9,1-16,6)	ns
Fiebre	71 (23,8; 19,2-29,1)	63 (38; 30,6-45,8)	0,01	10 (14,1; 7,3-24,8)	15 (21,4; 12,8-33,1)	119 (33,7; 31,6-42,4)	0,001
Febrícula	49 (16,4; 12,5-21,2)	19 (11,4; 7,2-17,5)	NS	8 (11,3; 5,3-21,5)	11 (15,7; 8,5-26,8)	49 (15,2; 11,5-19,6)	ns
Odinofagia	44 (14,8; 11,0-19,4)	24 (14,5; 9,6-20,9)	NS	9 (12,7; 6,3-23,2)	8 (11,4; 5,4-21,8)	51 (15,8; 12,1-20,3)	ns
Síntomas digestivos	71 (23,8; 19,2-29,1)	28 (16,9; 11,7-23,6)	NS	11 (15,5; 8,3-26,4)	9 (12,9; 6,4-23,5)	79 (24,5; 19,9-29,6)	0,042
Anosmia (con/sin disgeusia)	22 (7,4; 4,8-11,1)	11 (6,6; 3,5-11,8)	NS	0 (0; 0,0-6,4)	7 (10; 4,4-20,1)	26 (8; 5,4-11,7)	0,034
Astenia	70 (23,5; 18,8-28,8)	36 (21,7; 15,8-28,8)	NS	7 (9; 4,4-19,8)	14 (20; 11,7-31,6)	85 (26,3; 21,6-31,5)	0,009
Cefalea	46 (15,4; 11,6-20,1)	16 (9,6; 5,8-15,4)	NS	2 (2,8; 0,5-10,7)	12 (17,1; 9,5-28,4)	48 (14,9; 11,2-19,3)	0,016
Mialgias	33 (11,1; 7,8-15,3)	15 (9; 5,32-14,7)	NS	2 (2,8; 0,5-10,7)	9 (12,9; 6,4-23,5)	37 (11,5; 8,3-15,5)	ns
Días hasta el alta epidemiológica							
<14	159 (53,7; 47,5-59,1)	93 (57,1; 48,1-63,6)	0,029	23 (32,4; 22,1-44,6)	42 (61,8; 47,6-71,3)	187 (58,4; 52,3-63,3)	0,01
15-50	136 (45,9; 39,9-51,5)	65 (39,9; 31,7-47,0)		46 (64,8; 52,4-75,5)	25 (36,8; 24,8-48,1)	130 (40,6; 34,9-45,8)	
>50	1 (0,3; 0,0-2,1)	5 (3,1; 1,1-7,2)		2 (2,8; 0,5-10,7)	1 (1,5; 0,1-8,7)	3 (0,9; 0,2-2,9)	
Diagnóstico							
PCR	34 (11,4; 8,1-15,7)	19 (11,4; 7,2-17,5)	NS	7 (9,9; 4,4-19,8)	14 (20; 11,7-31,6)	32 (9,9; 6,9-13,8)	0,05
Serología	62 (20,8; 16,4-25,9)	28 (16,9; 11,6-23,6)	NS	19 (26,8; 17,2-38,8)	21 (30; 19,9-42,3)	50 (15,5; 11,8-20,0)	0,005

NS: no significativo; PCR: reacción de la polimerasa en cadena; SE: significación estadística.

en los casos confirmados de nuestra población puede relacionarse con el porcentaje más elevado de pacientes hospitalizados de este grupo.

El número de consultas telefónicas atendidas en este periodo fue de 35.777, el 90% gestionadas por los médicos del centro. Se detectó un incremento del 15% de las citas en relación con el mismo periodo del año anterior, según el sistema informático JARA. El gran esfuerzo de la AP se concreta, además de en lo expuesto anteriormente, en el control y seguimiento de la mayor parte de los pacientes con COVID y sus contactos, con varias llamadas telefónicas por caso, con su exploración domiciliaria cuando fue preciso, y con la derivación al hospital cuando la gravedad lo requiera, lo cual ocurrió en el 6,2% de los pacientes, de los cuales el 85% de ellos fueron ingresados.

Entre las limitaciones del estudio está el ser retrospectivo, aunque la retrospección inmediata minimiza el olvido. Se consultaron las dudas con los médicos del centro. Además de ser un trabajo de ámbito poblacional que comprende una zona básica de salud al completo seguida durante estos 3,5 meses, la regularidad laboral, la homogeneidad de criterios y la actualización diaria en el centro confieren a este registro una elevada calidad. Sin embargo, los cambios administrativos, la variabilidad de los criterios diagnósticos y la no disponibilidad de cuantas pruebas diagnósticas hubiéramos necesitado pueden haber producido desfases entre la clínica y la validez de las pruebas condicionando un infradiagnóstico de la enfermedad.

La insólita experiencia acumulada en la atención primaria durante esta crisis, junto con el conocimiento de los datos

Tabla 2

Diferencias epidemiológicas y clínicas entre casos confirmados y casos sospechosos de COVID-19 atendidos en el centro de salud Zona Centro (Cáceres), entre el 2 de marzo y el 21 de junio de 2020

Variables	Casos confirmados (n = 143) n (%; IC 95%)	Casos sospechosos (n = 321) n (%; IC 95%)	SE
<i>Edad</i>			
< 60	69 (48,3; 39,8-56,7)	203 (63,2; 57,7-68,4)	0,010
60-80	49 (34,3; 26,6-42,7)	79 (24,6; 20,1-29,7)	
> 80	25 (17,5; 11,8-24,9)	39 (12,1; 8,8-16,3)	
<i>Duración de los síntomas</i>			
< 7 días	39 (27,3; 20,3-35,4)	166 (51,7; 46,1-57,3)	< 0,001
7-14	48 (33,6; 26,0-42,0)	105 (32,7; 27,6-38,2)	
15-50	53 (37,1; 29,2-45,5)	49 (15,3; 11,6-19,8)	
> 50	3 (2,1; 0,5-6,5)	1 (0,3; 0,0-2,0)	
<i>Síntomas</i>			
Tos	62 (43,4; 35,2-51,9)	122 (38; 32,7-43,6)	NS
Disnea	31 (21,7; 15,4-29,5)	30 (9,3; 6,5-13,2)	< 0,001
Fiebre	45 (31,5; 24,11-39,8)	89 (27,7; 22,9-33,0)	NS
Febrícula	17 (11,9; 7,3-18,6)	51 (15,9; 12,1-20,4)	NS
Odinofagia	12 (8,4; 4,6-14,5)	56 (17,4; 13,5-22,1)	0,011
Síntomas digestivos	24 (16,8; 11,2-24,1)	75 (23,4; 18,9-28,4)	NS
Anosmia (con/sin disgeusia)	18 (12,6; 7,8-19,4)	15 (4,7; 2,7-7,7)	0,002
Astenia	30 (21; 14,8-28,7)	76 (23,7; 19,2-28,8)	NS
Cefalea	12 (8,4; 4,6-14,5)	50 (15,6; 11,8-20,1)	0,036
Mialgias	12 (8,4; 4,6-14,5)	36 (11,2; 8,1-15,3)	NS
<i>Días hasta alta epidemiológica</i>			
< 14	63 (44,1; 35,8-52,6)	189 (59,8; 53,2-64,3)	0,006
15-50	77 (53,8; 45,3-62,1)	124 (39,2; 33,3-44,2)	
> 50	3 (2,1; 0,5-6,5)	3 (0,9; 0,2-2,9)	
<i>Comorbilidades de riesgo</i>			
HTA	38 (26,6; 19,7-34,7)	73 (22,7; 18,3-27,8)	NS
Obesidad	9 (20; 3,1-11,9)	21 (18,1; 4,2-9,9)	NS
Enfermedad cardiovascular	19 (13,3; 8,4-20,2)	21 (6,5; 4,2-9,9)	0,017
Cardiopatía isquémica	4 (2,8; 0,9-7,4)	8 (2,5; 1,1-5,04)	NS
Enfermedad cerebrovascular	5 (3,5; 1,3-8,4)	6 (1,9; 0,7-4,2)	NS
Fibrilación auricular	13 (9,1; 5,1-15,3)	13 (4; 2,2-7,0)	0,029
Diabetes mellitus	12 (8,4; 4,6-14,5)	13 (7,2; 2,2-7,0)	NS
Enfermedad renal crónica	20 (14; 8,9-21,0)	16 (5; 2,9-8,1)	0,001
Enfermedades respiratorias crónicas	15 (10,5; 6,2-17,0)	39 (12,1; 8,8-16,3)	NS
EPOC	1 (0,7; 0,0-4,4)	8 (2,5; 1,1-5,0)	NS
Asma	13 (9,1; 5,1-15,3)	27 (8,4; 5,7-12,1)	NS
SAHS	3 (2,1; 0,5-6,5)	7 (2,2; 0,9-4,6)	NS

Tabla 2 (continuación)

Variables	Casos confirmados (n = 143) n (%; IC 95%)	Casos sospechosos (n = 321) n (%; IC 95%)	SE
Cáncer activo últimos 5 años	7 (4,9; 2,1-10,2)	7 (2,2; 0,9-4,6)	NS
Inmunosupresión	3 (2,1; 0,5-6,5)	4 (1,2; 0,4-3,3)	NS
Tratamientos de riesgo			
IECAS-ARA II	30 (21; 14,8-28,7)	56 (17,4; 13,5-22,1)	NS
ACO	14 (9,8; 5,6-16,1)	14 (4,4; 2,5-7,4)	0,023
Antiagregación	24 (16,8; 11,2-24,1)	28 (8,7; 5,9-12,5)	0,011
Derivados a urgencias	21 (14,7; 9,5-21,8)	8 (2,5; 1,1-5,0)	< 0,001
Neumonía	17 (11,9; 7,3-18,6)	5 (1,6; 0,6-3,8)	< 0,001
Hospitalizados	18 (12,6; 7,8-19,4)	6 (1,9; 0,7-4,2)	< 0,001
Incapacidad temporal	49 (34,3; 26,6-42,7)	48 (15; 11,3-19,4)	< 0,001

ACO: anticoagulantes orales; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IECA-ARAII: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina- antagonistas de los receptores de la angiotensina; NS: no significativo; SAHS: síndrome de apneas-hipopneas del sueño; SE: significación estadística.

de nuestro centro y la mayor disponibilidad de medios diagnósticos y de prevención, nos han ayudado a un mejor manejo de la enfermedad en las oleadas siguientes.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.appr.2021.100089](https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100089).

Bibliografía

1. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 Actualización, 3 de julio de 2020 [consultado 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. China medical treatment expert group for COVID-19 clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708–20. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
3. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [consultado 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
4. Estudio ENE-COVID: informe final estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. 6 de julio de 2020 [consultado 7 Jul 20]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO-ENE-COVID19-INFORME-FINAL.pdf>.
5. Martín de la Nava MA. Los datos de la pandemia por SARS-CoV-2 (a 19 de mayo 2020). *Salud 2000* 2020;158:5–11 [consultado 7 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.fadsp.org/documents/Salud2000/158/158SALUDPUBLICAPANDEMIA.pdf>.
6. Ioannidis JPA. The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *MedRxiv preprint*. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253>.
7. Casas JM, Antón JM, Millán J, Lumbreras C, Ramos JM, Roy-Vallejo E, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Network. *medRxiv* [consultado 29 May 2020]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.24.20111971v1.article-metrics>.
8. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections—more than just the common cold. *JAMA* 2020;323:707–8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.0757>.
9. Lechien JR, Chiesa-Estomba C, Place S, Laethem YV, Cabaraux P, Mat Q, et al. Clinical and epidemiological characteristics of 1,420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *J Intern Med* 2020;288:335–44. <http://dx.doi.org/10.1111/joim.13089>.
10. Chiesa-Estomba CM, Lechien JR, Saussez S. La alteración del olfato y el gusto en pacientes COVID-19. Un recurso diagnóstico en atención primaria. *Aten Primaria* 2020;52:592–3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.005>.
11. Sebastián JJ. COVID-19 y aparato digestivo. *Med Clín* 2020;155:68–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.03.006>.
12. Pallarés Carratalá V, Górriz-Zambrano C, Morillas Ariño C, Llisterri Caro JL, Gorriiz JL. COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos?, ¿hacia dónde vamos? *Semerger* 2020;46:78–87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.005>.