



---

**Universidad de Valladolid**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**CURSO ACADÉMICO 2020-2021**

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS  
PACIENTES CON COVID-19 DE UNA MUESTRA DEL  
CENTRO DE SALUD DELICIAS-II DE VALLADOLID**

**PREVALENCE OF SYMPTOMATOLOGY IN PATIENTS  
WITH COVID-19 FROM A SAMPLE FROM THE  
DELICIAS-II HEALTH CENTER OF VALLADOLID**

**GRADO EN MEDICINA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**TUTOR: DANIEL ARAÚZO PALACIOS**

**AUTOR: IVÁN CABALLERO FEO**



# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	8
<b>OBJETIVOS</b> .....	8
<b>HIPÓTESIS</b> .....	9
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	9
<b>RESULTADOS</b> .....	11
<b>DISCUSIÓN</b> .....	16
<b>CONCLUSIONES</b> .....	18
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	19
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
<b>ANEXO 1</b> .....	21
<b>ANEXO 2</b> .....	26

## **RESUMEN**

Los coronavirus son virus capaces de provocar cuadros clínicos que oscilan desde un resfriado común hasta neumonías potencialmente graves. El síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) son ejemplos de dichos microorganismos. El SARS-CoV-2, que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, causa el covid-19. Sus síntomas más representativos abarcan fiebre, tos, astenia y disnea, aunque algunos pacientes pueden presentar del mismo modo síntomas digestivos. En los cuadros más severos, puede haber neumonía, fracaso renal y otras afecciones sistémicas, siendo observadas más comúnmente en pacientes ancianos y que padecen otras comorbilidades<sup>1</sup>. Esta nueva enfermedad, que desde marzo del 2020 se ha cobrado millones de vidas ha supuesto un cambio de paradigma en la sanidad mundial y ha afectado sustancialmente los sectores socioeconómicos del mundo actual dando un vuelco a la Atención Primaria. Esto hace imprescindible un reconocimiento precoz de los síntomas para actuar en consecuencia.

**Palabras clave:** coronavirus, COVID-19, síntomas, comorbilidades, Atención Primaria.

## **ABSTRACT**

Coronaviruses are viruses that are able to produce clinical conditions ranging from the common cold to potentially serious pneumonia. Examples of such organisms are severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV) and Middle East respiratory syndrome (MERS-CoV). SARS-CoV-2, which was first detected in December 2019 in Wuhan, causes COVID-19. Its most representative symptoms include fever, cough, asthenia and dyspnea, although some patients may present with digestive symptoms in the same way. In the most severe cases, there may be pneumonia, kidney failure and other systemic conditions, being more commonly observed in elderly patients and those suffering from other comorbidities. This new disease, which has claimed millions of lives since March 2020 has led to a paradigm shift in global health and has substantially affected the socioeconomic sectors of the world today, reversing primary care. This makes early recognition of symptoms essential to act accordingly.

**Key words:** coronavirus, COVID-19, symptoms, comorbidities, Primary Care.

---

<sup>1</sup> The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19). China CDC Weekly. 2020; 2 :113-122.

## **INTRODUCCIÓN**

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que ocasiona eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a la mayor parte de los países del mundo.

A día de hoy, y como consecuencia del cambio de paradigma mundial que ha supuesto esta pandemia, a nadie le resulta indiferente que esta nueva enfermedad ha cambiado la vida de millones de personas no sólo en términos sanitarios y biológicos, sino también en aspectos socioculturales, políticos y económicos.

La infección por SARS-Cov-2 es una nueva enfermedad, en la que, aunque se van recopilando progresivamente más datos bibliográficos que nos orientan sobre su historia natural y su impacto en el ser humano, aún contamos con innumerables incógnitas sobre su tratamiento, evolución y secuelas.

En el momento en el que desarrollo este trabajo seguimos con mucha incertidumbre respecto al COVID-19. Poniendo un ejemplo, no se conoce aún el porcentaje de personas contagiadas que siguen la enfermedad de manera asintomática ni tampoco sabemos con exactitud su tasa de mortalidad, aunque diversas series la estiman en un 0,3-3%<sup>2</sup>, mortalidad mucho más elevada que la producida por el Influenzavirus A causante de la gripe estacional.

También es un dato en cuestión si el periodo de contagio comienza previamente a la aparición de la sintomatología aunque sí se sabe que el periodo de incubación de este virus oscila mayoritariamente entre los 4 y 7 días<sup>3</sup>. Esto nos lleva a concluir que claramente puede existir un periodo de contagiosidad nada desdeñable estando el sujeto portador aún asintomático.

El 80% de las personas se recuperan sin necesidad de tratamiento hospitalario. Alrededor de 1 de cada 7 personas que contraen la COVID 19 acaba presentando un cuadro grave que requiere hospitalización, y 1 de cada 20 requerirá cuidados intensivos.

La mediana de duración de los síntomas es de 14 días cuando el paciente ha padecido una infección leve, y de 21-41 días cuando ésta ha sido grave o muy grave. El tiempo

---

<sup>2</sup> R.M. Anderson, H. Heesterbeek, D. Klinkenberg, T. Déirdre Hollingsworth. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic Lancet., 395 (2020), pp. 931-934

<sup>3</sup> Q. Li, X. Guan, P. Wu, X. Wang, L. Zhou, Y. Tong, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med., 382 (2020), pp. 1199-1207

desde que comienza la sintomatología hasta que aparecen síntomas graves que conducen a la hipoxemia se ha estimado en 7 días, y el tiempo hasta que se produce el fallecimiento del paciente ronda entre los 14 días y las 8 semanas<sup>4</sup>.

Las diferentes comorbilidades relacionadas con la enfermedad deben ser puestas en relación con su prevalencia en la población general, aunque sí es cierto que particularmente los factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus parecen sobrerrepresentadas en los pacientes notificados con COVID-19. Del mismo modo se ha descrito que la diabetes fue una de las comorbilidades más detectadas entre las personas que desarrollaron neumonía bilateral o que fallecieron<sup>5</sup>.

Los casos de mayor gravedad pueden complicarse con SARS, shock séptico e insuficiencia renal con parada cardiorrespiratoria. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, cáncer, EPOC u obesidad tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID 19 y caer gravemente enferma. Las personas de cualquier edad que tengan fiebre o tos y que respiren con dificultad, sientan dolor u opresión en el pecho o tengan dificultades para hablar o moverse deben solicitar atención médica inmediatamente. Si es posible, se recomienda llamar primero al profesional sanitario o centro médico para que remitan al paciente al establecimiento sanitario adecuado.

A pesar de la incertidumbre, sí contamos con unas ideas claras debido a la experiencia que durante más de 1 año nos ha aportado esta pandemia, como por ejemplo:

- La necesidad de aislamiento de los casos y cuarentena de los contactos estrechos para disminuir la transmisibilidad.
- La gran mayoría de los infectados mostrarán buena evolución con tratamiento.
- Pacientes que evolucionaban favorablemente muestran en pocas horas un empeoramiento tórpido de su clínica con alteraciones radiológicas evidentes.
- La mayoría de los infectados se recuperarán completamente de la enfermedad, si bien es igualmente cierto, que un porcentaje nada despreciable presentarán secuelas duraderas o incluso permanentes.

En otro orden de asuntos merece la pena comentar que diversos estudios han analizado las secuelas que a largo plazo puede causar la infección por COVID-19. Estudiarlas

---

<sup>4</sup> World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020.

<sup>5</sup> Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study.

resulta determinante para dilucidar su historia natural, predecir su impacto más allá de la hospitalización y mortalidad, y determinar si se debe considerar rehabilitación posteriormente al alta médica<sup>6</sup>.

Las complicaciones y secuelas fueron anteriormente estudiadas en las pandemias previas de coronavirus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2002 y del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) desde el año 2012. En algunos pacientes, se describió una notable disminución de la función pulmonar y de la capacidad de ejercicio, trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y una calidad de vida reducida, dejando entrever que el nuevo coronavirus pueda tener un impacto similar<sup>7</sup>.

La fisiopatología corresponde a una intensa respuesta inflamatoria atacando en un principio al tracto respiratorio y secundariamente al sistema cardiovascular, SNC y SNP, muscular, aparte de los efectos psicopatológicos. La principal secuela respiratoria es la fibrosis pulmonar. Varios estudios han concluido con lesiones residuales secundarias al cuadro agudo mediante pruebas de imagen o autopsias. No obstante, es temprano para esclarecer si estos hallazgos se resolverán posteriormente o si evolucionarán a fibrosis crónica.

En cuanto a las secuelas neurológicas, se discute una etiología inmune debida a citoquinas, fenómenos de hipercoagulabilidad y a la presencia de receptores ACE2 para llegar al tejido cerebral, ocasionando accidentes cerebrovasculares y deterioro cognitivo a largo plazo. Asimismo, también se afecta el sistema nervioso periférico por la interacción con los receptores ACE2, produciendo miopatías y neuropatías<sup>8</sup>.

Con todo ello, las secuelas de la COVID-19 son diversas y abarcan múltiples aspectos de la esfera física, emocional, organizativa y económica, que requerirán un abordaje multidisciplinar, transversal y colaborativo, con voluntarismo y optimización de recursos ante la inminente crisis financiera que nos acecha. Tras la fase aguda las consecuencias de cualquier catástrofe perduran durante meses o incluso años, y esto debe ser afrontado con determinación a pesar de las dificultades que sin duda entraña.

---

<sup>6</sup> Yelin D, Wirtheim E, Vetter P, Kalil AC, Bruchfeld J, Runold M et al. Long-term consequences of COVID-19: research needs. *Lancet Infect Dis* [Internet]. octubre de 2020; 20(10):1115-7.

<sup>7</sup> Ahmed H, Patel K, Greenwood DC, Halpin S, Lewthwaite P, Salawu A et al. Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. Mayo de 2020; 52(5):jrm00063.

<sup>8</sup> Fiani B, Covarrubias C, Desai A, Sekhon M, Jarrah R. A Contemporary Review of Neurological Sequelae of COVID-19. *Front Neurol* [Internet]. 23 de junio de 2020; 11:640-640.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como ya he adelantado, la COVID-19 ha supuesto un cambio de paradigma en todas las esferas de nuestra vida cotidiana. Por esta razón he considerado muy importante desarrollar mi TFG sobre tal fin para poder indagar en algo tan importante como es el reconocimiento de patrones clínicos que podrían llevarnos en muchas ocasiones a un diagnóstico diferencial entre una infección por COVID-19 y otras afecciones como la gripe o el resfriado común. La combinación de diferentes síntomas clínicos junto a una correcta anamnesis y un adecuado estudio de contactos de riesgo, pueden resultar de gran ayuda a la hora de discernir en nuestra consulta acerca de la entidad nosológica responsable del cuadro clínico.

## **OBJETIVOS**

Para comenzar con un enfoque adecuado para realizar el trabajo de investigación y una adecuada recogida de los datos, he de plantear a priori los objetivos fundamentales del proyecto los cuales divido en primarios y secundarios.

- **Primarios:** el enfoque principal de esta investigación se centrará en la recopilación y análisis de la diferente sintomatología clínica que se puede presentar en los pacientes afectados del nuevo coronavirus, tomando como referencia los datos clínicos de una muestra de pacientes del centro de salud Delicias II de Valladolid.

Con estos datos pretendo estimar el porcentaje aproximado en el que cada síntoma se presenta en la población en general, haciendo hincapié tanto en la sintomatología más prevalente como en aquellos síntomas más atípicos que a su vez pueden servir de signos de alarma para detectar un posible caso de COVID.

- **Secundarios:** como estudios secundarios, me centraré sobre todo en describir la sintomatología más prevalente en cada grupo de edad (niños, adultos jóvenes y ancianos) así como en razonar cómo el padecimiento de patologías de base como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias actúan como predisponentes que puedan suponer que un paciente afecto de coronavirus experimente un cuadro mucho más florido y que puedan abocar a un desenlace fatal.

## **HIPÓTESIS**

Con el fin de poder esclarecer las variables principales del estudio de investigación y, para poder simplificar la recogida de datos y hacerla de una manera estructurada, formularé distintas hipótesis las cuales trataré más adelante de demostrar o refutar:

- ¿Padecer una enfermedad crónica u otra patología sistémica de base puede ser un agravante de la enfermedad?
- ¿Ataca el COVID-19 de forma más grave a los hombres que a las mujeres?
- Dentro del mismo género, ¿es cierto que los pacientes de mayor edad presenta un cuadro clínico más florido y con mayores posibilidades de padecer insuficiencia respiratoria grave?
- Dentro de mismo género, ¿es cierto que en los pacientes de edad más avanzada la tasa de mortalidad es mayor que en edades más jóvenes?

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha llevado a cabo una recopilación de datos de las historias clínicas de distintos pacientes afectos de COVID-19 atendidos por los médicos especialistas en Medicina de familia y comunitaria Daniel Araúzo Palacios y la Doctora Marín del centro de salud de Delicias II. Estos datos han sido procesados posteriormente para obtener la prevalencia clínica de la muestra de pacientes de nuestro centro de salud. Igualmente se procederá a la consulta de revisiones sistemáticas y estudios científicos sobre el tema a tratar aun teniendo en cuenta la débil evidencia científica dado lo novedoso de la situación epidemiológica provocada por este virus.

En primer lugar, comencé el trabajo de campo a partir de una muestra de pacientes seleccionada de forma aleatoria mediante un programa de muestreo informático. La muestra incluyó un total de 128 pacientes diagnosticados de enfermedad por coronavirus en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (MEDORA) de los cuales 64 de ellos fueron extraídos del cupo del Doctor Araúzo, y los 64 restantes, del cupo de la Doctora Marín.

A continuación, una vez preparada la muestra de los 128 pacientes la sistemática de recogida de datos consistió en una recopilación de la diferente sintomatología que cada paciente presentó a lo largo de su proceso de enfermedad accediendo a los informes clínicos a través del programa MEDORA. De manera análoga, precedí a recopilar los antecedentes clínicos que más relevancia pudieran tener en el padecimiento de la infección por COVID-19 o que pudieran precipitar un agravamiento de su situación

clínica. El periodo de estudio abarcó desde el comienzo de la epidemia el 1 de marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021. La recopilación de dichos datos se muestra en el anexo 1 adjunto al final.

Posteriormente, habiendo recogido todos los datos, procedí al ordenamiento de los mismos en una tabla a partir de la cual se calcularía posteriormente la prevalencia de dicha sintomatología.

La tabla en cuestión enfrentaba en las filas la diferente sintomatología clínica clasificada por aparatos o sistemas que puede ser susceptible de aparecer en una infección por COVID-19 frente al género del paciente estratificado en 3 grupos de edad. Concretamente, la sintomatología que es subsidiaria de presentarse fue:

- Asintomáticos
- Síntomas generales: astenia, mareos, debilidad, anorexia.
- Síntomas respiratorios: disnea, tos.
- Síntomas gastrointestinales: diarrea, náuseas, vómitos, abdominalgia.
- Musculoesqueléticos como artromialgias.
- Cutáneos como sequedad o exantemas.
- Otorrinolaringológicos: rinorrea, congestión, disfonía, otalgia, vértigo, odinodifagia.
- Neurológicos: anosmia, disgeusia, cefaleas, parestesias, alteraciones de la memoria.
- Cardiovasculares: palpitaciones o dolor torácico.
- Oculares: conjuntivitis o alteraciones visuales.
- Psicológicos: ansiedad, insomnio, depresión.
- Neumonía bilateral

Además, en una de las filas también se contabilizan el número de fallecidos.

En las columnas, se disponían los pacientes divididos en sexos y estos a su vez fueron estratificados en 4 grupos de edad comenzando desde los 14 años, los cuales fueron:

- 14-44 años
- 45-64 años
- 65-74 años
- >75 años

A continuación, y una vez construida la tabla, se procedió a contabilizar cuántos pacientes habían padecido cada patología a partir de los datos de la tabla anexo 1.

## RESULTADOS

SINTOMATOLOGÍA		V				M			
		14-44a	45-64a	65-74a	>75a	14-44a	45-64a	65-74a	>75 a
<b>ASINTOMÁTICOS</b>		9	8	4	0	6	3	1	2
<b>SÍNTOMAS GENERALES</b>	Astenia	10	12	1	1	9	13	0	1
	Mareo	0	0	0	0	1	2	0	1
	Anorexia	1	3	0	0	0	0	0	0
	Fiebre	8	12	1	1	10	10	0	2
<b>RESPIRATORIOS</b>	Disnea	6	1	0	2	4	5	0	1
	Tos	11	8	0	3	10	10	0	2
<b>GASTROINTESTINALES</b>	Diarrea	2	7	1	0	4	4	0	1
	Nauseas	0	1	0	0	1	1	0	0
	Vómitos	0	0	0	0	3	0	0	0
	Dolor abdominal	0	2	0	0	3	1	0	0
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>	Artromialgias	5	7	1	0	5	10	0	1
<b>CUTÁNEOS</b>	Exantema	2	0	0	0	0	3	0	0
<b>ORL</b>	Rinorrea Congestión	7	3	0	2	9	10	0	1
	Disfonia	0	0	0	0	0	0	0	0
	Otalgia	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vértigo	0	0	0	0	0	0	0	0
	Odinodifagia	4	3	1	0	6	5	0	0
<b>NEUROLÓGICOS</b>	Anosmia	12	4	0	1	5	5	0	0
	Disgeusia	5	4	0	1	6	5	0	0
	Cefaleas	7	4	0	1	9	5	0	0
	Parestesias	0	3	0	0	0	0	0	0
	Alt. Memoria	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>CARDIOVASCULARES</b>	Palpitaciones	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dolor Torácico	5	2	0	1	1	1	0	0
<b>OCULARES</b>	Conjuntivitis	0	0	0	0	0	0	0	0
	Alt. Visuales	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICOS</b>	Ansiedad	0	0	0	0	0	0	0	0
	Insomnio	0	2	0	0	0	0	0	0
	Depresión	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>NEUMONÍA BILATERAL</b>		1	3	1	2	2	0	0	1
<b>FALLECIDOS</b>		0	0	1	1	0	0	0	0

Una vez estratificada la sintomatología y los grupos de edad, procedimos a realizar su representación gráfica para una mejor comparabilidad de los resultados del estudio de prevalencia.

		<b>SEXO</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	M	60	46,9	46,9	46,9
	V	68	53,1	53,1	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

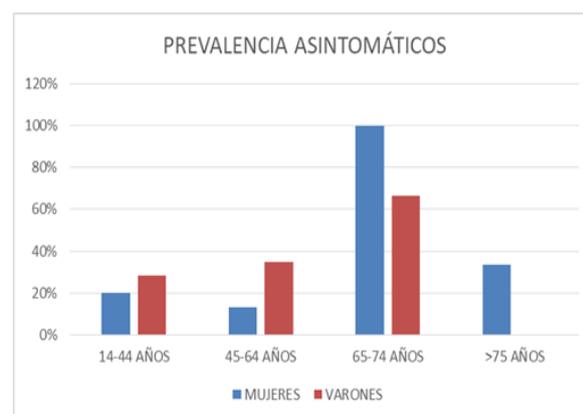
Tabla 1. Prevalencia entre sexos en el estudio

El análisis estadístico de los datos reveló un porcentaje de varones en el estudio de un 53,1 % frente a un 46,9% de las mujeres lo cual muestra que las prevalencias entre sexos fueron muy similares gracias al muestreo estadístico.

La *gráfica 1* nos muestra el número de pacientes estudiado por grupos de edad, apreciando que en cada grupo el número de pacientes fue similar, apreciando un mayor número de pacientes en las edades comprendidas entre 14-44 y 45-64 años en ambos sexos.



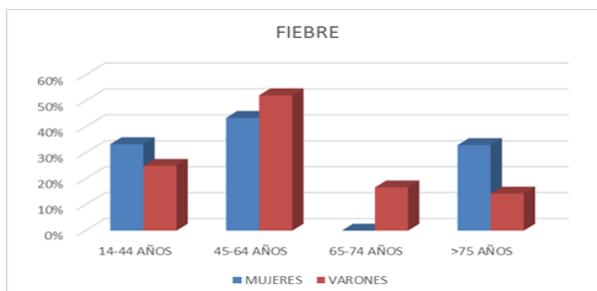
La *gráfica 2* representa la prevalencia de **asintomáticos**, siendo lo más destacable que el grupo de edad comprendida entre 65 y 74 años reunía un mayor porcentaje de ellos. Se contabilizó un total de 21 varones asintomáticos frente a 12 mujeres de todos los grupos de edad (30,88% vs 20%). Esto resulta en un promedio de 25,78 % de asintomáticos.



Posteriormente, procedimos a comparar la prevalencia de cada síntoma aislado observando de esta manera que la **astenia** representada en la *gráfica 3 (anexo 2)* muestra una mayor prevalencia en los grupos de edad entre 14 y 44 años y especialmente entre los 45-64 años, con similar distribución entre ambos sexos.

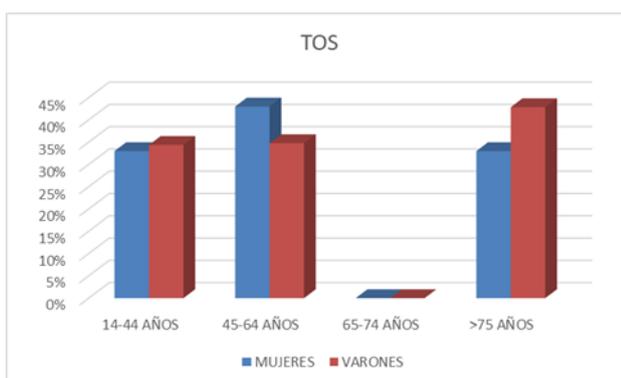
La prevalencia de la **anorexia** fue bastante escasa, habiendo solamente 1 varón joven y 3 varones entre 45 y 64 años que la presentaron. Del mismo modo, la prevalencia de mareo fue reducida, presentándose tan sólo casos en mujeres: 1 en el grupo de 14-44 años, 2 en el grupo de 45-64 años, y 3 en el grupo de >75 años.

La *gráfica 4* representa la prevalencia de **fiebre**. Todos los grupos de edad resultaron afectados con similar distribución entre hombres y mujeres, aunque destaca la ausencia de mujeres con fiebre en el grupo entre 65-74 años.

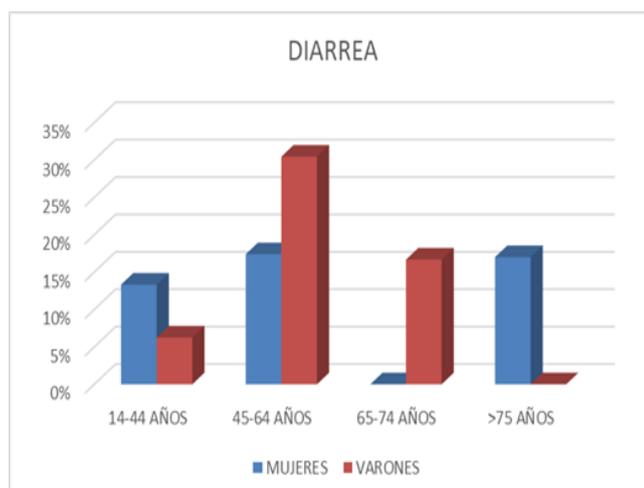


La *gráfica 5 (anexo 2)* muestra los pacientes con **disnea**, revelando ausencia de este síntoma en el grupo de pacientes de 65-74 años, siendo la prevalencia mayor en mujeres entre 45-64 años y entre varones mayores de 75 años.

La prevalencia de pacientes con **tos** aparece representada en la *gráfica 6* habiéndose obtenido una prevalencia similar entre hombres y mujeres en los distintos grupos de edad, a excepción del grupo de pacientes entre 65-74 años que no mostró pacientes afectados.



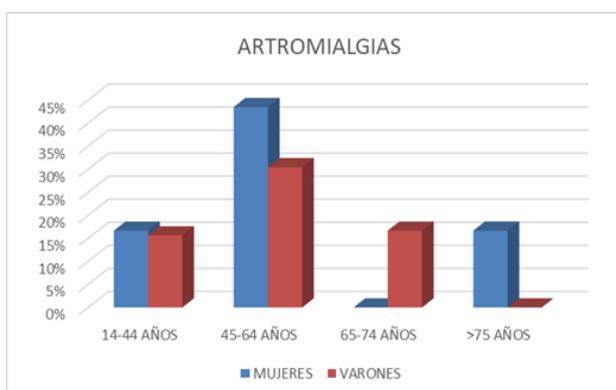
En cuanto a la **diarrea**, presentada en la *gráfica 7* llama la atención la desigual distribución de frecuencias observando aproximadamente el doble de mujeres afectas que de varones en el grupo de 14-44 años, una mayor afectación en varones entre 45 y 64 años, y ausencia de mujeres con este síntoma en el grupo entre 65-74 años y ausencia de varones >75 años.



Las **náuseas** y los **vómitos** fueron síntomas poco prevalentes de este estudio, apreciando solamente un varón y una mujer afectados entre 45-64 años y 3 mujeres del grupo de menos edad.

Del mismo modo, la prevalencia de **dolor abdominal** fue desigual, apareciendo un 10% de mujeres afectas entre 14-44 años y un 4% de mujeres entre 45-64 años frente al 8% de varones de ese mismo grupo de edad. No hubo casos entre los grupos de más edad.

La *gráfica 8* muestra la representación de los pacientes que manifestaron algún síntoma **musculo esquelético**, en concreto artromialgias. En el grupo de 14-44 años hubo un 15% de afectados y en el grupo de 45-64 años hubo aproximadamente un 30% de varones frente a un 41% de mujeres.

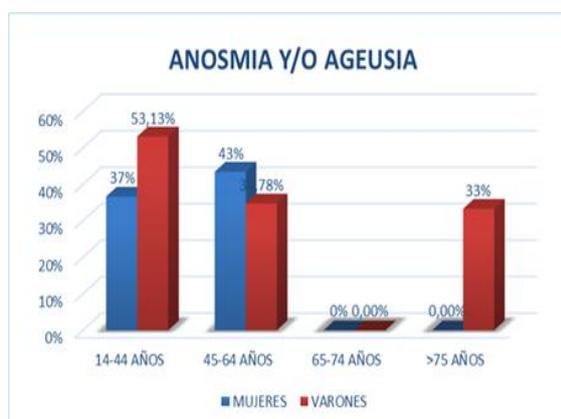


En el grupo de 65-74 años sólo hubo un 15 % de varones afectos y en el grupo de edad de más de 75 años, hubo sólo un 15% de mujeres.

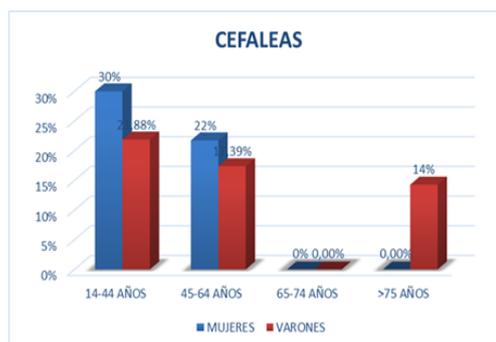
La *gráfica 9 (anexo 2)* muestra los pacientes que en algún momento presentaron **rinorrea o congestión** habiéndose encontrado en mujeres una prevalencia del 30% en el grupo de 14-44 años, del 43% en el de 45-64 años, y del 17% en el de >75 años. En varones hubo un 22% en el grupo más joven, un 12% el de 45-64 años, y un 29% en el grupo de mayor edad. Por lo tanto, no hubo ningún paciente afecto en el grupo entre 65-74 años.

La prevalencia de **odinodifagia** aparece representada en la *gráfica 10 (anexo 2)* con una distribución similar entre los varones y mujeres de menos de 64 años (12% vs 21%), y con un 17% de varones en el grupo de 65-74 años. No hubo mujeres afectas en este último grupo ni ningún paciente en el grupo de mayores de 75 años.

La *gráfica 11* muestra los pacientes que en algún momento mostraron **anosmia y/o ageusia** mostrando un 37% de mujeres y un 53% en el grupo de 14-44 años, un 43% de mujeres y un 32% en el grupo de 45-64 años, y un 33% de varones en el de mayores de 75 años. Destaca la ausencia de afectados entre 65-74 años y de mujeres > 75 años.

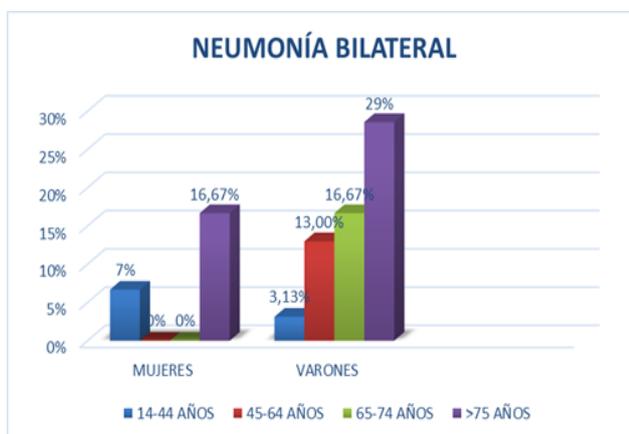


La *gráfica 12* muestra la prevalencia de **cefaleas** siendo más elevada en el grupo entre 14-44 años (30% mujeres vs 22 % varones) y entre los 45-64 años (22% mujeres vs 16% varones). En el grupo entre 65-74 años no hubo afectados y en el grupo de mayores de 75 años sólo hubo un 14% de varones con síntomas.



La *gráfica 13* muestra la prevalencia de pacientes con **dolor torácico**, siendo muy infrecuente en mujeres (3-4% en el grupo de 14-44 años) y algo más común en varones con un 15,63% en el grupo de 14-44 años, 8,70% entre 45-64 años y 14% en el de más de 75 años.

La *gráfica 14* representa aquellos pacientes que presentaron **neumonía bilateral** durante el proceso. De toda la muestra femenina, sólo apareció en 1 mujer de menos de 44 años y en 2 de edad superior a 75 años. Sin embargo, en varones fue más prevalente, habiendo hasta un 29 % de pacientes mayores de 75 y hasta un 17% en las edades comprendidas entre 45 y 74 años.



Como resultados relevantes merece la pena destacar que sólo se presentaron 2 varones y 3 mujeres con algún tipo de clínica dermatológica, más concretamente exantemas.

Por otro lado, no se contabilizaron pacientes con algunos de los síntomas esperados en el estudio como fueron la disfonía, la otalgia, el vértigo, las alteraciones de la memoria, las palpitaciones, conjuntivitis, alteraciones visuales, ansiedad o depresión. Sin embargo, sí se contabilizaron 2 pacientes que referían insomnio y 3 pacientes con parestesias de predominio distal.

Es importante remarcar que durante el periodo estudiado fallecieron 2 pacientes a causa de la enfermedad, siendo ambos varones con patologías previas con edades a partir de los 65 años, lo cual refleja una tasa de mortalidad del 1,56% entre todos los pacientes a estudio, siendo esta prevalencia muy similar a la encontrada en otras series y estudios similares.

## **DISCUSIÓN**

En total, de los 128 pacientes contabilizados hubo 30 que no padecían ningún tipo de patología previa, de los cuales 11 (37%) permanecieron completamente asintomáticos. Los factores de riesgo<sup>9</sup> establecidos para padecer una infección severa por COVID-19 han sido cardiopatías graves, diabetes Mellitus, enfermedad pulmonar crónica (no asma), procesos hematológicos, enfermedad crónica grave, demencia, trastornos neurológicos crónicos, inmunodepresión y ser varón y mayor de 65 años<sup>10</sup>. Teniendo en cuenta estos factores, si nos extrapolamos a los pacientes que padecieron neumonía bilateral en nuestro estudio, encontramos que padecían como patologías más relevantes dislipemia, hipotiroidismo, hiperuricemia, diabetes mellitus, Insuficiencia renal y respiratoria, Insuficiencia cardiaca congestiva y obesidad.

En cuanto a las hipótesis que habíamos planteado, podemos tratar de aceptarlas o rechazarlas en función de los resultados obtenidos a partir de la muestra. Así, la hipótesis número 1 planteaba que si padecer una enfermedad crónica u otra patología de base puede ser un agravante del proceso infeccioso. En función de los resultados, podemos afirmar con una alta confianza que padecer diversos procesos crónicos sí influye negativamente en el padecimiento de esta enfermedad, ya que por ejemplo, los pacientes que padecieron neumonía bilateral o que fallecieron contaban con patologías previas.

La segunda hipótesis formulaba si la enfermedad afectaba de forma más grave a hombres que a mujeres, y en función de los resultados podemos afirmar que sí (al menos con los datos de nuestra muestra), ya que de los 10 pacientes que presentaron neumonía bilateral, sólo 3 fueron mujeres frente a 7 que fueron varones. Del mismo modo, los 2 fallecimientos que se presentaron en nuestra muestra ambos fueron ambos varones.

La tercera hipótesis especulaba si dentro del mismo género los pacientes de más edad tenían más posibilidades de padecer un cuadro clínico más florido y de desarrollar insuficiencia respiratoria grave. En función de los resultados obtenidos, podemos afirmar que sí, dado que en los grupos de ambos sexos se presentaron más casos en los grupos de edad de más de 65 años.

---

<sup>9</sup>NoorFM, IslamMM. Prevalence and associated risk factors of mortality among COVID-19 patients: a meta-analysis. J Community Health. 2020;45:1270---82

<sup>10</sup> KampsBS, HoffmannC. COVIDReference. Hamburgo: Steinhäuser Verlag; 2020, 1486

Nuestra última hipótesis formulaba si dentro del mismo género los pacientes de más avanzada edad tenían una tasa de mortalidad más alta que los pacientes de edad más joven. Si bien es cierto que en nuestra muestra no se produjeron defunciones en el grupo de las mujeres, de los 2 varones que fallecieron uno se enmarcaba en el rango de edad de 65 a 74 años, y el otro tenía más de 75 años.

Por lo cual, en función de los datos observados podemos afirmar que tenemos evidencia para decir que a mayor edad, a mayores comorbilidades previas, y pertenecer al sexo masculino son factores de riesgo que engloban más probabilidades de que el padecimiento de una enfermedad por COVID-19 pueda conllevar un desenlace fatal<sup>11</sup>.

Entre un 80 a 85% de los casos reportados son leves o moderados (incluyendo neumonía leve), un 10 a 14% son graves, requiriendo hospitalización y un 5 a 6% son críticos (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o fallo multiorgánico) con elevada mortalidad. Al inicio de la pandemia, la mediana de días entre el inicio de los síntomas y la hospitalización fue de seis (tres a nueve), de nueve (seis a 12) hasta el ingreso en la UCI y de 11 (siete a 18) hasta la defunción. La edad (> 65 años), el sexo masculino y las comorbilidades tienen un gran impacto en la gravedad y en la mortalidad en la infección COVID-19. Además, determinados hallazgos de laboratorio han sido identificados como marcadores de gravedad<sup>12</sup>.

La neumonía bilateral grave con requerimientos de oxigenoterapia y sin necesidad de ventilación mecánica es la manifestación grave más frecuente en la infección COVID-19 y la principal causa de ingreso<sup>13</sup>. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es una complicación crítica, caracterizada por la necesidad de ventilación mecánica. La septicemia y el fallo multiorgánico están relacionados con el alto riesgo de fallecimiento. Otras complicaciones agudas y potencialmente mortales son: fenómenos inflamatorios vasculares y tromboembólicos, cardiovasculares o neurológicos (enfermedad cerebrovascular aguda, deterioro de la conciencia, convulsiones, meningoencefalitis, encefalopatía, encefalomiелitis y síndrome confusional agudo). Al igual que en niños, en adultos se han descrito un síndrome inflamatorio multisistémico grave.

---

<sup>11</sup> Berenguer J, Ryan P, Rodríguez-Baño J, Jarrín I, Carra-talà J, Pachón J, et al. Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26:1525---36,

<sup>12</sup> Liao D, Zhou F, Luo L, Xu M, Wang H, Xia J, et al. Haematological characteristics and risk factors in the classification and prognosis evaluation of COVID-19: a retrospective cohort study. *Lancet Haematol.* 2020;7:e671---8

<sup>13</sup> Beeching NJ, Fletcher TE, Fowler T. *BMJ Best Practice.* Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19).

## **CONCLUSIONES**

A partir de los resultados obtenidos del estudio de la prevalencia de la sintomatología de los pacientes de nuestra muestra hemos podido concluir que tal y como se estipulaba en nuestras hipótesis, el SARS-Cov2 es un virus que provoca una enfermedad que produce un número de infectados asintomáticos considerable, los cuales pueden suponer un peligro y una pérdida de la continuidad del rastreo de casos que sistemáticamente se ha estado llevando a cabo desde el principio de la pandemia para tratar de frenar la expansión del virus. Del mismo modo, hemos sido capaces de concluir que esta enfermedad ataca como norma general de forma más severa a pacientes afectados de otras patologías fundamentalmente cardiovasculares, así como a varones y a pacientes de más edad. Por ende, estos pacientes son los que más riesgo entrañan de ser subsidiarios de recibir atención hospitalaria avanzada dado el potencial incremento del riesgo que tienen de padecer una neumonía bilateral que derive en fallo multiorgánico y, en última estancia, a su ulterior fallecimiento.

Merece la pena mencionar, además, que los síntomas que más frecuentemente se presentaron en nuestra muestra fueron, la astenia, la tos, la ageusia y la anosmia, la fiebre y la congestión; lo cual se correlaciona positivamente con la prevalencia de la sintomatología explicada en diversos estudios publicados<sup>14</sup>.

La enfermedad por el nuevo coronavirus no sólo ha afectado a los sectores del ámbito sanitario mundial, sino que ha supuesto un cambio de paradigma en todos los sectores de la sociedad que hoy en día sigue intentando paliar y prevenir las secuelas que el COVID-19 ha ocasionado a nivel socio sanitario y económico. El arma más poderosa con la que a día de hoy contamos es con la vacunación que ha permitido readaptarnos a esta nueva situación recuperando facetas de nuestro anterior modo de vivir que aún a día de hoy nos siguen pareciendo inalcanzables. No debemos olvidar, de ninguna manera, la excelente labor que los profesionales del ámbito de la sanidad han desempeñado en esta pandemia y que sin lugar a dudas han sido el cortafuegos más potente con el que hemos contado para tratar de combatir este enemigo microscópico.

A día de hoy, el avance incesante del proceso de vacunación que supone la progresiva inmunización de la población y el trabajo de los sistemas de rastreo junto con el seguimiento por parte de los profesionales de Atención Primaria de los pacientes

---

<sup>14</sup> Fu L, Wang B, Yuan T, Chen X, Ao Y, Fitzpatrick T, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and metaanalysis. J Infect. 2020;80:656-65

infectados, están suponiendo la progresiva disminución de la incidencia de esta enfermedad que confiamos en que pronto acabe por resolverse.

## **AGRADECIMIENTOS**

Sin intención de discriminar con motivo de su especialidad a ningún profesional médico, cabe reconocer más si cabe la especial labor que la Atención Primaria y los médicos de familia han desempeñado altruistamente en esta batalla. Estos profesionales han sido el verdadero filtro de contención de este virus. Desde sus centros de trabajo, han sido capaces de atender a multitud de pacientes que diariamente requerían auxilio médico, realizar una correcta valoración de la sintomatología para llevar a cabo un triaje adecuado que permitiera posteriormente tratar la enfermedad domiciliariamente en los casos que fuera posible, para así procurar no colapsar más si cabe los ya congestionados hospitales.

No debemos tampoco olvidar al gran número de profesionales de los servicios de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, y a otros tantos, que junto con el personal médico han trabajado codo con codo para solventar esta crisis sanitaria.

Por último, quisiera agradecer a Daniel Araúzo Palacios y a todos los profesionales del centro de Salud Delicias II de Valladolid su gran labor sanitaria, y a que gracias a ellos he podido acceder a un sistema de historias clínicas muy organizado y metódico que me ha permitido recopilar de manera muy eficiente los datos de los pacientes que han hecho posible este trabajo de investigación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Sanidad: Estrategia de detección, vigilancia y control COVID-19 25.09.2020
2. Ministerio de Sanidad: Información Científico Técnica
3. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. Washington, D.C. OPS/OMS. 2020
4. Ministerio de Sanidad: Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la situación epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales 29 de octubre de 2020.
5. COVID Symptom Study. How long does COVID-19 last? 2020
6. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network: United States, March-June 2020.
7. Izquierdo-Domínguez A., Rojas- Lechuga MJ., Mullol J. y Alobidd I. Pérdida del sentido del olfato durante la pandemia COVID- 19. Med Clin (Barc). 2020 Nov 13; 155(9): 403-408
8. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia COVID-19. Gac.Sanit.2020
9. SEMFYC. La SEMFYC en tiempos de COVID. Marzo-Junio 2020.
10. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).
11. National Institutes of Health.
12. RENAVE. Informe nº 65. Situación de COVID-19 en España a 10 de febrero de 2021. [Consultado 15 Feb 2021]
13. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19.
14. Brito-Zerón P, Conangla L, Kostov B, Moragas A, Ramos M, Sequeira E, Sisó A. Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía de práctica clínica [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), 2020.p. 1-43.
15. Ministerio Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.
16. Annweiler C, Sacco G, Salles N, Aquino JP, Gautier J, Berrut G, et al. National French survey of COVID-19 symptoms in people aged 70 and over.

## ANEXO 1

**TABLA 2:** Sintomatología que cada paciente presentó en algún momento de su proceso por COVID-19 junto con las patologías previas que presentaba.

### ABREVIATURAS

**ISV:** insuficiencia venosa periférica

**HC:** hipercolesterolemia

**DM:** diabetes mellitus

**HTA:** hipertensión arterial

**GBA:** glucemia basal alterada

**ICC:** insuficiencia cardiaca congestiva

**IRC:** insuficiencia renal crónica

**EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**FA:** fibrilación auricular

<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>PATOLOGÍAS PREVIAS</b>
M	37	Malestar, tos, rinorrea, sudor, epigastralgia	Asma, sobrepeso, ISV
M	19	Asintomático	NO
V	47	Tos, dolor abdominal y torácico, diarrea, anosmia, disnea	Esteatosis hepática, hipotiroidismo
V	65	Asintomático	HC
V	44	Asintomático	NO
V	67	Asintomático	Asma, hiperlipemia, sobrepeso
M	43	Fiebre, mucosidad	Rinitis, sobrepeso
M	60	Fiebre, lumbalgia, dolor de garganta, disnea	HC, hipotiroidismo
M	55	Astenia, mialgias, cefaleas, tos, rinorrea	Hipotiroidismo, colelitiasis
V	58	Fiebre, tos, dolor torácico, anosmia, ageusia, astenia, artralgias	Enf. Hodkin
M	30	Mialgias	Obesidad
V	42	Fiebre, tos, dolor torácico	HTA, HC, Atelectasias, Neurosífilis
V	46	Tos, cefalea, odinofagia, astenia, diarrea	HC
M	30	Diarrea, tos seca, disnea, astenia, epigastralgia, ageusia, anosmia, vómitos	Obesidad, DM, asma, HC
M	52	Asintomático	HC, trastorno disociativo
V	26	Malestar, fiebre, tos, erupción papular, dorsalgia	Rinoconjuntivitis
M	45	Malestar, fiebre, tos, dolor de garganta, congestión, anosmis, disgeusia	Enfermedad celiaca

M	50	Fiebre, mialgias, astenia, urticaria	NO
V	29	Fiebre, neumonía bilateral	Hiperuricemia
M	71	Asintomático	Bronquiectasias, Asma
V	62	Asintomático	HTA, HC, Pluripatología
M	51	Astenia, disnea	Anemia ferropénica
M	21	Ageusia, anosmia, cefalea	SOP
V	45	Fiebre, malestar, tos, epigastralgia	Psoriasis
V	33	Malestar, mialgias, dolor torácico, disnea, rinorrea, dolor de garganta, anosmia, ageusia	NO
M	51	Diarrea, anosmia, escalofríos, distermia, congestión nasal, mialgias	NO
M	15	Asintomático	Asma, Rinoconjuntivitis, Sobrepeso
V	38	Anosmia, Cefalea	Rabdomiolisis
M	55	Malestar, distermia, disnea, dolor torácico, tos, diarrea, disgeusia, astenia	Migrañas, HTA
M	56	Febrícula, congestión, tos	Sobrepeso, HTA, Ferropenia
M	48	Anosmia, tos, congestión, astenia, ageusia, dolor de garganta, mialgias, disnea, diarrea	Hipotiroidismo, Fibromialgia, IVP
M	26	Tos, malestar, disnea, distermia, mialgias, dolor de garganta	Obesidad, gastritis crónica
V	49	Asintomático	Epilepsia
M	54	Tos, malestar, cefalea, dolor de garganta, anosmia, ageusia	GBA, cáncer de mama, pluripatología
V	54	Asintomático	Discapacidad mental, síndrome de Down
V	29	Asintomático	Rinitis
V	48	Malestar, fiebre, anosmia, ageusia, mialgias, tos, náuseas, cefalea, diarrea, dolor de garganta	HTA
M	43	Desaturación	Retraso mental
V	42	Tos, cefaleas, mialgias, diarrea	Rinitis
M	45	Eritema facial	Gastritis, trastorno adaptativo
V	29	Malestar, dolor de garganta, disnea, distermia, diarrea, astenia	NO
V	51	Tos, mialgias, malestar, congestión	Leucopenia
V	54	Malestar, distermia, rinorrea, diarrea	NO
V	69	FALLECIDO	DM, Cataratas
M	44	Malestar	VIH, Obesidad, DM, Cirrosis, IVP
V	29	Astenia, Opresión torácica, Dolor de garganta, disnea	NO
V	44	Tos, hiporexia	Gastritis
V	48	Fiebre, diarrea, disestesias dorsales	Epilepsia, rinoconjuntivitis
V	55	Asintomático	HC

M	23	Fiebre, cefalea	Rinitis, Insuficiencia muscular paravertebral
V	33	Tos, anosmia, picor garganta, disnea, cefalea, malestar	HTA, Bronquitis asmática
V	57	Malestar, fiebre, boca seca	NO
V	27	Tos, fiebre, disnea, rinorrea	Alt. Coagulación
M	18	Mareo, cefalea, anosmia, ageusia, diarrea	Obesidad, hipotiroidismo
V	53	Malestar, mialgias, fiebre, tos, rinorrea, dolor de garganta, diarrea, astenia, cefalea, anorexia	Asma alérgica
M	40	Diarrea, estornudos, dolor de garganta, astenia, malestar	NO
M	62	Exantema, fiebre, tos, anosmia, disnea, abdominalgia, disnea, astenia, mialgias	Anemia, HTA, HC, Hipotiroidismo
V	72	Asintomático	Obesidad, institucionalizado
V	39	Cefalea, anosmia, malestar	Dislipemia, obesidad
M	25	Fiebre, tos, malestar, mialgias, disnea, cefalea, nauseas, abdominalgia, vómitos	NO
V	49	Fiebre, mialgias, anosmia	Dislipemia, HTA
M	21	Fiebre, cefalea, expectoración	NO
V	83	Anosmia, ageusia, cefalea	HTA, IVP, Cardiopatía isquémica
M	48	Dorsalgia, mareo, nauseas	IVP, hipotensión, alergia polen
V	39	Fiebre, astenia, tos, disnea, malestar, expectoración	NO
M	29	Astenia, anosmia, cefalea	Alergia, rinoconjuntivitis
V	29	Eritema y anosmia	Rinosinusitis
M	27	Asintomático	Trombocitosis
V	63	Asintomático	Hepatopatía grasa, Raynaud, Dislipemia
M	31	Congestión nasal, tos y dolor torácico	Hipotiroidismo
V	65	Fiebre, malestar, diarrea, mialgias, odinodifagia, neumonía bilateral	DM, HTA, Obesidad, HC, Pluripatología
M	60	Cuadro catarral	DM, Obesidad, HTA, Dislipemia, FA, Pluripatología
M	60	Malestar, mialgia, astenia	HC
M	21	Fiebre, tos, cefalea, mucosidad	NO
V	30	Asintomático	NO
V	52	Asintomático	Sobrepeso
V	36	Congestión, anosmia	NO
V	37	Ageusia, anosmia, mucosidad	Miastenia gravis
V	85	Astenia	HTA
M	56	Fiebre, cefalea, cansancio, mialgias, tos, mareo, expectoración	NO

V	89	Fiebre, tos, expectoración	EPOC, FA, HTA, HC, Cáncer, anemia, hiperuricemia
V	33	Dolor torácico, tos, astenia	NO
V	78	FALLECIDO	
V	27	Anosmia	NO
M	97	Tos, disnea, neumonía	DM, IRC, Insuficiencia Respiratoria, ICC, Obesidad
M	26	Tos, odinodifagia	Sobrepeso, asma
M	28	Odinodifagia, ageusia	
V	44	Asintomático	NO
M	48	Mucosidad, odinodifagia,astenia, cefalea	Hipotiroidismo
M	62	Congestión, cefalea, tos, ageusia	HTA, Hipotiroidismo, obesidad
M	64	Congestión nasal	Alergia, HC
V	40	Tos, Cefalea, mialgias, ageusia, anosmia	NO
M	43	Cefalea, congestión	NO
V	45	Asintomático	Rinitis
M	27	Asintomático	NO
V	35	Asintomático	DM
M	35	Odinodifagia, ageusia, tos, mucosidad, fiebre, anosmia, malestar, mialgias, tos, expectoración, vómitos, diarreas, distermia	Obesidad, Dislipemia
V	30	Año 2020: Tos, dolor torácico, mialgias, astenia, fiebre/AÑO 2021: Tos, cefalea, congestión ,anosmia	NO
M	75	Asintomático	HTA, HC, Obesidad, FA, Pluripatología
M	40	Ageusia	Rinitis, Retraso Mental
V	68	Asintomático	HC, Obesidad, HTA, EPOC
V	22	Asintomático	NO
V	37	Asintomático	Rinitis
V	59	Fiebre	DM
V	63	Fiebre, malestar, diarrea, neumonía	HC, FA, Hipotiroidismo
V	40	Asintomático	NO
M	35	Neumonía	Enfermedad de Graves, HC
V	54	Astenia, ageusia, parestesias, insomnio, neumonía bilateral, anorexia, mialgias	DL, HTA, Hipotiroidismo, Hiperuricemia
M	76	Asintomático	Obesidad, HC, HTA, Dislipemia, Pluripatología
V	32	Fiebre, anosmia, ageusia	NO
V	54	Asintomático	NO

M	90	Fiebre, mucosidad, obnubilación, tos, diarrea	FA, Dependencia
M	44	Asintomático	HC
V	77	Disnea, tos, neumonía, dolor torácico	HTA, FA, IC, Esteatosis hepática
V	25	Asintomático	NO
M	38	Asintomático	NO
M	78	Mialgias, malestar	Dislipemia, HTA, HC
V	82	Mucosidad, tos, disnea, neumonía	DM, HTA, Dislipemia, FA, Pluripatología
M	38	Malestar, mialgias, tos, disnea, fiebre, cefalea	Dislipemia
M	87	Febrícula	Pluripatológico
M	45	Diarrea, fiebre, astenia, mialgias	Obesidad
V	54	Parestesia, insomnio, disgeusia, astenia, neumonía bilateral, anorexia, mialgias	Dislipemia, HTA, Obesidad, Hipotiroidismo, Hiperuricemia
M	41	Odinofagia	HC
V	38	Cefalea, ageusia, anosmia	Rinitis
M	47	Asintomático	NO
V	61	Distermia, cefalea, tos, astenia	DM
V	35	Mucosidad, malestar, tos	Hipotiroidismo, arritmia, Leucemia Mieloide Crónica
M	57	Asintomático	Dislipemia, HC, HTA

## ANEXO 2

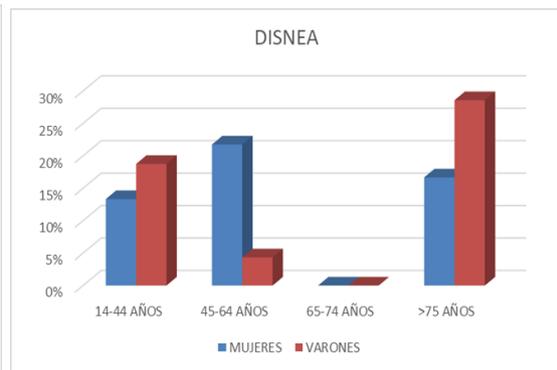
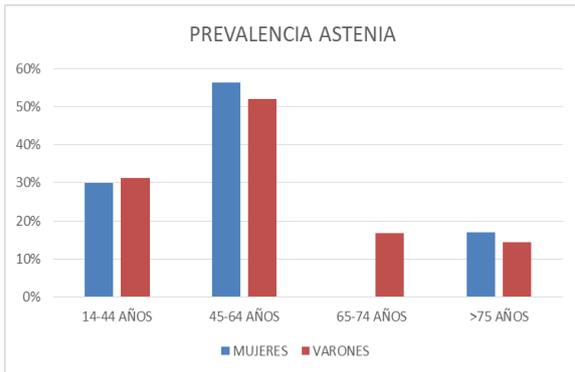


Tabla 3. Prevalencia astenia

Tabla 5. Prevalencia disnea

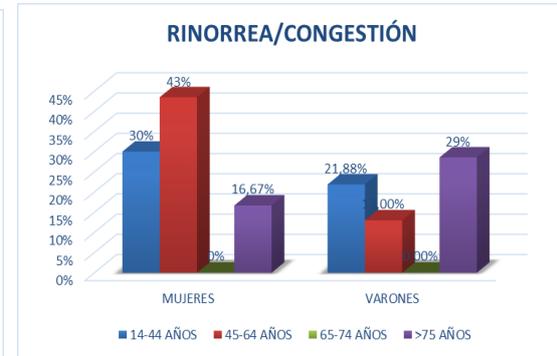
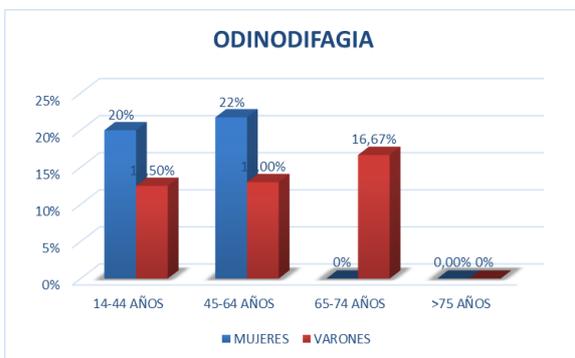
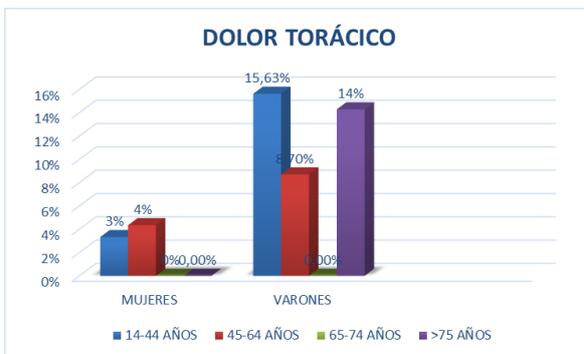


Tabla 9. Prevalencia de rinorrea y/o congestión

Tabla 10. Prevalencia odinodifagia



Prevalencia dolor torácico

## INTRODUCCIÓN

EL SARS-CoV-2 causa el COVID-19. Esta enfermedad, que desde marzo del 2020 se ha cobrado millones de vidas ha supuesto un cambio de paradigma en la sanidad mundial y ha quebrado los sectores socioeconómicos del mundo actual dando un vuelco a la Atención Primaria. La severidad de la infección parece guardar estrecha relación con patologías previas y con la edad. Además, las secuelas que puede provocar están suponiendo un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

## OBJETIVOS

- **Primarios:** el enfoque principal se centrará en la recopilación y análisis de la diferente sintomatología que se puede presentar en los pacientes afectados del nuevo coronavirus.
- **Secundarios:** describir la sintomatología más prevalente en cada grupo de edad y razonar si el padecimiento de patologías de base actúan como predisponentes que puedan suponer que un paciente experimente un cuadro mucho más florido y que puedan abocar a un desenlace fatal.

## JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

Resulta fundamental el reconocimiento de patrones clínicos que podrían llevarnos a un diagnóstico diferencial entre una infección por COVID-19 y otras afecciones como la gripe. Como hipótesis se plantean:

- ¿Ataca el COVID-19 de forma más grave a varones?
- ¿Los pacientes con más edad padecen un cuadro clínico más florido?
- ¿Es mayor la mortalidad en pacientes de edad mas avanzada?

## MATERIAL Y MÉTODOS

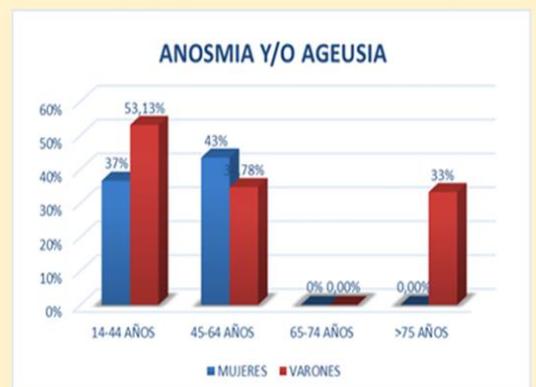
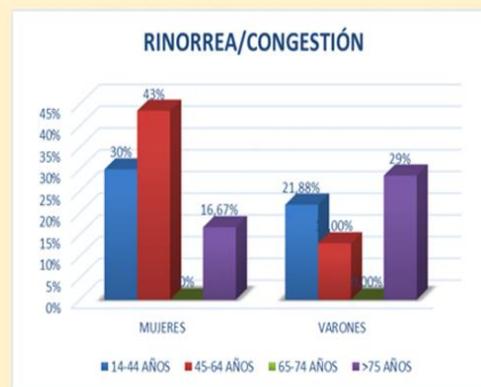
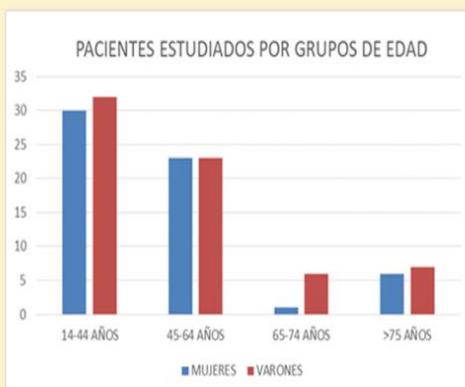
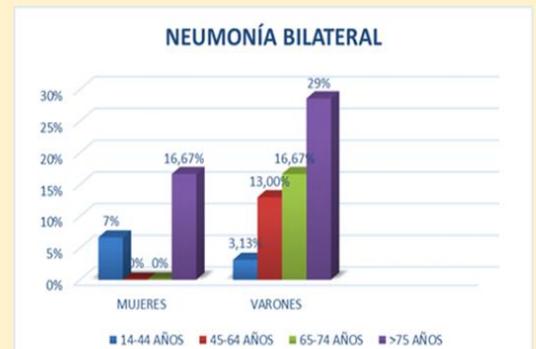
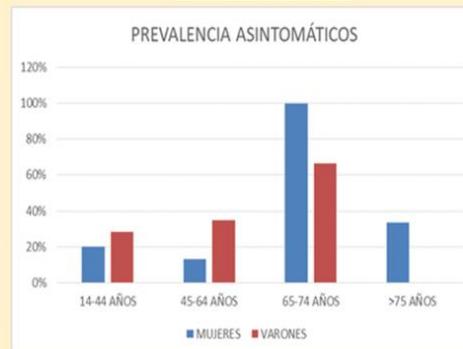
Recopilación de datos de historias clínicas de una muestra de pacientes afectados de COVID-19 atendidos por especialistas en Medicina de familia y comunitaria del centro de salud de Delicias II a través del programa MEDORA.

Estos datos han sido procesados en tablas y analizados mediante el programa SPSS para obtener la prevalencia de la sintomatología de los pacientes de nuestro centro de salud. Igualmente se procederá a la consulta de revisiones sistemáticas y estudios científicos sobre el tema.

## RESULTADOS

PORCENTAJE DE VARONES Y MUJERES DE LA MUESTRA

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	M	60	46,9	46,9	46,9
	V	68	53,1	53,1	100,0
	Total	128	100,0	100,0	



## CONCLUSIONES

- El COVID-19 parece afectar con mayor severidad a varones, personas de edad avanzada y con patologías previas.
- Elevada prevalencia de asintomáticos.
- La mayoría de los pacientes que presentaron neumonía bilateral y todos los que fallecieron fueron varones.
- Los síntomas más prevalentes fueron: astenia, tos, congestión, fiebre, ageusia y anosmia.
- Importancia del proceso de vacunación y de la Atención Primaria como muro contra la COVID-19.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad: Estrategia de detección, vigilancia y control COVID-19
2. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. Washington, D.C. OPS/OMS. 2020
3. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network: United States, March-June 2020.