

# Características y resultados de los pacientes ingresados por COVID-19 durante la pandemia

SANZ TAMARGO G, MARTÍ LLORCA A, BOQUERA FERRER M, RAGA BESER A

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante (España)

Fecha de recepción: 26/02/2021 - Fecha de aceptación: 20/04/2021

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir la situación de los pacientes y de sus ingresos hospitalarios a causa de infección por SARS-CoV-2. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de más de un mes de duración (marzo-abril) en el que se incluyeron pacientes ingresados en un hospital secundario con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. Los criterios de inclusión fueron: más de 18 años de edad en el momento de ingreso y diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, datos clínicos al ingreso, fármacos recibidos durante el ingreso, datos analíticos y procedencia.

**Resultados:** Se incluyeron 224 pacientes. La mediana de edad fue de 74 años (rango: 63-81) y 60,7% eran hombres. El 53,1% presentaba más de una comorbilidad. Las mani-

festaciones clínicas más frecuentes al ingreso fueron disnea (62,9%) y tos (62,5%), y el 25% tenía fiebre. De los tratamientos utilizados, destacan la hidroxicloroquina y azitromicina que han sido utilizados en el 91,5% y 73,2% de los pacientes, respectivamente. El 41,7% de los pacientes tenían linfopenia, y el 41,1% presentaba un dímero D >1.000 ng/ml.

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que las características predominantes en los pacientes hospitalizados por infección por SARS-CoV-2 en nuestro departamento durante la etapa temprana de la pandemia, han sido: hombres, pacientes mayores de 65 años, con más de una comorbilidad. Linfopenia y elevaciones del dímero D resultaron las alteraciones analíticas más típicas. Hidroxicloroquina y azitromicina fueron los dos fármacos que más han utilizado.

Palabras clave: **SARS-CoV-2, pacientes, ingreso hospitalario.**

## Characteristics and results of patients admitted with COVID-19 during the pandemic

### SUMMARY

**Objectives:** Describe the situation of patients and their hospital admissions due to SARS-CoV-2 infection.

**Methods:** Retrospective observational study lasting more than one month (March-April) including patients admitted to a secondary hospital with a diagnosis of SARS-CoV-2 infection. The inclusion criteria were: over 18 years of age at the time of admission and diagnosis of infection by SARS-CoV-2. Demographic data and comorbidities, clinical data on

admission, drugs received during admission, analytical data and origin are collected.

**Results:** 224 patients were included. The median age was 74 years (range: 63-81) and 60.7% were men. 53.1% had more than one comorbidity. The most frequent clinical manifestations on admission were dyspnea (62.9%) and cough (62.5%), and 25% had fever. Of the treatments used, hydroxychloroquine and azithromycin stand out, which have been used in 91.5%

and 73.2% of patients, respectively. 41.7% of the patients had lymphopenia, and 41.1% had a D-dimer >1,000 ng/ml.

**Conclusions:** Our study shows that the predominant characteristics in patients hospitalized for SARS-CoV-2 infection in our department during the early stage of the pandemic have been: men, patients over 65 years of age, with more than one comorbidity. Lymphopenia and D-dimer elevations were the most typical laboratory abnormalities. Hydroxychloroquine and azithromycin were the two drugs that have been used the most.

Key words: **SARS-CoV-2, patients, hospital admission.**

## INTRODUCCIÓN

El primer caso informado de coronavirus en España fue el 31 de enero de 2020<sup>1</sup>. Las circunstancias derivadas de la situación de alarma ha hecho que a día de hoy la información sobre las características de los pacientes que requirieron ingreso hospitalario sean todavía escasas. Recientemente la Sociedad Española de Medicina Interna ha publicado un estudio de cohortes retrospectivo<sup>9</sup> sobre 6.424 pacientes, pertenecientes a 109 hospitales, donde los pacientes fueron predominantemente mujeres (56,9%) con una mediana de edad de 69,1 años (rango: 18-102). Los síntomas más frecuentemente observados al ingreso fueron fiebre y tos, mientras que la hipertensión, dislipemia y diabetes fueron las comorbilidades que más habitualmente sufrían los pacientes. Los tratamientos más prescritos fueron hidroxycloquina y lopinavir/ritonavir. La tasa de mortalidad obtenida fue del 21,1% con una marcada tendencia a aumentar con la edad.

A pesar de ser una muestra representativa de nuestro entorno, y de los datos provenientes de cohortes de otros países<sup>2-8</sup> entendemos que el conocimiento actual sobre las características de los pacientes en el momento del ingreso puede resultar todavía insuficiente y seguramente esté influenciado por factores relacionados con la salud pública, y con las características concretas de cada departamento de salud.

Nuestro departamento de salud pertenece a una zona eminentemente turística y que tuvo durante el mes de marzo de 2020 una tasa de ingresos y muertes debido a SARS-CoV-2 superior a la media de los hospitales en nuestro país.

El objetivo de este artículo es describir los datos demográficos, principales características basales y parámetros clínicos al ingreso, de los pacientes que han sido hospitalizados en nuestro hospital con diagnóstico de Covid-19, desde el 4 de marzo al 18 de abril de 2020. Presentamos a su vez los datos de mortalidad estratificados por semanas.

Conocer de forma detallada el progreso y desenlace clínico, los fármacos prescritos, así como los principales datos epidemiológicos de nuestros pacientes facilitará valorar la eficacia de los cuidados prestados así como optimizar las actuaciones que probablemente deban ponerse en marcha en un futuro próximo.

## OBJETIVO

El objetivo principal es describir las características de los pacientes ingresados en el hospital por COVID-19.

## MÉTODOS

### Diseño del estudio

Estudio retrospectivo de cohortes.

### Periodo de estudio

Cohorte retrospectiva que incluye pacientes ingresados con diagnóstico de Covid-19 desde el 4 de marzo al 18 de abril de 2020.

### Ámbito de estudio

Departamento de salud 16 de Alicante. El hospital "Marina Baixa" es un centro hospitalario de segundo nivel presta atención a 189.000 ciudadanos.

### Pacientes incluidos

Se incluyen todos los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía por Covid 19 con infección confirmada por SARS-COV-2. La infección se confirmó por un resultado po-

sitivo en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) de una muestra nasofaríngea o de esputo, o por el resultado positivo de una prueba serológica y una presentación clínicamente compatible.

Los criterios de inclusión para el registro fueron que los pacientes tuvieran más 18 años al menos, en el momento del ingreso así como un diagnóstico confirmado de COVID-19.

Para valorar posibles complicaciones tras el alta se incluye también el diagnóstico principal de las posteriores visitas a urgencias hospitalarias por neumonía por Covid-19, hasta el día 10 de junio, fecha en la que finalizó el análisis de los datos.

## Análisis y recogida de datos

Se registraron datos clínicos, farmacológicos, demográficos, epidemiológicos, parámetros bioquímicos así como el diagnóstico por imagen. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y el programa de prescripción electrónica. Las variables cuantitativas se expresan como mediana [rango intercuartil]. Las variables categóricas son expresado como frecuencias absolutas y porcentajes. La mortalidad se expresa como tasa de letalidad (CFR).

## RESULTADOS

Se muestran los resultados de 224 pacientes hospitalizados. En la tabla 1 se expresan las características epidemiológicas de la población estudiada. La mediana de edad fue de 74 años (rango: 63-81) siendo el 60,7% hombres. El 38,8% se situaba en el rango de 65 a 79 años. El 53,1% presentaba más de una comorbilidad, siendo la hipertensión (49,1%) y la dislipemia (44,6%) las comorbilidades que presentaron mayor prevalencia. En nuestra cohorte el 12,55% eran fumadores activos, mientras que el 46% los consideramos como paciente polimedcado al recibir más de 5 fármacos. En 6 casos los pacientes ingresaron coinfectados por neumococo y en un caso por herpes tipo 1.

La tabla 2 resume los hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos al ingreso. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron disnea (62,9%) y tos (62,5%), y el 25% tenía 38°C o más de temperatura corporal. El 83,6% de los casos en los que se registró (122 casos) los pacientes presentaban taquipnea (>20 respiraciones por minuto), el 65,6% presentaba neumonía bilateral y el 16,5% mostraba saturaciones de oxígeno por debajo del 90%. En esta tabla también se muestran los parámetros bioquímicos al ingreso. El 41,7% de los pacientes tenían menos de 800 x106/L linfocitos, y el 41,1% presentaba un nivel de dímero D >1.000 ng/ml.

La tabla 3 muestra los datos referidos al tratamiento y a las complicaciones durante la hospitalización. De los tratamientos utilizados, destacan hidroxycloquina, azitromicina y lopinavir/ritonavir que han sido utilizados en el 91,5%, 73,2% y 24,1% de los pacientes, respectivamente. Con respecto a la terapia considerada como inmunomoduladora, el 29% recibió corticoides a altas dosis, y el 19,2% Interferon Beta-1B (IFNβ). En nuestra cohorte 30 pacientes recibieron tocilizumab (13,4%) y 28 baricitinib (12,5%). En el 16,9% se utilizaron heparinas a dosis anticoagulantes.

Los pacientes que ingresaron en UCI fueron 25 (11,2%), de los que 23 requirieron ventilación mecánica. La mediana de días de ingreso hospitalario fue de 7,5 (RI:4;12). Tras recibir el alta hospitalaria, hasta el día 10 de junio (día en el que finalizó la recogida de datos), un 15,6 % de los casos visitaron urgencias. Fallecieron 58 de los 224 casos de nuestra cohorte, con lo que nuestra tasa de mortalidad fue del 25,9%.

Tabla 1. Datos demográficos y de comorbilidad

Frecuencia absoluta (%) * Mediana (rango intercuartil)			Casos válidos N = 224
<b>Edad</b>		74(63-81)*	
	18-29	1	0,4%
	30-64	66	29,5%
	65-79	87	38,8%
	≥80	70	31,3%
<b>Género</b>			
	Masculino	136	60,7%
	Femenino	88	39,3%
<b>Origen</b>			
	Residencia habitual	172	76,8%
	Residencia de ancianos	18	8,0%
	Desplazados	34	15,2%
<b>Reacción en cadena de la polimerasa</b>			
	Positivo	224	100,0%
<b>Comorbilidad</b>			
	Fumador	28	12,5%
	Cáncer	20	8,9%
	Hipertensión	110	49,1%
	Enfermedad respiratoria crónica (EPOC, asma, etc.)	43	19,2%
	Inmunosupresión	11	4,9%
	Enfermedad renal crónica	16	7,1%
	Enfermedad crónica	5	2,2%
	Obesidad	20	8,9%
	Dislipidemia	100	44,6%
	Diabetes mellitus	51	22,7%
	Polimedicado	103	46,0%
	ARA2/IECA	84	37,5%
	Sin comorbilidad	46	20,5%
	Una comorbilidad	59	26,3%
	Mas de una	119	53,1%
<b>Coinfección</b>			
	Neumococo	6	2,7%
	Herpes tipo 1	1	0,4%
	Sin coinfecciones	217	96,9%

**Tabla 2. Hallazgos clínicos, de laboratorio y de diagnóstico por imagen al ingreso en urgencias**

Frecuencia absoluta (%) * Mediana (rango intercuartil)			Casos válidos
<b>Manifestaciones clínicas</b>			224
Tos	140	62,5%	
Gastrointestinal	66	29,5%	
Disnea	141	62,9%	
<b>Examen físico</b>			
Sat O2 (gaso art)			224
<90%	37	16,5	
≥90%	187	83,5	224
Fiebre	37 (36,2;37,9)*		
≤37C°	107	47,7%	
>37-<37,9C°	61	27,2%	
≥38C°	56	25,0%	
Taquipnea (>20 rpm)	102	83,6%	122
Relación de saturación de O2 / FiO2 (%)	338 (280;404,75)*		224
Radiografía de tórax			224
Sin infiltrados pulmonares	42	18,8%	
Infiltrados pulmonares unilaterales	35	15,6%	
Infiltrados pulmonares bilaterales	147	65,6%	
<b>Recuento de glóbulos</b>			
Recuento de glóbulos blancos (x106/L)	6800 (4900;9700)*		223
Linfocitos (x106/L)	800 (600;1200)*		
<800	93	41,70%	
800-<1000	37	16,60%	
≥1000%-≤1200	43	19,30%	
>1200	50	22,40%	
<b>Datos metabólicos</b>			
Troponina (ng/ml)	10,7 (5,77;26,25)*		170
Proteína C-reactiva (mg/dl)	11,18 (5,4;18,9)*		218
Dímero D (ng/ml)	785,5 (35,5;1662,2)*		192
<500	61	31,80%	
≥500-≤1000	52	27,10%	
>1000	79	41,10%	
Lactato deshidrogenasa (U/L)	324,5 (256;434)*		166
Procalcitonina (ng/mL)	0,17 (0,09;0,405)*		154

**Tabla 3. Tratamiento y complicaciones durante el ingreso frecuencia absoluta (%) \*Mediana (rango intercuartil)**

<b>Terapia antimicrobiana</b>			<b>Casos válidos</b>
Hidroxicloroquina	205	91,5%	224
Azitromicina	164	73,2%	
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	54	24,1%	
<b>Terapia inmunomoduladora</b>			
Corticosteroides sistémicos (dosis altas)	65	29,0%	
Interferón Beta-1B (IFN $\beta$ )	43	19,2%	
Tocilizumab	30	13,4%	
Baricitinib	28	12,5%	
<b>Terapia anticoagulante (terapia con heparina de bajo peso molecular durante la hospitalización)</b>			224
Dosis alta (anticoagulante)	38	16,9%	
Dosis baja (profiláctica)	144	64,3%	
Sin heparina	42	18,8	
<b>Resultados</b>			224
Altas	166	74,1%	
Duración de la estancia	7,5 (4;12)*		
Fallecimientos	58	25,9%	
Admisión en UCI	25	11,2%	
Ventilación mecánica invasiva	23	92,0%	25
Readmisión	35	15,6%	224
Días hasta la readmisión	16 (6;30)*		
<b>Motivo de readmisión</b>			35
Dermatológico	5	14,3%	
Respiratorio	13	37,1%	
Digestivo	3	8,6%	
Cardiológico	2	5,7%	
Dolor punzante en el pecho	5	14,3%	
Otros	7	20,0%	

En la tabla 4 se muestra la distribución de ingresos, fallecimientos, y origen de los pacientes. El 40,2% de los ingresos se produjeron en la semana del 20 al 27 de marzo, y el 44,8% de los fallecimientos en la semana del 28 de marzo al 4 de abril.

Con respecto a los pacientes procedentes de los centros geriátricos, 6 de los 18 pacientes fallecieron durante el ingreso, de la misma forma que 11 de los 34 pacientes procedentes de otros departamentos.

El 51,7% de los fallecidos tenían más de 80 años (tabla 5). La tabla 6 muestra de forma esquemática los principales

datos comparados de las cohortes más representativas publicadas hasta ahora.

#### DISCUSIÓN

En nuestro estudio mostramos la situación al ingreso de los pacientes diagnosticados de neumonía por COVID-19 en un hospital de segundo nivel. De forma coincidente con los estudios publicados hasta ahora la mayoría de nuestros pacientes fueron ancianos, de sexo masculino y con múltiples comorbilidades.

**Tabla 4. Origen, evolución y mortalidad semanal frecuencia absoluta (%)**

	Ingreso hospitalario	Fallecimientos	Residencia de ancianos	Fallecimientos en residencias de ancianos	Transferidos	Fallecimientos transferidos
4 marzo - 11 marzo	10 (4,5%)	0	0	0	4	0
12 marzo -19 marzo	48 (21,4%)	2 (3,4%)	4	0	13	0
20 marzo - 27 marzo	90 (40,2%)	15 (25,9%)	5	4	15	5
28 marzo - 4 abril	56 (25%)	26 (44,8%)	4	1	2	6
5 abril - 12 abril	17 (7,6%)	6 (10,3%)	3	1	0	0
13 abril - 20 abril	3 (1,3%)	8 (13,8%)	2	0	0	0
21 abril - 28 abril	0	1 (1,7%)	0	0	0	0
	224	58	18	6	34	11

**Tabla 5. Mortalidad por grupos de edad**

Mortalidad por grupo de edad	Nº (%;n=58)	CFR% (n=224)
<b>Grupo de edad (n)</b>		
<30 (1)	0	0%
30-39 (9)	0	0%
40-49 (14)	0	0%
50-59 (24)	2 (3,45)	8,3%
60-69 (39)	6 (10,3)	15,4%
70-79 (67)	20 (34,5)	29,9%
>80 (70)	30 (51,7)	42,9%

Las cohortes publicadas hasta ahora incluyen pacientes de varios hospitales y/o zonas geográficas, mientras que en nuestro caso los pacientes proceden del mismo hospital aumentando la consistencia de los datos pero dificultando la extrapolación de éstos.

La mediana de edad fue algo superior a la del estudio publicado en nuestro país por la Sociedad de Medicina Interna<sup>9</sup> que fue de 69 años, y muy superior a la de la cohorte de Borobia *et al.* (datos no publicados) procedente de Madrid (61 años).

Más de la mitad de nuestros pacientes presentaban más de una comorbilidad siendo las más frecuentes coincidentes con lo publicado hasta ahora<sup>2-9</sup>. Casi la mitad de nuestros pacientes eran polimedicados. En nuestro caso la obesidad presentaba cifras menores que en los estudios publicados debido probablemente a la falta de registro que se realiza en el servicio de urgencias.

Con respecto a los síntomas recogidos, la tos, trastornos gastrointestinales y disnea presentaron incidencias muy similares a los de otras cohortes.

En nuestra serie la mortalidad fue superior a la de estudios publicados en nuestro país<sup>9</sup>, y el estudio de Borobia *et al.* (21,1% y 20,7%, respectivamente), pero inferiores a estudios como el procedente de China<sup>6</sup> o de Reino Unido (Docherty *et al.*, datos no publicados).

En cuanto a la posible explicación para estas diferencias deberían considerarse las características demográficas de nuestra población respecto a la cohorte china, justificación que no podría explicar las diferencias con la cohorte del Reino Unido que comparte características muy similares con la nuestra.

Unos criterios de admisión hospitalaria más estrictos pueden ser en parte responsables de estas diferencias en la mortalidad. Nuestra elevada mortalidad podría deberse también a la distinta distribución de la epidemia ya que más del 75% (tabla 4) de nuestros ingresos se realizaron entre el 20 de marzo y el 4 de abril, fechas en las que nuestro hospital presentó un número de ingresos mayor que el de hospitales de nuestra provincia, con la consecuente saturación de los servicios médicos implicados en la atención de este tipo de paciente.

Nuestro departamento pertenece a una zona eminentemente turística por lo que creemos interesante destacar que más de un 15% de los casos eran pacientes que no pertenecían a nuestro departamento y que fueron atendidos en el mismo porque se encontraban en nuestra zona en el momento de presentar síntomas.

Tal y como ocurre en los demás estudios relacionados la mayoría de nuestros pacientes presentaban alteración de parámetros bioquímicos relacionados con la inflamación, destacando valores elevados de lactato deshidrogenasa, dímero D, proteína C reactiva y troponina.

Tabla 6. Comparación de las características basales y la evolución de los pacientes con COVID-19 incluidos en series de diferentes países

	Guan et al. <sup>4</sup>	Zhou et al. <sup>6</sup>	Docherty et al. (datos no publicados)	Onder et al. <sup>8</sup>	Richardson et al. <sup>7</sup>	Borobia et al. (datos no publicados)	SEMI-COVID-19 <sup>9</sup>	Marina Baixa COVID-19
Ciudad/Pais /Fuente/ Tipo de estudio	Wuhan/China/ Estudio multicéntrico	China/ Estudio multicéntrico	Reino Unido/ Estudio multicéntrico	Italia/Instituto Italiano de Salud	Nueva York/EE.UU./ Estudio multicéntrico	Madrid/España/ Estudio simple	España/ Estudio multicéntrico	Villajoyosa/ España/ Estudio simple
Número de casos	1.099	191	16.749	22.512	5.700	2.226	6.424	224
Media de edad (RI)	47 (35-58)	56 (46-67)	72 (57-82)		63 (52-75)	61 (46-78)	69,1 (56-79)	74 (63-81)
Sexo masculino	58,1%	62%	60,2%		60,3%	48,2%	56,9%	60,7%
Comorbilidad								
Hipertensión	15%	30%			56%	41,3%	50,2%	49,1%
Obesidad					41,7%	10,9%	21,2%	8,9%
Diabetes	7,4%	19%	19%*		33,8%	17,1%	18,7%	22,7%
Rx tórax anormal	59%	59%-75%					86,6%	81,3%
Datos clínicos								
Dificultad respiratoria aguda	3,4%	31%				4,9%		
Ingresos en UCI	5%	26%	17%		12,2%	10,6%	7,5%	10,3%
Mortalidad	1,4%	28,3%	33%		21%	20,7%	21,1%	25,9%
Mortalidad por grupos de edad				Nº (%) TL%	Nº (%) TL%	Nº (%) TL%	Nº (%) TL%	Nº (%) TL%
<30				0 0%	97 (3,7) 4,1%	1 (0,2) 0,6%	1 (0,07) 0,9%	0 0%
30-39				4 (0,3) 0,3%	211 (8,1) 3,8%	0 (0) 0%	2 (0,15) 0,6%	0 0%
40-49				10 (0,6) 0,4%	353 (13,5) 6,2%	4 (0,9) 1,5%	15 (1,11) 2,4%	0 0%
50-59				43(2,7) 1%	515 (19,8) 10,3%	14 (3) 3,8%	45 (3,34) 4,4%	2 (3,45) 8,3%
60-69				139 (8,6) 3,5%	533 (20,5) 15,8%	36 (7,8) 11%	131 (9,73) 10,6%	6 (10,3) 15,4%
70-79				578 (25,6) 12,8%	451 (17,3) 32,1%	122 (26,5) 34,1%	407 (30,22) 25,7%	20 (34,5) 29,9%
≥80				850 (52,3) 20,2%	441 (16,9) 53,7%	283 (61,5) 55,4%	746 (55,38) 49,7%	30 (51,7) 42,9%

\*: diabetes sin complicaciones; RI: rango intercuartil; TL: tasa de letalidad; SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.

En cuanto a la patología pulmonar, la mayoría presentó infiltrados bilaterales. Muchos de los casos en los que se registró el número de respiraciones por minuto presentó taquipnea, aunque el número absoluto de pacientes con taquipnea seguramente fuera mayor, ya que se registró únicamente en la mitad de los casos. Por otro lado, la gran mayoría presentó saturaciones de oxígeno dentro de la normalidad a su llegada a urgencias.

Respecto a los fármacos inmunomoduladores en nuestro centro se usaron corticoides, interferón beta 1b, tocilizumab y baricitinib. No se usaron inmunoglobulinas ni anakinra por ejemplo, como en otras cohortes, situación que refleja la gran incertidumbre existente en estos momentos en cuanto al tratamiento de esta infección.

El porcentaje de pacientes que ingresaron en UCI, es mayor a la del estudio multicéntrico realizado en España por la SEMI y similar a la del estudio realizado en Madrid por Borobia *et al.*

En cuanto a las ventajas de nuestro estudio queremos destacar la homogeneidad de los datos recopilados y la inexistencia de sesgo de selección de los pacientes al ser un grupo pequeño de investigadores pertenecientes a un único centro. Con respecto a las limitaciones deberíamos señalar además del escaso número de casos recogidos y de las limitaciones habituales de los diseños observacionales, a aquellas derivadas de pertenecer la cohorte a un único centro, lo que podría dar lugar a sesgos locales.

Nuestros datos aportan más información sobre el estado de los pacientes durante el ingreso por una enfermedad de la que todavía conocemos poco y que a la luz de la evidencia actual, todos necesitamos profundizar más. Además, estos datos son obtenidos en el periodo temprano de la pandemia, por lo que puede haber diferencias con datos de otros estudios obtenidos en la actualidad.

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio proporciona información de las características predominantes en los pacientes hospitalizados por infección por SARS-CoV-2 en nuestro departamento durante la etapa temprana de la pandemia. Los pacientes con SARS-CoV-2 hospitalizados en nuestro hospital fueron: hombres, pacientes mayores de 65 años, con más de una comorbilidad, siendo la hipertensión y la dislipemia las más prevalentes. Linfopenia y elevaciones del dímero D resultaron las

alteraciones analíticas más típicas. Hidroxicloroquina y azitromicina fueron los dos fármacos más utilizados dentro de las alternativas terapéuticas presumiblemente eficaces durante los primeros meses de 2020.

Sin duda, el diferente enfoque terapéutico dirigido contra el virus SARS-CoV-2 durante el posterior periodo de pandemia, así como la recopilación de más datos clínicos, y sociodemográficos de pacientes en próximas publicaciones, nos ofrecerá un contexto en el que situar nuestros datos.

*Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. España: Ministerio de Sanidad. Situación de COVID-19 en España. [Internet]. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://covid19.isciii.es/>.
2. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-513. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
4. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032.
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
7. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020; e206775. doi:10.1001/jama.2020.6775.
8. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.4683.
9. Jose Manuel Casas Rojo MD. et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Network. *Medrxiv.com*.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.