

Diferencias en las características clínicas y el manejo de los pacientes diagnosticados de la COVID-19 en Atención Primaria en 2020 en función de la edad

Differences in the clinical characteristics and management of patients diagnosed with COVID-19 in primary care in 2020 according to age

Ana Martínez González^a, Sergio Calleja Argudo^b, Miguel Ángel Nieves Sanchis^c, Fernando Bernad Carbonell^d, M.^a José Fernández Pérez^e y M.^a Candelaria Ayuso Raya^d

^a Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete (España)

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Albacete (España)

^c Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

^d Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital General de Albacete. SESCAM.

^e Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete)

CORREO ELECTRÓNICO:

Ana Martínez González.
anamargo.ab@gmail.com

Recibido el 19 de diciembre de 2024.
Aceptado para su publicación el 13 de febrero de 2025



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Objetivos: conocer las manifestaciones clínicas y el manejo de la COVID-19 en la población infantil y juvenil frente a la población adulta que fueron diagnosticados en Atención Primaria (AP) en 2020.

Métodos: serie de casos: 853 pacientes diagnosticados de COVID-19 en 2020, bien por criterios clínicos o con apoyo de exploraciones complementarias, y seguidos por pediatras y médicos/médicas de familia, seleccionados por muestreo sistemático a partir del listado de pacientes con dicho diagnóstico.

Mediciones principales: edad, sexo, entorno sociofamiliar, datos clínicos y número de consultas. El análisis estadístico fue realizado con SPSS 25.0: estadística descriptiva, comparación de proporciones (X²) y medianas (U de Mann-Whitney).

Resultados: el rango de edad fue 0-92 años, con mediana de 45 y rango intercuartílico (RI): 27-58; el 13,1% eran menores de 18 años; el 52,8% eran mujeres. Solo la rinorrea era significativamente ($p = 0,007$) más frecuente en <18 años (37,3% versus 23,3%). No existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presentación de fiebre, alteración de conciencia, hemoptisis, vómitos y diarrea. El resto de síntomas eran significativamente más habituales en pacientes ≥ 18 años.

La mediana de consultas era 3, con una significativa ($p < 0,0001$) mayor dispersión para ≥ 18 años (RI: 2-6 versus 2-4).

Los ≥ 18 años precisaron ingreso hospitalario con significativa ($p = 0,05$) mayor frecuencia (14,3% versus 4,1%) en menores. Ninguno de estos ingresó en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Conclusiones: la gran mayoría de pacientes presentó un cuadro clínico leve. Las complicaciones que precisaron asistencia hospitalaria, en comparación con pacientes en edad infantil (< 18 años), fueron más frecuentes en los de más edad.

Palabras clave: COVID-19, signos y síntomas, Atención Primaria de Salud, edad.

ABSTRACT

Aims: to ascertain the clinical manifestations and management of COVID-19 in children and young people compared to adults diagnosed in primary care in 2020.

Methods: a case series: 853 patients diagnosed with COVID-19 in 2020, either by clinical criteria or with the support of complementary examinations, and followed by their paediatricians/family doctors, selected by systematic sampling from the list of patients with such a diagnosis.

Primary endpoints: age, sex, social and family environment, clinical data and number of consultations.

Statistical analysis with SPSS 25.0: descriptive analysis, comparison of proportions (chi square) and medians (Mann-Whitney U).

Results: the age range was 0-92 years, with a median of 45 and interquartile range (IR): 27-58; 13.1% were aged under 18; 52.8% were women.

Only rhinorrhoea was significantly ($P=0.007$) more common in <18 years of age (37.3% vs 23.3%). There were no statistically significant differences regarding the presentation of fever, abnormal consciousness, haemoptysis, vomiting and diarrhoea. The remaining symptoms were significantly more common in patients ≥ 18 years.

The median number of consultations was 3, with a significantly ($P<0.0001$) greater dispersion for ≥ 18 years (RI: 2-6 vs 2-4). Those aged ≥ 18 years required hospital admission with a significantly higher frequency ($P=0.05$): 14.3% vs 4.1% in minors. None of these were admitted to the ICU.

Conclusions: the vast majority of patients presented mild clinical manifestations. Complications requiring hospital care compared to patients aged under 18 were more common in older patients.

Keywords: age, COVID-19, Primary Health Care, signs and symptoms.

INTRODUCCIÓN

En 2020 se notificaron en España, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), 1,7 millones de casos de COVID-19. En aquellos con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020, en que hubo un cambio de estrategia diagnóstica, el 52,5% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 41 años. La mayor proporción de casos se presentó en el grupo de 15-59 años (67% del total), siendo el grupo de 15-29 años el más representado, con un 21% de los casos. El 12,2% era menor de 15 años¹. La mayor tasa de infección en mujeres se mantuvo en las diferentes olas de la pandemia, sin embargo, las complicaciones fueron 1,5-2,5 veces mayores en hombres de manera constante, especialmente en las admisiones en UCI, que llegaron a ser 2,5 veces más frecuentes que en mujeres².

Si bien lo que más trascendió a la opinión pública fue la saturación hospitalaria, hay que destacar el magnífico trabajo desarrollado en AP. Cabría destacar el importante papel desempeñado en la contención de pacientes mediante asistencia domiciliaria y seguimiento telefónico de los casos que cursaron con sintomatología leve-moderada, lo que permitió rebajar el colapso hospitalario, así como su gran relevancia durante la desescalada en la gestión de enfermedades crónicas y el seguimiento de pacientes con secuelas³. En las recomendaciones de la OMS, su papel no quedó bien definido, por lo que su participación quedó a criterio de cada estado. Más allá de la actividad asistencial, la carga de trabajo de salud pública (encuestas epidemiológicas, realización de pruebas de detección...) que han asumido los equipos de AP en España ha sido muy superior al de otros países europeos⁴.

La infección por SARS-CoV-2 puede ser asintomática o un cuadro de infección respiratoria aguda leve, moderado o grave. La población infantil tiene tasas similares de infección a la población adulta, pero con más frecuencia son asintomáticas y leves. La tos, junto con la fiebre, son las manifestaciones más habituales. También puede aparecer sintomatología gastrointestinal, que puede presentarse sin clínica respiratoria. La acrocianosis parece más específica en la población infantil y adolescente. Aunque el diagnóstico de sospecha de la infección por el SARS-CoV-2 es clínico, la presencia o ausencia de signos o síntomas no son lo suficientemente precisas como para confirmar una COVID-19. Un 80-85% de los casos son leves o moderados (incluye neumonía leve), un 10-14% son graves (neumonía grave) y requieren hospitalización, y un 5-6% son críticos (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o fallo multiorgánico) con elevada mortalidad^{5,6}.

La COVID-19 se presenta de manera similar a otras enfermedades virales respiratorias. De hecho, Leal et al⁷ observaron que, en el 28% de los pacientes con sospecha de COVID-19 a quienes se les realizó un test de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) que tuvo un resultado positivo, los síntomas más comunes de COVID-19 (como tos, astenia, cefalea...) se presentaron con una frecuencia similar a la de pacientes que fueron negativos. La fiebre referida por los y las pacientes, la anosmia y la ageusia eran los síntomas más fuertemente asociados con un diagnóstico confirmado de COVID-19.

Sus características clínicas se han descrito de forma mayoritaria en estudios de ámbito hospitalario, que tienen un sesgo hacia formas más graves de la enfermedad. La escasez de estudios en AP es sobre todo relevante en la edad pediátrica.

El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer las manifestaciones clínicas y el manejo de la COVID-19 en la población infantil y juvenil frente a la población adulta que fueron diagnosticados en AP en 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio de serie de casos en el que se incluyeron pacientes con un diagnóstico de COVID-19, bien por criterios clínicos o con apoyo de exploraciones complementarias, cuyo seguimiento se llevó a cabo por sus pediatras y/o médicas y médicos de familia en el Centro de Salud Zona IV de Albacete en 2020.

Como se explicó en un trabajo previo⁸, el cálculo del tamaño muestral se orientó a estimar la prevalencia de ingresos como indicador de gravedad. Con una proporción esperada de 4,4% (porcentaje de ingresos en Castilla-La Mancha a partir del 10 de mayo de 2020¹, precisión de 1,4% y nivel de confianza del 95%, el número necesario sería 825. A través del módulo de explotación de datos del programa Turriano se obtuvo un listado de pacientes con diagnóstico de síndrome respiratorio agudo severo asociado a coronavirus y/o infección debida a coronavirus NE, del 1 de marzo de 2020 al 31 de diciembre de 2020. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de sospecha clínica de COVID-19, con o sin prueba diagnóstica confirmatoria, ya fuera infección activa (PDIA) o confirmación serológica de infección previa. Se establecieron como criterios de exclusión:

sospecha diagnóstica descartada o falta de datos en la historia clínica que permitieran el seguimiento de la evolución. Se hizo un muestreo sistemático con arranque aleatorio. Las personas que se excluían fueron sustituidas por la siguiente que aparecía en el listado y que cumplía los criterios de inclusión.

De la historia clínica informatizada de AP y, cuando correspondía, también de la hospitalaria, se obtuvieron los siguientes datos: edad (años cumplidos en el momento del diagnóstico), sexo, entorno sociofamiliar, datos clínicos y número de consultas. Se comprobó la presentación o no de los diferentes síntomas, signos y alteraciones en las exploraciones complementarias, o su falta de registro. Se seleccionó como temperatura más alta la cifra mayor registrada, independientemente de que fuera aportada por la o el paciente o su familia o tomada durante la exploración. Se consideró que existía una evolución desfavorable si las personas requerían ingreso hospitalario y/o fallecían como consecuencia del proceso infeccioso.

El análisis estadístico se hizo con SPSS 25.0 e incluyó estadística descriptiva y comparación de proporciones (χ^2) y medianas (U de Mann-Whitney).

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Se ha tenido en cuenta el respeto a la confidencialidad sobre la información recogida y el cumplimiento de la legislación vigente, tanto española⁹ como europea¹⁰ sobre protección de datos.

RESULTADOS

Se recogió información de 853 pacientes que tenían un diagnóstico de COVID-19 en 2020. El rango de edad fue de 0-92 años, con mediana de 45 y RI: 27-58. Un 52,8% eran mujeres. En el 80,4% de ellos se disponía de confirmación por una o más de las diferentes pruebas de detección del SARS-CoV-2.

En 98 pacientes se observó una evolución desfavorable. En la **tabla 1** se presentan la distribución por edad y sexo, así como la realización de test diagnósticos de confirmación de la infección en función de que se produjera o no esta evolución. Preciso ingreso hospitalario el 11,4% de los y las pacientes (intervalo de confianza [IC] 95%: 9,2-13,6); en UCI se ingresó al 1,9% (IC 95%: 0,9-2,8). En 14 pacientes se produjo el fallecimiento presumiblemente relacionado con la infección (1,6%; IC 95%: 0,7-2,6).

Los síntomas más frecuentes descritos por estas personas eran tos y fiebre, seguidos por cefalea y astenia. En la **tabla 2** se muestran las diferentes variables clínicas analizadas en aquellos pacientes en los que había constancia explícita de esa información. Se ha comparado la presentación de las distintas manifestaciones clínicas en función de la edad y se ha establecido un punto de corte en 18 años. Solo la rinorrea era significativamente más frecuente en menores de 18 años. No existían diferencias estadísticamente relevantes entre ambos grupos de edad en cuanto a la presentación de fiebre, alteración de la conciencia, hemoptisis, vómitos y diarrea. El resto de síntomas era significativamente más habitual en las/los pacientes de 18 o más años.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo, así como la realización de test diagnósticos de confirmación de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con una evolución desfavorable y sin ella

		EVOLUCIÓN DESFAVORABLE		TOTAL
		SÍ	NO	
Edad	<18	4	108	112
	18-64	44	556	600
	> 64	50 ^a	91	141
Sexo	Mujer	38	412	450
	Hombre	60 ^b	343	403
PDIA y/o serología confirmatoria	Sí	95 ^a	591	686
	No	3	164	167
Total		98	755	853

^a $p < 0,0001$.

^b $p = 0,003$.

PDIA: pruebas diagnósticas de infección activa.

No había diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de edad en cuanto a la temperatura máxima que habían presentado. Para el conjunto de sujetos del estudio, la mediana fue de 38 °C, con RI: 37,8-38,5. Otras variables clínicas como la saturación de oxígeno, la ferritina y el dímero D solo se habían registrado, respectivamente, en 5, 4 y 3 pacientes menores de 18 años. El tiempo de evolución del cuadro, a partir de las fechas registradas de inicio y final del mismo, tenía una mediana de 15 días (RI: 11-24), con rango de 0-368 días. La duración era significativamente mayor ($p < 0,0001$) en pacientes de 18 o más años (**figura 1**).

La mediana de consultas en AP, ya fuese con médica/médico de familia o con pediatra, era de 3 (RI: 2-5), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en función de la edad, ya que existía una mayor dispersión de los valores para ≥ 18 años (RI: 2-6 versus 2-4) (**figura 2**).

Los valores correspondientes a las visitas de enfermería, básicamente por rastreo de contactos, eran 1 (0-2), mientras que, para las visitas a urgencias, tanto de AP como hospitalarias, eran 0 (0-1) en ambos casos. No existían diferencias estadísticamente significativas por edad en cuanto a las visitas de enfermería y las de urgencias hospitalarias, pero sí ($p = 0,028$) con respecto a las urgencias de AP, donde consultaban más las personas mayores de 18 años (**figura 3**). Los pacientes de 18 o más años precisaron ingreso hospitalario con significativa ($p = 0,05$) mayor frecuencia: 14,3% frente a 4,1% en menores. Ninguno de estos ingresó en UCI.

En cuanto a las variables con las que se evaluó el entorno del paciente, la **tabla 3** muestra las diferencias por edad. Era significativamente más probable que se hubieran registrado quienes cuidarían del paciente en menores de 18 años, mientras que el registro de la situación laboral lo era en mayores de edad.

Tabla 2. Características clínicas de la COVID-19 en función de la edad

		<18 AÑOS	18 O MÁS AÑOS	TOTAL	P
Dolor torácico:	Sí	3	74	77	0,008
	No	73	417	490	
Anosmia:	Sí	9	149	158	0,02
	No	62	347	409	
Ageusia:	Sí	10	138	148	0,011
	No	61	349	410	
Cefalea:	Sí	27	277	304	0,001
	No	58	266	324	
Fiebre:	Sí	52	356	408	0,546
	No	50	351	351	
Alteración conciencia:	Sí	1	21	22	0,295
	No	77	438	515	
Disnea:	Sí	4	164	168	<0,0001
	No	79	433	512	
Tos:	Sí	34	384	418	<0,0001
	No	55	255	310	
Hemoptisis:	Sí	0	6	6	0,649
	No	74	416	490	
Taquipnea:	Sí	0	40	40	0,007
	No	74	404	478	
Expectoración:	Sí	8	98	106	0,035
	No	67	367	434	
Odinofagia:	Sí	11	131	142	0,024
	No	61	339	400	
Rinorrea:	Sí	31	103	134	0,007
	No	52	339	391	
Vómitos:	Sí	13	90	103	0,474
	No	66	362	428	
Diarrea:	Sí	16	142	158	0,1
	No	63	344	407	
Astenia:	Sí	9	203	212	<0,0001
	No	59	289	348	
Anorexia:	Sí	3	76	79	0,007
	No	59	334	393	
Incapacidad funcional:	Sí	0	57	57	0,001
	No	54	280	334	
Ansiedad:	Sí	0	50	50	0,002
	No	53	274	327	
Afectación anímica:	Sí	0	34	34	0,009
	No	53	257	310	
Alteración sueño:	Sí	1	47	48	0,004
	No	50	215	265	
Estrés posttraumático:	Sí	1	36	37	0,016
	No	50	221	271	

Figura 1. Duración registrada del cuadro de COVID-19 en función de la edad

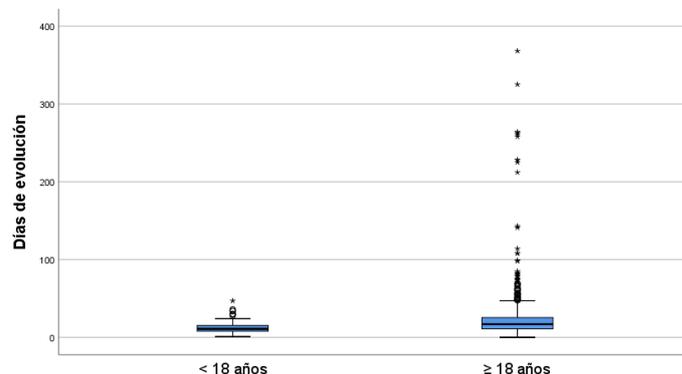


Figura 2. Número de consultas en el centro de salud en función de la edad

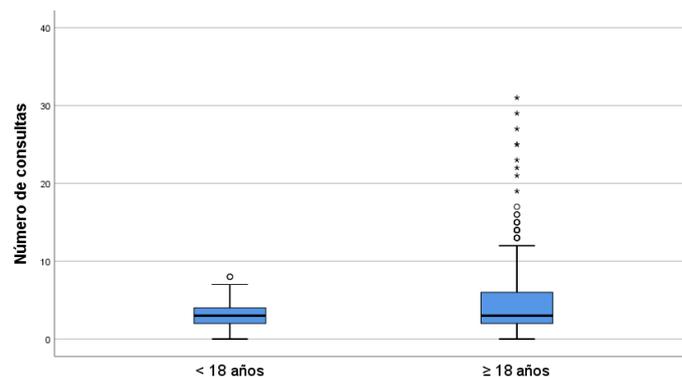
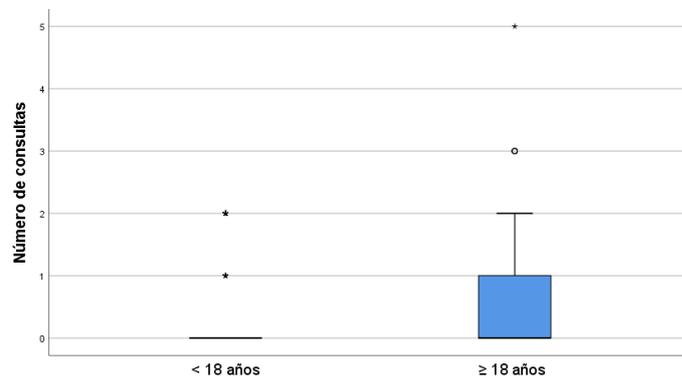


Figura 3. Número de consultas en urgencias de Atención Primaria en función de la edad



DISCUSIÓN

Los resultados respecto a los síntomas más habitualmente descritos por las/los pacientes de nuestro estudio eran tos y fiebre, seguidos por cefalea y astenia. En cuanto a diferencias en las manifestaciones clínicas en relación con la edad, solo la rinorrea era más frecuente en menores de 18 años. No existían diferencias en la presentación de fiebre, alteración de la conciencia, hemoptisis, vómitos y diarrea, mientras que el resto de síntomas era más común en pacientes de 18 o más años.

Tabla 3. Variables con las que se evaluó el entorno de la persona enferma en función de la edad

		< 18 AÑOS	≥ 18	TOTAL	P
Condiciones domiciliarias:	Sí	84	542	626	0,681
	No	27	192	219	
Contexto familiar:	Sí	87	540	627	0,3
	No	24	192	216	
Personas cuidadoras:	Sí	72	384	456	0,014
	No	39	348	387	
Situación familiar:	Sí	85	525	610	0,286
	No	26	207	233	
Situación laboral:	Sí	26	553	579	< 0,0001
	No	68	178	246	
Situación social:	Sí	72	505	577	0,444
	No	38	226	264	

Diversos autores, como Menéndez Orenga et al¹¹, han encontrado resultados similares, lo que reafirma que la mayoría de pacientes de AP desarrollaron síntomas leves y autolimitados, y fue una minoría la que requirió ingreso hospitalario o cuidados intensivos. El espectro clínico mostrado fue amplio, y los síntomas más frecuentes que encontraron fueron la tos y elevación de temperatura, con un descenso rápido de los síntomas a lo largo de los días siguientes, aunque hubo pacientes que se mantuvieron con síntomas en la segunda y tercera semana. La mayoría de pacientes que se incluyeron en este estudio recibieron atención solo en AP y aproximadamente la mitad de las/los pacientes remitidos a urgencias fueron ingresados.

En una serie de 122 pacientes de 18 o más años diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 entre el 11 de marzo y el 20 de abril en un centro de salud urbano de Salamanca, los síntomas más prevalentes fueron: febrícula (73,5%), tos (65,2%) y fiebre (43%), con diferencias estadísticamente significativas entre quienes acudieron a urgencias hospitalarias y los que fueron seguidos de forma exclusiva en AP. Las personas que fueron atendidas en urgencias presentaban fiebre en un 14,1% y disnea en un 63,6%, frente a un 7,4% y un 14,9%, respectivamente, de las que fueron seguidas ambulatoriamente⁴.

Al comparar con lo publicado en otros países, podemos ver ciertos matices diferenciales, quizá debido a que en esos entornos se haya enfatizado más la búsqueda de ciertas manifestaciones clínicas o a que los y las pacientes las subrayaran más. En una serie de 1.506 pacientes con una prueba de PCR positiva para COVID-19 que recibieron atención en centros de AP de Turquía entre marzo y septiembre de 2020, el síntoma inicial de presentación más común fue la tos. Esta y otros síntomas iniciales, como malestar, anosmia, ageusia y vómitos, junto a una edad avanzada, incrementaban la probabilidad de que la persona fuera ingresada en una UCI. Los

síntomas gastrointestinales, como diarrea, náuseas y vómitos, fueron más frecuentes en el grupo de edad de 0-14 años¹².

En Francia, Sebo et al.¹³ estudiaron a 1.543 pacientes, con predominio de mujeres (63%) y con una media de edad de 44 años (rango: 1-94). Se les hizo un test de PCR para SARS-CoV-2, y el 16% dio positivo. Los síntomas de vías altas más frecuentes fueron sequedad de garganta (42%), anosmia (36%) y ageusia (31%), y en cuanto a síntomas generales: fiebre (58%), tos (52%) y cefalea (45%). La combinación de anosmia y ageusia mostró el mayor rendimiento diagnóstico (*odds ratio* [OR]: 6,7 [IC 95%: 5,9-7,5], sensibilidad: 44,7% [IC 95%: 38,4-51,0], especificidad: 90,8% [IC 95%: 89,1-92,3]).

Ya los primeros estudios llevados a cabo al inicio de la pandemia pusieron de manifiesto las diferentes manifestaciones clínicas por edad. Así, en pacientes mayores de 50 años, el 40% presentaba fiebre, con cifras de temperatura corporal de 37,3-38,0 °C¹⁴.

Weng et al.⁵ evaluaron el valor diagnóstico de los síntomas para la infección por SARS-CoV-2 en una cohorte pediátrica que incluyó a 555 pacientes, de los que más del 90% acudieron a AP. Identificaron combinaciones de síntomas con una alta sensibilidad, pero todas con una baja especificidad, y no lograron identificar ningún síntoma individual o combinación de síntomas con un área bajo la curva ROC mayor de 0,70. Al estratificar a los niños/niñas con COVID-19 por edad, observaron que la fiebre era más frecuente en quienes tenían 0-4 años y que la prevalencia de fatiga aumentó con la edad. Los y las adolescentes de 12-17 años presentaban una mayor propensión a padecer anosmia o ageusia en comparación con la población de 5-11 años.

Aunque la transmisión intrafamiliar fue muy importante, el número de menores afectados fue inferior al de las personas adultas en los grupos familiares y la enfermedad cursó con clínica leve o incluso de manera asintomática¹⁵. Si bien el hogar fue el contexto de contagio mayoritario, no hay que olvidar otros como los relacionados con el entorno social y el ocio.

Las principales diferencias en el ámbito de contagio según género, clase social ocupacional y país de origen se dieron en el contexto laboral, especialmente en mujeres, personas con empleos definidos como manuales y personas inmigrantes¹⁶.

Al contrastar resultados con las investigaciones previas, nuestros datos son concordantes en cuanto a diferencias sintomáticas por sexo, la fiebre, la tos y la disnea se han descrito con más frecuencia en hombres (un 20%, 10% y 19% más, respectivamente) frente al dolor de garganta, vómitos o diarrea, más referidos por mujeres (90%, 40% y 10% más, respectivamente)².

En nuestro estudio, el tiempo de evolución del cuadro tenía una mediana de 15 días y era mayor en pacientes de 18 o más años. La mediana de consultas en AP, ya fuese médica/médico de familia o pediatra, era de 3, con una mayor dispersión de los valores para esos pacientes mayores. No existían diferencias estadísticamente significativas por edad en cuanto a las visitas de enfermería y las de urgencias hospitalarias, pero sí con respecto a las urgencias de AP, donde estos consultaban más.

Otros factores que considerar, tales como el aislamiento social y la falta de apoyo familiar, pueden condicionar el uso de recursos sanitarios por parte de la población, como se puso de manifiesto en un interesante trabajo llevado a cabo por Pérez-Milena et al.¹⁷, en el que se demostró que este tipo de pacientes solicitaba más pruebas complementarias pese a no tener una sintomatología que sugiriera gravedad, así como un seguimiento telefónico más prolongado en el tiempo. Los síntomas de alarma más frecuentes fueron la tos, la fiebre y la disnea; la confusión fue el síntoma más relacionado con un peor empeoramiento del curso clínico.

El conjunto de profesionales que trabajamos en AP reconocemos que este modelo de consulta tuvo un gran desarrollo durante la pandemia y permitió reconducir la demanda imprevisible de los y las pacientes hacia una actividad programada, generada por los propios profesionales y dirigida al tipo de atención que era necesaria en cada momento, según los criterios de gravedad.

Nuestros pacientes de 18 o más años precisaron ingreso hospitalario con mayor frecuencia que los menores. Ninguno de estos ingresó en UCI. En este mismo sentido, al estudiar el papel pronóstico de la edad, así como del sexo masculino, dichas variables han sido confirmadas en otros estudios.

En este sentido, Barroso¹⁵ subraya que la gravedad de la enfermedad, considerada en base a hospitalización, ingreso en UCI y fallecimientos, fue mayor en hombres que en mujeres. En ambos sexos, las tasas más altas de hospitalización y de ingreso en UCI fueron en el grupo de 70-79 años, pero con un porcentaje casi del doble en hombres. Sin embargo, aunque la edad se considera un factor pronóstico clave en las personas hospitalizadas con COVID-19, Valero-Bover et al.¹⁸ sugieren que, cuando se mide exhaustivamente, la carga de comorbilidad explica mejor que la edad cronológica el mayor riesgo de enfermedad crítica, entendida como la necesidad de ventilación mecánica invasiva, traslado a UCI o muerte hospitalaria.

En un estudio de cohorte retrospectiva hecho en Talavera de la Reina (Toledo) por de Diego-Castell et al.¹⁹, se encontró que el riesgo de hospitalización aumentaba de forma lineal con la comorbilidad y con la polifarmacia. Las personas con enfermedades cardiovasculares tenían un mayor riesgo para desarrollar síntomas graves por la COVID-19, y los y las pacientes con cáncer se deterioraban más rápido y aumentaba su riesgo de complicaciones, sobre todo si habían sido sometidos en el mes previo a la infección a cirugía o quimioterapia, siendo la variable edad el único predictor de *exitus*, con un incremento de un 8,1% por cada año del paciente.

Por otra parte, ciertos síntomas pueden tener también valor pronóstico. Un modelo predictivo desarrollado en Lombardía (Italia) destacó el vómito, la tos, la fiebre y la disnea como factores de riesgo de hospitalización por COVID-19²⁰. Vila Córcoles et al.²¹, en un estudio de cohortes basado en la comunidad, aparte del aumento de la edad que se ha documentado repetidamente como principal condición de riesgo, también observaron que algunos síntomas tempranos (dentro de los primeros 5 días tras el inicio de la enfermedad) se asociaban con un pronóstico peor (necesidad de ingreso en la UCI o muerte). De manera especial, la presencia de disnea y la confusión aumentaba claramente el riesgo de ingreso en UCI o muerte, mientras que las mialgias se asociaron a un menor riesgo.

Tenemos que tomar en consideración una serie de limitaciones en nuestro estudio. La validez externa puede verse afectada por las características particulares de nuestro medio, por lo que debemos cuestionarnos en qué medida los datos de un centro de salud pueden extrapolarse a otros territorios. Otra limitación que hay que considerar es la inclusión de casos con y sin confirmación analítica.

Existe además el inevitable sesgo de información que conlleva recopilar datos registrados en las historias clínicas en la asistencia habitual. Entre los datos que no han sido tenidos en cuenta en este estudio, y que sin duda enriquecerían nuestros resultados, está el no haber recogido la posible fuente de contagio.

Pérez Romero et al.²², que estudiaron las características de los casos y contactos de COVID-19 identificados en un área de Madrid durante el inicio de la desescalada, observaron que los contagios se producen principalmente en el domicilio en el caso de la población general y en el centro de trabajo en el caso de profesionales sanitarios y sociosanitarios.

Las nuevas variantes del SARS-CoV-2 y, sobre todo, la inmunización de la población con vacunas han supuesto un cambio sustancial tanto en el perfil clínico como en el riesgo de complicaciones. Sigue, por tanto, abierto un importante campo de estudio para el conocimiento de esta nueva enfermedad. Puede orientar a nuevas estrategias, resultando especialmente interesante para los profesionales de AP considerar las repercusiones de la COVID-19 desde una perspectiva de *sindemia*, caracterizada por las interacciones biológicas y sociales que incrementan la susceptibilidad de una persona a sufrir daños o empeorar sus resultados en salud²³.

Por otra parte, habría que considerar, como señalan Galicia García de Yébenes et al.²⁴, las consecuencias asociadas a la pandemia en la salud (disminución de consultas de agudos, de actividades preventivas y el retraso de los controles de pacientes con enfermedades crónicas) que tendrán un profundo impacto en el bienestar psicológico y socioeconómico de las poblaciones.

En estos tiempos cobra especial importancia la mirada holística de la AP y la necesidad de reforzar y repensar el sistema para aumentar su eficiencia.

Entre las consecuencias de la pandemia, la repercusión en la salud mental de la población infantil y adolescente está por ser evaluada, puesto que podrá tener su expresión definitiva, a medio y largo plazo, por su impacto sobre la organización de la personalidad y las experiencias emocionales.

Y es que la pandemia ha afectado tanto en la salud somática como en la salud mental de muchas de las personas afectadas²⁵.

FINANCIACIÓN

El estudio no tiene fuentes externas de financiación. Una comunicación, con resultados preliminares del estudio, presentada en las VIII Jornadas de Investigación en Atención Primaria de Castilla-La Mancha obtuvo el primer premio, al mejor trabajo de investigación en Atención Primaria, dotado con 400 euros.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Informes COVID-19. [Internet]. [Consultado: noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/-COVID-19.-Informes-previos.aspx>
2. Martín U, Bacigalupe A, Jiménez Carrillo M. COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Salud*
3. Publica. [Internet]. 2021 [consultado: 30 de abril de 2021];95:e202104066. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/55167>
4. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Aten Primaria*. 2021;53:102134. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102134
5. Barroso López KR, Peñasco García P, Soria López CI, Pérez Fernández MC, Gómez Cruz JG, González Silva Y. Características y evolución de los pacientes COVID-19 en un centro de salud urbano al inicio de la pandemia. *Aten Primaria*. 2021;53:101957. doi: 10.1016/j.aprim.2020.10.005
6. Weng CH, Butt WWW, Brooks MB, Clarke C, Jenkins HE, Holland SD, et al. Diagnostic value of symptoms for pediatric SARS-CoV-2 infection in a primary care setting. *PLoS One*. 2021;16:e0249980. doi: 10.1371/journal.pone.0249980
7. Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2021;53:101966. doi: 10.1016/j.aprim.2020.12.007
8. Leal FE, Mendes-Correa MC, Buss LF, Costa SF, Bizario JCS, De Souza SRP, et al. Clinical features and natural history of the first 2073 suspected COVID-19 cases in the Corona São Caetano primary care programme: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2021;11:e042745. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042745
9. Fernández Pérez MJ, Bernad Carbonell F, Nieves Sanchis MA, Calleja Argudo S, Martínez González A, García de Enterría Ramos I, et al. Factores asociados con una evolución desfavorable en pacientes diagnosticados de COVID-19 y seguidos en atención primaria en 2020. *Aten Primaria*. 2022;54:102372. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102372
10. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. [Internet]. BOE, núm. 294, 6 de diciembre de 2018. [Consultado: enero de 2022]. pp. 119.788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
11. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC. [Internet]. [Consultado: enero de 2022]. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
12. Menéndez Orenga M, Arribas Mayordomo M, Gasser P, Gefaell Iarrondo I, Giusto Laureano B, Sardi C, et al. El Circuito COVID en Atención Primaria en Madrid durante el inicio de la primera ola: características clínicas y actividad asistencial. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2022 [consultado: 14 de febrero de 2022]; 96: e202202018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202202018.pdf
13. Özceylan G, Altuntas SB. Relationship between initial symptoms and prognosis of patients with Covid-19. *Aten Primaria*. 2022;54:102146. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102146
14. Sebo P, Tudrej B, Lourdaux J, Cuzin C, Floquet M, Haller DM, et al. Cross sectional study of the clinical characteristics of French primary care patients with COVID-19. *Sci Rep*. 2021;11:12492. doi: 10.1038/s41598-021-91685-3
15. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89:104058. doi: 10.1016/j.archger.2020.104058
16. Barroso García P. Características epidemiológicas de los casos de COVID-19 notificados en el distrito sanitario de Almería. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2021 [consultado: 21 de septiembre de 2020];95: e202210137. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/91876>
17. Soriano López J, Salmerón Martínez D, García Pina R, Humberto Gómez J, Sánchez Rodríguez I, Ballesta Ruiz M, et al. Características sociales y de género en el ámbito de contagio de COVID-19 en una región mediterránea. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2022 [consultado: 19 de diciembre de 2022];96:e202212091. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202212091.pdf
18. Pérez-Milena A, Leyva-Alarcón A, Barquero-Padilla RM, Peña-Arredondo M, Navarrete-Espinosa C, Rosa-Garrido C. Valoración y seguimiento de los pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola pandémica en una zona urbana de Andalucía. *Aten Primaria*. 2022;54:102156. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102156
19. Valero-Bover D, Monterde D, Carot-Sans G, Cainzos-Achirica M, Comin-Colet J, Vela E, et al. Is Age the Most Important Risk Factor in COVID-19 Patients? The Relevance of Comorbidity Burden: A Retrospective Analysis of 10,551 Hospitalizations. *Clin Epidemiol*. 2023;15: 811-25. doi: 10.2147/CLEP.S408510
20. De Diego-Castell MDC, García-López E, González-González J, Álvarez-Gregori JA, Moledano-Moriano A, Criado-Álvarez JJ. Factores asociados al riesgo de hospitalización y muerte relacionados con la infección por SARS-CoV-2. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2023 [consultado: 6 de junio de 2023];97:e202306046. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/ORIGINALES/RS97C_202306046.pdf
21. Murtas R, Morici N, Cogliati C, Puoti M, Omazzi B, Bergamaschi W et al. Algorithm for Individual Prediction of COVID-19-Related Hospitalization Based on Symptoms: Development and Implementation Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2021;7:e29504. doi: 10.2196/29504
22. Vila-Corcoles A, Satue-Gracia G, Vila-Rovira A, de Diego-Cabanes C, Forcadell-Peris MJ, Ochoa-Gondar O. Development of a predictive prognostic rule for early assessment of COVID-19 patients in primary care settings. *Aten Primaria*. 2021;53:102118. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102118
23. Pérez Romero C, Serrano Pareja M, Rumayor Zarzuelo M, Mata Pariente N, Hernando García M, Grupo de Apoyo a la Vigilancia Epidemiológica. Características de los casos y contactos de COVID-19 identificados en un área de Madrid durante el inicio de la desescalada. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2021 [consultado: 5 de julio de 2021];95:e202107092. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/14196>
24. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396:874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6
25. Galicia García de Yébenes P, Gutiérrez Cuevas JJ, Santos Larrégola L, Linares Rufo M. COVID-19 y atención primaria: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en un área de Vallecas. *Aten Primaria*. 2022;54:102301. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102301
26. Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2020 [consultado: 16 de octubre de 2020];94:e202010141. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf