

ARTICULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA
DE SALUD PÚBLICA
Suplemento COVID-19

FECHA DE RECEPCIÓN: 25 de abril de 2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 02 de noviembre
de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 23 de diciembre
de 2021

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

martinecabrejas@gmail.com

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Sin
financiamiento.

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS003214.

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 ATENDIDOS EN UN CENTRO DE AISLAMIENTO DE BAJA COMPLEJIDAD

*Most frequent signs and symptoms in patients with a diagnosis of
COVID-19 in a low complexity isolation center*

*Martín Eugenio Cabrejas¹. Médico.

¹ Secretaría de Salud Pública de Rosario, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Existe escasa evidencia sobre la descripción de la sintomatología en pacientes con diagnóstico de COVID-19 de manejo ambulatorio. El objetivo de este trabajo fue describir, por sexo y por grupo etario, los diferentes signos y síntomas de pacientes con diagnóstico de COVID-19 que recibieron atención extrahospitalaria en un centro de aislamiento. MÉTODOS: El estudio es de corte transversal. La información se recopiló a partir de las historias clínicas. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, la historia personal y los signos y síntomas presentes durante el aislamiento. RESULTADOS: La muestra fue conformada por 274 pacientes. El rango etario fue de 1 a 65 años, con una media de 33 años y una mediana de 32 años. El 54% fueron hombres y la mayor frecuencia de ingresos se vio en el grupo de 15 a 29 años. El 60,2% de los pacientes no presentó comorbilidades. El 83,2% presentó uno o más signos o síntomas y el 16,7% fue asintomático. En los menores de 15 años, la manifestación clínica más frecuentes fue la tos; en el grupo de 15-29, la fiebre; entre los 30 y 44 años, la cefalea y, por último, los pacientes mayores de 45 años presentaron principalmente astenia. Se observó que la presencia de signos y síntomas es más frecuente en pacientes con comorbilidades. DISCUSIÓN: Se encontraron diferencias entre la población en estudio y la población en general con respecto a las comorbilidades, la edad y la frecuencia de signos y síntomas.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; Aislamiento de pacientes; Argentina.

ABSTRACT. INTRODUCTION: There is little evidence on the description of the symptoms in patients with a diagnosis of COVID-19 under outpatient management. Objective: To describe the different signs and symptoms of patients diagnosed with COVID-19 in out-of-hospital care, according to sex and age groups, admitted in an Isolation Center. METHODS: The study is cross-sectional. The information was collected from medical records. Variables were age, sex and history of the patients and their signs and symptoms during isolation. RESULTS: The sample consisted of 274 patients. The age range under study was from 1 to 65 years old, with a mean of 33 and a median of 32 years. From the total of those who were housed, 54% were men and the highest frequency of admissions was in the age range of 15 to 29 years old. 60.2% of the patients did not present comorbidities. 83.2% presented 1 or more signs or symptoms and 16.7% were asymptomatic. Regarding to age, in patients under 15 years old the most frequent clinical manifestation was cough and in patients between 15 and 29 years old, fever. Between 30 and 44 years old, the main symptom was headache and, patients older than 45 years old, asthenia. The presence of signs and symptoms is believed to be more common in patients with comorbidities. DISCUSSION: Differences were found between the study population and the general population. Based on age, comorbidities of the infected and frequency of signs and symptoms.

KEY WORDS: COVID-19; patient isolation; Argentina.

ARTÍCULOS ORIGINALES - Cabrejas ME. Signos y síntomas más frecuentes en pacientes con diagnóstico de COVID-19 atendidos en un centro de aislamiento de baja complejidad. *Rev Argent Salud Publica.* 2021;13 Supl COVID-19:e43.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la ciudad de Wuhan (China) informaron sobre 27 casos de síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida. El 7 de enero de 2020, las autoridades nacionales de ese país comunicaron la identificación de un nuevo coronavirus, denominado coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés). La enfermedad que causa era poco conocida antes de que se produjera el brote en Wuhan (China)²⁻⁴.

La pandemia de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) constituye un problema de salud relevante debido a la alta tasa de transmisión del virus, la elevada mortalidad que causa y las secuelas que puede dejar. Estudios revelaron que entre el 20% y el 60% de los pacientes que sufrieron la enfermedad presentaron secuelas⁵. Al 3 de abril de 2021, en todo el mundo se registraron 131 millones de casos y más de 2,85 millones de muertes, mientras que 74,3 millones de personas se recuperaron⁶. En Argentina, al 3 de abril de 2021 se habían registrado 2,38 millones de casos de COVID-19, 56 106 víctimas fatales y 2,13 millones de personas recuperadas⁷. En la provincia de Santa Fe, se habían contabilizado 233 348 de casos desde el inicio de la pandemia, 4187 víctimas fatales y 218 698 personas recuperadas⁷. En la ciudad de Rosario, se habían detectado 86 866 casos de infección por COVID-19, 2179 personas fallecidas y 80 975 recuperadas⁸.

Con base en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, el Ministerio de Salud de la Nación informó la frecuencia de los síntomas en las personas diagnosticadas con COVID-19: los más frecuentes son los respiratorios (77,2%), entre los que se encuentran la tos (56%) y el dolor de garganta (43%), entre los más característicos. También se destacan la fiebre (56,4%), el dolor de cabeza (46%) y el dolor muscular (25,4 %). Hay dos síntomas que son muy característicos de la infección por COVID-19: la falta repentina del olfato y del gusto sin otra causa, que ocurren en el 27,3% y el 20% de las personas infectadas, respectivamente.

La mayoría de las personas infectadas solo presentan síntomas leves⁹ y algunas pueden permanecer asintomáticas durante toda la infección^{10,11}.

Alrededor del 80% de las personas se recupera de la enfermedad sin necesidad de internación¹². Las personas mayores y las que padecen enfermedades previas como hipertensión arterial, alteraciones cardíacas o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves.

Un trabajo realizado en Perú indicó que el 81% desarrolló manifestaciones leves; el 14%, tuvo un cuadro grave; y el 5% ingresó a una unidad de cuidados intensivos (UCI)¹³. Estos datos son similares a los obtenidos en estudios realizados fuera del continente americano^{3,4}.

En la ciudad de Rosario, a todas las personas con

diagnóstico de COVID-19, ya sea con base en el cuadro clínico, criterios epidemiológicos o por una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés) positiva, se les realiza una evaluación inicial para seleccionar quiénes tienen indicación de internación, ya sea en sala general o en unidad de cuidados intensivos, y quiénes pueden realizar aislamiento en su domicilio. Esta evaluación se hace con base en criterios clínicos, de laboratorio y estudios por imágenes según las normas del Ministerio de Salud de la Nación¹⁴.

Uno de los requisitos para que el paciente realice el aislamiento domiciliario es que reúna las condiciones socioeconómicas necesarias: lo ideal es que no comparta habitación con otra persona, que tenga baño para uso personal o que pueda ser desinfectado posterior a su uso, no recibir visitas excepto si se requiere un control de salud y que pueda ser asistido por un tercero para la atención de sus necesidades (provisión de alimentos y de insumos de limpieza, entre otras tareas). Además, debe contar con una línea telefónica para estar en contacto con familiares y con el sistema de salud para el monitoreo de su enfermedad¹⁵.

A los pacientes que reúnan los criterios para aislamiento domiciliario, pero que por diversos motivos no pueden cumplir las condiciones mencionadas, se les ofrece un lugar de aislamiento en instituciones extrahospitalarias.

Todos los pacientes admitidos en el centro de aislamiento recibieron diagnóstico de COVID-19 en los centros de atención primaria de salud y centros asistenciales de segundo o tercer nivel de complejidad municipales y provinciales, desde donde fueron derivados según los criterios de admisión elaborados por la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario¹⁶.

El centro de aislamiento que funciona en el Hipódromo de la ciudad de Rosario fue creado en el período de preparación del sistema de salud público acorde a las necesidades específicas de la población del área de influencia. El centro de aislamiento se preparó para alojar hasta 1200 personas con criterios de aislamiento domiciliario que no reunían las condiciones socioambientales para realizarlo en condiciones seguras. El centro se encuentra dividido en sectores separados para hombres y mujeres, dispone de una guardia de enfermería las 24 horas, guardia médica de 12 horas, y servicios de apoyo de seguridad, *catering* y limpieza.

El objetivo principal es describir la frecuencia de signos y síntomas según el sexo y la edad de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 alojados en el centro de aislamiento de la ciudad de Rosario.

Como objetivo secundario, se planteó describir los síntomas más frecuentes según la presencia de comorbilidades, las presentaciones clínicas de los pacientes que tenían una prueba PCR positiva y de los que fueron internados según criterio clínico y, por último, la descripción de la salida del centro de aislamiento ya sea por el cumplimiento efectivo de los días necesarios

para el alta o por la necesidad de ser derivados a un efector de salud para su reevaluación o internación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal que se llevó a cabo en el centro de aislamiento de baja complejidad ubicado en el Hipódromo de la ciudad de Rosario durante el 31 de agosto y el 21 de noviembre de 2020.

Se tomó como criterio de inclusión a todos los pacientes que se alojaron en el centro de aislamiento con diagnóstico de COVID-19 confirmado por PCR o por cuadro clínico compatible (según los criterios epidemiológicos vigentes)¹⁷. Se excluyeron los pacientes con historias clínicas incompletas.

Los criterios clínico-epidemiológicos incluyen a toda persona de cualquier edad que presente dos o más de los siguientes síntomas: fiebre ($\geq 37,5$ °C), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, cefalea, mialgias, diarrea y vómitos sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica, o pérdida del gusto o el olfato en ausencia de cualquier otra causa demostrable. Existen tres métodos para el diagnóstico de laboratorio de infección por COVID-19: la detección de ácidos nucleicos (PCR), la detección de antígenos (proteína en espiga o nucleocápside) y la detección de anticuerpos (inmunoglobulinas M y G)^{18,19}.

La información fue recopilada de las historias clínicas, transcrita en un formulario diseñado *ad hoc* e ingresada en una planilla de cálculos Excel®. Se incluyeron los siguientes datos:

- Variables demográficas: Edad y sexo.
- Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma bronquial, patología neurológica previa, inmunodeficiencias y trastornos psiquiátricos
- Fecha de la prueba de PCR positiva, en los casos correspondientes.
- Presencia de los diferentes signos y síntomas a estudiar: mialgias, tos, dificultad respiratoria, astenia, fiebre, odinofagia, artralgias, diarrea, anosmia, cefalea, mareos u otros; y ausencia de síntomas.
- Fecha y el motivo de finalización del aislamiento, ya sea por alta epidemiológica o por derivación a otro efector por deterioro de su estado general o descompensación de las patologías de base.

Las variables categóricas se describieron como porcentajes y las variables continuas con media o mediana, según su distribución y su respectiva dispersión.

Este estudio se realizó en estricta adherencia a la Declaración de Helsinki y a sus enmiendas posteriores, así como las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, elaborada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración con la OMS.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario y autorizado por el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES).

El estudio se realizó conforme a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Ley de Habeas Data N° 25326).

RESULTADOS

Entre el 31 de agosto y el 21 de noviembre de 2020, período de funcionamiento del Centro de Aislamiento de baja complejidad de la ciudad de Rosario, se registraron 274 ingresos de pacientes con diagnóstico de COVID-19. De estos, 171 (62,4%) tuvieron al menos un resultado positivo de PCR en el hisopado; el resto de los pacientes ingresaron al centro de aislamiento por criterios clínicos-epidemiológicos de enfermedad. La mayoría fueron derivados desde efectores del primer nivel de atención (centros de salud).

Del total de ingresos, el 54% (n = 148) fueron hombres. El rango etario en estudio fue de 1 a 65 años, con una media de 33 años y una mediana de 32 años. La mayor frecuencia de ingresos se registró en el grupo etario de 15 a 29 años, con 84 pacientes, seguido por el intervalo siguiente (30-44 años) con 80 pacientes; ambos grupos contabilizaban el 59,8% de los alojados. En todos los grupos etarios ingresaron más varones, con excepción del grupo comprendido entre los 15 y los 29 años, donde prevalecieron las mujeres (ver Gráfico 1).

El 60,2% de los pacientes ingresados (67 mujeres y 60 varones) no presentaban comorbilidades. Los antecedentes y las patologías más comunes entre los varones fueron el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales; la obesidad y la hipertensión arterial. Entre las mujeres se destacan el tabaquismo, la hipertensión arterial y la obesidad. Los antecedentes personales de inmunodeficiencias y enfermedades renales o pulmonares crónicas fueron más frecuentes entre las mujeres (ver Gráfico 2).

Del total de casos, 228 presentaron uno o más síntomas. Solo 46 personas (16,7%) fueron asintomáticas. En general, los signos o síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos, astenia y cefalea. El 78,5 % de los pacientes sintomáticos presentó más de un signo o síntoma (n = 179). Los signos y síntomas más frecuentes entre los pacientes monosintomáticos fueron la astenia, la tos y la anosmia. La mayoría de ellos (33/49) tuvo una prueba de PCR positiva.

Si consideramos la distribución por sexo, la cefalea fue más frecuente en las mujeres y la tos entre los varones (ver Gráfico 3).

En relación con los signos y síntomas presentados, también se observaron diferencias entre los grupos etarios. En el grupo de niños y niñas menores de 15 años, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos y la fiebre; y entre los 15 y los 29 años, la fiebre y

GRÁFICO 1. Número de ingresos según grupos de edad y por sexo, en pacientes alojados en el centro de aislamiento de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, 2020.

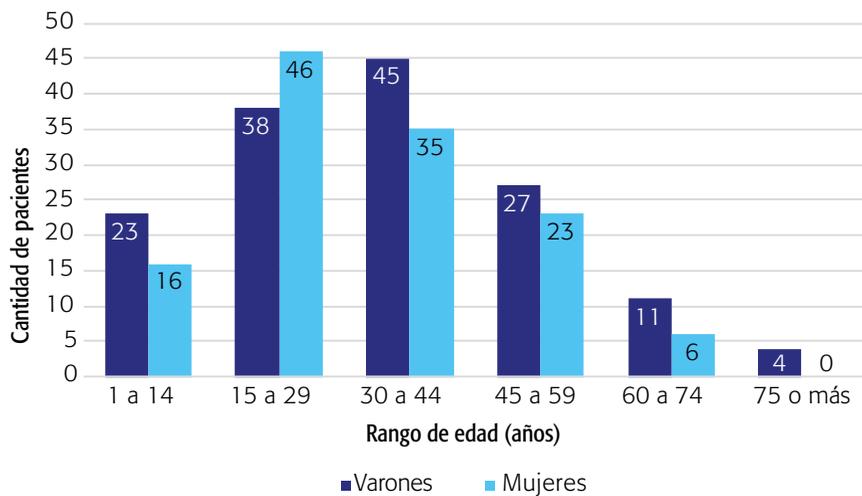
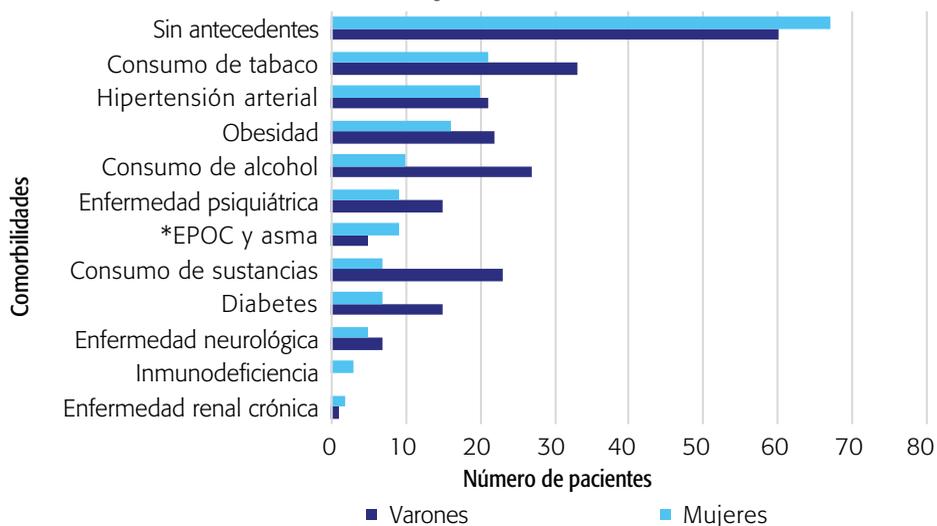
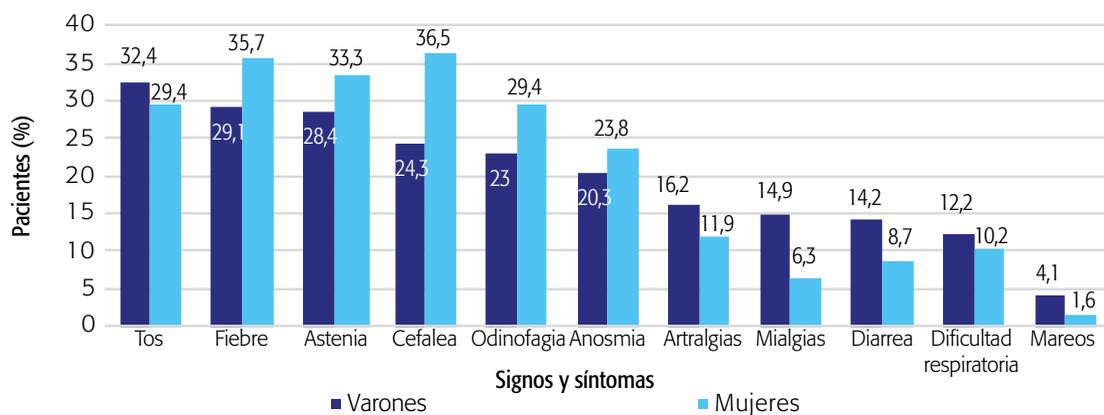


GRÁFICO 2. Antecedentes de comorbilidades, por sexo, en pacientes alojados en el centro de aislamiento de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, 2020.



*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

GRÁFICO 3. Porcentaje de presentación, por sexo, de signos y síntomas en pacientes alojados en el centro de aislamiento de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, 2020.



la cefalea. En el grupo comprendido entre los 30 y 44 años se registraron cefalea y anosmia como síntomas más frecuentes. Entre los pacientes de 45 a 59 años se observó astenia y tos, al igual que en el grupo de personas mayores de entre 60 y 74 años. Solo cuatro pacientes ingresados al centro de aislamiento eran mayores de 75 años, quienes presentaron principalmente astenia, dificultad respiratoria y fiebre.

En el Gráfico 4 se describe la frecuencia de aparición de signos y síntomas según los antecedentes de presencia de comorbilidades. Como puede apreciarse en el gráfico, la presencia de signos y síntomas es más frecuente en pacientes con enfermedades previas.

El 62,4% de los pacientes ingresados al centro de aislamiento tuvieron al menos un resultado positivo de PCR para SARS-CoV-2; el resto ingresó por criterios clínico-epidemiológicos de enfermedad. En el Gráfico 5 se muestra la frecuencia de aparición de signos y síntomas entre los pacientes ingresados en el centro de aislamiento en estos dos grupos.

El tiempo promedio de internación en el centro de aislamiento fue de 7,42 días, con una desviación estándar (DE) de 2,55 días. La mediana fue de 8 días con un rango de 1 a 20 días. Mientras que la media fue de 9 días. Del total de los pacientes hospedados, 251 (91,6%)

completaron el aislamiento programado, mientras que, de los 23 restantes, 15 (5,5%) fueron derivados por deterioro en el estado clínico a efectores de salud acorde al nivel de complejidad necesaria. Las causas de derivación a un nivel superior de atención fueron: dificultad respiratoria (11 pacientes), deterioro del sensorio (2 pacientes) y descompensación psiquiátrica (1 paciente). Los 8 pacientes restantes completaron el aislamiento en su domicilio, debido a que pudieron condicionar las instalaciones de su hogar para cursar allí el aislamiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio describe las manifestaciones clínicas de la infección por COVID-19 en un grupo de pacientes de manejo ambulatorio, cuyo entorno socioambiental no les permitió cumplir el aislamiento en sus domicilios. Esto permitió el registro fidedigno de los signos y síntomas presentes al momento de la admisión y durante el período de aislamiento, y la evolución clínica de este grupo de pacientes hasta el momento del alta epidemiológica o derivación.

Casi el 60% de los pacientes ingresados eran jóvenes de entre 15 y 45 años, y solo un tercio del total de pacientes ingresados tenían comorbilidades. En una serie de casos de 41 pacientes con COVID-19 (diagnosticados

GRÁFICO 4. Presencia de signos y síntomas en pacientes con y sin antecedentes de comorbilidades alojados en el centro de aislamiento de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, 2020.

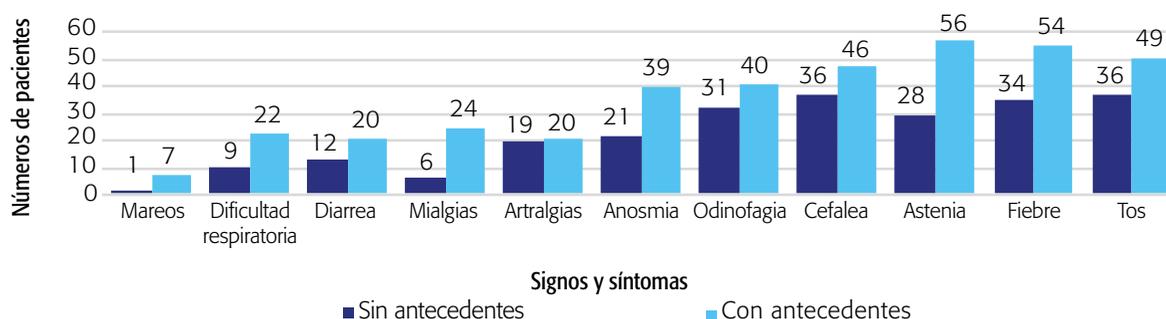
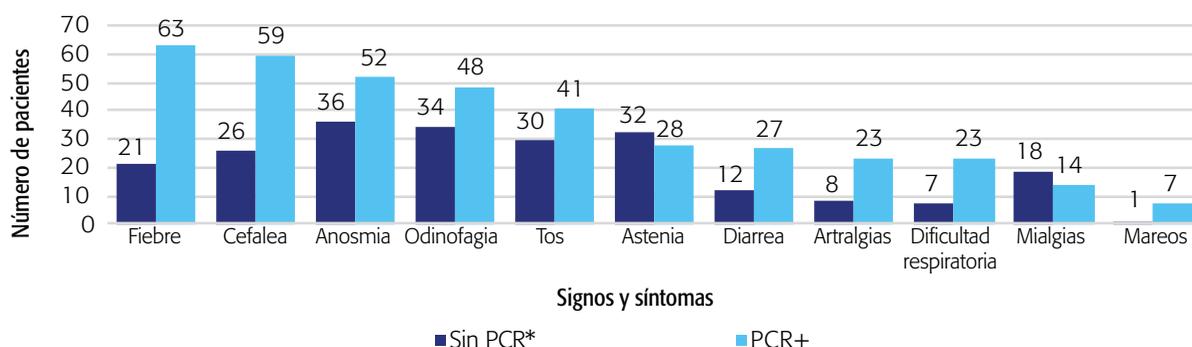


GRÁFICO 5. Signos y síntomas presentes con base en criterios clínicos y con prueba de PCR positiva en los pacientes alojados en el centro de aislamiento de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, 2020.



*PCR: reacción en cadena de la polimerasa (por su sigla en inglés).

por PCR) realizado en la ciudad de Wuhan (China), casi la mitad de los pacientes tenían comorbilidades, principalmente diabetes (32%) e hipertensión (15%). En otro estudio realizado en un hospital de Lima (Perú), la mayoría de los pacientes (68,56%) informaron al menos una comorbilidad; las más frecuentes fueron obesidad (42,55%), diabetes mellitus (21,95%) e hipertensión (21,68%)²⁰. Dentro de nuestra serie, el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y sustancias ilícitas) fueron las comorbilidades más frecuentes entre los varones. Es probable que las problemáticas de consumo hayan influido en la decisión de ingresar a estos pacientes al centro de aislamiento. Entre las mujeres, si bien se registró el antecedente de consumo de sustancias, la obesidad y la hipertensión arterial fueron las comorbilidades más frecuentes.

La mayoría de los pacientes ingresados al centro eran sintomáticos, y tres de cada cuatro presentaron más de un síntoma. Solo un 16% de los pacientes ingresaron al centro con una PCR positiva y permanecieron asintomáticos durante su estadía. La fiebre es el síntoma más frecuente y presente en todas las edades; seguido por la tos, la astenia y la cefalea.

Un metaanálisis de actualización continua publicado en septiembre de 2020 describe que la gran mayoría de las personas infectadas presenta síntomas, mientras que el 31% de la población en estudio cursa la enfermedad de forma asintomática²¹. En la población estudiada en este trabajo, el porcentaje de pacientes asintomáticos es menor, posiblemente debido a la política de tests dirigidos a pacientes sintomáticos, sus contactos estrechos u otros criterios epidemiológicos.

Con base en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, el Ministerio de Salud de la Nación informó la frecuencia de los síntomas en las personas diagnosticadas con COVID-19: los más frecuentes son los respiratorios (77,2%), entre los que se encuentran como más característicos la tos (56%) y el dolor de garganta (43%). También se destacan la fiebre (56,4%), el dolor de cabeza (46%) y el dolor muscular (25,4 %). Hay dos síntomas que son típicos de la infección por COVID-19: la falta repentina del olfato y del gusto sin otra causa, que ocurren en el 27, 3% y 20% de las personas infectadas, respectivamente.

Los pacientes evaluados en este estudio presentaron una distribución de signos y síntomas similar, con algunas variaciones según los grupos etarios y el sexo.

Un estudio realizado en pacientes ambulatorios en la clínica de fiebre del Hospital Tongji Wuhan (China) con 936 pacientes, de los cuales 628 tenían PCR positiva para SARS-CoV-2, el síntoma predominante fue la fiebre (78,2%), seguida de la tos (15,6%), fatiga (6,7%), opresión en el pecho (2,4%), diarrea (1,9%), dolor muscular (1,3%) y disnea (1%). Solo una proporción muy pequeña de pacientes presentó anorexia (0,5%), náuseas y vómitos (0,2%), odinofagia (0,2%) y mareos

(0,2%)²¹. A diferencia de nuestra serie, el promedio de edad de los pacientes en este estudio fue de 53 años (\pm 14,8), con mayor proporción de mujeres (52,9%).

Con respecto a los síntomas gastrointestinales, en Argentina son más frecuentes en los niños y se observan en aproximadamente el 15 % de los casos. Entre estos síntomas, los más comunes son diarrea (9,7 %), dolor abdominal (4,3 %) y vómitos (3,7%)²². Sin embargo, los signos y síntomas más frecuentes registrados en los 39 niños y niñas menores de 15 años alojados en el centro de aislamiento fueron tos y fiebre.

Por último, si bien la mayoría de los pacientes ingresados cursaron la enfermedad de manera leve, lo que permitió que continuaran con el manejo ambulatorio en el centro de aislamiento, en un 5% de los casos se necesitaron derivaciones a un nivel superior de atención debido al deterioro del cuadro clínico. Si bien no existen datos fidedignos en la bibliografía sobre la evolución de los casos de manejo ambulatorio, posiblemente la organización del centro, que garantizaba la atención permanente por parte de personal de salud, permitió la detección y el manejo oportuno de estos pacientes. Se sabe que la enfermedad por COVID-19 tiene banderas rojas asociadas a algunos síntomas (p. ej., hipoxemia), con probabilidades de mejorar si se diagnostican a tiempo y se inicia el tratamiento²³.

Una de las fortalezas del estudio de investigación es que describe las características clínicas de una población de pacientes con manejo ambulatorio, a diferencia de la gran mayoría de los datos publicados en la bibliografía, que incluyen pacientes hospitalizados y, por ende, con estadios más graves de la enfermedad. La admisión en el centro de aislamiento, con la confección de la historia clínica y la recopilación prospectiva de datos clínicos permite tener un registro fidedigno de la evolución del estado de salud de estos pacientes. Existe poca evidencia en la bibliografía internacional sobre la presentación y evolución clínica de estos pacientes, y no existen registros de publicaciones relacionadas con estos pacientes provenientes de América Latina.

Entre las debilidades del trabajo, se puede mencionar que el grupo en estudio puede ser diferente a la población en general de pacientes candidatos al manejo ambulatorio, ya que se atienden exclusivamente en el sistema público de salud y sus condiciones socioeconómicas y ambientales (motivo que generó el ingreso al centro de aislamiento como alternativa al aislamiento domiciliario) pueden hacer que este grupo, más vulnerable, presente características clínicas propias. Por otra parte, al ser un estudio de corte transversal, el sesgo de recuerdo puede haber influido en la recopilación de los datos.

Por último, no se registraron la cronología y la intensidad de los síntomas en el formulario de recopilación de datos.

Los centros de aislamiento para el manejo ambulatorio de pacientes con diagnóstico de COVID-19 son una

alternativa válida para ofrecer un aislamiento en condiciones seguras para las personas y su entorno; además, permiten obtener información útil sobre las características de la población (sexo y edad) y de la enfermedad y su evolución, y comparar estos datos con

los de la población en general. Además, en este grupo de pacientes con condiciones socioambientales adversas, el aislamiento en estos centros permite el monitoreo de la evolución de la enfermedad para la detección y el manejo oportuno de las posibles complicaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Cabrejas ME. Signos y síntomas más frecuentes en pacientes con diagnóstico de COVID-19 atendidos en un centro de aislamiento de baja complejidad. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13 Supl COVID-19:e43. Publicación electrónica 23 Dic 2021.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ 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):1054-62.
- ² Monto AS. Medical reviews. Coronaviruses. *Yale J Biol Med*. 1974;47(4):234-51.
- ³ 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.
- ⁴ Yue H, Bai X, Wang J, Yu Q, Liu W, Pu J, *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in Gansu province, China. *Ann Palliat Med*. 2020;9(4):1404-12.
- ⁵ Hui DS, Joynt GM, Wong KT, Gomersall CD, Li TS, Antonio G, *et al.* Impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on pulmonary function, functional capacity and quality of life in a cohort of survivors. *Thorax*. 2005;60(5):401-9.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa; Estadística COVID-19. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- ⁷ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Información epidemiológica: nuevo coronavirus. Reportes en línea [Internet]. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/febrero2021>
- ⁸ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Coronavirus: informes de situación y tablero en línea [Internet]. Rosario: SSP; 2021 [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/web/coronavirus/coronavirus-informes-de-situacion-y-tableros>.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
- ¹⁰ Qiu X, Nergiz AI, Maraolo AE, Bogoch II, Low N, Cevik M. The role of asymptomatic and pre-symptomatic infection in SARS-CoV-2 transmission-a living systematic review. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(4):511-9.
- ¹¹ Buitrago-García D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, *et al.* Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: a living systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003346.
- ¹² Bchetnia M, Girard C, Duchaine C, Laprise C. The outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a review of the current global status. *J Infect Public Health*. 2020;13(11):1601-10.
- ¹³ Accinelli RA, Zhang-Xu CM, Ju-Wang JD, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, *et al.* COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):302-11. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
- ¹⁴ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Evaluación inicial del paciente con infección respiratoria aguda y decisión del sitio de internación [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: MSN; 2020 [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/evaluacion-inicial-ira>.
- ¹⁵ Ticona Huaroto C, Espinoza Silva MM, Ticona Chávez E. COVID-19. El manejo ambulatorio durante la transmisión comunitaria intensa. *An Fac Med [Internet]*. 2020 [citado 13 de diciembre de 2021];81(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i2.18406>.
- ¹⁶ Bottari C. Criterios de ingreso - Centro de Aislamiento Ciudad de Rosario. Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias. Rosario: Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario; 2020.
- ¹⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Definición de caso de coronavirus [Internet]. 2020 [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>.
- ¹⁸ Instituto Catalán de Nanociencia y Nanotecnología, Grupo de Nanobiosensores y Aplicaciones Bioanalíticas. Técnicas y sistemas de diagnósticos para COVID-19. Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2020:1-6.
- ¹⁹ Onoda M, Martínez Chamorro MJ. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2020 [citado abril del 2020]:1-15 Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/pruebas_diagnosticas_de_laboratorio_de_covid_vfinal.pdf.
- ²⁰ Ticona Huaroto C, Espinoza Silva MM, Ticona Chávez E. COVID-19: el manejo ambulatorio durante la transmisión comunitaria intensa. *An Fac Med [Internet]*. 2020 [citado 13 de diciembre de 2021];81(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i2.18406>
- ²¹ Wei Y, Lu Y, Xia L, Yuan X, Li G, Li X, *et al.* Analysis of 2019 novel coronavirus infection and clinical characteristics of outpatients: An epidemiological study from a fever clinic in Wuhan, China. *J Med Virol*. 2020;92(11):2758-67.
- ²² Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Los síntomas más frecuentes de los casos confirmados de COVID-19 en Argentina [Internet]. 2020 [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/los-sintomas-mas-frecuentes-de-los-casos-confirmados-de-covid-19-en-argentina>.
- ²³ Buitrago-García D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, *et al.* Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: a living systematic review and meta-analysis. *PLoS Med [Internet]*. 2020 [citado 22 de septiembre de 2020];17(9):e1003346. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003346>.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.