

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Cani LR, Vilela A, Kuschner P y col.

Internación de pacientes con covid-19 en la sala general de un hospital público de CABA durante los primeros dos meses de la pandemia en la Argentina.

Rev Arg Med 2020;8[3]:216-221

COVID-19 PATIENT ADMISSION TO THE GENERAL WARD OF A PUBLIC HOSPITAL IN BUENOS AIRES CITY DURING THE FIRST TWO MONTHS OF THE PANDEMIC IN ARGENTINA

Laura Romina Cani,¹ Andrés Vilela,² Pablo Kuschner,¹ Cecilia Patricia Vanzetti,¹ Bárbara Joubert,³ Diego Yahni⁴

Recibido: 20 de agosto de 2020.

Aceptado: 10 de septiembre de 2020.

¹ Médica/o de planta, servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos "Dalmacio Vélez Sarsfield". CABA.

² Jefe, servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos "Dalmacio Vélez Sarsfield".

³ Jefa de residentes, servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos "Dalmacio Vélez Sarsfield".

⁴ Médico de planta, servicio de Infectología, Hospital General de Agudos "Dalmacio Vélez Sarsfield".

RESUMEN

Introducción. Desde el primer caso de infección por síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2, su sigla en inglés) diagnosticado, en marzo de 2020, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), los casos se incrementaron a lo largo del territorio argentino y actualmente estamos ante una emergencia sanitaria. **Objetivo.** Describir las características de los pacientes infectados por el SARS-CoV-2 e internados en la sala general de un hospital público. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, de cohorte longitudinal y prospectivo. Población compuesta por pacientes internados con la sospecha de infección asociada a la enfermedad por coronavirus tipo 2 (covid-19) durante dos meses en el hospital Vélez Sarsfield. Además, se hizo un análisis de subgrupos según el resultado de la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, su sigla en inglés) para SARS-CoV-2. Se incluyó a 89 pacientes. **Resultados.** No hubo predominio de género y la media de edad fue de 47 años. Fiebre y tos fueron los síntomas prevalentes. Los principales diagnósticos diferenciales fueron dengue e infección respiratoria alta. Los principales factores asociados a la covid-19 constituyeron el contacto estrecho con infectados y los viajes a zonas de riesgo. La mortalidad fue del 3,7%. **Conclusión.** La presentación clínica fue principalmente con más de un síntoma; sin embargo, dolor abdominal, artralgias, exantema y otros síntomas no respiratorios fueron los más frecuentes en el subgrupo de RT-PCR no detectable. El contacto con un caso sospechoso o confirmado fue la exposición más relacionada en el subgrupo de RT-PCR detectable. Menos de una tercera parte de los pacientes recibieron antibióticos y ninguno recibió antivirales específicos ni inmunomoduladores. Se registró sólo un óbito.

PALABRAS CLAVE. Características clínicas, sala general, covid-19.

ABSTRACT

Introduction. Since the first case of SARS-CoV-2 infection diagnosed in March 2020 in CABA, cases increased across Argentina – we are currently undergoing a health emergency. **Objective.** To describe the characteristics of patients infected with SARS-CoV-2 and admitted to the general ward of a public hospital. **Materials and methods.** Observational, longitudinal and prospective cohort study. Population consisting in patients hospitalized with suspected infection associated with covid-19 for two months in the Velez Sarsfield hospital. In addition, subgroup analysis was performed according to the rtPCR SARS-CoV-2 result. 89 patients were included. **Results.** There was no gender predominance and the mean age was 47 years. Fever and cough were the prevalent symptoms. The main differential diagnoses were dengue and upper respiratory infection. The main factors associated with covid-19 disease were close contact with cases and trips to risk areas. Mortality was 3.7% **Conclusion.** The clinical presentation generally included more than one symptom; however, the presence of abdominal pain, arthralgias, rash and others (non-respiratory) were the most frequent symptoms in the rtPCR subgroup that were

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Laura Romina Cani. Tinogasta 4625 (C1417EJA), CABA. Teléfono: (011) 15-4082-8018. Correo electrónico: laurarcani@hotmail.com.

not detectable. Contact with a suspected or confirmed case was the most related exposure in the detectable rtPCR subgroup (confirmed case). Less than a third part of patients received antibiotics, and none received specific antivirals or immunomodulators. Only one death was registered.

KEY WORDS. *Clinical features, general room, covid-19.*

Introducción

Desde los primeros casos, a fines del año 2019, hasta la actualidad sufrimos una devastadora epidemia originada en Asia y expandida hacia todo el mundo. Se define como enfermedad por coronavirus tipo 2 (covid-19) a la infección por el coronavirus tipo 2 que causa síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, su sigla en inglés), que afecta sobre todo las vías respiratorias, aunque puede extenderse virtualmente a cualquier órgano, y, además, posibilita el aislamiento por cultivo o resultado detectable por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, su sigla en inglés) del virus SARS-CoV-2 (1) en el hisopado de mucosas o fluidos. La definición de caso es dinámica y cambia según las condiciones epidemiológicas de cada país y en cada momento (1). Se sabe que puede afectar a personas de cualquier edad, y son los adultos mayores aquellos con más repercusiones clínicas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, tos, síntomas respiratorios, anosmia, disgeusia y cansancio. Estos síntomas suelen ser leves, aunque una de cada cinco personas que contraen la enfermedad presenta cuadros graves (2). Los factores de riesgo para contraer una enfermedad grave fueron la edad mayor de 65 años, el residir en centros cerrados (como hogares de ancianos) y el sufrir de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma moderada o grave, afecciones cardíacas graves, hipertensión arterial, inmunodepresión (pacientes oncológicos, trasplantados, positivos para virus de inmunodeficiencia humana [VIH] con control inadecuado, con uso prolongado de corticoesteroides o de otros medicamentos que debilitan el sistema inmunitario, etc.), obesidad grave, diabetes, enfermedad renal crónica o enfermedad hepática (3-5). En Argentina, hasta la fecha de cierre del estudio sumamos 7805 infectados; de ellos, 3482 (44,6%) son contactos estrechos de casos confirmados, 2372 (30,4%) son casos de circulación comunitaria, 987 (12%) son importados y el resto se encuentra en investigación epidemiológica. Hasta el momento se han producido 363 fallecimientos (6).

Objetivos

Nuestro propósito fue describir las características de los primeros pacientes infectados por covid-19 e internados en la sala general de un hospital público durante el inicio de la

epidemia en Argentina, detallar sus características epidemiológicas, enumerar factores de riesgo, listar sus características clínicas y evolutivas y, por último, analizar de forma comparativa los subgrupos formados por los pacientes con hisopado RT-PCR detectable y aquellos con hisopado no detectable.

Materiales y métodos

Estudio observacional prospectivo, descriptivo y de cohorte longitudinal. La población incluyó a pacientes internados en la sala general del hospital Dalmacio Vélez Sarsfield bajo sospecha de covid-19 en el período comprendido entre el 1 de abril y el 16 de mayo de 2020 (cuarenta y seis días). Los criterios de inclusión fueron que los pacientes fuesen mayores de 15 años que presentaran un cuadro clínico sospechoso de covid-19 definido por los criterios del momento del ingreso (variaron durante el estudio); los criterios de exclusión fueron que los pacientes hubiesen ingresado a una unidad cerrada, fueran pediátricos, estuviesen internados por otras causas o se negaran a participar del estudio. A todos ellos se les realizó un hisopado nasofaríngeo para la detección del virus mediante RT-PCR, el cual fue derivado a centros que contaban con el equipamiento requerido para su procesamiento y resultado, según las normas impuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se realizó un muestreo consecutivo que incorporó a todos los pacientes que se internaban en la sala general, a los que se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para el ingreso al estudio. Se les solicitó consentimiento para el uso de sus datos –siempre salvaguardando la confidencialidad de cada paciente–; si aceptaban, se incorporaban en el análisis. Se recabaron los datos y se volcaron en planillas preformadas para evaluar diferentes variables. Finalmente, se analizaron de forma comparativa los posibles subgrupos, divididos según su condición ante el resultado de RT-PCR.

Análisis estadístico. Las medias del resumen se expresan según lo determina la distribución de cada variable y se comparan con la prueba *t* de Student o la de la *U* de Mann-Whitney, según corresponda. Las variantes categóricas se expresan en proporciones con sus intervalos de confianza (IC) del 95% y se comparan con χ^2 . Se describe la prevalencia de los casos con su IC del 95%. La prevalencia específica por edad y sexo se describe por método directo. Se utilizó Epi Info™ 7 como programa estadístico. Se consideró significativa la probabilidad de error alfa <5%.

Resultados

En el período comprendido entre el 1 de abril y el 16 de mayo de 2020 se individualizaron 89 pacientes adultos bajo sospecha de covid-19. De ellos, 75 pacientes han presentado un resultado RT-PCR no detectable y hemos obtenido 14 casos de RT-PCR detectable (Fig. 1).

El método diagnóstico para la confirmación de infección fue por RT-PCR para SARS-CoV-2 mediante hisopado nasofaríngeo. De todos los pacientes, 75 fueron hisopados al momento de su ingreso; el resto ingresaron hisopados desde otros nosocomios o centros asistenciales.

El tiempo de demora para la obtención del resultado del hisopado fue de 48 horas (desviación típica [σ]: 0,26), con un máximo de 96 horas y un mínimo de 12 horas. La demora disminuyó con el correr de los días y fue menor a partir del día 27 del estudio, coincidente con la descentralización de los lugares disponibles y habilitados para procesar las muestras diagnósticas.

Respecto de la distribución por género, se evidenció una tendencia mayor hacia el sexo femenino, con el 57,14% (IC del 95%: 28,86%-82,34%), mientras que el masculino representó el 42,86% (IC del 95%: 17,66%-71,14%), aunque no hubo diferencias significativas ($p = 0,86$) (Fig. 2).

La media de edad fue de 47 años, aunque diferente entre los géneros: 60 años para los hombres (σ : 31,64) y 37 años para las mujeres (σ : 21,74) ($p = 0,045$) (Fig. 3).

El 70% (σ : 0,32) de la población provenía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el 28% (σ : 0,28), del conurbano (primer cordón); así, el 98% de los pacientes residía en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y sólo el 2% (σ : 0,43) provenía del segundo cordón (Merlo).

En el subgrupo de pacientes con hisopados positivos ($n = 14$), el 93% (σ : 0,17) residía en CABA y sólo uno (7%; σ : 0,23) tenía domicilio en el conurbano, pero la totalidad pertenecía al AMBA. Dos de ellos provenían de un geriátrico y uno, de una unidad de detención penitenciaria, mientras que el resto llegó desde su domicilio. Siete de estos últimos pacientes vivían en asentamientos urbanos.

En el subgrupo de pacientes con hisopados no detectables ($n = 75$), el 77,4% (σ : 0,23) tenía su domicilio en CABA y el 22% (σ : 0,35), en el conurbano, pero la totalidad provenía del AMBA. De ellos, el 70% habitaba una casa propia o alquilada, el 22% residía en un geriátrico o en centros de tercer nivel y el 8% se encontraba en situación de calle o sin domicilio fijo. Dos pacientes pertenecían a unidades penitenciarias.

La distribución de la procedencia mostró un comportamiento ligeramente diferente en ambos subgrupos, con una mayor participación del conurbano en el subgrupo no detectable, pero sin alcanzar una diferencia significativa ($p = 0,08$).

En cuanto a las manifestaciones clínicas que motivaron la consulta, la mayoría de los pacientes (94%) manifestó más de un síntoma, y la asociación de fiebre y tos fue la más frecuente (71%). Fiebre se presentó en el 85% (σ : 0,25) de

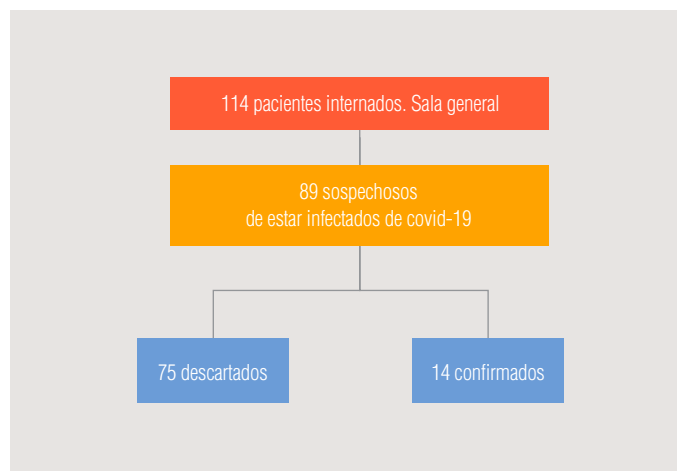


Figura 1. Población analizada.

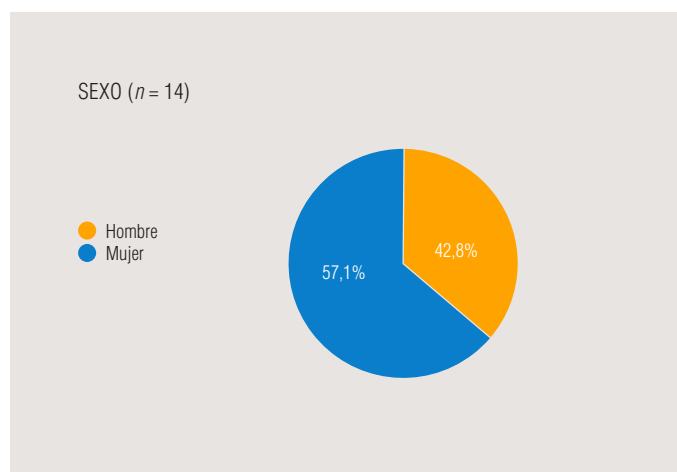


Figura 2. Distribución por sexo.

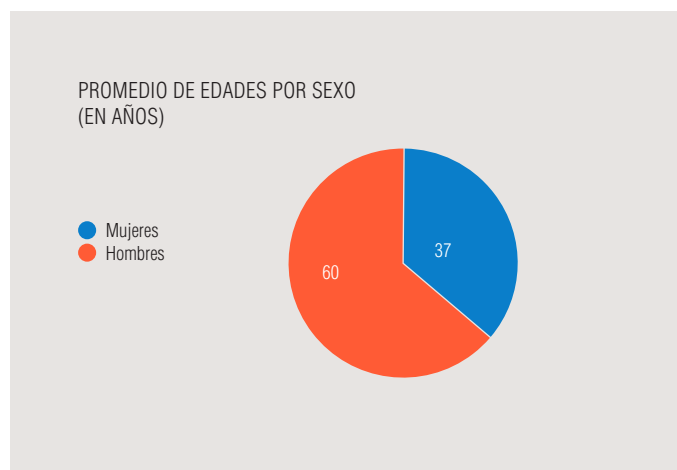


Figura 3. Distribución de edades según sexo.

TABLA 1. SINTOMATOLOGÍA QUE MOTIVÓ LA CONSULTA

Signo-síntoma	RT-PCR detectable (n = 14)	RT-PCR no detectable (n = 75)	
Fiebre	87%	84%	0,78
Tos	74%	72%	0,91
Disnea	19%	25%	0,27
Odinofagia	14%	38%	0,087
Disgeusia-anosmia	7%	3%	0,65
Otros	2%	50%	0,035
Más de un síntoma	93%	95%	0,89

los pacientes; tos, en el 73% (σ : 0,38); disnea, en el 22% (σ : 0,36); odinofagia, en el 26% (σ : 0,38), y tanto anosmia como disgeusia se encontraron en el 5% (σ : 0,25). Otros síntomas, que incluyeron artralgias, dolor abdominal, erupción cutánea y diarrea, entre otros, se evidenciaron en el 26% (σ : 0,59).

Al realizar el análisis de subgrupos no encontramos diferencias significativas, salvo para la presencia de otros síntomas, que fue significativamente mayor en el subgrupo de RT-PCR no detectable ($p = 0,035$) (tabla 1).

El contacto estrecho con un caso sospechoso o confirmado se dio en el 64% (σ : 0,39) de los pacientes incluidos y fue significativamente mayor en el subgrupo de RT-PCR detectable ($p = 0,045$).

Las comorbilidades que prevalecieron en los pacientes infectados fueron hipertensión arterial, en el 23%, y tabaquismo, en el 20%. La diabetes *mellitus* se encontró en el 18% de los pacientes, al igual que el asma leve intermitente. La infección por VIH se presentó en dos pacientes (uno de ellos fue diagnosticado durante la internación, en tanto que el otro manifestó haber abandonado el tratamiento seis meses atrás). La leucemia linfocítica crónica (sin tratamiento actual) fue hallada en un paciente. Los pacientes asmáticos sufrieron una reagudización de su enfermedad de base y se trataron con inhaladores de agonistas β_2 rápidos, β_2 de larga duración y corticoides inhalados; uno de ellos recibió corticoides sistémicos por tres días.

Sólo se solicitaron marcadores de laboratorio de gravedad en el 15,7% (σ : 0,37) de los pacientes que representaron en su totalidad el subgrupo de RT-PCR reactivo ($n = 14$). Se evidenciaron una leve aceleración de la eritrosedimentación y un aumento de la reacción en cadena de la polimerasa en el 92%, dímero D elevado en el 50% y linfopenia en casi el 70%, sin otro parámetro de gravedad de acuerdo con el laboratorio.

Respecto de los tratamientos instaurados, el 26,4% (21 pacientes) recibió tratamiento antibiótico (ceftriaxona más azitromicina) a causa de la sospecha diagnóstica de neumonía asociada, EPOC o asma reagudizado. En ningún caso se

utilizaron drogas específicas o parcialmente aceptadas para el tratamiento de la covid-19 como lopinavir o ritonavir (antivirales) o hidroxiclороquina (inmunomodulador).

La media de internación fue de 11 días, con un máximo de veintiocho días y un mínimo de dos. No hubo diferencias entre los subgrupos, pero se observó una prolongación de la internación en los pacientes del subgrupo de RT-PCR no detectable ($p = 0,08$).

En cuanto a los diagnósticos de egreso, encontramos que, en el subgrupo de RT-PCR detectable ($n = 14$), el 30,6% de los pacientes presentó una infección con compromiso de vías aéreas inferiores, el 34,4% tuvo compromiso de vías aéreas superiores, el 14% fue completamente asintomático y el 21% sólo manifestó fiebre. Cabe remarcar que dos de los pacientes presentaban coinfección con VIH.

Respecto de los pacientes del subgrupo de RT-PCR no detectable ($n = 75$), el 17% fue diagnosticado con dengue; el 16%, con neumonía adquirida en la comunidad; el 5,3%, con una reagudización de EPOC; el 2,7%, con tuberculosis pulmonar; el 10,7% fue compatible con faringitis exudativa; el 25,3%, con catarro de vías aéreas superiores; el 2,7% presentó síndromes confusionales secundarios a enfermedades oportunistas del sistema nervioso central (SNC) asociadas a VIH; el 1,3%, tromboembolismo de pulmón; el 1,3%, hemoptisis en estudio, y el 17,7%, cuadros inespecíficos en estudio (sospecha de infecciones virales) (Fig. 4).

En relación con los egresos hospitalarios, el 80% (σ : 0,26) de los pacientes regresó a sus domicilios o viviendas previos o gestionados durante la internación (centros de tercer nivel u hotel) y el 20% (σ : 0,63) continúa internado al finalizar el estudio. Del subgrupo de RT-PCR detectable ($n = 14$) todos egresaron del hospital. El 80% de los pacientes regresó a sus domicilios o viviendas previos con el alta hospitalaria (dos de ellos, con altas médicas definitivas); el 13%, a un hogar geriátrico, y el 7% (un paciente), a un hotel destinado por el Gobierno de la ciudad por encontrarse en situación de calle; todos, con seguimiento telefónico domiciliario hasta el alta definitiva. Del subgrupo de RT-PCR no detectable ($n = 75$), el 21% permanece internado (16 pacientes) y el 79% egresó a su domicilio o a centros geriátrico o de rehabilitación.

En cuanto a las complicaciones durante la estadía hospitalaria, hemos tenido tres fallecidos, lo que representa el 3,7% (σ : 0,36), sin diferencia entre los grupos ($p = 0,6$): uno pertenecía al subgrupo de RT-PCR detectable (7%) y dos, al subgrupo de RT-PCR no detectable (2,6%). El resto de los pacientes evolucionó favorablemente y no presentó otra complicación.

Discusión y conclusiones

Teniendo en cuenta el poco tiempo desde el inicio del brote y la escasa evidencia fuerte existente, respaldada en que

la mayoría de la información proviene de informes y series de casos o estudios experimentales no ideales, podemos afirmar que todo lo que podamos creer como verdad no es concluyente, por lo que debemos seguir en la búsqueda para despejar esta incertidumbre.

En nuestra muestra, los pacientes internados en la sala general del hospital Vélez Sarsfield no tuvieron diferencias de género –a pesar del leve predominio femenino–, con una amplia distribución de edades que se resume en una media de 47 años, pero que fue diferente según el género (mayor edad en los varones que en las mujeres).

Los hisopados para RT-PCR tuvieron una demora de dos días (mínimo, 6 horas y máximo, 96 horas) y se realizaron mayormente en nuestro nosocomio.

La procedencia de los pacientes fue casi en su totalidad del AMBA, con una participación levemente mayor –que no fue significativa– de pacientes del conurbano (primer cordón) en el subgrupo de RT-PCR no detectable.

La presentación clínica fue principalmente con más de un síntoma, entre los cuales la de tos y fiebre fue la asociación prevalente; sin embargo, no permitió diferenciar entre subgrupos. Dolor abdominal, artralgias, exantema y otros síntomas no respiratorios fueron los más frecuentes en el subgrupo de RT-PCR no detectable.

El contacto con un caso sospechoso o confirmado fue la exposición más relacionada en el subgrupo de RT-PCR detectable (caso confirmado).

Las comorbilidades encontradas fueron principalmente hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes y asma. Los marcadores de gravedad en el laboratorio no fueron amplia-

mente usados, y no podemos afirmar o descartar su utilidad con la muestra analizada. Cerca de una tercera parte de los pacientes recibieron antibióticos y ninguno recibió antivirales específicos ni inmunomoduladores.

Los diagnósticos al egreso fueron variados. En el subgrupo de RT-PCR detectable principalmente se encontró enfermedad con compromiso de las vías aéreas superior e inferior (neumonía), mientras que en el subgrupo de RT-PCR no detectable se destacaron dengue y catarro de vías aéreas superiores con faringitis o sin ella.

La media de internación superó los diez días, con una tendencia a internaciones más extendidas en el subgrupo de RT-PCR no detectable.

Cabe destacar que hubo dos pacientes en el subgrupo de RT-PCR no detectable con un cuadro de síndrome confusional agudo con diagnóstico final de lesiones ocupantes del SNC como manifestaciones oportunistas del VIH con desenlaces fatales, lo que nos debe alertar sobre la necesidad de tener presentes diagnósticos diferenciales y no demorar con sospechas el inicio del tratamiento.

Los pacientes del subgrupo de RT-PCR detectable no tuvieron complicaciones y al egreso hospitalario regresaron a su vivienda o fueron derivados a centros de tercer nivel o de rehabilitación. Estos pacientes continúan con seguimiento telefónico hasta el alta definitiva, y una minoría permanece hospitalizada al momento del cierre del estudio.

Continuamos realizando tareas de tamizaje para aumentar y completar nuestro trabajo con un mayor número de casos. [RAM](#)

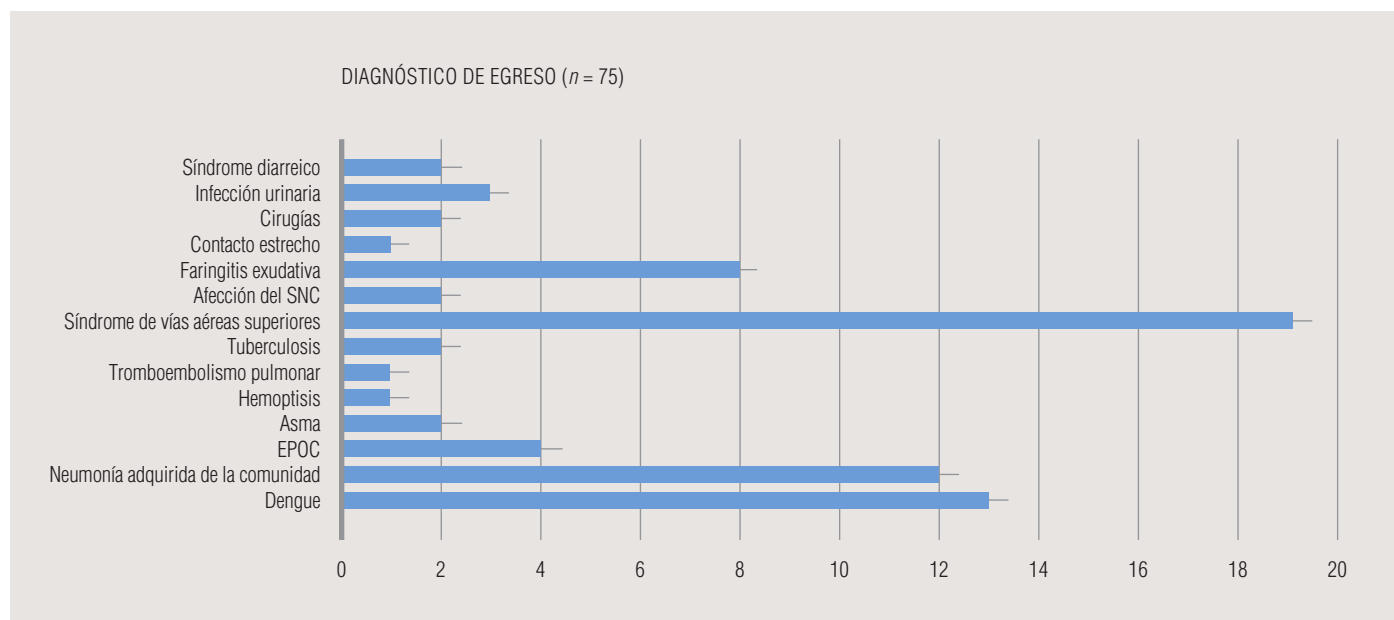


Figura 4. Diagnósticos finales de pacientes negativos para covid-19.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud de la Nación. Definición de caso. *Argentina.gob.ar* 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>
2. Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). OMS 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of Coronavirus. CDC 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
4. Paudel SS. A meta-analysis of 2019 novel coronavirus patient clinical characteristics and comorbidities. *Research Square* 2020;2020.10.21203/rs.3.rs-21831/v1. Preprint
5. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020;323(20):2052-9
6. Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2020. *Argentina.gob.ar* 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario/mayo2020>