

Caracterización clínica de los pacientes con COVID-19 moderado Clinical characterization of patients with moderate COVID-19

Sharomay Jassandra Osma Farnum¹ <https://orcid.org/0000-0002-9627-0528>

Martha Morales Carmentate² <https://orcid.org/0000-0002-5655-2272>

Víctor Rene Navarro Machado^{3*} <https://orcid.org/0000-0003-1826-3928>

Oneida Edilena Moreno Del Sol² <https://orcid.org/0000-0002-7146-5038>

Michel Curbelo López⁴ <https://orcid.org/0000-0001-7065-6230>

Tatiana Helena Carles Freire¹ <https://orcid.org/0000-0003-3497-5749>

¹Centro Integral Provisional de Figali, Panamá.

²Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología. Cienfuegos, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

⁴Hospital General “Enrique Cabrera Cossío”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: victorcfg63@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En Panamá, para asumir la masiva demanda de casos con COVID-19, fueron creados centros temporales para atención médica en algunos establecimientos públicos.

Objetivo: Caracterizar clínicamente a pacientes ingresados con COVID-19 moderado.

Métodos: Estudio descriptivo, ambispectivo, de serie de casos, realizado entre febrero y abril del 2021. Incluyó todos los ingresos en los 5 primeros meses del Centro de Atención Integral para Casos Moderados por COVID-19 en Figali. Se diseñó un cuestionario para cada paciente con datos recogidos de las historias clínicas individuales electrónicas.

Resultados: De 628 pacientes ingresados, el 58,1 % eran hombres y 41,6 % del grupo etario de ≥ 60 años. El 54,94 % ingresó luego de 7 días de síntomas, procedentes principalmente de hoteles de aislamiento (39,65 %) y hospitales (26,43 %). Los síntomas más frecuentes fueron la tos, disnea, fiebre y debilidad. El 84,39 % fueron clasificados como COVID-19 moderados. El 51,75 % requirió del ingreso en la Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales y de estos el 3,82 % necesitó ventilación mecánica invasiva. El 67,70 % fue dado de alta al hogar y 14,59 % fue transferido a hospitales de tercer nivel luego de la intubación orotraqueal.

Conclusiones: El Centro-Figali brindó atención médica a pacientes con COVID-19 moderados, severos y críticos. Prevalcieron los síntomas generales y respiratorios altos, que se intensificaron en la fase pulmonar de la enfermedad y motivaron el ingreso. Entre los hombres, adultos mayores y pacientes con

enfermedades crónicas no transmisibles estuvieron la mayoría de los ingresados y fallecidos.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; signos y síntomas; insuficiencia respiratoria.

ABSTRACT

Introduction: In Panama, temporary centers for medical care were created in some public establishments to meet the massive demand for cases with COVID-19.

Objective: To clinically describe hospitalized patients with moderate COVID-19.

Methods: A descriptive, ambispective, case series study was conducted from February to April 2021. It included all admissions in the first 5 months of the Comprehensive Care Center for Moderate Cases due to COVID-19 in Figali. A questionnaire was designed for each patient with data collected from individual electronic medical records.

Results: Out of 628 admitted patients, 58.1% were men and 41.6% were in the age group ≥ 60 years. 54.94% were admitted after 7 days of symptoms, mainly from isolation hotels (39.65%) and hospitals (26.43%). The most frequent symptoms were cough, dyspnea, fever and weakness. 84.39% were classified as moderate COVID-19. 51.75% required admission to the Special Respiratory Care Unit, and out of these 3.82% required invasive mechanical ventilation. 67.70% were discharged and 14.59% were transferred to third level hospitals after orotracheal intubation.

Conclusions: Centro Figali provided medical care to patients with moderate, severe and critical COVID-19. General and upper respiratory symptoms prevailed, which intensified in the pulmonary phase of the disease and led to admission. Among men, older adults and patients with chronic non-communicable diseases were the majority of those admitted and deceased.

Keywords: coronavirus infections; signs and symptoms; respiratory insufficiency.

Recibido: 05/05/2021

Aprobado: 10/07/2021

Introducción

Los coronavirus, aunque eran conocidos desde el pasado siglo como causante de enfermedades respiratorias de variado grado de gravedad, tuvieron su máxima afectación a la salud mundial con el SARS-CoV-2 a partir de diciembre de 2019 con el brote aparecido en Wuhan, China.^(1,2)

Al cierre del 14 de abril de 2021 y tras varias olas de contagio en casi todos los países, la pandemia había afectado a 136 millones de personas y matado a 2,9 millones de ellos.⁽³⁾ De estos totales, el 43 % de los casos y 48 % de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.⁽³⁾

La República de Panamá es uno de los países más afectados en este continente. En el mismo período han tenido un acumulado de 360 597 casos confirmados y 6 187 muertes. Su pico en la demanda de asistencia médica los presentó en julio de 2020 y enero de 2021, con promedios de 1 428 y 2 315 ingresos en salas, respectivamente.⁽¹⁾

Por ello, el sistema de salud diseñó una estrategia de extensión y expansión de camas hospitalarias que incluyó la construcción de centros temporales en establecimientos públicos. El antiguo centro de convenciones “Figali” fue uno de los espacios concebidos por las autoridades de salud panameñas para constituir un Centro Integral de Atención Provisional para Pacientes Moderados con COVID-19 (Centro-Figali). Este dispone de hasta 160 camas de las cuales 40 están destinadas para la atención semintensiva de cuidados respiratorios especiales (UCRE), y comenzó escalonadamente a recibir casos en sus cuatro salas a partir del 19 de diciembre de 2020.

El Centro-Figali tiene algunas características propias, no solo desde el punto de vista físico y organizativo que lo diferencian de un hospital típico sino que se integra como un centro de atención intermedia para casos moderados y por tanto, el grupo de pacientes que atiende puede tener también particularidades.

La revisión de los elementos relacionados a la transmisión y manifestaciones clínicas de la enfermedad son dos pilares imprescindibles para un posterior enfoque de prevención y tratamiento;⁽⁴⁾ principalmente porque el cuadro clínico varía desde síntomas no específicos y banales hasta una neumonía severa con disfunción multiorgánica con una alta letalidad.⁽⁴⁾ En adición, las características de los pacientes (y por tanto su cuadro clínico), así como las variaciones en su gravedad no han sido estáticos durante el período de pandemia lo que agrega una valoración prospectiva, necesaria para la planificación de recursos y de interrelación de la red de centros asistenciales.

En la literatura se describen comúnmente series de casos globales por países o regiones,^(1,3) así como de casos críticos⁽⁵⁾ o de mortalidad;^(6,7) pero con menor frecuencia se abordan casos clasificados como moderados. A finales del mes de abril el Centro-Figali había concluido sus primeros cinco meses de trabajo y resultó interesante saber cuáles eran las peculiaridades y la evolución de sus pacientes. Por lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación fue caracterizar clínicamente a pacientes ingresados con COVID-19 moderado en dicho lugar.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, ambispectivo, de serie de casos, entre febrero y abril de 2021. El universo incluyó a todos adultos (≥ 18 años) ingresados en el Centro Integral Provisional de Figali, Panamá en sus primeros 5 meses de trabajo. El Centro-Figali tiene un diseño para casos moderados de la enfermedad. El ingreso estuvo determinado por tres criterios principales: síntomas sugestivos de

COVID-19, hisopado nasal (Test COVID-19 Ag, Estándar Q, SD Biosensor) o Reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (PCR-RT) positivo para la enfermedad (ambos realizados por personal, protocolo e instituciones certificadas) y necesidad de oxigenoterapia para mantener $SaO_2 \geq 95\%$.

Los pacientes provenían de otros centros de atención o aislamiento para casos leves. Tras su evaluación el procedimiento era comprobar la enfermedad y clasificarla como moderado o leve con alto riesgo, luego se le realizaba remisión al Centro previa consulta con los coordinadores médicos de turno.

Cada paciente recibió atención médica según protocolo nacional de Panamá,⁽⁸⁾ protocolo del Centro-Figali y fue seguido clínicamente hasta el alta hospitalaria. Los principales parámetros de oxigenación incluyeron la presión arterial de oxígeno (PaO_2), la saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO_2) y los índices derivados de estos. Para la recogida de la información se creó un cuestionario (anexo), el cual fue llenado con datos de la historia clínica digital realizada a cada ingresado.

Los pacientes fueron clasificados al ingreso y evolutivamente en dependencia de la clínica, la radiografía, los parámetros de oxigenación (PaO_2 , SpO_2 y sus relaciones con la concentración de oxígeno) como moderados (SpO_2 entre 92 % a 95 %) o severos ($SpO_2 < 95\%$) según protocolo.⁽⁸⁾ Los casos críticos precisaron de intubación orotraqueal o traslado a otro centro hospitalario de mayor poder resolutivo para ventilación mecánica invasiva.

Las bases de datos fueron procesadas mediante el *software* Microsoft Excel. Se seleccionaron variables de interés lo que permitió la construcción de tablas y gráficos.

Resultados

En sus primeros 5 meses de trabajo, el Centro-Figali ingresó a 628 pacientes, de los cuales egresaron 619 (98,57 %). Los índices ocupacionales variaron entre 72 % y 32 % en relación con el número de nuevos casos reportados en el país.

Aunque su misión se centraba en casos moderados, dado las condiciones específicas de la epidemia en momentos pico y la saturación de otras instituciones de salud, ingresaron casos leves con alto riesgo y mantuvo casos severos y críticos. La estadía media de los enfermos fue de 10,6 días, con cifras extremos entre 0 y 60 días.

Entre los ingresados predominó el sexo masculino (58,01 %), con edades con edades por encima de 45 años y en una mayor proporción entre los ancianos (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de pacientes ingresados según grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-24 años	3	0,5	2	0,3	5	0,8
25 a 45 años	44	7,0	88	14,0	132	21,0
46 a 59 años	95	15,1	135	21,5	230	36,6
≥ 60 años	121	19,3	140	22,3	261	41,6
Total	263	41,9	365	58,1	628	100

Al momento del ingreso, un total de 443 pacientes (70.54 %) necesitaron de algún dispositivo de oxigenoterapia; de estos, por cánula nasal 240 (54,18 %), máscara facial con reservorio 134 (30,25 %), ventilación mecánica no invasiva 68 (15,35 %) y uno precisó intubación y ventilación invasiva. El tiempo entre inicio de los síntomas e ingreso fue predominantemente por encima de los 7 días y el tiempo entre diagnóstico e ingreso no tuvo un predominio en ninguno de los días, aunque fue menos frecuente a partir del décimo día (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los pacientes según tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas, diagnóstico e ingreso en el Centro-Figali

Días	Tiempo inicio de los síntomas e ingreso		Tiempo diagnóstico e ingreso	
	Nº	%	Nº	%
≤ 1 día	32	5,10	129	20,54
2-3 días	47	7,48	114	18,15
4-5 días	94	14,97	98	15,61
6-7 días	110	17,52	122	19,43
8-9 días	147	23,41	87	13,85
≥ 10 días	198	31,53	78	12,42
Total	628	100	628	100

Según el lugar de procedencia de los casos, el 39,65 % procedía de hoteles de aislamiento, seguido de los hospitales (26,43 %) y policlínicos (17,97 %). Al comparar entre evolución moderado y severo se observa que, para este último, un mayor porcentaje arribó desde hospitales o policlínicos (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de los pacientes ingresados en el Centro-Figali según lugar de procedencia y evolución de la gravedad

Procedencia	Casos moderados		Casos severos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hoteles de aislamiento	216	40,75	33	33,67	249	39,65
Hospitales	132	24,91	34	34,69	166	26,43
Policlínicas	76	14,34	18	18,37	94	14,97
Instituciones privadas	49	9,25	5	5,10	54	8,60
Domicilio	42	7,92	7	7,14	49	7,80
Asilos	15	2,83	1	1,02	16	2,55
Total	530	100	98	100	628	100

Los principales síntomas al ingreso fueron la tos (55,57 %), la disnea (45,86 %) y la fiebre (40,61 %); seguidos de la cefalea y la diarrea (Tabla 4).

Tabla 4 - Principales síntomas reportados por los pacientes al momento del ingreso en el Centro-Figali

Síntomas al ingreso	Nº	%
Tos	349	55,57
Disnea	288	45,86
Fiebre	255	40,61
Debilidad	213	33,92
Cefalea	127	20,22
Diarreas	88	14,01
Anosmia	45	7,17
Ageusia	56	8,92
Anorexia	39	6,21
Vómitos	28	4,46
Dolor garganta	49	7,80
Dolor torácico	38	6,05
Artralgia	34	5,41
Mialgias	33	5,25

Entre las comorbilidades asociadas en pacientes con COVID-19 refirieron padecer alguna de ellas 336 ingresados (53,5%). Se destacan las enfermedades crónicas no transmisibles principalmente hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). Ambas tuvieron mayor prevalencia entre quienes llegaron o desarrollaron formas más graves de la enfermedad. Los antecedentes de enfermedades infecciosas fueron muy bajos en la serie de casos, con un total de 7 pacientes (4 con VIH/SIDA, 1 hepatitis viral B, 1 tuberculosis tratada y 1 toxoplasmosis ocular) (Tabla 5).

Tabla 5 - Principales comorbilidades asociadas en los pacientes ingresados por COVID-19 según gravedad de la evolución. Centro-Figali

Comorbilidades asociadas	Casos moderados (n=530)		Casos severos (n=98)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión arterial	210	39,62	51	52,04	261	41,56
Diabetes mellitus	96	18,11	29	29,59	125	19,90
Asma bronquial	40	7,55	3	3,06	43	6,85
Enfermedad tiroidea	23	4,34	2	2,04	25	3,98
Cardiopatía isquémica	9	1,70	7	7,14	16	2,55
Enfermedades heredofamiliares	5	0,94	1	1,02	6	0,96
VIH/SIDA	4	0,75	0	0,00	4	0,64
EPOC	2	0,38	1	1,02	3	0,48
Epilepsia	2	0,38	1	1,02	3	0,48
Cirrosis hepática	2	0,38	0	0,00	2	0,32
Enfermedad renal crónica	1	0,19	1	1,02	2	0,32
Otras	3	0,57	1	1,02	4	0,64

Del total de casos ingresados, el 51,75 % requirió del ingreso en la Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (cuidados intermedios o intensivos) del Centro-Figali al momento del ingreso y el 16,07 % precisó de cuidados intensivos en la misma institución o en otros hospitales donde fueron remitidos. Este cambio de misión transitoria del centro estuvo dado por limitaciones de camas en hospitales terciarios en momentos de mayor número de casos ingresados en el país.

Un grupo de 24 pacientes necesitaron ventilación mecánica invasiva (VMI). Entre estos no hubo predominio de sexo, 54,17 % eran mayores de 59 años, 70,83 % con comorbilidades que arribaron principalmente entre el sexto y décimo día del inicio de los síntomas.

Durante la hospitalización, el grupo que necesitó de VMI tuvo previamente como promedio 2 días con oxigenoterapia con cánula nasal, 3 días con máscara facial con reservorio y entre 7 y 8 días con ventilación mecánica no invasiva (VMNI), principalmente en el modo presión continua positiva en la vía aérea (CPAP).

De los egresos del Centro-Figali, el 67,70 % fue al hogar, el 14,59 % fue transferido a otras instituciones de mayor poder resolutivo (principalmente hospitales), el 1,48 % falleció en el Centro y el resto fue transferido a otras instituciones para mantener vigilancia y cuidados (hoteles y asilos) como parte del proceso de recuperación.

Discusión

Sobre las diferencias de presentación de la enfermedad por sexo, en la mayoría de las series existe predominio masculino, aunque en proporciones variables que oscilan entre 51 y 78 %.^(1,2,6,7,9,10,11) En el reporte de Panamá a la Organización

Panamericana de la Salud se señala que el 50,6 % de la enfermedad se presenta en hombres.⁽¹⁾

En relación con las edades también existen diferencias de los que padecen la enfermedad con rangos de edad media que oscilan entre 40 y 57 años.^(1,2,5,9,10,11)

En el hospital de Barrios Luko los primeros ingresados tuvieron edad media de 46 años⁽⁹⁾ y en un estudio en China 47 %.⁽²⁾ *Villagrán* y otros⁽¹⁰⁾ encontraron que el grupo etario más frecuente en mujeres y hombres fue el de 50-54 y 40-44 años respectivamente. En un estudio en el Medio Oriente, la edad media fue de 49 años y solo un 25 % de ancianos;⁽¹¹⁾ mientras en Cuba⁽⁷⁾ el 42,0 % estuvo en el rango de 18-39 años y solo un 17,2 % de los hospitalizados eran ancianos.

Aunque hay varias teorías sobre este tema como diferencias biológicas en el sistema inmune, estilos de vida y actitudes más responsables ante la pandemia por las mujeres;⁽¹¹⁾ los autores consideran que estas diferencias del sexo y rango de edades pueden estar en relación con las características de la población en estudio. En el Centro-Figali se ingresaron casos moderados y estos pueden tener diferencias con los grupos de asintomáticos, leves o críticos.

Luego del séptimo día de inicio de los síntomas fue que arribaron la mayoría de los casos al Centro-Figali. Los autores consideran que el tiempo previo al ingreso depende de varios factores como por ejemplo la ausencia de accesibilidad a los servicios de salud. Además, está la evolución natural de la enfermedad en primera instancia. En una segunda fase o pulmonar, típica de la evolución a moderados o severos, aparecen la disnea, hipoxia y toma del estado general, los cuales motivan la evaluación médica y la remisión al Centro-Figali.⁽¹²⁾ En el hospital de Barrios Luko⁽⁹⁾ el tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta la consulta en el servicio de urgencia fue de 4 días, pero con variaciones entre 1 y 21.

Tras un período medio de incubación entre 3-4 días,⁽¹⁾ la enfermedad tiene un curso variable y los síntomas pueden tener una duración media de $12,1 \pm 9,4$ días.⁽⁵⁾ En alrededor del 20 % de los casos se desarrolla una reacción inflamatoria intensa o prolongada, mediada por citoquinas que lleva principalmente al distrés respiratorio agudo.⁽¹³⁾ Al comenzar este proceso entre el 7-10 día, se explica el tiempo entre inicio de síntomas e ingreso de los pacientes con síntomas moderados. El estar ingresados en centros de aislamiento previamente explica el tiempo entre el diagnóstico y el ingreso en el Centro-Figali.

El análisis de los tiempos y sitio de procedencia tiene un componente de evaluación de efectividad del sistema de atención. La llegada un poco más tardía en Centro-Figali puede corresponder con que la procedencia era de centros de aislamiento previo donde también se brindaba asistencia médica y el criterio principal de remisión fue el cambio de intensidad a moderada de la enfermedad.

Los principales síntomas al ingreso descritos en el Centro-Figali coinciden con lo reportado por otros investigadores, aunque con diversos órdenes de frecuencia y porcentajes.^(1,2,5,9,10,11) En una de las primeras series de casos en China, los síntomas más frecuentes fueron la tos 67,8 % y la fiebre (43,8 % al ingreso y 88,7

% durante la hospitalización).⁽²⁾ *Villagrán* y otros en una caracterización de casos de COVID-19 en México⁽¹⁰⁾ coinciden en la fiebre (84,4 %), tos predominantemente seca (83,8 %) y cefalea (74,8 %); el dato de gravedad más frecuente reportado fue la disnea (65,1 %). En serie de enfermos chilenos⁽⁹⁾ el síntoma más frecuente fue la tos seca (46,95 %), la cefalea (42,07 %) y la mialgia (41,46 %). En otro estudio de ese mismo país,⁽⁵⁾ las principales manifestaciones clínicas de COVID-19 reportadas fueron malestar general (75,4 %), cefalea (68,6 %), mialgias (61,2 %), fatigabilidad (55,4 %), fiebre (52,5 %) y anorexia (30,6 %) entre otros menos frecuentes.

Los signos y síntomas predominantes en las diversas regiones no deben ser desestimados, pues pueden ser indicadores de alerta tanto para el diagnóstico precoz de la enfermedad como del inicio de gravedad.

Tanto por la edad de los pacientes como por la patogenia de la enfermedad, en todos los estudios revisados la COVID-19 se asocia a un grupo de comorbilidades que representan también factores de riesgo para las afectaciones más graves.^(10,11,14) Las comorbilidades reportadas son similares a las encontradas en el presente estudio. Se cita⁽¹⁾ que en Panamá entre el 25-50 % de los casos con COVID-19 tienen alguna enfermedad subyacente y *Hannawi* y otros en Emiratos Árabes Unidos⁽¹¹⁾ reportaron hasta un 54 %.

Las dos enfermedades más frecuentes son la HTA y DM. En los reportes, la DM oscila entre el 21-34 %^(10,11) y la HTA entre el 31-32 %.^(10,11) Ambas también se han asociado a peor pronóstico^(7,15,16) aunque con la HTA hay resultados contradictorios.⁽¹⁵⁾ Aspectos estos también presentes en este estudio.

Entre los factores de riesgo para la enfermedad o su gravedad descritos en la literatura y en la observación empírica de los autores se destaca la obesidad. Su porcentaje de prevalencia está cercano al 33 %.⁽¹⁰⁾ El índice de masa corporal elevado es un factor de riesgo de enfermedad grave y muerte en pacientes con COVID-19, especialmente en personas de mayor edad y con niveles de índices más elevados.⁽¹⁴⁾ Una limitante para este dato en este estudio fue la no medición de la talla en algunos pacientes.

La letalidad y porcentajes de casos críticos es también variable en la literatura revisada. *Villagrán* y otros reportan un 31,3 % entre los hospitalizados;⁽¹⁰⁾ *Hannawi* describe que el 29 % de su serie requirió ingreso en Cuidados Intensivos y el 20 % ventilación mecánica, con una mortalidad del 18 %.⁽¹¹⁾

Ya se han mencionado algunos factores vinculados a la mortalidad por COVID-19. En una serie en Colombia sobre fallecidos⁽⁶⁾ predominaron los hombres, ancianos (media edad 65,75±18,11 años), con antecedentes de HTA y DM. *León* y otros⁽⁷⁾ encontraron que en Cuba la mortalidad se asociaba a mayor edad, enfermedad renal crónica, cáncer, EPOC, insuficiencia cardíaca y más de una comorbilidad.

Es de destacar que, aunque en el Centro-Figali fallecieron pocos casos, el resultado tiene el sesgo de que el 14,59 % fue trasladado a centros de atención más especializado dado por criterios de ventilación y otros estados de máxima gravedad, con lo cual existe una mortalidad oculta que no debe ser desestimada.

El Centro-Figali brindó atención médica a pacientes con COVID-19 moderados, pero también dado necesidades de atención médica a severos y críticos. Prevalcieron los síntomas generales y respiratorios altos intensificados en la fase pulmonar de la enfermedad y que motivaron el ingreso. Entre los hombres, adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles estuvieron la mayoría de los ingresados y fallecidos.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Reporte de Situación COVID-19 Panamá. Reporte No. 52 Abril 20 de 2021. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021[acceso: 29/04/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg52-abril-20-2021>
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-20. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 14 de abril de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS. 2021[acceso: 29/04/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021>
4. Ge H, Wang X, Wuan X, Yuan X, Xiao G, Wang C, *et al.* The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2020;39:1011-19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03874-z>
5. Saldías F, Peñaloza A, Farías D, Farcas K, Reyes A, Cortés J, *et al.* Manifestaciones clínicas y predictores de gravedad en pacientes adultos con infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2. *RevMed Chile.* 2020;148(10):1387-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001387>
6. Marín Sánchez A. Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2020;44:e87. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87>
7. León Álvarez JL, Calderón Martínez M, Gutiérrez Rojas AR. *Análisis de mortalidad y comorbilidad por COVID-19 en Cuba.* *Rev Cub Med.* 2021 [acceso: 26/04/2021];60(2). Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2117>
8. Ministerio de Salud. República de Panamá. Recomendaciones de atención de pacientes COVID-19 hospitalizados. 4th ed. MINSA: Ciudad Panamá. 2020[acceso: 01/03/2020]. Disponible en: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/recomendaciones_manejo_covid-19_version_4.0_9_de_abril_revisado_digesa_def14_abrildef_0.pdf
9. Zuccone G, Albornoz V, Ibáñez H, Betancur R, Matute J. Características clínicas y epidemiológicas del COVID-19 en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros

- Luco: los primeros 164 pacientes. Rev Med Chile. 2020[acceso: 09/04/2021];148(8):1096-104. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801096
10. Villagrán KA, Torrontegui LA, Entzana A. Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México. Rev Med UAS. 2020[acceso: 29/04/2021];10(2):65-79. Disponible en: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n2/covit19hcc.pdf>
11. Hannawi S, Hannawi H, Naeem KB, Elemam NM, Hachim MY, Hachim IY, *et al.* Clinical and laboratory profile of hospitalized symptomatic COVID-19 patients: case series study from the first COVID-19 Center in the UAE. Front Cell Infect Microbiol. 2021;11(732965):1-10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.632965>
12. Dos Santos. WG. Natural history of COVID-19 and current knowledge on treatment therapeutic options. Biomed Pharmacother. 2020;129:110493. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110493>
13. Sinha P, Matthay MA, Calfee CS. Is a “Cytokine Storm” Relevant to COVID-19? JAMA Intern Med. 2020;180(9):1152-54. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3313>
14. Seidu S, Gillies C, Zaccardi F, Kunutsor SK, Hartmann-Boyce J, Yates T, *et al.* The impact of obesity on severe disease and mortality in people with SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. Endocrinol Diab Metab. 2020;00:e00176. DOI: <https://doi.org/10.1002/edm2.176>
15. Sheppard JP, Nicholson BD, Lee J, McGagh D, Sherlock J, Koshiaris C, *et al.* Association between blood pressure control and coronavirus disease 2019 outcomes in 45 418 symptomatic patients with hypertension: an observational cohort study. Hypertension. 2021;77(3):846-55. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16472>
16. Lima MM, Carrera C, Madera Silva MD, Marín W, Contreras M. COVID-19 y diabetes mellitus: una relación bidireccional. Clin Investig Arterioscler. 2020;(20)30105-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización, investigación, metodología, supervisión., validación, redacción-revisión y edición: Sharomay Jassandra Osma Farnum.

Conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación y redacción-borrador original: Martha Morales Carmenate.

Conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal de los datos, investigación, metodología, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición: Víctor Rene Navarro Machado.

Conceptualización, análisis formal de los datos, investigación, redacción-revisión y edición: Oneida Edilena Moreno Del Sol.

Análisis formal de los datos, investigación, redacción-revisión y edición: Michel Curbelo López y Tatiana Helena Carles.

Anexo - Cuestionario individual para pacientes ingresados en el Centro-Figali

1. Folio _____
2. Nombre: _____
3. Número historia clínica: _____
4. Edad: ___ años.
5. Sexo: Masculino ___ Femenino ___.
6. Procedencia: Hospital ___ Policlínico ___ Domicilio ___ Hotel ___ Instituciones privadas de salud ___ Asilo anciano ___ Otra ___.
7. Clasificación clínica de gravedad al ingreso: Leve ___ Moderado ___ Grave___ Crítico ___.
8. Clasificación clínica de gravedad al alta: Leve ___ Moderado ___ Grave___ Crítico ___.
9. Estadía en el centro: _____ días.
10. Tiempo inicio síntomas-ingreso: _____ días.
11. Tiempo diagnóstico-ingreso: _____ días.
12. Síntomas _____ al ingreso: _____
13. Antecedentes patológicos personales (comorbilidades): _____
14. Uso dispositivo de oxigenoterapia/ventilación al ingreso: cánula nasal ___ máscara facial con reservorio ___ cánula nasal de alto flujo ___ ventilación mecánica no invasiva ___ intubación/ventilación invasiva.
15. Sitio de ingreso: Sala ___ Unidad de cuidados respiratorios especiales ___
16. Egreso: Vivo recuperado ___ Vivo a otro centro ___ Fallecido ___.
17. Sitio si egresó vivo y recuperado: _____