

## EXPERIENCIA INICIAL EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 EN UN HOSPITAL PRIVADO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

LAURA PULIDO<sup>1</sup>, MARCO A. SOLÍS-ARAMAYO<sup>1</sup>, MANUEL IBARROLA<sup>1</sup>, MARCELA HERES<sup>1</sup>, JIMENA FALCO<sup>1</sup>, GISELLE TOMASZUK<sup>1</sup>, LISANDRO CHURIN<sup>1</sup>, PATRICIA MAGGIO<sup>1</sup>, VANINA MARTIN<sup>1</sup>, MARCOS HERNANDEZ<sup>1</sup>, SEBASTIÁN GARCÍA-ZAMORA<sup>2</sup>, SILVIA QUADRELLI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumonología, Fundación Sanatorio Güemes, <sup>2</sup>Servicio de Cardiodiagnóstico, Investigaciones Médicas, Buenos Aires, Argentina

**Resumen** La infección por COVID-19 tiene presentaciones variadas, siendo aún escasos los datos de evolución de pacientes afectados en Argentina. Este es un estudio retrospectivo, observacional de pacientes con confirmación virológica de coronavirus atendidos entre marzo y mayo 2020 en un hospital privado universitario de tercer nivel de Buenos Aires. Se incluyeron 155 pacientes adultos de los cuales 47 (30.3%) concurren solo para realizarse un hisopado; 92 (59.4%) fueron internados en el hospital y 16 (10.3%) tuvieron internación domiciliaria con seguimiento telefónico diario. El 54.2% fueron mujeres con mediana de edad de 35 años (rango intercuartil [RIC] 29 a 50). El 59.4% (92) tenían algún factor de riesgo, incluyendo edad igual o mayor a 65 años, enfermedad crónica predisponente, eran personal de salud o trabajaban/residían en geriátrico. En los 108 que tuvieron seguimiento, el síntoma más frecuente fue fiebre (75.9%), seguido de tos (65.7%), y odinofagia (48.2%). La odinofagia fue más frecuente en mujeres ( $p = 0.035$ ) y la disnea en hombres ( $p = 0.014$ ). El 93.5% de los participantes (101) experimentaron síntomas, mientras que 17.6% (19) presentó algún síntoma, pero encontrándose afebriles. En 5 participantes a los que se les realizó una tomografía se observó que la radiografía había sido normal o no diagnóstica. Catorce pacientes requirieron terapia intensiva y 6 de ellos necesitaron ventilación mecánica, falleciendo cuatro. Los 2 pacientes restantes fueron derivados a centros de cuidados crónicos. Ningún paciente con internación domiciliaria requirió ser hospitalizado ni falleció. Si bien esta observación resulta alentadora, deberá ser confirmada en nuevos estudios.

**Palabras clave:** infección por SARS-CoV-2, coronavirus-19, hospitalizaciones, mortalidad

**Abstract** *Initial experience in the attention of patients with COVID-19 in a private third-level hospital in Buenos Aires city.* Infection with the SARS coronavirus type 2 (COVID-19) has a variety of presentations, with little data on the evolution of affected patients in Argentina. This is a retrospective and observational study of patients with virological confirmation of coronavirus treated during the months of March to May in a private third-level university hospital in Buenos Aires. One hundred and fifty-five adult patients were included, of which 30.3% attended only for a swab; 59.4% were admitted to the hospital and 10.3% were hospitalized at home with daily telephone follow-up. Fifty-four point two percent of participants were women and the median age was 35 years (ICQ 29 to 50). About 59.3% of patients had some risk factor, including age (65 years old or more), underlying chronic disease, were health workers or personnel/residents in a nursing home. The most frequent symptom was fever (75.9%), followed by cough (65.7%), and odynophagia (48.2%). Globally, 93.5% experienced some symptoms while 17.6% of the participants presented some symptoms but without fever. Chest tomographies were performed to 5 patients. Their chest radiograph was normal or non-diagnostic. Fourteen patients required intensive therapy and 6 of them required mechanical ventilation, 4 of them died. The remaining 2 patients were referred to chronic care centers. No patient with home hospitalization required admission to hospital or died. While this observation is encouraging, it will need to be confirmed with new studies.

**Key words:** SARS-CoV-2 infection, coronavirus-19, hospitalization, mortality

### PUNTOS CLAVE

- En nuestra muestra observamos que la mayoría de los individuos con COVID-19 tenían al menos un factor de riesgo o situación predisponente. Sin embargo, una proporción importante de los mismos eran jóvenes; lo cual podría explicar, al menos parcialmente, el curso mayormente benigno de los individuos asistidos.
- Los síntomas más constantes fueron fiebre y tos, presentes en más de las dos terceras partes de los participantes. Otras manifestaciones variaron considerablemente de acuerdo al sexo.
- Resulta particularmente interesante que la totalidad de las personas que realizaron internación extrahospitalaria tuvieron una evolución favorable sin requerimiento de hospitalización ulterior. Esto sugiere que puede ser una estrategia válida a fin de evitar la saturación de las instituciones.

En diciembre del 2019 se comenzó a observar un número inexplicable de neumonías en Wuhan, ciudad de Hubei (China)<sup>1</sup>; posteriormente se supo que se trataba de un síndrome respiratorio agudo debido a un nuevo coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2)<sup>2</sup>. La infección ahora denominada COVID-19, ha sido relacionada en investigaciones epidemiológicas de los casos iniciales con la exposición a los mariscos y a otros animales en los mercados de Wuhan<sup>3</sup>. Posteriormente, el principal mecanismo de transmisión ha sido el de persona a persona entre contactos cercanos<sup>4</sup>. Por esta razón, esta nueva enfermedad infecciosa se ha extendido rápidamente y de manera exponencial por todo el mundo. Así, el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró a COVID-19 una pandemia.

La forma de presentación es muy amplia y diversa, variando desde pacientes asintomáticos hasta enfermos críticos con requerimiento de soporte respiratorio mecánico. Por otra parte, se han registrado notorias diferencias en la epidemiología entre países, inclusive dentro de una misma región, debido a lo cual el conocimiento de esta afección continúa en desarrollo.

En Argentina, el primer caso COVID-19 positivo fue notificado el 3 de marzo del 2020 y, desde ese momento, se han implementado diferentes estrategias para intentar controlar la diseminación de la enfermedad, algunas de las cuales continúan vigentes. Este estudio es una experiencia inicial sobre las formas de presentación y el curso clínico de pacientes infectados en los primeros tres meses de COVID-19 en un Hospital Universitario.

### Materiales y métodos

Se llevó adelante un estudio de corte transversal retrospectivo y observacional durante los meses de marzo a mayo de 2020 en un hospital privado universitario de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La carga de datos se realizó a

través de un formulario electrónico (*electronic case reportform –eCRF–*) diseñado especialmente para este fin y al cual solo tuvieron acceso los autores del trabajo, preservando el anonimato de todos los participantes (ver consideraciones éticas).

Criterios de inclusión: se incluyeron todas las personas con resultado positivo en hisopado de fauces y nasofaringeo de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) para SARS-CoV-2, independientemente de la edad y sintomatología.

Criterios de exclusión: se excluyeron a los individuos con sospecha de COVID-19 sin confirmación al momento del análisis y a aquellos sujetos con anticuerpos para COVID-19 (IgG, pero sin PCR o con PCR negativa).

Se clasificó como personas de riesgo a los profesionales de salud, empleados/administrativos en centros de salud y en instituciones geriátricas. Se definió como profesionales de salud a médicos, enfermeros y camilleros.

Se definió como linfopenia a un recuento total de glóbulos blancos menor a 1000/μl o un porcentaje menor al 20%. Se clasificó como trombocitopenia a un recuento plaquetario menor a 100 000/mm<sup>3</sup> y trombocitosis, a recuento plaquetario total mayor a 450 000/mm<sup>3</sup>.

Respecto a las radiografías de tórax, se clasificaron como no diagnósticas cuando poseían fallas técnicas, como mala inspiración o posición del paciente, se encontraban muy rotadas o poco penetradas o presentaban algún artefacto que impedían su correcta valoración. Se clasificó como aumento de atenuación al incremento de la densidad del parénquima pulmonar.

Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, dependiendo de su distribución. La normalidad de la distribución de las variables se evaluó mediante múltiples métodos, entre ellos herramientas gráficas (histogramas, *normal probability plot*), *skewness*, *kurtosis* y el test de Wilk-Shapiro. Las variables categóricas se expresaron mediante números y porcentajes.

Para las comparaciones entre grupos de las variables continuas que se distribuyeron normalmente se utilizó el test de Student. Cuando la distribución no resultó normal se aplicó el test de suma de rangos de Wilcoxon. Las comparaciones entre proporciones se efectuaron mediante el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher dependiendo de la frecuencia de valores observados. En todos los casos se consideró un error alfa del 5% para establecer la significación estadística. Los análisis fueron realizados con STATA versión 13.0.

Los investigadores adherimos plenamente a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Nº 25326), declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial<sup>5</sup> y las pautas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas -CIOMS-<sup>6</sup>. Debido a ello se aseguró que solamente los dos autores principales tuvieran acceso a los datos identificatorios de los participantes y fueran quienes procedieran al enmascaramiento de la información, a fin de que no sea posible identificar la inclusión de ningún individuo en el presente estudio. Por tratarse de un estudio retrospectivo, los participantes firmaron el consentimiento informado para ser ingresados en nuestra institución, de acuerdo a las normativas de la misma.

### Resultados

Se incluyeron 155 individuos con infección por Coronavirus-19 diagnosticada mediante RT-PCR en hisopado orofaríngeo. El 54.2% eran mujeres (n = 84) y la mediana de edad fue de 35 años (rango intercuartil [RIC 29-50], sin diferencias entre sexos, 37.5 años [RIC 29.5-48] en

mujeres y 33 años [RIC 29-55] en hombres,  $p = 0.78$ ). El 86.4% (134) residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los cuales 6 (4.5%) en barrios vulnerables. Los restantes 12.9% ( $n = 20$ ) pertenecían al Gran Buenos Aires, mientras que un único paciente vivía en provincia de Buenos Aires.

El 30.3% ( $n = 47$ ) concurrió de forma ambulatoria a nuestra institución solo para realizarse el hisopado, desconociéndose datos de su evolución. En el grupo que solamente se realizó un hisopado la proporción de mujeres fue del 51.1% y su promedio de edad fue menor que el de los pacientes atendidos en nuestro centro (32 años [RIC 27-40];  $p = 0.0006$ ).

Al evaluar los pacientes con seguimiento en nuestra institución ( $n = 108$ ) el 55.6% eran mujeres y su mediana de edad fue 39 (RIC 30-57) años, sin diferencias entre sexos ( $p = 0.57$ ). El 60.2% (65) no tenía vinculación con el sistema de salud; un 11.1% (12) eran residentes o trabajadores de geriátrico, 4.6% (5) personal sanitario (empleados/administrativos en centros de salud) y 24.1% (26) eran profesionales de salud.

Respecto a los factores de riesgo y comorbilidades, el 16.7% eran hipertensos, el 13% tabaquistas, 9.3% ex tabaquistas y 6.5% diabéticos; las restantes características se detallan en la Tabla 1. Globalmente, el 59.3% tenían algún factor de riesgo, incluyendo edad igual o mayor a 65 años, enfermedad crónica predisponente, eran personal de salud o trabajaban/residían en geriátrico. El

12.2% de los participantes habían recibido vacunación antigripal este año.

Respecto a la signo-sintomatología, la más frecuente fue fiebre en el 75.9% (82) de los 108 casos; la mediana de días de fiebre fue de 2 (RIC 1-4) con un máximo de 14 días. El 65.7% manifestó haber presentado tos, 48.2% odinofagia, 28.7% cefalea, 29.6% mialgias, 20.4% disnea, 13.9% síntomas gastrointestinales, 11.2% anosmia y el 5.6% expresó sentir astenia o adinamia. Globalmente, 93.5% experimentó alguno de los síntomas antes mencionados; por otro lado un 11.1% refirió otros síntomas inespecíficos (como otalgia o artralgias, entre los principales). Al evaluar la ocurrencia de síntomas de acuerdo al sexo observamos que un mayor número de mujeres manifestaron odinofagia (58% versus 40%,  $p = 0.035$ ) mientras que la disnea fue más frecuente entre los hombres (33% versus 14%,  $p = 0.014$ ). Observamos una tendencia no significativa hacia mayor frecuencia de mialgias entre las mujeres (36% versus 23%,  $p = 0.08$ ); en el resto de los síntomas observamos sutiles diferencias que no alcanzaron significación estadística (Fig. 1).

El 6.5% (7) de los pacientes presentó fiebre, sin tos, odinofagia, síntomas gastrointestinales, anosmia, disnea, cefalea, mialgias, astenia o adinamia. A la inversa, el 17.6% de los participantes presentó al menos uno de estos síntomas, pero encontrándose afebriles.

Se realizaron radiografías de tórax a todos los pacientes. El 30.6% ( $n = 33$ ) presentó áreas focales de disminución de atenuación, siendo lo más frecuente el compromiso de un cuadrante (54.6%), con compromiso de 2 cuadrantes en 36.4% de los casos y afectación de 3 cuadrantes en 9.1%.

Se realizó tomografía de tórax (TC) a 16 pacientes: el hallazgo más frecuente fue la presencia de vidrio esmerilado de forma aislada en 7 de los casos, seguido de vidrio esmerilado y consolidación en 6 pacientes y consolidación aislada en 3. En 4 individuos la afectación fue de un único lóbulo, seguido por la afectación de dos lóbulos en 5, mientras que en los restantes casos la afectación fue multilobular (con afectación de 5 lóbulos en 3 pacientes). En 5 participantes, con hallazgos en la TC, la radiografía había sido normal o no diagnóstica.

De los 108 pacientes con seguimiento en nuestra institución, 92 (85.2%) requirieron internación hospitalaria, mientras que a 16 (14.8%) se les indicó internación domiciliaria y seguimiento telefónico diario. Entre los internados en la institución, 14 requirieron internación en unidad de terapia intensiva (UTI).

Respecto a los hallazgos de laboratorio, al ingreso hospitalario el 44.4% tuvo linfopenia y 7.4% trombocitopenia. Al ingreso a UTI, 11 de los 14, presentaron linfopenia, mientras que la tasa de trombocitopenia fue la misma en todos. En ningún caso se registró trombocitosis.

Se dosó ferritina en 52 pacientes, encontrándose elevada ( $> 300$  en hombres y  $> 150$  en mujeres) en el

TABLA 1.– Características basales de los pacientes institucionalizados con infección por COVID-19

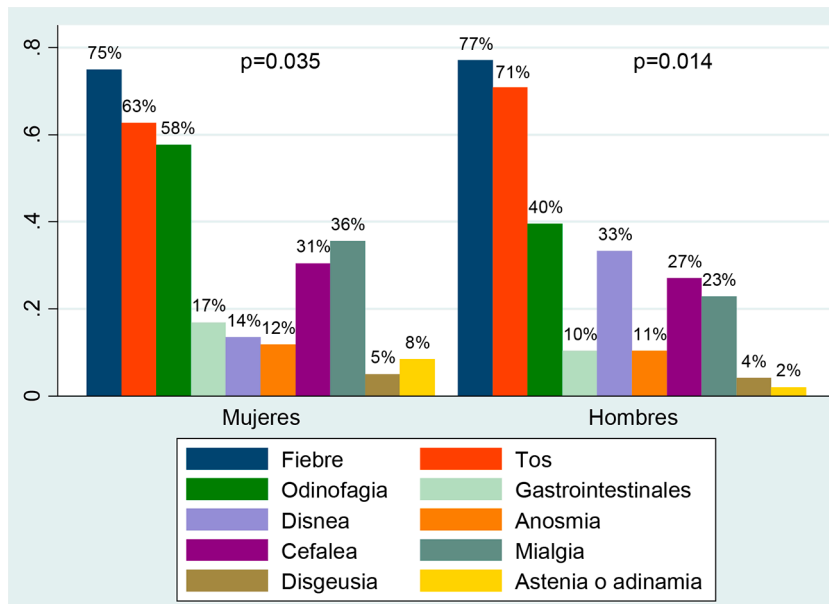
Características	Frecuencia, % (n)
Edad, años (RIC)	39 (30-57) (108)
Edad mayor o igual a 65 años	15.7 (17)
Hipertensión arterial	16.7 (18)
Tabaquistas	13 (14)
Ex tabaquistas	9.3 (10)
Diabetes	6.5 (7)
EPOC	2.8 (3)
Enfermedad cardiovascular previa*	4.6 (5)
Asma bronquial	5.6 (6)
Neoplasias	0.9 (1)
Embarazadas	0.9 (1)
Infección por HIV	0.9 (1)
Algún tipo de demencia	2.8% (3)
Obesidad mórbida**	3.7% (4)

RIC: rango intercuartil; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HIV: virus de la inmunodeficiencia humana

\*Antecedente de infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria que requirió revascularización, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular

\*\*Índice de masa corporal  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>

Fig. 1.– Distribución de síntomas de acuerdo al sexo de los pacientes



Se observa que la odinofagia fue más frecuente entre las mujeres ( $p = 0.035$ ) mientras que los hombres manifestaron más frecuentemente disnea ( $p = 0.014$ ). Las mialgias mostraron una tendencia no significativa hacia mayor frecuencia entre las mujeres ( $p = 0.08$ )

51.9% ( $n = 27$ ). Al ingreso a UTI se registró el valor de ferritina en 12 de los 14 participantes, encontrándose elevada en 10 de ellos.

La mediana de saturación al momento de la consulta fue de 97% (RIC 96-98%), valores altos. No encontramos referencias nacionales para comparar con otras muestras de pacientes, pudiéndose explicarse en parte por la hospitalización de casos leves y por causas sociales al principio de la pandemia. La mediana de saturación al ingreso a UTI fue de 90% (RIC 87.5- 92%). El valor mínimo registrado fue de 84%. Requhirieron ventilación mecánica 6 pacientes de los 14 ingresados en UTI. La mediana de días de ventilación mecánica fue de 19.5 (RIC 17-34).

Todos los pacientes con internación domiciliaria completaron su seguimiento telefónico sin registrarse defunciones, ni habiendo requerido internaciones hospitalarias. Entre los 92 pacientes con internación hospitalaria, la mortalidad fue 4.3% ( $n = 4$ ). Los 4 fallecidos requirieron estancia en UTI y ventilación mecánica; todos eran mayores de 60 años. Tres de los 4 presentaban comorbilidades. Los 2 restantes que requirieron ventilación mecánica lograron ser desvinculados de dicha asistencia, y fueron trasladados a unidades de cuidado respiratorio crónico.

## Discusión

Nuestro trabajo describe las características epidemiológicas, curso clínico y datos más relevantes del laboratorio

e imágenes en pacientes con confirmación virológica de COVID-19 tanto en internación en sala general y en UTI, como aquellos a los que se les realizó internación extrahospitalaria (en hoteles y/o domicilio con seguimiento telefónico diario durante 21 días). Como datos relevantes observamos que la fiebre fue el signo clínico más frecuente, seguido por la tos y odinofagia. La mediana de días de fiebre fue de 2 (RIC 1-4) similar a lo observado en trabajos nacionales como el de Wainer y col<sup>17</sup>. Esto puede deberse a la mayor alerta sobre este síntoma y por la internación hospitalaria incluso de casos leves al principio de la pandemia. Sin embargo, casi uno de cada cinco pacientes presentó síntomas pero estaban afebriles. Nuestros datos sugieren que podría existir diferencias en los síntomas de acuerdo al sexo: las mujeres presentaron con mayor frecuencia odinofagia y mialgias, mientras que la disnea fue más frecuente en hombres. Por otra parte un 15% de los pacientes hospitalizados requirieron ingreso a UTI, mientras que la mortalidad hospitalaria fue de 4.3%. Finalmente todos los pacientes con internación domiciliaria finalizaron su seguimiento telefónico diario (inicialmente 21 días, y luego 14 días, de acuerdo a las normativas nacionales) sin interurrencias ni requerimiento de admisión hospitalaria.

Nuestra mortalidad es similar a lo informado como tasa de fatalidad de COVID-19, y que varía de acuerdo a diferentes publicaciones entre el 1.4% y el 4.3% en diferentes regiones<sup>7-9</sup>. Todos los fallecidos eran mayores

de 60 años, 3 de ellos poseían múltiples comorbilidades, y todos presentaron bajo recuento de glóbulos blancos y una hospitalización prolongada (superior a 30 días). Además intercurrieron con infecciones intrahospitalarias y complicaciones clínicas propias de esta condición. Estos aspectos han sido señalados en comunicaciones recientes como factores vinculados a la no supervivencia. En esta línea, Wang y col. describieron las características clínicas y el desenlace de 107 pacientes internados en dos hospitales de Wuhan<sup>10</sup>; donde observaron entre los fallecidos mayor edad y número de comorbilidades. De forma similar, Price-Haywood y col.<sup>11</sup> evaluaron 1382 pacientes admitidos en la red integrada médica de Luisiana, observando que la mortalidad intrahospitalaria estaba asociada a mayor edad y al bajo recuento de glóbulos blancos.

En nuestro estudio, se utilizó como método diagnóstico de COVID-19 la realización de RT-PCR en muestras de hisopado de fauces y nasofaríngeo de los casos sospechosos. De los estudios de imágenes del tórax, solo se estableció de rutina la radiografía de tórax, contando solo con 16 tomografías de tórax realizadas. Cabe remarcar esto, porque en el estudio de Ai y col.<sup>12</sup>, se correlacionó utilizando como referencia el test de PCR para COVID-19 en 1014 pacientes, la sensibilidad, especificidad y precisión de la TC de tórax para indicar infección por COVID-19, siendo del 97%, 25% y 68%, respectivamente. Dicho trabajo concluye con la posibilidad del uso de la TC de tórax como elemento diagnóstico para COVID-19 dada su elevada sensibilidad. En nuestro estudio, solo se efectuó TC en pacientes con PCR positivo para COVID-19, y la TC de tórax fue complementaria a la radiografía. Es importante tener en cuenta la sensibilidad del método diagnóstico para no excluir falsos negativos.

Además, un 24.1% de los pacientes con COVID-19 eran personal de salud del Hospital. Cabe destacar que siempre se utilizó el equipo de protección personal brindado por el sanatorio y se remarcaron medidas de higiene con lavado de manos y utilización de alcohol en gel. Además, se contó con medios de desinfección en los consultorios y se intensificó la limpieza constante entre paciente y paciente sospechoso. Los pacientes no podían ingresar al sanatorio sin barbijo e higiene de manos al ingreso al consultorio. A pesar de esto, nuestro porcentaje es mayor, en comparación con otros estudios, como el de Kluytmans-van den Bergh y col.<sup>13</sup>, donde se evidenció un 6% de prevalencia entre 1353 trabajadores de la salud de dos hospitales daneses, con síntomas como fiebre o respiratorios leves. Por otra parte, Barrett y col.<sup>14</sup> realizaron un estudio de cohorte prospectivo donde se compararon 546 trabajadores de la salud con 283 no trabajadores de la salud, sin contactos positivos conocidos. La prevalencia de infección por COVID-19 (test PCR positivo) entre los trabajadores de salud fue del 7.3% versus 0.4% en los no trabajadores de salud. La mayoría de los trabajadores de salud eran enfermeras (62.5%). Analizando la diferencia

entre nuestros resultados y los recién expuestos con los factores de riesgo para infección por COVID-19 en trabajadores de salud<sup>15</sup>, se podría atribuir a que el riesgo de infección disminuye con el uso apropiado del equipo de protección personal y, por el contrario, aumenta asociado a ciertas exposiciones (como intubaciones orotraqueales, contacto directo con el paciente y/o con sus secreciones).

En nuestro país el estudio de mayores dimensiones en infectados con COVID-19 publicado hasta el momento es el de Rearte y col.<sup>16</sup> el cual corresponde a datos de vigilancia epidemiológica de 116 974 casos. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, observándose en 15.8% de los casos. La tasa de fallecidos fue de 4.7 cada 100 000 habitantes, siendo el 82% de éstos mayores a 60 años, similar a lo observado en nuestra muestra. Por su parte Wainer y col.<sup>17</sup> estudiaron 26 pacientes con COVID-19 en un centro privado de la ciudad de Buenos Aires. Al igual que en nuestro estudio, los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y la tos. La edad y la proporción de mujeres fue también similar a lo encontrado en nuestros pacientes. En cambio, Basbus y col.<sup>18</sup> siguieron una cohorte 131 pacientes con COVID-19, siendo su población de mayor edad que la nuestra (mediana de 52 años), lo cual podría explicar al menos en parte la mayor mortalidad allí observada (7%), siendo también la hipertensión arterial, la comorbilidad más frecuente. Los autores exploraron el valor del índice neutrófilo-linfocito como factor pronóstico en la enfermedad; en nuestro estudio la linfopenia estuvo presente en casi 4 de cada 5 que requirieron internación en UTI. Sin embargo, debido al bajo tamaño muestral no realizamos modelizaciones para explorar con mayor exactitud el papel pronóstico de este hallazgo. Finalmente Carboni Bisso y col.<sup>19</sup> comunicaron los datos de 7 pacientes ingresados en UTI por COVID-19. Al igual que en nuestro estudio el síntoma más frecuente fue la fiebre seguido por la tos; de igual manera la manifestación radiológica más frecuente fue la afectación intersticial. Ninguno falleció, pero 3 continuaban internados al momento de publicarse su estudio.

Estos datos muestran ciertas similitudes en la presentación y manifestaciones clínicas.

Nuestro estudio posee algunas limitaciones. En primer lugar, por tratarse de un análisis retrospectivo está sujeto a sesgos propios del registro de datos, quedando esto supeditado a lo recolectado en las historias clínicas. En segundo lugar, el número de pacientes es bajo, lo cual relativiza la posibilidad de generalizar las observaciones obtenidas. En tercer lugar, se trata de un estudio unicéntrico, lo cual limita *per se* la generalización de nuestras observaciones. Finalmente un subgrupo de participantes solo fue hisopado, desconociendo otros datos respecto a la evolución clínica o hallazgos de laboratorio e imágenes.

Sin embargo, un nuevo aporte es la información sobre la evolución clínica de pacientes infectados con COVID-19



y con internación domiciliaria. Si bien nuestros resultados son alentadores, nuevos estudios son necesarios para confirmar la seguridad de esta estrategia.

**Agradecimientos:** Los autores agradecemos a todo el personal del Sanatorio Güemes por su dedicación y esmero en la atención de pacientes en general, pero muy especialmente de aquellos aquejados por COVID-19.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395: 497-506.
- Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382: 727-33.
- Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382: 1199-207.
- Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395: 514-23.
- Goodyear MDE, Krljeza-Jeric K, Lemmens T. The Declaration of Helsinki. *BMJ* 2007; 335: 624-5.
- Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] en colaboración con la Organización Mundial de la Salud [OMS]. Ginebra 2016. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>; consultado junio 2020.
- Du Y, Tu L, Zhu P, et al. Clinical features of 85 fatal cases of COVID-19 from Wuhan. A retrospective observational study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201: 1372-9.
- Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323: 1061-9.
- Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382: 1708-20.
- Wang D, Yin Y, Hu C, et al. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. *Crit Care* 2020; 24: 188.
- Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalization and mortality among black patients and white patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2534-43.
- Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology* 2020; 296:E32-40.
- Kluytmans-van den Bergh MFQ, Buiting AGM, Pas SD, et al. Prevalence and clinical presentation of health care workers with symptoms of coronavirus disease 2019 in 2 Dutch hospitals during an early phase of the pandemic. *JAMA New Open* 2020; 3:e209673.
- Barrett ES, Horton DB, Roy J, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in previously undiagnosed health care workers at the onset of the U.S. COVID-19 epidemic. medRxiv 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.20.20072470>.
- Chou R, Dana T, Buckley D, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers. *Ann Intern Med* 2020; 173: 120-36.
- Rearte A, Baldani AEM, Barcena Barbeira P, et al. Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de COVID-19 en Argentina, 2020. *Rev Argent Salud Publica* 2020; 12 Supl COVID-19:e5.
- Wainer P, Saavedra F, Tagaliapietra V, et al. Experiencia Covid-19 en un sanatorio privado de Buenos Aires durante el primer mes de la pandemia: 26 casos. *Medicina (B Aires)* 2020; 80: 193-6.
- Basbus L, Lapidus MI, Martignano I, et al. Índice neutrófilo-linfocito como factor pronóstico en COVID-19. *Medicina (B Aires)* 2020; 80 (Supl. III): 31-36.
- Carboni Bisso I, Huespe I, Lockhart C, et al. COVID-19 en la terapia intensiva. Análisis de la experiencia durante el primer mes de la pandemia. *Medicina (B Aires)* 2020; 80 (Supl. III): 25-30.

----

*Sábeta Sancho, que no es un hombre más que otro si no hace más que otro. Todas estas borrascas que nos suceden son señales de que presto ha de serenar el tiempo y han de sucedernos bien las cosas; porque no es posible que el mal ni el bien sean durables, y de aquí se sigue que, habiendo durado mucho el mal, el bien esta ya cerca.*

Miguel de Cervantes (1547-1616)

Don Quijote de La Mancha (1604). Edición del IV Centenario. Madrid; Real Academia Española/Santillana, 2004. Primera Parte, Capítulo XVIII, p 163