



Original

Estudio de casos detectados de covid-19 en las dos zonas básicas de salud de Benavente y comarca hasta el 10 de abril de 2020: la gran contención de la atención primaria

Emérito Peramato Martín^a, Elpidio García Ramón^{b,*}, Yolanda Granja Garran^c,
 Ángel Alberto Peramato González^d, Nerea García Granja^e, Raquel Saborido Coiradas^f

^aCentro de Salud Benavente Norte. Benavente (Zamora). ^bGerencia Atención Primaria Valladolid Oeste. Valladolid. ^cCentro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^dFisioterapeuta. Benavente (Zamora). ^eCentro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^fOficina de Farmacia. La Unión de Campos (Valladolid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2020

Aceptado el 17 de agosto de 2020

On-line el 9 de septiembre de 2020

Palabras clave:

Epidemiología

Coronavirus

Benavente

R E S U M E N

Objetivos. Conocer la prevalencia en Benavente y Comarca. Analizar la distribución de los casos. Describir dónde fueron seguidos y controlados. Analizar las variables clínicas, de laboratorio y radiológicas.

Material y métodos. Estudio epidemiológico descriptivo y transversal. Se incluyó a todos los pacientes registrados como "Enfermedad por coronavirus" en MEDORA de las dos zonas básicas de Salud de Benavente. Se llevó un registro informatizado con todos los casos positivos confirmados, ingresados y seguidos en sus domicilios o en la Residencia Mixta Pública de la Zona Benavente Norte.

Resultados. De los 229 casos registrados hasta el día 10 de abril de 2020 en MEDORA, en 142 (62 %) se confirmó la enfermedad por PCR. De los 229 registros, 54 son institucionalizados (23,58 %); de estos, 38 con la enfermedad confirmada por PCR (70,37 %). De los 175 pacientes no institucionalizados, 102 tenían la enfermedad confirmada por PCR (58,28 %).

Comentarios. Hemos basado la investigación sobre esos 175 no institucionalizados. La prevalencia de la enfermedad con respecto a la población registrada es de 0,84 %. La tasa de letalidad, incluyendo los pacientes institucionalizados, es de 5,67 %; sin incluirlos de 2,85 %.

Conclusiones. La prevalencia y letalidad de la enfermedad en nuestras Zonas Básicas es aceptable. La covid-19 ha sido contenida en un porcentaje muy alto en el ámbito de la atención primaria, debido a una extraordinaria labor protocolizada que se ha podido realizar gracias a un estrecho seguimiento de los pacientes. Esto, sin duda, ha garantizado la adecuada asistencia al paciente, el conocimiento progresivo de su enfermedad y su control.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.039>

2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Study of COVID-19 cases detected in the two basic health areas of Benavente and region up to 10 April 2020: the great containment of primary care

A B S T R A C T

Keywords:
Epidemiology
Coronavirus
Benavente

Objectives. To know the prevalence in Benavente and region. To analyze the distribution of the cases. To describe where they were followed-up and controlled. To analyze the clinical, laboratory and radiological variables.

Material and methods. Descriptive and cross-sectional epidemiological study. Included were all the patients recorded as "Disease due to coronavirus" in MEDORA of the two basic Health areas of Benavente. A computerized registry was maintained with all the confirmed positive cases, hospitalized and monitored in their homes or in the Residencia Mixta Pública (Mixed Public Residence) of the Area of North Benavente.

Results. Of the 229 cases recorded up to 10 April 2020 in MEDORA, disease was confirmed by PCR in 142 (62 %). Of the 229 registries, 54 were institutionalized (23.58%). Of these, 38 had confirmed disease by PCR (70.37 %). Of the 175 patients who were not institutionalized, 102 had PCR confirmed disease (58.28 %).

Comments. We have based the investigation on these 175 non-institutionalized subjects. The prevalence of the disease in regards to the registered population is 0.84%. The death rate, including the institutionalized patients, is 5.67%, and is 2.85% without the latter.

Conclusions. Prevalence and death from the disease in our Basic Area is acceptable. COVID-19 has been contained in a very high percentage in the primary care setting, due to the extraordinary protocolized work that could be done thanks to the close monitoring of the patients. Undoubtedly, this has guaranteed adequate care to the patient, the progressive knowledge of his/her disease and its control.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

El 31 de diciembre del 2019, la Comisión de Salud y Sanidad de la ciudad China de Wuhan (provincia de Hubei) informó a la OMS sobre un grupo de 27 casos de una neumonía de etiología desconocida, con una exposición común al mercado de mayoristas de dicha ciudad. El inicio de los casos comunicados fue el 8 de diciembre de 2019 y siete de ellos estaban graves. El 7 de enero de 2020 las autoridades chinas identificaron como agente causal del brote a un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2 y cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero de 2020.

El 30 de enero de 2020 la OMS declaró la existencia de un riesgo de salud pública de interés internacional bajo las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la Pandemia por el alto número de personas infectadas (118.000 casos y 4.291 fallecidos en 114 países del mundo).

A 10 de abril de 2020, hay ya confirmados 1.524.161 casos y 93.774 fallecidos. En España hay hasta el momento 161.852 casos registrados y 16.353 fallecidos. En nuestra comunidad autónoma (Castilla y León) el número de casos confirmados es de 11.543 y 1.180 fallecidos. En Zamora se han confirmado 408 casos y 51 fallecidos.

Los coronavirus son virus comunes en muchas especies animales, como camellos, vacas, gatos y murciélagos. En humanos es una enfermedad zoonótica y ya se ha constatado y demostrado la transmisión eficiente de persona a persona por gotas respiratorias y por contacto con fómites contaminados.

Los coronavirus pertenecen al orden *Nidoviridae*, familia *Coronaviridae*, subfamilia *Orthocoronaviridae*, con 4 géneros: *Alpha*, *Beta*, *Delta* y *Gammavirus*. Se encuadran dentro del grupo IV de la clasificación de Baltimore: ARN virus monocatenarios (ARN mensajero) y miden de 100 a 160 nm de diámetro. Son virus ARN grandes, con el genoma de mayor tamaño entre los virus ARN conocidos. Su genoma helicoidal y con una sola hebra está empaquetado junto a una proteína (nucleocápside). En la envoltura viral se encuentran al menos tres estructuras proteicas: proteína M de membrana, proteína E (que hace el ensamblaje del virus) y proteína S en las espículas, aplicada en la penetración del virus.

Los primeros coronavirus se describieron en la década de 1960. Como hemos visto, actualmente se clasifican en 4 géneros y hay 7 variedades del mismo que son patógenos para el ser humano: 4 llamados HCoV 229-E, HCoV NL-63 (alpha-coronavirus), HCoV OC-43 y HCoV Hk-U1 (beta-coronavirus). Estos 4 producen infecciones leves habituales: conjuntivitis, infecciones respiratorias y gastrointestinales leves con patrón estacional invernal.

Tabla 1 – Datos poblacionales y de casos registrados y confirmados.

	Medio urbano	Medio rural	Total
Población de referencia	18.095 (66,81 %)	8.998 (33,19 %)	27.083
Casos registrados	165 (72,05 %)	64 (27,95 %)	229
Casos confirmados por PCR	102 (71,83 %)	40 (28,17 %)	142 (62 %)
Institucionalizados registrados	54 (29,03 %)		54
Institucionalizados confirmados	36 (66,66 %)		
No institucionalizados registrados	126 (72 %)	49 (28 %)	175
No institucionalizados confirmados	73 (71,56 %)	29 (28,44 %)	102 (58,25 %)
Tasa de prevalencia de la enfermedad			0,84 %
Tasa de letalidad global	6,66 %	3,12 %	5,67 %
Tasa de letalidad en pacientes no institucionalizados	1,81 %	3,12 %	2,85 %

Los otros 3 betacoronavirus (SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2) pueden causar infecciones graves respiratorias.

El SARS-CoV fue identificado en China en la ciudad de Guangdong a finales de 2002; en 2003 causó 8.098 casos, con una letalidad de 9,5-10 % (774 defunciones), afectó a 32 países y desde 2009 no se ha vuelto a declarar ningún caso. En España se dieron dos casos.

El Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) se dio en Arabia Saudí en 2012 y causó hasta noviembre de 2019 2.498 casos, más del 80 % en Arabia Saudí y el otro 20 % se extendió por otros 27 países arábigos. No hubo casos en España y el último caso declarado fue el 20 de enero de 2020. La letalidad fue muy alta (34,5 %).

En ambas infecciones el origen fue el murciélago; el mamífero intermediario en el SARS fue la civeta y el dromedario en el MERS. Por último, el SARS-CoV-2 es un betacoronavirus filogenéticamente más cercano al SARS-CoV que al MERS-CoV. El reservorio del virus es también el murciélago, mientras que se sigue especulando e investigando acerca del animal hospedador intermediario: hay controversia entre el Pangolín y otros.

Dada la prevalencia, la distribución de los coronavirus en distintas especies animales, su amplia diversidad genética y la frecuente recombinación de sus genomas, es de esperar que se detecten nuevos casos de coronavirus en humanos, especialmente en contactos y situaciones de proximidad estrecha con animales.

Objetivos

Conocer la prevalencia en Benavente y Comarca. Analizar la distribución de los casos. Describir dónde fueron seguidos y controlados. Analizar las variables clínicas, de laboratorio y radiológicas.

Material y métodos

Estudio epidemiológico descriptivo transversal realizado en dos Zonas Básicas de Salud, en las consultas habituales de atención primaria y sin intervención terapéutica alguna.

Como fuentes de información se utilizaron la Historia Clínica Informatizada en la Aplicación Medora y un registro pormenorizado de todos los casos clínicos confirmados mediante PCR hasta el 10 de abril de 2020 (laboratorio de microbiología de referencia: Hospital Virgen de la Concha).

Se recogieron y analizaron todos los datos de cada paciente concernientes a: motivo de consulta, fecha de inicio de síntomas, exploración física, pruebas complementarias, evolución y seguimiento. En la recogida de datos participaron todos los profesionales médicos y de enfermería de las dos Zonas Básicas de Salud. Todos los pacientes fueron seguidos y controlados presencialmente en la consulta de síntomas respiratorios de los centros, en el domicilio del paciente o mediante seguimiento telefónico (no presencial). Todos los datos quedaron registrados en Medora, también las derivaciones y sus causas.

Resultados

Las dos Zonas Básicas de Salud de Benavente atienden a una población de 27.083 personas, de los cuales 18.095 pertenecen al medio urbano y 8.988 al medio rural. Se incluyeron en el estudio los 229 casos registrados en Medora como "Enfermedad por coronavirus" hasta el 10 de abril de 2020. De los 229 casos, 54 estaban institucionalizados en una Residencia Pública de la Zona Benavente Norte. De todos ellos, solo 142 tenían confirmada la enfermedad por PCR (62 %). De los 142 casos confirmados, 36 eran pertenecientes a la Residencia descrita (54 residentes registrados con la enfermedad y de una edad muy avanzada).

Con el objetivo de presentar un estudio representativo de la población no institucionalizada, solo nos referiremos a los 175 casos de pacientes no institucionalizados, de los cuales solo 102 tenían la enfermedad confirmada mediante PCR (58,25 %). La prevalencia en la población atendida fue de 0,84 %. La tasa de letalidad (si incluimos la población institucionalizada) fue de 5,67 %; sin incluirla de 2,85 % (3,12 % en el medio rural y 1,81 % en el medio urbano) (Tabla 1).

En la tabla 2 presentamos las variables correspondientes a edad, sexo y edad promedio de los casos registrados y los confirmados. La edad promedio en los casos confirmados fue de 64,96 años (rango de 23-95 años), ligeramente superior a la de los casos registrados (63,58 años). Hubo predominio de

Tabla 2 – Distribución por edad y sexo.

	Hombre	Edad promedio	Mujer	Edad promedio	Total	Edad promedio
Casos registrados	82 (46,85 %)	64,28	93 (53,15 %)	62,88	175	63,58
Casos confirmados	45 (44,11 %)	67,20	57 (55,89 %)	62,72	102	64,96

Tabla 3 – Comorbilidades más frecuentemente detectadas.

Hipertensión arterial	29 %
Diabetes mellitus	19 %
Enfermedad cardiovascular	14 %
Enfermedad respiratoria crónica	12 %
Enfermedad renal crónica	11 %
Tabaquismo	11 %
Cáncer e inmunodepresión	5 %

mujeres sobre hombres, tanto en los casos registrados como en los confirmados (93 mujeres sobre 82 hombres y 57 mujeres sobre 45 hombres, respectivamente).

En la **tabla 3** se recogen las comorbilidades más frecuentemente halladas en los pacientes infectados. Las cuatro más frecuentes fueron, en este orden: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad coronaria y enfermedad respiratoria crónica. Un 26,85 % de los pacientes (47) no presentaron ninguna comorbilidad. Un 40 % solo presentaron una comorbilidad de las descritas (70 pacientes) y un 33,15 % presentaron dos o más comorbilidades (58 pacientes).

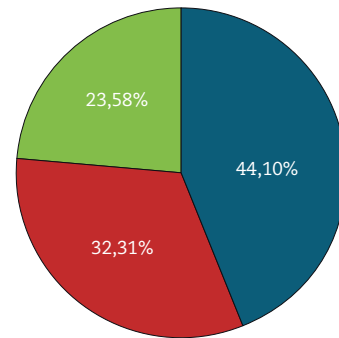
En la **figura 1** podemos apreciar el sitio donde fueron seguidos y controlados los 229 casos registrados. De ellos, 74 fueron ingresados en el hospital y seguidos en su evolución hasta el alta. De estos 74 ingresos, 5 precisaron UVI y hubo 5 éxitos. De los 54 pacientes registrados en la Residencia Pública Mixta hubo 8 éxitos. Por último, 101 pacientes no precisaron ingreso y fueron seguidos y controlados por atención primaria, bien en sus domicilios, en las consultas de síntomas respiratorios o mediante seguimiento telefónico.

En la **tabla 4** presentamos los síntomas más frecuentes al inicio de la enfermedad, los datos patológicos más significativos de la exploración física, los datos de laboratorio al ingreso en el hospital y tras 7 días de hospitalización (haciendo mención de la frecuente aparición de anemia y trombocitopenia en los pacientes con hospitalización más prolongada y en UVI) y por último los hallazgos radiológicos más frecuentes en los pacientes ingresados.

De los 74 pacientes ingresados el día 10 de abril de 2020, 17 habían recibido el alta y 57 permanecían ingresados. La duración media de hospitalización en los pacientes dados de alta fue de 14,8 días.

Al inicio la sintomatología más frecuente era la febrícula o fiebre, la tos y la astenia. En la exploración física inicial destacaban también la fiebre o febrícula, la taquicardia (mayor de 90 lpm en reposo) y la taquipnea (mayor de 20 rpm).

De los datos de laboratorio al inicio tenemos que destacar por su elevada frecuencia la linfopenia, el aumento de la PCR, el aumento de la LDH, el aumento del Dímero D y la disminución muy ligera de la actividad de protrombina. Al séptimo día se observaba ya en más de la mitad de los pacientes un aumento



■ Atención Primaria ■ Hospital ■ Residencia

Figura 1 – Distribución de los pacientes conforme al lugar donde fueron seguidos y controlados.

de la ferritina, un mantenimiento con ligeras tendencias a la baja de los parámetros de inflamación antes referidos (excepto el Dímero D, que presentaba francas oscilaciones y no seguía el mismo patrón que el resto de los parámetros de inflamación) y una disminución de la albúmina en un 46 % de los pacientes, junto a un aumento ligero moderado de las transaminasas y un aumento de los triglicéridos (este último relacionado con la administración de lopinavir /ritonavir).

A ninguno de nuestros pacientes ingresados se realizó TAC. El hallazgo más frecuente en la radiología de tórax fue la neumonía intersticial bilateral con infiltrados alveolares parcheados (30 de los 70 pacientes, 42,85 %); 22 tuvieron una neumonía unilateral multilobar de patrón similar a la descrita antes (31,42 %) y 18 tuvieron un infiltrado o condensación unilateral unilobar (25,71 %); de los otros 4 pacientes que ingresaron, en 3 fue debido a síntomas gastrointestinales graves (diarrea intensa con o sin náuseas y vómitos) y 1 por un cuadro de necrosis de pene y testículo derecho secundaria a gangrena de Fournier. En ninguno de los 4 se detectó afectación pulmonar en la radiografía.

En el momento del ingreso, el tratamiento pautado a los pacientes con neumonía consistió en cloroquina (500 mg/12 horas), lopinavir/ritonavir (200 mg/12 horas), ceftriaxona IV y N-acetilcisteína. A todos se pautó heparina de bajo peso molecular (HBPM) profiláctica y oxigenoterapia (en caso de hipoxemia). A los pacientes con mayor gravedad radiológica de la neumonía, insuficiencia respiratoria con disnea o marcados parámetros inflamatorios, se añadió metilprednisolona en bolos de 250 mg/día o dosis de 1 mg/kg/día. Los pacientes en UVI fueron sometidos a ventilación artificial y a alguno se administró tocilizumab y anakinra. De los 17 pacientes que recibieron el alta, los de más corta estancia continuaron aún en sus domicilios con cloroquina y lopinavir/ritonavir y HBPM a dosis profiláctica.

Tabla 4			
Síntomas inicio (%)			
Fiebre		80,57	
Tos		45,71	
Astenia		28,57	
Artromialgias		18,85	
Odinofagia		12,57	
Cefalea		8,57	
Diarrea		4,57	
Anosmia		3,42	
Disgeusia		2,28	
Anorexia		1,14	
Náuseas		1,4	
Rash cutáneo		0,57	
Exploración (%)			
Fiebre		80,57	
Taquicardia		66,85	
Taquipnea		32,00	
Hipoxemia		29,71	
Crepitantes		32,00	
Faringitis		22,85	
Hipotensión		21,00	
Laboratorio (%)			
	Inicio	7 días	15 días
Aumento PCR	88,00		
Aumento LDH	81,71		
Linfopenia	80,57		
Aumento dímero D	64,00	80,00	
Aumento de ferritina	12,28	54,28	
Disminución TAP*	8,57		
Disminución albúmina		43,42	
Anemia			37,62
Plaquetopenia			29,64
Radiología (%)			
Neumonía bilateral		45,71	
Neumonía multilobar unilateral		25,14	
Neumonía unilobar		17,50	

*TAP: Tasa de actividad de Protrombina. **: Neumonía.

Comentario

El día 10 de abril de 2020 teníamos 229 casos registrados de covid-19 en las Zonas Básicas de Benavente Norte y Benavente Sur (prevalencia del 0,84 %). Esto supone una prevalencia elevada con respecto a otras Zonas Básicas de nuestro entorno. La prevalencia informada por la Junta de Castilla y León en Zamora capital es de 0,63 %, en las zonas de Zamora Norte y Sur de 0,26 %, en Toro de 0,43 % y en Villalpando de 0,44 %; la más próxima a la nuestra es la de Guareña, con 0,71 %.

De estos 229 casos, 142 estaban confirmados mediante PCR, una tasa también por encima de la media en otras Zonas Básicas de Salud, en que el número de casos confirmados mediante PCR era menor. Esto ha sido debido a la existencia desde el 12 de marzo de 2020 de la elaboración de un protocolo en el centro (después de una amplia revisión bibliográfica del tema en PUBMED, Cochrane y Google sobre la enfermedad), en el que se establecieron las pautas a seguir con el paciente que presentara síntomas respiratorios. Así fueron vistos en consulta o en domicilio todos los pacientes con síntomas respiratorios, con lo que dispusimos de los datos iniciales de exploración física; muchos ya, por sospecha de neumonía, fueron remitidos a Urgencias para analítica y radiografía de tórax por sospecha de covid-19. Se vigiló de forma diaria mediante llamada telefónica a los pacientes en quienes se decidió hacer seguimiento domiciliario con aislamiento respiratorio; los mayores de 60 años o con alguna comorbilidad significativa, que tras tres días de vigilancia continuaban con síntomas, fueron remitidos al hospital para analítica y radiografía de tórax por sospecha de covid-19. Si el paciente tenía menos de 60 años y no sufría ninguna comorbilidad se esperaba como máximo hasta el quinto a séptimo día de comienzo de los síntomas; si en ese momento continuaba la sintomatología también era remitido.

Todos los casos con neumonía fueron hospitalizados. En casos de no afectación radiográfica clara, buen estado general sin hipoxemia, aunque hubiera algún marcador de inflamación elevado, los pacientes eran remitidos al centro de salud para continuar la vigilancia con tratamiento antibiótico instaurado y con PCR ya recogida.

En el caso de los pacientes ingresados con PCR positiva se localizó a todos los contactos estrechos y se les realizó un seguimiento telefónico diario de síntomas durante al menos 14 días.

Se llamaba todos los días a los pacientes con PCR positiva aislados en el domicilio; se les recordaban las normas de aislamiento e higiene respiratoria y se preguntaba por síntomas a los contactos más cercanos.

En nuestra serie hay afectación mayor en las mujeres (55,89 %); a pesar de estar descrita la mayor afectación masculina, queremos recordar que en el estudio reflejado en la bibliografía (11), de una serie de 32.583 personas con covid-19 confirmada, hubo una afectación mayor en mujeres (51,6 %) que en hombres.

Nuestra tasa de letalidad en pacientes no institucionalizados ha sido de 2,85 % (menor aún en el medio urbano y ligeramente superior en el medio rural) y está por debajo de la estimada por la OMS (3,4 %) y la actualmente registrada en España (por encima del 10 %). En ello ha influido sin duda alguna la temprana remisión de pacientes que no mejoraban.

Los síntomas clínicos, los datos de exploración física (en que observamos que un porcentaje nada despreciable de pacientes con neumonía tenían una auscultación pulmonar normal), los de laboratorio y los de radiología, son muy similares a los de otras series repasadas de autores chinos y europeos.

Observamos que el Dímero D no sigue la misma evolución que otros marcadores de inflamación. Su elevación es más moderada al principio y con una tendencia a subir en los primeros días, para luego ir paulatinamente normalizándose en los pacientes que evolucionan bien o incrementándose progresivamente en los que se complican.

Por último, cabe señalar la importancia que la atención primaria ha tenido, tiene y seguirá teniendo en la contención de esta pandemia. Basta recordar que el 44,10 % de los pacien-

tes con covid-19 fueron detectados, seguidos y controlados en nuestras consultas (sin necesidad de hospitalización); de los hospitalizados (32,31 %) más del 90 % fueron derivados desde nuestras consultas de una forma temprana para valoración, seguimiento y tratamiento. Más del 73 % de pacientes afectados han pasado por la consulta de atención primaria.

Puntos clave

Lo que sabíamos

- Es una enfermedad que ha desbordado el sistema sanitario.
- Su letalidad en España se sitúa, según los datos oficiales, por encima del 10 %.
- -Ha puesto a las unidades de vigilancia intensiva al borde del colapso.

Nosotros aportamos

- La mayoría de los pacientes han sido contenidos, seguidos y tratados en atención primaria.
- Nuestra letalidad no ha llegado en ningún momento al 3 %: se ha situado en un 2,85 % a fecha de 10 de abril de 2020.
- La UVI se evita haciendo un diagnóstico temprano y detectando y tratando a tiempo la neumonía y otras complicaciones cardiovasculares; en eso también la atención primaria desempeña un papel fundamental.

Agradecimientos

A todo el personal sanitario y no sanitario de las Zonas Básicas de Benavente Norte y Sur, por su colaboración y entrega en el control de la enfermedad y en la aportación de datos para este estudio.

A los profesionales sanitarios y no sanitarios que han dado la vida intentando proteger la de los demás, porque con su ejemplo nos han dignificado a todos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Información Científico Técnica. Enfermedad por coronavirus, covid-19. Ministerio de Sanidad. Actualización; 4 de abril 2020.
2. Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide/MN908947.3>
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qua J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2 019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395: 507-13.
4. Tang N, Li D, Wang X, Sung. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020; 18: 844-7.
5. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patient with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395: 1054-62.
6. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 20: 425-34.
7. Sun K, Chen J, Vibout C. Análisis epidemiológico temprano del bote de la enfermedad por coronavirus 2019 en datos de crowdsourcing: un estudio observacional a nivel de población. *Lancet Dig Health*. 2020; 2: E201-8.
8. 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; 385: 497-506.
9. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical course and risk factors for mortality of adults inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395: 1054-62.
10. Llor C, Moragas A. Coronavirus y atención primaria. *Aten Primaria*. 2020; 52: 294-6.
11. Pan A, Liu L, Wnag C, Guo H, Wang Q, Huang J, et al. Association of Public Health interventions with the epidemiology of COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020; 323: 1-9.
12. Trilla A. Un Mundo, una Salud: La epidemia por el nuevo coronavirus. *Med Clin (Barc)* 2020; 154: 175-7.
13. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghale Moghadan A, Farochie Rezael N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare. *J Clin Virol*. 2020; 126: 104345.
14. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 Novel CoV pneumoniae Wuhan China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395: 507-13.
15. Fernández de Sanmamed Santos MJ, Riera Armengol L, Serrano Fernández E. Y después de la fase aguda de la covid, ¿qué?. *AMF-SEMFYC*. Disponible en: <https://amf-semfyc.com>
16. Preguntas y Respuestas sobre covid para Atención Primaria (Internet). Disponible en: <https://covid19gtbook.io/guia-coronavirus/>
17. Documentos SemFYC. Criterios de atención clínica y derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-COV-2 (Internet) 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/03/Criterios-SARs-COV-2-20200320.pdf>
18. Ryu S. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiol Health*. 2020; 42: e2020006
19. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020; 9: 29.
20. Ciotti M, Angeletti S, Minieri M, Giovannetti M, Benvenuto D, Pascarella S, et al. COVID-19 outbreak: An overview. *Chemotherapy* 2019; 64: 215-23.