



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES

“CARACTERÍSTICAS CLINICO-
EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES
ASOCIADOS A MORTALIDAD EN
PACIENTES ADULTOS MENORES DE 60
AÑOS CON NEUMONÍA POR COVID-19”

Nombre del Autor: Mariel Tapia Cruz

Nombre del Asesor: Marco Antonio Montiel Gonzales

LIMA – PERÚ

2020

1. RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos menores de 60 años con neumonía por COVID-19.

Materiales y métodos: Se realizará un estudio retrospectivo observacional, en pacientes con diagnóstico de COVID-19 por prueba rápida o por hisopado nasofaríngeo, que hayan ingresado por servicio de emergencia, que cumplan con los criterios de inclusión. Se dividirán a los pacientes en dos grupos sobrevivientes y fallecidos, se evaluarán características clínicas y epidemiológicas, así como la presencia de factores asociados a mortalidad. Las variables estudiadas se analizarán en porcentajes y tablas.

Palabras clave: COVID-19, neumonía, mortalidad.

2. INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Wuhan, Hubei, China, a finales del mes de Diciembre del 2019 se inició el brote de una neumonía atípica de causa desconocida; posteriormente se descubrió un nuevo tipo de coronavirus, patología denominada como COVID-19 en Febrero del 2020 por la OMS (1). La manifestaciones clínicas van desde una infección asintomática, una enfermedad de las vías respiratorias superiores, hasta una neumonía severa con falla respiratoria.

El agente patógeno fue identificado como un nuevo coronavirus (CoV), el cual compartía una secuencia genética similar al SARS-CoV (Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave) también originado en China el 2002, posteriormente fue renombrado como SARS-CoV -2 (2).

La mayoría de pacientes tenían edades entre los 30 y 79 años (87%), procedían de la provincia de Hubei (75%), y un 86% habrían estado en Wuhan recientemente. Los casos en su mayoría fueron leves, el 14% fueron casos severos (disnea, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno \leq 93%, presión parcial de oxígeno arterial < 300mmHg, y/o infiltrados pulmonares >50% dentro de

las 24 a 48 horas), y 5% fueron pacientes críticamente enfermos (falla respiratoria, shock séptico y/o disfunción orgánica múltiple) (3) .

En varios de los primeros estudios se evidenciaron diferentes características llamativas en los pacientes fallecidos; factores asociados a mortalidad. El sexo de mayor predominancia fue el masculino, de las comorbilidades involucradas, la enfermedad cardiovascular fue la más frecuente, y dentro de las manifestaciones clínicas, la hipoxemia sintomática (4).

El grupo etario de mayor riesgo para mortalidad, era el de los adultos mayores en los primeros estudios, esto ha ido en descenso últimamente, Yingzhen Du y col, en un análisis de 85 casos, donde la mayoría de muertes se encontraban los varones mayores de 50 años de edad (5). Así mismo Zhiguo Zhou, estaba interesado en las características clínicas en pacientes menores de 60 años, llevando a cabo un estudio, en el cual junto a sus colaboradores encontró que la mayoría era del sexo masculino, una edad media de 40 años, un 17% de casos severos contra un 38% en los mayores de 60, tuvieron menos comorbilidades y menos casos de disnea (6).

Lighter y cols. describieron en un análisis retrospectivo en un hospital de la ciudad de Nueva York, que la obesidad ($IMC > 30$) se relacionaba a severidad de la enfermedad en pacientes menores de 60 años (7), en distintos estudios descriptivos mencionan la importancia que tendría este factor nutricional, el cual estaría asociado a un trastorno metabólico de base (8–11).

También se han visto que es importante la presencia de comorbilidades, pacientes con alguna comorbilidad tuvieron peores pronósticos (12,13). La hipertensión arterial ha sido una de las enfermedades más prevalentes, uno de los predictores más fuertemente relacionados a muerte en estudios retrospectivos y observacionales cerca del área de Wuhan, con un 15% a más del 30% de prevalencia; uno de los estudios más grandes con 1099 pacientes demostraba que el 23.7% de los hipertensos tenían gravedad de la enfermedad (14–16). En el caso de la diabetes mellitus se comporta como la segunda más prevalente, siendo el 16.2% de los pacientes que desarrollaron gravedad (15,17,18).

Los biomarcadores cumplen un rol de reflejar el desarrollo patológico, una herramienta importante para la decisión médica de iniciar un tratamiento y mantener un monitoreo estrecho, sin embargo se ha visto una variabilidad entre los distintos pacientes (19). Se vieron incrementados la proteína C reactiva, ferritina, lactato deshidrogenasa, dímero D, plaquetas, troponina cardíaca, úrea, creatinina, leucocitos a predominio de neutrófilos, y en contraparte una disminución de linfocitos (19–25).

En cuanto a los hallazgos tomográficos, Yan Li y cols. (26) describieron como lesión principal asociada a mayor mortalidad a la consolidación ($p < 0.001$), así mismo la extensión del compromiso en el grupo de fallecidos (53.2%) que en los sobrevivientes (32%), así mismo Lingli Li en su estudio correlaciona la mayor extensión pulmonar en las primeras fases con un peor pronóstico (27).

En nuestro país, la sala situacional publicada por el Ministerio de Salud, hasta el 21 de julio del 2020, indica una letalidad de 3.19 %. Las defunciones por etapa de vida según los datos manejados por el departamento de epidemiología van desde un número de 76 y 2452 muertes en el grupo de los 18 a los 29 años y en el de 30 a 59 años respectivamente, siendo el número mayor en el grupo de adultos mayores (>59 años) con 5660 fallecidos (28).

Se requieren estudios internacionales debido a que las principales fuentes de información sobre características de esta nueva patología, son provenientes de Wuhan, China. Hasta el momento no se han realizado estudios que investiguen las características de nuestros propios pacientes y los posibles factores que se relacionen con una mala evolución de pacientes que no superan los 60 años; siendo este tema de importancia clínica y epidemiológica lo que nos lleva a realizar este proyecto.

3. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos menores de 60 años con neumonía por COVID-19.

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la mortalidad, en un periodo de 6 meses, de los pacientes adultos con neumonía por COVID-19.
- Determinar las características epidemiológicas y demográficas de pacientes adultos con neumonía por COVID-19.
- Describir las características clínicas al ingreso de pacientes adultos con neumonía por COVID-19.
- Determinar los parámetros laboratoriales al ingreso en pacientes adultos con neumonía por COVID-19.
- Determinar las comorbilidades en pacientes adultos con neumonía por COVID-19.
- Identificar hallazgos radiológicos al ingreso en pacientes adultos con neumonía por COVID-19.

4. MATERIALES Y MÉTODO

a. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizará un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

b. POBLACIÓN:

Pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por infección confirmada por COVID-19, registrados con CIE-10 U07.1, y cuyo ingreso hospitalario fuera entre el 01 de Abril al 31 de Diciembre del 2020.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con edad mayor a de 18 años y menores de 60 años
- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por COVID-19, sea por prueba molecular por hisopado nasofaríngeo (PCR-RT) y/o prueba rápida.
- Pacientes que tengan registrado su egreso hospitalario de alta como recuperado o fallecido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 60 años o menores de 18 años.
- Historia clínica con datos incompletos.

- Pacientes que sólo cuenten con diagnóstico radiológico para COVID-19, sin diagnóstico molecular o serológico de COVID-19

c. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluirá a la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión ya descritos, ya que éstos son un número considerable en esta pandemia.

d. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA	FORMA DE REGISTRO	VALOR FINAL
Características demográficas y epidemiológicas				
Edad	Años cumplidos al momento del cuestionario	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos	Años
Sexo	Fenotipo: Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	Masculino Femenino
Estado nutricional		Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	Sobrepeso Obesidad tipo 1 Obesidad tipo 2 Obesidad mórbida
Comorbilidad	Enfermedad como antecedente o concomitante a la enfermedad actual	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	- Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Enfermedad renal crónica - Neoplasia

				<ul style="list-style-type: none"> - maligna - VIH - Asma - Tuberculosis - Otros
Nexo epidemiológico	Familiar con covid-19	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	- Si/No
Métodos diagnósticos				
PCR para COVID-19	Detección del ácido nucleico (ARN) del virus mediante ensayos de RT-PCR inmediata.	Cualitativa	Laboratorio INS	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo - Negativo
Prueba rápida para COVID-19	Detección de los anticuerpos (IgM, IgG o IgA) generados como parte de la respuesta inmunitaria del individuo contra el virus de la COVID-19.	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Reactivo - No reactivo
Características clínicas				
Síntomas	Síntomas asociados a neumonía por COVID-19	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Tos no productiva - Tos con expectoración - Rinorrea - Anosmia - Pérdida del gusto - Odinofagia

				<ul style="list-style-type: none"> - Disnea - Dolor torácico - Mialgia - Cefalea
Tiempo de enfermedad	Tiempo del inicio de los síntomas al ingreso hospitalario.	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos	- Días
Severidad de casos	<p>Leve: Casos con neumonía leve o sin ella.</p> <p>Severa: Se caracteriza por disnea, frecuencia respiratoria ≥ 30/minuto, Saturación de oxígeno $\leq 93\%$, PaO₂/FiO₂ $\leq 50\%$ dentro de las 24 a 48 horas.</p> <p>Crítico: Casos donde se evidencia falla respiratoria, shock séptico y/o disfunción multiorgánica</p>	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Severo - Crítico
Admisión a uci		Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	Si/No
Estancia en uci		Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos	Días
Duración de la estancia hospitalaria		Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos	Días

Resultado de la hospitalización		Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos	- Fallecido/no sobreviviente - Recuperado/sobreviviente
Hallazgos Laboratoriales				
Linfocitos	Conteo absoluto de linfocitos al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB Ficha de recolección de datos	células/ul
Dímero D	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB Ficha de recolección de datos	ug/ml
Lactato Deshidrogenasa elevada	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB Ficha de recolección de datos	U/L
Ferritina elevada	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB Ficha de recolección de datos	ng/ml
Proteína C Reactiva elevada	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB Ficha de recolección de datos	mg/dl
Transaminasa glutámico oxala	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Programa RESULAB	U/L

cética			Ficha de recolección de datos	
PaO2/FiO2 (mmhg)	Valor al ingreso de la hospitalización	Cuantitativa Continua	Ficha de recolección de datos	mmHg
Hallazgos Radiológicos				
Compromiso radiológico	Cuantificación realizada por radiólogo, en porcentaje que abarcan las lesiones pulmonares.	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos Programa KANTER ON	% del total del parénquima pulmonar

e. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

1. Se revisará la historia clínica de los pacientes que hayan ingresado por el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, entre las fechas del 01 de Abril al 31 de Diciembre del 2020, y que registren diagnóstico de alta/recuperado o fallecimiento según el CIE-10 como U07.1, esto a través de los datos manejados por la Oficina de Inteligencia sanitaria del hospital.
2. Se verificará el diagnóstico confirmado de infección por Covid-19, ya sea por Prueba rápida positiva (IgG/IgM), o PCR-RT, descartando las historias clínicas que no cuenten con el registro de confirmación laboratorial.
3. Se procederá a llenar la ficha de recolección de datos (anexo 01), la cual consta de las siguientes variables:
 - Características demográficas y epidemiológicas:
 - Características clínicas
 - Hallazgos laboratoriales
 - Hallazgos radiológicos

4. Se realizará la distribución de los pacientes en dos grupos según el diagnóstico de alta como: Recuperado (sobreviviente) o fallecido (no sobreviviente), y se seleccionará las historias clínicas que cuenten con al menos el 80% de las variables que componen la ficha de recolección de datos.
5. Se realizará la comparación en cada grupo de estudio cada uno de las características demográficas, clínicas, laboratoriales y de imágenes para identificar los factores asociados a mortalidad.

f. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO:

Se utilizará la información obtenida de la revisión de historias clínicas, mediante la ficha de recolección de datos, sin difundir los datos personales de los pacientes, y se usará la información sólo para objetivos del presente trabajo de investigación. El proyecto antes de ejecutarse será evaluado por el comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

g. PLAN DE ANÁLISIS:

Se utilizará el programa SPSS 24, Microsoft Excel 2017; para ingresar y clasificar los datos que se obtengan en la ficha de recolección de datos y posterior a ello realizar los análisis de tendencia central y/o gráficos que correspondan.

Las variables se presentarán como mediana o número y porcentaje según corresponda. El análisis de las variables continuas será a través de la Prueba de Mann-Whitney, y de las variables categóricas con el test de Chi-cuadrado.

Posteriormente la relación entre las variables y la mortalidad será determinada con el análisis de regresión logística univariable y multivariable.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10229):1054–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

2. Wu Z MJ. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak in China. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42.
3. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *BMJ*. 2020;368.
4. Du Y, Tu L, Zhu P, Mu M, Wang R, Yang 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(11):1372–9.
5. Lighter J, Phillips M, Hochman S, Sterling S, Johnson D, Francois F, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission. *Clin Infect Dis*. 2020;
6. Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, Karamanis D, Ognibene J, Arora S, et al. Severe obesity is associated with higher in-hospital mortality in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism [Internet]*. 2020;108:154262. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154262>
7. Busetto L, Bettini S, Fabris R, Serra R, Dal Pra' C, Maffei P, et al. Obesity and COVID-19: an Italian snapshot. *Obesity*. 2020;0–20.
8. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity*. 2020;0–1.
9. Dietz W, Santos-Burgoa C. Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality. *Obesity*. 2020;28(6):1005.
10. Kumar A, Gupta R, Ghosh A, Misra A. Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020;14(January):303–10.
11. Scheen AJ, Marre M, Thivolet C. Prognostic factors in patients with diabetes hospitalized for COVID-19: Findings from the CORONADO study and other recent reports. *Diabetes Metab*. 2020;(January).
12. Zhang J, Wu J, Sun X, Xue H, Shao J, Cai W, et al. Associations of hypertension with the severity and fatality of SARS-CoV-2 infection: A meta-Analysis. *Epidemiol Infect*. 2020;
13. Leiva Sisniegues CE, Espeche WG SM. Arterial hypertension and the risk of severity and mortality of COVID-19. *Eur Respir J*. 2020;55(9–10):2001148.
14. Sardu C, Gambardella J, Morelli MB, Wang X, Marfella R, Santulli G. Hypertension,

- Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. *J Clin Med*. 2020;9(5):1417.
15. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382(25):e102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32356626>
 16. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1,590 patients with Covid-19 in China: A nationwide analysis. *Eur Respir J*. 2020;55(5):1–14.
 17. Kermali M, Khalsa RK, Pillai K, Ismail Z, Harky A. The role of biomarkers in diagnosis of COVID-19 – A systematic review. *Life Sci*. 2020;(January).
 18. Henry BM, Aggarwal G, Wong J, Benoit S, Vikse J, Plebani M, et al. Lactate dehydrogenase levels predict coronavirus disease 2019 (COVID-19) severity and mortality: A pooled analysis. *Am J Emerg Med*. 2020;(January).
 19. Poggiali E, Zaino D, Immovilli P, Rovero L, Losi G, Dacrema A, et al. Lactate dehydrogenase and C-reactive protein as predictors of respiratory failure in CoVID-19 patients. *Clin Chim Acta*. 2020;509(January):135–8.
 20. Aggarwal S, Garcia-Telles N, Aggarwal G, Lavie C, Lippi G, Henry BM. Clinical features, laboratory characteristics, and outcomes of patients hospitalized with coronavirus disease 2019 (COVID-19): Early report from the United States. *Diagnosis* (Berlin, Ger. 2020;7(2):91–6.
 21. Tan C, Huang Y, Shi F, Tan K, Ma Q, Chen Y, et al. C-reactive protein correlates with computed tomographic findings and predicts severe COVID-19 early. *J Med Virol*. 2020;92(7):856–62.
 22. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(4):844–7.
 23. Yan L, Zhang H-T, Goncalves J, Xiao Y, Wang M, Guo Y, et al. An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients. *Nat Mach Intell* [Internet]. 2020;2(5):283–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s42256-020-0180-7>
 24. Li Y, Yang Z, Ai T, Wu S, Xia L. Association of “initial CT” findings with mortality in older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Eur Radiol*. 2020;2019.
 25. Li L, Yang L, Gui S, Pan F, Ye T, Liang B, et al. Association of clinical and

radiographic findings with the outcomes of 93 patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Theranostics*. 2020;10(14):6113–21.

26. Centro Nacional de Epidemiología P y C de E. SITUACION ACTUAL “COVID-19” al 09 de junio 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus090620.pdf>

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

a. Presupuesto:

Se usarán recursos personales para la administración de la medicación y recolección de datos, así como exámenes de control.

Recurso Humano	Rol	Meses	Costos (S/.)	Fuente de financiamiento	
(Por definir)	Trabajador de campo	5	800		Autofinanciado
(Por definir)	Estadístico	1	500		Autofinanciado
Equipos:					
			Costos (S/.)	Fuente de financiamiento	
Impresora			900		Autofinanciado
Celular para comunicaciones			300		Autofinanciado
Suministros:					
			Costos (S/.)	Fuente de financiamiento	
Tóner de impresora			250		Autofinanciado
Hojas para impresiones			50		Autofinanciado
Fotocopias			80		Autofinanciado
Otro material de oficina			100		Autofinanciado
Contratos					
			Costos (S/.)	Fuente de financiamiento	
Bases de datos			500		Autofinanciado

Movilidad			200		Autofinanciado
Total		S/.	3680		

b. Cronograma:

Año	2020					2021	
Actividad	Junio - Julio	Julio	Agosto - Setiembre	Octubre - Noviembre	Diciembre	Enero - Febrero	Marzo - Abril
Elaboración de protocolo							
Aprobación de Protocolo							
Comité de Ética							
Preparación Logística							
Ejecución: Recolección de Datos							
Recopilación (base de datos)							
Análisis de Resultados							
Elaboración del informe final							
Sustentación							
Publicación							

7. ANEXOS

a. Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

PACIENTE NRO: _____

Historia Clínica: _____

Fecha de ingreso: _____

Fecha de alta: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Diagnóstico de Covid-19:

- Prueba rápida () IgM ____ IgG ____
- Prueba molecular: PCR ()

Variables demográficas y epidemiológicas:

- Edad:
- Sexo:
- Lugar de procedencia (Departamento/provincia/distrito):
- Ocupación
- Vacunación: Influenza (), Pneumocócica ()
- Comorbilidades:
 - () HTA
 - () DM
 - () ERC
 - () VIH
 - () CANCER
 - () Sobrepeso
 - () Obesidad
 - () Otro: _____
- Historial de exposición
 - () Familiar con diagnóstico de covid- 19
 - () Personal de salud

() Otro: _____

Características clínicas:

- Síntomas
 - () Fiebre: _____ °C
 - () Tos seca
 - () Tos productiva
 - () Rinorrea
 - () Anosmia
 - () Pérdida del gusto
 - () Odinofagia
 - () Disnea
 - () Dolor torácico
 - () Otros (especifique): _____

- Tiempo de enfermedad (días): _____
- Severidad del caso: Leve () Severo () Crítico ()
- Admisión a UCI: () SI () NO
- Estancia en UCI (días): _____
- Duración de la estancia hospitalaria: _____

Hallazgos laboratoriales:

- Conteo absoluto de linfocitos: _____ células/ul
- Lactato Deshidrogenasa: _____ U/L
- Dímero D: _____ ug/ml
- Ferritina _____ ng/ml
- PCR: _____ mg/dl
- TGO: _____ U/L
- PaO₂/ FiO₂: _____ mmHg

Hallazgos radiológicos:

- Porcentaje del compromiso pulmonar: _____ %