

ORIGINAL

Características sociales de la población con infección COVID-19 de un centro de salud en cuatro olas consecutivas de la pandemia

Social characteristics of the population with COVID-19 infection in a primary care center in four consecutive pandemic waves

Raquel Iglesias Sigüenza. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

Mar Noguero Álvarez. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

Pilar Martín escudero. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

Susana Rodríguez Pombero. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

Eva Sánchez Martín. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

Raquel Sans Pérez. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España.

FECHA DE RECEPCIÓN:
20 DE MARZO DE 2023
FECHA DE ACEPTACIÓN:
10 DE JULIO DE 2023

Para contactar:

Raquel Iglesias Sigüenza.
raleiglesias@gmail.com



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir algunas características sociales de la población con enfermedad por coronavirus (COVID-19) de un centro de salud de Fuenlabrada. Se incluyeron todos los pacientes valorados en consulta de forma presencial o telefónica, que fueron atendidos, tras el diagnóstico por prueba de detección de infección activa (PDIA), por las gestoras COVID-19 del centro. Los resultados principales describen una mayoría de hogares compuestos por tres habitaciones, siendo esto acorde al número de convivientes; con un baño de media y con terraza en la mayoría de ellos. Hay una gran incidencia de hogares sin personas activas laboralmente y con escasa ayuda social. Se observa ligeramente una mayor incidencia de mujeres diagnosticadas. Los determinantes sociales de la salud como las condiciones de vivienda, el estado laboral o las ayudas sociales influyen en la distribución de los recursos sanitarios. Este estudio refuerza la importancia de la Atención Primaria y sus recursos en situaciones de emergencia.

Palabras clave: pandemia, trabajo, vivienda, desigualdad.

ABSTRACT

This study aims to describe some social characteristics of the population with Coronavirus Disease (COVID) infection in a Primary Care Centre in Fuenlabrada. All patients assessed in the consultation in person or by telephone, who were attended after the diagnosis by active infection diagnostic test (AIDT), by the centre's COVID tracing team, were included. The main results describe a majority of households comprising three rooms, this being in line with the number of cohabitants; with one bathroom on average and a terrace in the majority. There is a high incidence of households with unemployed people and with little social assistance. There is a slightly higher incidence of diagnosed women. The social determinants of health such as housing conditions, employment status, or social assistance influence the distribution of health resources. This study reinforces the importance of Primary Care and its emergency resources.

Keywords: pandemic, work, housing, inequality.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de veintisiete casos de neumonía de etiología desconocida, incluyendo siete casos graves. El 7 de enero de 2020, identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que fue denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero de 2020¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó a la nueva enfermedad *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) el 11 de febrero de 2020. Su extensión mundial hizo que la OMS decretase el estado de pandemia el 11 de marzo de 2020.

El SARS-CoV-2 se transmite por la vía aérea o por contacto con mucosas, y su capacidad infectiva es alta, ya que las personas infectadas pueden contagiarlo durante su estado asintomático. Se ha demostrado que los aerosoles duran al menos tres horas, con una vida media de una hora; teniendo en cuenta la mayor contagiosidad a menor distancia mantenida (menor de dos metros), menor ventilación y en lugares cerrados².

La COVID-19 tiene un amplio espectro clínico, siendo generalmente una enfermedad leve y limitada a las vías respiratorias superiores, produciendo un cuadro oligosintomático o incluso asintomático (30%). Los síntomas más frecuentes son tos, fiebre, fatiga, anorexia, mialgias, dolor de garganta, cefaleas, rinorrea... La anosmia y la disgeusia son también características no son exclusivas de la COVID-19. En un 12-20% de los pacientes se encontraron síntomas gastrointestinales tales como náuseas y diarreas acompañantes^{3,4}. Es muy típico el deterioro a partir de la segunda semana de enfermedad, requiriendo hospitalización alrededor del séptimo u octavo día, generalmente con un patrón de neumonía bilateral, hipoxemia y elevación de las enzimas hepáticas pudiendo llegar a progresar a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)⁵. El aumento de la respuesta inflamatoria sistémica y la llamada tormenta de citocinas se correlaciona positivamente con la gravedad de la enfermedad y la tasa de mortalidad^{6,7}.

Las primeras descripciones clínicas de los pacientes ingresados con neumonía y SDRA se hicieron en Wuhan^{8,9} con tasas de mortalidad del 4,3 y 11%, y en toda China¹⁰, con una mortalidad del 1,4%. En una serie de doce hospitales de Nueva York¹¹ la mortalidad de los pacientes ingresados fue del 21% y en Lombardía del 26% de aquellos ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI)¹². De los pacientes afectados por el virus, del 5 al 14% enfermarán críticamente¹⁰⁻¹².

Poco se conoce, sin embargo, sobre las características socioeconómicas o sociales predominantes de la población infectada, por lo que se decidió estudiar la población que había padecido la enfermedad en ese sentido. La pandemia del SARS-CoV-2 ha afectado a comunidades, poblaciones y países de todo el mundo. A medida que se desarrollaba, se hizo evidente que la enfermedad interactuaba con enfermedades endémicas, no transmisibles e infecciosas ya existentes, y con los determinantes de salud. Se ha postulado que la infección por SARS-CoV-2 es un problema de salud único de naturaleza sindémica y no reconocerlo contribuye a la formulación de políticas y respuestas de salud pública debilitadas y programas de salud ineficaces¹³.

Se han estudiado también las implicaciones de la pandemia de la COVID-19 para las desigualdades en salud y el «mito» de esta como una enfermedad socialmente neutra. Las desigualdades en las tasas de morbilidad y mortalidad existen desde hace cien años, lo que refleja las diferentes experiencias de las enfermedades crónicas y los determinantes sociales¹⁴.

OBJETIVOS

Objetivo principal: describir algunas características sociales de la población con infección por SARS-CoV-2 de un centro de salud.

Objetivos específicos:

- Describir las características de la vivienda de la población con COVID-19 y las posibles dificultades para realizar las medidas de aislamiento en el domicilio.
- Describir la situación laboral y la necesidad de solicitar la incapacidad laboral durante el aislamiento.
- Cuantificar los pacientes que requirieron ingreso y establecer sus características sociales.
- Establecer qué personas requirieron apoyo social para la compra o la comida durante su aislamiento.
- Conocer la proporción de personas que fueron rastreadas tras una prueba diagnóstica positiva para SARS-CoV-2.
- Analizar si hay alguna asociación entre los elementos estudiados y el desarrollo de la enfermedad grave.

MÉTODOS

El diseño es un estudio observacional, descriptivo-analítico, transversal, retrospectivo, de la población de Fuenlabrada perteneciente al Centro de Salud Cuzco, infectada por SARS-CoV-2 desde el 15 de septiembre de 2020 hasta el 24 de noviembre de 2021, es decir, desde la segunda hasta la quinta ola de la pandemia. La población total de este centro es de 24.235 personas.

Los criterios de inclusión incluyen a todos los pacientes valorados en consulta de forma presencial o telefónica con diagnóstico de COVID-19 desde septiembre de 2020 hasta noviembre de 2021 y que fueron atendidos tras el diagnóstico por PDIA, por las gestoras COVID del centro. Se aplican los siguientes criterios de exclusión: los pacientes sin infección documentada con PDIA o no pertenecientes a la zona básica de salud correspondiente al estudio.

La recogida de datos se realiza con información existente en la historia clínica y en las fichas recogidas por las gestoras COVID. Estas fichas se confeccionaron por parte de la dirección del centro al llegar el recurso de las personas dedicadas a la gestión COVID (que fue posterior a la primera ola) y la actividad se mantuvo hasta que lo suprimieron. El diagnóstico de la enfermedad lo realizaba el personal médico y enfermero del centro y los pacientes eran derivados o captados activamente por las gestoras para contactar con ellos y realizar un seguimiento clínico-epidemiológico, al que daban apoyo, según las necesidades, los y las profesionales de medicina y enfermería.

Las variables que se recogen son las relevantes para la valoración de las dificultades que podía haber en el aislamiento, la posible transmisión intrafamiliar y las necesidades de apoyo específicas.

Se utilizó un estudio bivariado para comprobar la asociación entre las variables cualitativas, siendo estas sexo, trabajo, terraza, mascotas, apoyo social para la compra, llamada del rastreador/a o salud pública (SP), necesidad de trabajo social (TS) e ingreso hospitalario con otras variables cualitativas mediante chi cuadrado; y para aquellas variables cuantitativas, como son la edad, la fecha del positivo, el número de convivientes, la edad de los convivientes, el número de personas activas laboralmente, el número de habitaciones y de baños. Si tienen una distribución normal (paramétrica), se utiliza el test de Pearson para muestras independientes o, si no la tiene (no paramétrica), se usa el test de Spearman. Se aplica en el estudio un nivel de significación de $p < 0,05$. Además, el programa informático que se utiliza en los distintos análisis es el software SPSS.

En el estudio se describe lo que fue recogido en su momento con fines de apoyo clínico y epidemiológico. Para garantizar la confidencialidad y mantener el anonimato de los participantes, se recogieron las variables en bases de datos disociadas, y la base de datos para el análisis estadístico no contiene datos identificativos. El trabajo se realiza con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y considerando los principios de la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La investigación se realiza por oleadas y por ende los resultados se describen en ese orden (**tablas 1, 2 y 3**).

En la segunda ola de la pandemia, que comienza en septiembre de 2020 y acaba en diciembre de 2020, la fecha de PDIA positiva tiene como media el 20 de noviembre (20 días DE). Se entrevistan 278 personas, 129 hombres y 146 mujeres. La edad media de contagio es de 42 años. 126 personas no precisan incapacidad temporal debido a infección por COVID-19 (no se concreta si son trabajadores autónomos o no tienen actividad laboral) y 101, sí. Solo 7 personas continúan su actividad laboral mediante el teletrabajo. La media de convivientes en cada casa es de 2,21. Se analizan las medias de las edades de hasta 5 convivientes, por orden: 43,12 (20 DE); 32,63 (18,5 DE); 28,74 (20,86 DE); 20,64 (20,14 DE); 27,83 (24,76 DE). La media de personas con actividad laboral es 0,50. La media de habitaciones por casa es de tres. Respecto al baño, la media es 1,3. De las casas, 115 cuentan con terraza y 32, no. 93 viviendas no tienen mascota y 50 sí tienen. De estas últimas, siete reciben apoyo social para ello. Para la compra, 246 personas no reciben apoyo social y 18, sí. Para la comida, 251 no reciben apoyo social y 14, sí. Hay 260 personas no precisan intervención por parte de TS y 270 que han sido atendidas de manera telefónica por la rastreadora o por SP. Otras dificultades de aislamiento que se describen en el texto libre es el cuidado de los padres y las madres (0,4%).

No se observa relación significativa entre el sexo y el estado laboral, el apoyo social con la compra, la comida o la mascota o la necesidad de intervención de TS. Tampoco hay relación entre el estado laboral y el apoyo social con la compra, la comida, la mascota o la necesidad de intervención de TS. **Hay relación gradual entre el número de convivientes y el número de habitaciones (tabla 2)**, pero no con el número de baños, el número de activos laboralmente, tener terraza, el apoyo social para la compra, la comida o la mascota o la necesidad de intervención de TS. Tampoco hay relación entre el número de habitaciones y disponer de una terraza en la vivienda. No hay relación entre el número de activos laboralmente y la necesidad de intervención de TS.

En la tercera ola de la pandemia, durante enero y febrero de 2021, la fecha de PDIA positiva tiene como media el 2 de febrero (12 días DE). Se entrevistan 213 personas, 89 hombres y 124 mujeres. La edad media de contagio es de 42,47 años. 124 personas no precisan incapacidad temporal debido a infección por COVID-19 (no se concreta si son trabajadores autónomos o no tienen actividad laboral) y 77, sí. Solo una persona continúa su ac-

Tabla 1. Características personales y laborales de la segunda a la quinta ola de la pandemia. Se muestran los porcentajes no acumulados (incluye los casos perdidos)

		Segunda ola	Tercera ola	Cuarta ola	Quinta ola
Muestra total		278	213	138	86
Sexo	Hombres	129 (46,4%)	89 (41,8%)	70 (50,7%)	38 (44,2 %)
	Mujeres	146 (52,5%)	124 (58,2%)	68 (49,3%)	48 (55,8%)
	Perdidos	3 (1,1%)	0	0	0
Edad	Media (DE)	41,93 (19,87)	42,47 (20,95)	42,85 (18,81)	35,06 (19,13)
	Perdidos	4 (1,4%)	6 (2,8%)	2 (1,4 %)	0
Situación laboral	No precisa IT	126 (45,3%)	124 (58,2%)	76 (55,1%)	52 (60,5 %)
	Sí precisa IT	101 (36,3%)	77 (36,2%)	54 (39,1%)	28 (32,6 %)
	Teletrabajo	7 (2,5%)	1 (0,5%)	0	5 (5,8 %)
	Perdidos	44 (15,8%)	11 (5,2%)	8 (5,8%)	1 (1,2%)
Convivientes	Media (DE) o mediana (RIQ)	2,21 (1,24DE)	2,28 (1,07 DE)	2 (IQR 2)	2 (IQR 2)
	1	58 (26%)	50 (25,8 %)	27 (19,6 %)	14 (16,3 %)
	2	76 (34%)	54 (27,8 %)	29 (21 %)	16 (18,6 %)
	3	55 (24,6%)	62 (32 %)	38 (27,5 %)	16 (18,6 %)
	4	15 (6,7%)	21 (10,8 %)	13 (9,4 %)	3 (3,5 %)
	Perdidos	55 (19,7%)	19 (8,9%)	19 (13,8%)	36 (41,9%)
Activos laboralmente	Media (DE) o mediana (RIQ)	0,58 (0,76 DE)	0,12 (0,33 DE)	0 (IQR 0)	1 (IQR 2)
	0	74 (26,6 %)	178 (89 %)	106 (76,8 %)	13 (15,1 %)
	1	31 (11,2 %)	21 (10,5 %)	12 (8,7 %)	13 (15,1 %)
	2	21 (7,6 %)	1 (1%)	2 (1,4 %)	22 (25,6 %)
	Perdidos	152 (54,7%)	13 (6,1%)	18 (13%)	37 (43%)

DE: desviación estándar; IT: incapacidad temporal; RIQ: rango intercuartil.

tividad laboral mediante el teletrabajo. La media de convivientes en cada casa es de 2,28. Se analizan las edades de hasta 4 convivientes, por orden: 46,33 (18,63 DE); 26,9 (17,97 DE); 18,83 (13,70 DE); 12,30 (10 DE). La media de personas con actividad laboral es de 0,12. La media de habitaciones es de 3,12. Respecto al baño, la media es 1,45. 137 de las casas tienen terraza y 59, no. 129 viviendas no tienen mascota y 67, sí tienen. De estas últimas, una recibe apoyo para ello. Para la compra y la comida, 206 personas no reciben apoyo social. 202 no precisan intervención por parte de TS. 211 han sido atendidas de manera telefónica por la rastreadora o por SP.

No se observa relación significativa entre el sexo y el estado laboral o la necesidad de intervención de TS. No hay relación entre el sexo y la ayuda con la mascota. No hay relación entre el estado laboral y la necesidad de intervención de TS. Tampoco hay relación entre el estado laboral y la ayuda con la mascota. **Hay relación gradual entre el número de convivientes y el número de habitaciones (tabla 3)**, pero no con el número de baños o el número de activos laboralmente. Tampoco hay relación entre el número de convivientes y el disponer de una terraza en la vivienda, la ayuda con la mascota o la necesidad de intervención por parte de TS. Tampoco hay relación entre el número de habi-

taciones y tener terraza. No hay relación entre el número de activos laboralmente y la necesidad de intervención de TS. La ayuda para la compra y la comida no se pueden analizar con otras variables porque son una constante en esta muestra.

En la cuarta ola, durante marzo y abril 2021, a fecha de PDIA positiva tiene como media el 5 de abril (16 días DE). Se entrevistan 138 personas, 70 varones y 68 mujeres. La edad media de contagio es de 42,85 años. 76 personas no precisan incapacidad temporal debido a infección por COVID-19 (no se concreta si son trabajadores autónomos o no tienen actividad laboral) y 54 sí. Nadie teletrabaja. La mediana de convivientes en cada casa es de 2. Se analizan las edades de hasta 4 convivientes, por orden: 42 (15, 7 DE); 38 (16,6 DE); 27 (18 DE); 41,6 (22 DE). La mediana de personas con actividad laboral es de 0. La mediana de habitaciones es de 3. Respecto al baño, la mediana es de 1. De las casas, 80 tienen terraza y 38, no. 67 viviendas no tienen mascota y 51 sí tienen. De estas últimas, ninguna recibe apoyo social para ello. Para la compra, 129 no reciben apoyo social. Para la comida, 128 no reciben apoyo social. 123 no precisan intervención por parte de TS y 4, sí. 131 han sido atendidas de manera telefónica por la rastreadora o por SP.

No se observa relación significativa entre el sexo y el estado laboral o la necesidad de intervención por parte de TS. No hay relación entre el estado laboral y la necesidad de intervención de TS. No hay relación entre el número de convivientes y el número de habitaciones, de baños o el número de activos laboralmente. Tampoco hay relación entre el número de convivientes y el disponer de una terraza en la vivienda o la necesidad de intervención de TS. Tampoco hay relación entre el número de habitaciones y tener terraza. No hay relación entre el número de activos laboralmente y la necesidad de intervención de TS. La ayuda para la compra, la comida y la mascota son una constante en esta muestra.

La quinta ola empieza a mediados de agosto y se extiende hasta noviembre 2021, con repunte a finales de octubre 2021. Se entrevistan 86 personas, 38 hombres y 48 mujeres. La edad media de contagio es de 35,06 años. 52 personas no precisan incapacidad temporal debido a infección por COVID-19 (no se concreta si son trabajadores autónomos o no tienen actividad laboral) y 28, sí. 5 personas teletrabajan. La mediana de convivientes en cada casa es de 2. Se analizan las edades de hasta 4 convivientes, por orden: 47 (16,6 DE); 27 (19 DE); 20,6 (15 DE); 17 (9 DE). La mediana de personas con actividad laboral es de 1. La mediana de habitaciones es de 3. Respecto al baño, la mediana es 1. 28 de las casas tienen terraza y 22 no. 33 viviendas no tienen mascota y 17 sí tie-

nen. De estas últimas, ninguna recibe apoyo social para ello. Para la compra y la comida, 50 no reciben apoyo social. 50 no precisan intervención por parte de TS. 84 han sido atendidos de manera telefónica por la rastreadora o por SP.

No se observa relación significativa entre el sexo y el estado laboral. **Hay relación gradual entre el número de convivientes y el número de habitaciones; y entre el número de convivientes y el número de activos laboralmente.** No hay relación entre el número de convivientes y el número de baños. Tampoco hay relación entre el número de convivientes y disponer de una terraza en la vivienda. Tampoco hay relación entre el número de habitaciones y tener terraza. La ayuda para la compra, la comida, la mascota y la necesidad de intervención por TS son una constante en esta muestra.

DISCUSIÓN

Las enfermedades infecciosas han sido causas de mortalidad poco frecuentes en los últimos años en los países ricos. Sin embargo, la pandemia por la COVID-19 nos ha recordado el potencial dañino de estas enfermedades en el ser humano. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores siguen siendo la enfermedad transmisible más mortal del mundo, situándose como la cuarta causa de defunción y, junto con las infecciones digestivas, dentro de las diez principales causas de muerte en el mundo¹⁵.

Tabla 2. Características de la vivienda de la segunda a la quinta ola de la pandemia. Se muestran los porcentajes no acumulados (incluyendo los casos perdidos)

		Segunda ola	Tercera ola	Cuarta ola	Quinta ola
Habitaciones	Media (DE) o mediana (RIQ)	3 (0,7)	3,12 (0,68)	3 (IQR 0)	3 (IQR 0)
	1	6 (2,2%)	2 (0,9 %)	0	1 (1,2 %)
	2	19 (6,8%)	19 (8,9 %)	9 (6,5 %)	4 (4,7 %)
	3	117 (42,1%)	134 (62,9 %)	92 (66,7 %)	41 (47,7 %)
	4	28 (10,1%)	39 (18,3 %)	14 (10,1 %)	4 (4,7 %)
	5	1 (0,4%)	1 (0,5 %)	2 (1,4 %)	0
	Perdidos	106 (38,1%)	17 (8%)	20 (14,5%)	36 (41,9%)
Baños	Media (DE) o mediana (RIQ)	1,3 (0,5)	1,45 (0,61)	1 (IQR 1)	1 (IQR 1)
	1	113 (40,6 %)	116 (54,5%)	85 (61,6 %)	35 (40,7 %)
	2	44 (15,8 %)	73 (34,3%)	25 (18,1 %)	12 (14 %)
	3	5 (1,8 %)	4 (1,9 %)	8 (5,8 %)	3 (3,5 %)
	Perdidos	116 (41,7%)	18 (8,5%)	20 (14,5%)	36 (41,9%)
Terraza	No	32 (11,5%)	59 (27,7%)	38 (27,5 %)	22 (25,6 %)
	Sí	115 (41,4%)	137 (64,3%)	80 (58 %)	28 (32,6 %)
	Perdidos	131 (47,1%)	17 (8%)	20 (14,5%)	36 (41,9%)
Mascota	No	93 (33,5%)	129 (60,6%)	67 (48,6 %)	33 (38,4%)
	Sí	50 (18%)	67 (31,5%)	51 (37%)	17 (19,8 %)
	Perdidos	135 (48,6%)	17 (8%)	20 (14,5%)	36 (41,9%)

DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartil.

Las grandes pandemias tienen consecuencias devastadoras en la salud de las personas, pero también profundas implicaciones sociales y económicas. Existe evidencia histórica y contemporánea de las desigualdades en las pandemias, en base a la pandemia de *influenza* española de 1918¹⁶, el brote de H1N1 de 2009¹⁷ y las estimaciones internacionales emergentes de las desigualdades socioeconómicas, étnicas y geográficas en las tasas de infección y mortalidad por COVID-19¹⁸. Hay también posibles consecuencias para las desigualdades en salud de las medidas de confinamiento implementadas internacionalmente como respuesta a la pandemia y probables impactos desiguales de la crisis económica.

Este estudio describe algunas características sociales de la población infectada del Centro de Salud Cuzco. Hay un gran número de hogares sin personas activas laboralmente, y muy poco teletrabajo. Se observa ligeramente una mayor incidencia de mujeres diagnosticadas (tabla 1). En cuanto a la vivienda, la mayoría de los hogares están compuestos por tres habitaciones, siendo esto acorde al número de convivientes; con un baño de media y con terraza en casi todos ellos (tabla 2). Destaca también la escasa ayuda social para la compra o la comida. Prácticamente la totalidad de personas fueron rastreadas tras el diagnóstico de COVID-19. (tabla 3). No se cuantificaron las personas que requirieron ingreso por falta de datos.

Uno de los aspectos relevantes de este estudio es la gran tasa de personas sin actividad laboral en relación al número de convivientes. Salvo en la quinta ola, no hay relación gradual entre el número de convivientes y el número de activos laboralmente. Llama también la atención la poca in-

cidencia del teletrabajo. En una revisión sobre los determinantes sociales de la salud y la incidencia de la COVID-19 parece encontrarse una asociación entre el nivel de ingresos y una distribución desigual de la COVID-19, detectándose un mayor número de casos en las áreas o ciudades con una menor renta media¹⁹.

En las cuatro olas estudiadas, existe una relación entre el número de convivientes y el número de habitaciones, no así entre el número de convivientes y el número de baños. Por otro lado, hay más hogares con terraza que sin ella. Esto se explicaría porque la transmisión del virus aumenta en espacios mal ventilados y con más residentes por metro cuadrado¹⁹. Además, en las cuatro olas analizadas, la mayoría no recibe apoyo social para la compra o la comida, lo que añade una dificultad al aislamiento domiciliario.

En este estudio hay una incidencia ligeramente superior de las mujeres infectadas en tres de las olas estudiadas. Un estudio realizado en España extrae las siguientes conclusiones²⁰: «Es posible que, a pesar de esta mayor exposición derivada del rol de cuidadoras, las mujeres sigan de forma más estricta las recomendaciones preventivas y generen una mayor respuesta inmunitaria frente al virus». Estos mecanismos podrían haber compensado los riesgos derivados de los roles de género, dando como resultado tan solo un ligero aumento en la incidencia frente a los hombres.

Para hacer frente a la COVID-19 se requiere una respuesta conjunta de la sociedad y que se tenga en consideración los determinantes sociales de salud. Las condiciones de la vivienda, el estado laboral o las ayudas sociales influyen en la distri-

Tabla 3. Variables de apoyo social de la segunda a la quinta ola de la pandemia. Se muestran los porcentajes no acumulados (incluyendo los casos perdidos)

		Segunda ola	Tercera ola	Cuarta ola	Quinta ola
Apoyo social mascota	Sí	7 (2,5%)	1 (0,5%)	0	0
	No	258 (92,8%)	205 (96,2%)	129 (93,5 %)	50 (58,1%)
	Perdidos	13 (4,7%)	7 (3,3%)	9 (6,5 %)	36 (41,9 %)
Apoyo social compra	No	246 (88,5%)	206 (96,7%)	129 (93,5 %)	50 (58,1%)
	Sí	18 (6,5%)	0	0	0
	Perdidos	14 (5%)	7 (3,3 %)	9 (6,5 %)	36 (41,9 %)
Apoyo Social comida	No	251 (90,3%)	206 (96,7%)	128 (92,8 %)	50 (58,1%)
	Sí	14 (5%)	0	0	0
	Perdidos	13 (4,7%)	7 (3,3 %)	10 (7,2 %)	36 (41,9 %)
Necesidad trabajo social	No	260 (93,5%)	202 (94,8%)	123 (89,1 %)	50 (58,1%)
	Sí	7 (2,5 %)	1 (0,5 %)	4 (2,9 %)	0
	Perdidos	11 (4%)	10 (4,7%)	11 (8%)	36 (41,9 %)
Otras dificultades aislamiento		Cuidado padres (0,4 %)	No	No	No
Personas rastreadas		270 (97,1%)	211 (99,1%)	131 (94,9 %)	84 (97,7%)
	Perdidos	8 (2,9%)	2 (0,9%)	7 (5,1%)	2 (2,3%)

bución de los recursos sanitarios, y cada vez hay más pruebas de la conexión entre estos y las diferencias de exposición y vulnerabilidad ante la COVID-19. El estudio pone en evidencia la capacidad de resolución y de recursos de la Atención Primaria y, siendo esta el primer contacto de la ciudadanía ante las instituciones sanitarias, es importante entenderla como una pieza clave para preservar la salud global de nuestra población.

LIMITACIONES

Se considera una limitación importante la medición de la situación socioeconómica. Otra posible limitación es la recogida de información en la historia clínica de forma retrospectiva (en caso de ser dependiente de lo recogido en texto), ya puede que a todos los participantes no se les hubiera recogido y medido igual. La forma de selección de los participantes también podría presentar limitaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al.** A Novel Coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* [Internet]. 2020;382(8):727-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945/>
2. **Salian VS, Wright JA, Vedell PT, Nair S, Li C, Kandimalla M, et al.** COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Mol Pharm.* [Internet]. 2021;18(3):754-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839412/>
3. **Parasa S, Desai M, Thoguluva Chandrasekar V, Patel HK, Kennedy KF, Roesch T, et al.** Prevalence of gastrointestinal symptoms and fecal viral shedding in patients with Coronavirus Disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* [Internet]. 2020;3(6):e2011335. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290409/>
4. **Elshazli RM, Kline A, Elgami A, Aboutaleb MH, Salim MM, Omar M, et al.** Gastroenterology manifestations and COVID-19 outcomes: A meta-analysis of 25,252 cohorts among the first and second waves. *J Med Virol.* [Internet]. 2021;93(5):2740-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527440/>
5. **Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM.** COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection.* [Internet]. 2021;49(2):199-213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7472674/>
6. **Ye Q, Wang B, Mao J.** The pathogenesis and treatment of the "Cytokine Storm" in COVID-19. *J Infect.* [Internet]. 2020;80(6):607-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283152/>
7. **White-Dzuro G, Gibson LE, Zazzeron L, White-Dzuro C, Sullivan Z, Diorio DA, et al.** Multisystem effects of COVID-19: a concise review for practitioners. *Postgrad Med.* [Internet]. 2021;133(1):20-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7651182/>
8. **Grasselli G, Zanrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al; COVID-19 Lombardy ICU Network.** Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy region, Italy. *JAMA.* [Internet]. 2020;323(16):1574-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136855/>
9. **Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al.** Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* [Internet]. 2020;323(11):1061-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042881/>
10. **Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19.** Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* [Internet]. 2020;382(18):1708-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109013/>
11. **Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al.** Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA.* [Internet]. 2020;323(20):2052-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177629/>
12. **Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al.** Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* [Internet]. 2020;395 (10223):507-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007143/>
13. **Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, de Barros FPC, Delgado AP, Correia T, et al.** The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One Health.* [Internet]. 2021;100228. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887445/>
14. **Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F.** The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* [Internet]. 2020 Nov;74(11):964-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298201/>
15. **Las 10 principales causas de defunción.** [Internet]. OMS: 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
16. **Sydenstricker E.** The incidence of influenza among persons of different economic status during the epidemic of 1918. 1931. *Public Health Rep.* [Internet]. 2006;121 Suppl 1:191-204; discussion 190. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16550779/>
17. **Charu V, Chowell G, Palacio Mejia LS, Echevarría-Zuno S, Borja-Aburto VH, Simonsen L, et al.** Mortality burden of the A/H1N1 pandemic in Mexico: a comparison of deaths and years of life lost to seasonal influenza. *Clin Infect Dis.* [Internet]. 2011;53(10):985-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202315/>
18. **Chen JT, Krieger N.** Revealing the Unequal Burden of COVID-19 by Income, Race/Ethnicity, and Household Crowding: US County Versus Zip Code Analyses. *J Public Health Manag Pract.* [Internet]. 2021;27(1):S43-S56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32956299/>
19. **Alma Antoñanzas Serrano, Luis Andrés Gimeno Feliu.** Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *RevClinMedFam.* Vols. [Internet]. 2022; 15 (1):12-9. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/los-determinantes-sociales-de-la-salud-y-su-influencia-en-la-incidencia-de-la-covid-19-una-revision-narrativa>
20. **Martín U, Bacigalupe A, Jiménez Carrillo MJ.** COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Sa-lud Publica.* [Internet]. 2021;95:1-11. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104066.pdf