



Caracterización clínica y epidemiológica de la COVID-19 en las cuatro primeras semanas de pandemia

Clinical and epidemiological characterization of COVID-19 in the first four weeks of the pandemic

Silvia Estelvina Retureta-Milán¹ <https://orcid.org/0000-0001-5466-8020>

Marta Elena Retureta-Milán² <https://orcid.org/0000-0003-2385-3332>

Osvaldo Iváñez-González³ <https://orcid.org/0000-0003-0996-7958>

Ángel Enrique Batista-Díaz⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2023-523X>

Rosa Victoria Venegas-Pérez⁵ <https://orcid.org/0000-0001-9865-8502>

¹Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Titular. Dirección Provincial de Salud. Ciego de Ávila, Cuba.

²Máster en Salud Ambiental. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología y en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Dirección Provincial de Salud de Ciego de Ávila. Ciego de Ávila, Cuba.

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Nguyen Van Troi”. Ciego de Ávila, Cuba.

⁵Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Dirección Provincial de Salud.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: silviaer@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la COVID-19 (enfermedad causada por el coronavirus SARS CoV-2), fue detectada por primera vez en la ciudad de Wuhan, China, en diciembre de 2019.





Objetivo: describir algunas variables clínicas y epidemiológicas de los enfermos de COVID-19 durante las cuatro primeras semanas de pandemia.

Métodos: se desarrolló un estudio descriptivo transversal que tuvo como universo al total de pacientes diagnosticados con el SARS-CoV-2 en la provincia Ciego de Ávila, durante las cuatro primeras semanas de pandemia. Se analizaron las variables: criterios del caso, edad, sexo, municipio de procedencia, síntomas referidos, enfermedades crónicas, y evolución clínica de la COVID-19. Las medidas de resumen fueron porcentajes y frecuencias absolutas. Se cumplieron los preceptos éticos.

Resultados: de los 82 casos confirmados, 63,41 % eran contactos cercanos de pacientes confirmados o sospechosos de infección. Los más afectados tenían entre 25 y 29 años (21,95%); entre los enfermos de 60 años y más la proporción fue 15,85%. La mayoría era de sexo femenino. En cuatro municipios hubo eventos de transmisión, con predominio de contagiados asintomáticos. Los síntomas más referidos fueron: fiebre, tos y dolor de garganta. La hipertensión arterial (4,88%) y la diabetes mellitus (6,10%) fueron las enfermedades crónicas más frecuentes. En la mayoría, la infección evolucionó favorablemente; dos pacientes fallecieron.

Conclusiones: la COVID-19 se propaga rápidamente dentro de la comunidad. El estudio aportó una caracterización clínica y epidemiológica de la enfermedad, útil para ejecutar acciones inmediatas por los decisores de salud en la provincia, así como para elaborar estrategias de prevención en la comunidad.

Palabras clave: INFECCIONES POR CORONAVIRUS; VIRUS DEL SRAS; COVID-19; SARS-CoV-2; CORONAVIRUS.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 (disease caused by the SARS CoV-2 coronavirus) was detected for the first time in Wuhan, China, in December 2019.

Objective: to describe some clinical and epidemiological variables of COVID-19 patients during the first four weeks of the pandemic.

Methods: a cross-sectional descriptive study was developed whose universe was the total number of patients diagnosed with SARS-CoV-2 in Ciego de Ávila province, during the first four weeks of the pandemic. The following variables were analyzed: case criteria, age, sex, origin municipality, reported symptoms, chronic diseases, and clinical course of COVID-19. Summary measures were percentages



and absolute frequencies.

Results: 63,41% of the 82 confirmed cases were close contacts of patients with confirmed or suspected infection. The most affected were between 25 and 29 years old (21,95%); among patients aged 60 years and over, the proportion was 15,85 %. Most were female. There were transmission events in four municipalities, with a predominance of asymptomatic infected people. The most reported symptoms were: fever, cough and sore throat. Arterial hypertension (4,88%) and diabetes mellitus (6,10%) were the most frequent chronic diseases. In the majority, the infection evolved favorably; two patients died.

Conclusions: COVID-19 spreads rapidly within the community. The study provided a clinical and epidemiological characterization of the disease, useful to execute immediate actions by health decision-makers in the province, as well as to develop prevention strategies in the community.

Keywords: CORONAVIRUS INFECTIONS; SARS VIRUS; COVID-19; SARS-CoV-2; CORONAVIRUS.

Recibido: 14/06/2020

Aprobado: 04/09/2020

INTRODUCCIÓN

Como pandemias emergentes, las enfermedades virales constituyen una amenaza constante. En particular las zoonóticas, se introducen en la población humana por el contacto con animales.^(1,2) Las infecciones más recientes de este tipo son el síndrome respiratorio agudo grave y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (conocidos por sus siglas en inglés SARS y MERS, respectivamente), el ébola y el zika.⁽²⁻⁴⁾

La COVID-19 (enfermedad causada por el coronavirus SARS CoV-2), fue detectada por primera vez en la ciudad de Wuhan, China, en diciembre de 2019.⁽²⁾ En enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de COVID-19 emergencia de salud pública de importancia internacional, y en marzo del mismo año la categorizó de pandemia.⁽⁵⁾

Los síntomas de la COVID-19 pueden ser leves: dolor de garganta, tos y fiebre elevada. No obstante, la enfermedad puede evolucionar a formas graves en algunas personas; en estos casos, suelen aparecer

dificultades respiratorias, neumonía, septicemia y choque séptico, y puede sobrevenir la muerte.⁽⁶⁻⁸⁾

La mayoría de las personas con infecciones leves, al no presentar síntomas comprometedores que requieran asistencia médica, con más probabilidad pasan por alto los métodos de detección usuales, como los controles de temperatura corporal. Del mismo modo, en un elevado número de pacientes la enfermedad cursa de forma asintomática, lo que aumenta las probabilidades de transmisión a otras personas.^(9,10)

En los pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, afecciones renales y cardiovasculares, obesidad e inmunodeficiencias), así como en los ancianos, el cuadro infeccioso se puede complicar debido a la particular vulnerabilidad de estas personas, y causar su fallecimiento.^(10,11)

Según expertos de la OMS, al inicio se desconocían los principales parámetros epidemiológicos, clínicos y virológicos de la infección, por tratarse de un patógeno de transmisión respiratoria nuevo; tampoco se conocía la dinámica del brote. Por ello, se hizo énfasis en las medidas de prevención para evitar la diseminación de la enfermedad en la comunidad.^(12,13)

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, ante la presencia de la infección en el país, implementó el *Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19*.⁽¹³⁾ Sus objetivos son la prevención, control y manejo correcto de los enfermos, la protección del personal sanitario y la comunidad. Para ello, los pacientes se clasifican según los siguientes criterios: contacto cercano, caso sospechoso, confirmado y confirmado con requerimiento de ingreso en cuidados intensivos.

Hasta el 20 de abril de 2020, según reportes de la OMS, existía transmisión de COVID-19 en 182 países, con aproximadamente 2 355 853 casos confirmados y 164 659 fallecidos para una letalidad de 6,90 %.⁽¹⁴⁾ En la región de las Américas se encontraban 38,20 % de los enfermos reportados en el mundo, con aproximadamente 47 369 fallecidos, para una letalidad de 5,30 %.⁽¹⁴⁾ En Cuba, se confirmaron 1 137 casos positivos como resultado del estudio de 30 416 muestras estudiadas, para un índice de positividad de 3,70%.⁽¹⁴⁾

En la provincia Ciego de Ávila, se confirmó por primera vez el SARS-CoV-2 el 18 de marzo de 2020 en un paciente extranjero procedente de Francia, que arribó al país por el aeropuerto de Cayo Coco. Presentaba la sintomatología característica de la enfermedad, por lo cual fue ingresado y estudiado como caso sospechoso de COVID-19.

El primer paciente cubano de Ciego de Ávila fue confirmado el 23 de marzo, como resultado de la vigilancia por el antecedente epidemiológico de procedencia extranjera. Durante ese período la

enfermedad presentó un comportamiento variable en la provincia. Los últimos casos positivos al SARS-CoV-2 de la presente investigación se diagnosticaron el 20 de abril de 2020; hasta esa fecha se contabilizaron 82 pacientes. La tasa de incidencia de la provincia fue de 11,90%, superior a la del país (6,90% por cada 100 000 habitantes). Esta situación constituyó una preocupación para los decisores de salud de la provincia, en cuanto a mantener el control de la pandemia.

El objetivo de la presente investigación es describir algunas variables clínicas y epidemiológicas de los enfermos de COVID-19 durante las cuatro primeras semanas de pandemia.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal que tuvo como universo al total de pacientes diagnosticados con el SARS-CoV-2 en la provincia Ciego de Ávila (82), durante las cuatro primeras semanas de pandemia (18 de marzo al 20 de abril de 2020).

Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante el examen de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR, por sus siglas en inglés) de las muestras de exudado nasofaríngeo, tomadas entre el quinto y séptimo días posteriores a los contactos con casos confirmados o sospechosos de COVID-19.

Se analizaron las variables: criterios del caso (contacto cercano, y sospechoso de COVID-19), edad, sexo, municipio de procedencia, síntomas referidos, enfermedades crónicas, y evolución clínica de la COVID-19. Como medidas de resumen se utilizaron los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas epidemiológicas, y se registraron para su procesamiento en una hoja de *Microsoft Excel*. Se utilizó el programa estadístico *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versión 21.0. Los resultados se expusieron en tablas de porcentajes y frecuencias absolutas.

Se mantuvo como premisa respetar los principios bioéticos de los estudios con seres humanos según establece la *Declaración de Helsinki*.⁽¹⁵⁾ Los autores se comprometieron a guardar la confidencialidad de la información utilizada.

RESULTADOS

Respecto a las fuentes de infección, se constató que 13 enfermos confirmados (15,80%), procedían del extranjero, fundamentalmente de Estados Unidos de América y de los Estados Unidos Mexicanos; 69 (84,10%) se habían contagiado en zonas con transmisión activa en la provincia de Ciego de Ávila y 100% de los diagnósticos se realizaron en los centros de salud.

Se confirmaron 82 pacientes positivos al SARS-CoV-2. De ellos, 30 (36,59%) se identificaron previamente como sospechosos, y 52 (63,41%) eran contactos cercanos de pacientes confirmados o sospechosos de infección por el virus (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de pacientes diagnosticados según los criterios de los casos

Criterios de casos	Positivos al SARS-CoV-2 (n=82)	
	No.	%
Casos sospechosos de COVID-19	30	36,59
Contactos cercanos	52	63,41

Fuente: historias clínicas epidemiológicas

Los pacientes entre 20 y 29 años (21,95%) fueron los más afectados, seguidos aquellos cuyas edades oscilaban entre 40 y 49 años (18,29%), y los de 60 años y más (15,85%). Por otra parte, 13 pacientes en edades pediátricas fueron confirmados con el SARS-CoV-2. En cuanto al sexo no se encontraron muchas diferencias, pero sí un predominio de pacientes femeninas (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los pacientes confirmados con la COVID-19 según edad y sexo

Edades	Total		Femeninos		Masculinos	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	11	13,41	4	4,88	7	8,54
10-19	4	4,88	2	2,44	2	2,44
20-29	18	21,95	11	13,41	7	8,54
30-39	9	10,98	5	6,10	4	4,88
40-49	15	18,29	9	10,98	6	7,32
50-59	12	14,63	7	8,54	5	6,10
60 y más	13	15,85	8	9,76	5	6,10
Total	82	100,00	46	56,10	36	43,90

Fuente: historias clínicas epidemiológicas

Los municipios con mayor número de infectados fueron Morón (23,17 %) y Venezuela (20,73 %), seguidos de Ciego de Ávila y Florencia, ambos con 19,51 %. Un elevado número de confirmados resultó asintomático (62,20 %), fundamentalmente en los municipios Florencia y Venezuela con 17,07 % y 13,41 %, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de los pacientes confirmados con la COVID-19 por municipios de procedencia y presencia de síntomas

Municipio	Total		Presencia de síntomas			
	No.	%	Sí	%	No	%
Morón	19	23,17	9	10,98	10	12,20
Venezuela	17	20,73	6	7,32	11	13,41
Ciego de Ávila	16	19,51	8	9,76	8	9,76
Florencia	16	19,51	2	2,44	14	17,07
Baraguá	6	7,32	3	3,66	3	3,66
Majagua	5	6,10	2	2,44	3	3,66
Chambas	1	1,22	0	0,00	1	1,22
Bolivia	1	1,22	0	0,00	1	1,22
Ciro Redondo	1	1,22	1	1,22	0	0,00
Total	82	100,00	31	37,80	51	62,20

Fuente: historias clínicas epidemiológicas

De los síntomas referidos por los pacientes confirmados, los más representativos fueron la tos (26,83 %), la fiebre (19,51 %) y el dolor garganta (13,41 %). Con menor frecuencia presentaron secreción nasal (8,54 %), expectoración, cefalea y disnea (4,88 %), malestar general (2,44 %), vómitos y convulsiones (1,22 %). Por otra parte, ningún paciente refirió agusia, anosmia y diarreas (Tabla 4).

Tabla 4 - Síntomas referidos por los pacientes confirmados con la COVID-19

Síntomas (n=82)	Total	
	No.	%
Tos	22	26,83
Fiebre	16	19,51
Dolor de garganta	11	13,41
Secreción nasal	7	8,54
Expectoración	4	4,88
Cefalea	4	4,88

Disnea	4	4,88
Malestar general	2	2,44
Vómitos	1	1,22
Convulsiones	1	1,22

Fuente: historias clínicas epidemiológicas

Los pacientes con enfermedades crónicas presentaron elevados riesgos por las graves complicaciones que pudieran presentar al enfermar de COVID-19. De los contagiados confirmados, cinco (6,10 %) tenían antecedentes de diabetes mellitus, cuatro (4,88 %) eran hipertensos, tres (3,66 %) padecían asma bronquial, dos (2,44 %) eran cardiopatas. La obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la neoplasia, se presentaron en un paciente cada una (Tabla 5).

Tabla 5 - Enfermedades crónicas presentes en los pacientes confirmados con la COVID-19

Enfermedades crónicas (n=82)	Total	
	No.	%
Diabetes mellitus	5	6,10
Hipertensión arterial	4	4,88
Asma bronquial	3	3,66
Cardiopatías	2	2,44
Obesidad	1	1,22
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	1,22
Neoplasia	1	1,22

Fuente: historias clínicas epidemiológicas

Hasta el último día del período estudiado, predominaron los pacientes con evolución estable de la enfermedad (81,71 %). El 14,63 % habían recibido el alta clínica y 2,44 % presentaron complicaciones por las cuales fallecieron, para una tasa de letalidad de 2,40 %. Hasta el final de la cuarta semana un paciente (1,22 %) había sido reportado grave, además de los dos que fallecieron que previamente transitaban por la gravedad (Tabla 6).

Tabla 6 - Clasificación de los pacientes según la evolución clínica de la enfermedad

Evolución de la enfermedad (n=82)	Total	
	No.	%
Estable	67	81,71

Grave	1	1,22
Alta médica	12	14,63
Fallecido	2	2,44

Tasa de letalidad: 2,40%

Fuente: historias clínicas hospitalarias

DISCUSIÓN

Las variables clínicas y epidemiológicas descritas en los pacientes confirmados con el SARS-CoV-2 en el presente estudio, posibilitaron a los administradores de salud establecer acciones y pautas para el control de la COVID-19 en la provincia Ciego de Ávila.

Hasta el 20 de abril de 2020, en Ciego de Ávila la tasa de incidencia de COVID-19 era 11,90/100 000 habitantes, una de las más elevadas del país. En opinión de los autores, es probable que esta situación guarde relación con la ubicación en el territorio de uno de los polos turísticos más importantes de Cuba, con un aeropuerto internacional que genera un gran movimiento turístico.

Al realizar el hisopado con el método RT-PCR, tanto a pacientes sospechosos como a contactos cercanos de casos positivos, más de la mitad de los positivos eran contactos cercanos de otros confirmados. Ello evidencia que la pesquisa en la comunidad fue exhaustiva. Esta estrategia de cribado de contactos cercanos y casos sospechosos de COVID-19, posibilitó el control de la propagación del virus; a ella se añadieron las medidas aislamiento y el tratamiento profiláctico de los casos confirmados. Según Gandhi y cols.⁽¹⁶⁾ este procedimiento constituye el “talón de Aquiles” para el control de la pandemia de COVID-19.

La distribución de los casos confirmados de la enfermedad según los grupos de edades en el presente estudio, fue similar a la presentada por el grupo de expertos chinos para el tratamiento de la COVID-19, el cual halló una prevalencia de pacientes enfermos con edades entre 15 y 49 años, fundamentalmente femeninas.⁽¹⁷⁾

La prevalencia de pacientes confirmados del grupo de edades de 60 años y más, estuvo condicionada por el elevado número de personas de estas edades. Según Wayne y cols.⁽¹¹⁾ la elevada morbilidad de estas personas se debe a sus características inmunológicas y las condiciones de salud asociadas con la edad, particularmente las enfermedades concomitantes.

Según Lu y cols.⁽¹⁸⁾ la prevalencia de enfermos de COVID-19 en edades pediátricas es inferior a 1%.

En el presente estudio fue superior. En opinión de los autores, si esta prevalencia se mantuviese en el tiempo, pudiera comprometer los indicadores del programa de atención materno infantil. De ahí la importancia de extremar las medidas de prevención en infantes con elevada vulnerabilidad.

Respecto a la procedencia de los pacientes confirmados, la mayoría era de la región norte de la provincia, donde se localiza el polo turístico de Cayo Coco. No obstante, se confirmaron enfermos en nueve de los diez municipios de la provincia; la mayoría, asintomática. Esta condición favorece la transmisión del virus, como constataron Arons y cols.⁽¹⁰⁾ y Guan y cols.⁽¹⁷⁾ Por ello, en el país se aislaron los enfermos y pacientes con antecedentes epidemiológicos de la enfermedad en centros de atención con las condiciones necesarias. Esta medida contribuyó a evitar la propagación del SARS-CoV-2 en la comunidad, y posibilitó el seguimiento estricto de los pacientes por el personal sanitario para garantizarles el tratamiento precoz y disminuir las complicaciones.

Los síntomas más frecuentes en los enfermos de COVID-19 confirmados fueron tos y fiebre. Al respecto, Shereen y cols.⁽¹⁾ compararon la sintomatología de las infecciones por SARS-CoV y SARS-CoV-2, y constataron en los segundos la prevalencia de estos síntomas en particular. De los pacientes estudiados por Arons y cols.⁽¹⁰⁾ 21,00% presentaron tos y fiebre.

En la población estudiada por Guan y cols.⁽¹⁷⁾ se detectaron otros síntomas importantes: fatiga, producción de esputo, y dificultad para respirar; los cuales no se manifestaron en los pacientes del presente estudio (como tampoco anosmia, ageusia y diarreas, descritos por De Sousa-Neto y cols.).⁽¹⁹⁾

La COVID-19 puede afectar desproporcionadamente a pacientes con enfermedades crónicas como las de origen cardiovascular y renal. Ello pudiera deberse al efecto nocivo sobre los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina en el contexto de la infección.^(17,19,20) Se ha de tener en cuenta en el mundo las enfermedades crónicas están entre las primeras causas de mortalidad.⁽²¹⁾ En Cuba, a la elevada prevalencia de estas, se suma el envejecimiento de la población.^(22,23)

En opinión de los autores, la prevalencia de enfermedades crónicas en los pacientes confirmados con el SARS-Cov-2 en la provincia, se pudiera atribuir fundamentalmente a la primacía de los mayores de 50 años, edades en las que suelen aparecer estas afecciones.^(22,23) Estudios de casos y controles demuestran la relación de las enfermedades crónicas, o sus tratamientos, con la mortalidad por COVID-19.^(19,20) Estas fueron las causas de que dos pacientes llegasen a estados críticos y posteriormente fallecieran en la provincia.

Por otra parte, las capacidades de los servicios de salud del país y el establecimiento de protocolos de tratamientos posibilitaron que más de la mitad de los infectados con el nuevo coronavirus en la provincia Ciego de Ávila presentara una evolución estable de la enfermedad en el período estudiado. Al momento de realizarse esta investigación, la COVID-19 apenas iniciaba la primera de las oleadas que con posterioridad acontecieron. Por ello, la cifra de investigados fue pequeña, e insuficiente el número de variables estudiadas; ambos aspectos constituyeron limitaciones de la investigación.

CONCLUSIONES

La COVID-19 es una enfermedad de rápida propagación en la comunidad. Cuando apareció en la provincia Ciego de Ávila, durante las cuatro primeras semanas afectó a personas de mediana edad y ancianos, fundamentalmente de sexo femenino. La mayoría era contacto cercano de enfermos confirmados. Casi la totalidad de los municipios de la provincia presentó casos positivos, y la mayoría fueron asintomáticos. De las enfermedades crónicas, prevaleció la diabetes mellitus. En la mayoría de los confirmados la enfermedad evolucionó de forma estable. Este estudio aportó evidencias sobre la importancia de algunas variables clínicas y epidemiológicas de los enfermos de COVID-19, cuya descripción posibilitó la ejecución inmediata de acciones para contener la pandemia en la provincia, así como sentó las bases para la elaboración de estrategias de prevención en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. J Adv Res [Internet]. Jul 2020 [citado 4 Abr 2020];24:91-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7113610/pdf/main.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de laboratorio para la detección y diagnóstico de la infección con el nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) [Internet]. Washington: OPS; 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/58506/download?token=X1oFd-KY>
3. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguín-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a



systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. Abr 2020 [citado 31 Mar 2020];34:101623. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102608/pdf/main.pdf>

4. Collado Hernández B, Torre Rugarcía Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Med. segur. trab.* [Internet]. Jun 2015 [citado 1 Abr 2020];61(239):233-53. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v61n239/09_revision1.pdf

5. Organización Panamericana de la Salud. Especificaciones técnicas de dispositivos médicos para la gestión de casos de COVID-19 en los servicios de salud. Recomendaciones interinas [Internet]. Washington: OPS; 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51980/OPSPHEIMCovid1920001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [Internet]. Washington: OPS; 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52142/OPSHSSBIOCOVID-19200008_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Orientaciones provisionales [Internet]. Washington: OPS; 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330938/WHO-nCoV-Clinical-2020.3-spa.pdf>

8. Lupia T, Scabini S, Pinna SM, Di Perri G, De Rosa FG, Corcione S. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: a new challenge. *J Glob Antimicrob Resist* [Internet]. Jun 2020 [citado 4 Abr 2020];21:22-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102618/pdf/main.pdf>

9. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect* [Internet]. Jun 2020 [citado 4 Abr 2020];53(3):404-12. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128959/pdf/main.pdf>

10. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* [Internet]. May





2020 [citado 30 Abr 2020];382(22):2081-90. Disponible en:

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2008457?articleTools=true>

11. Koff WC, Williams MA. COVID-19 and immunity in aging populations - A new research agenda. N Engl J Med [Internet]. Ago 2020 [citado 1 May 2020];383(9):804-5. Disponible en:

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2006761?articleTools=true>

12. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de investigación de los primeros casos y sus contactos directos (FFX) de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Versión 2 [Internet]. Washington: OMS; 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en:

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/COVID-19-master-ffx-protocol-v2-sp-web.pdf?sfvrsn=7ad940f_8

13. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 26 Sep 2020]. Disponible en:

<https://covid19cubadata.github.io/protocolos/protocolo-version-5.pdf>

14. Ministerio de Salud Pública [Internet]. La Habana: MINSAP; 21 Abr 2020 [actualizado 6 Dic 2020; citado 10 Dic 2020]. Parte de cierre del día 20 de abril a las 12 de la noche; [aprox. 16 p.]. Disponible en:

https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-20-de-abril-a-las-12-de-la-noche/?doing_wp_cron=1648748358.6015670299530029296875

15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Brasil: 64ª Asamblea General, Asociación Médica Mundial; 2013 [citado 14 Jun 2020]. Disponible en:

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

16. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic transmission, the Achilles' heel of current strategies to control COVID-19. N Engl J Med [Internet]. May 2020 [citado 3 May 2020];382(22):2158-

60. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe2009758?articleTools=true>

17. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med [Internet]. Abr 2020 [citado 30 Abr 2020];382(18):1708-20.

Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>

18. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, et al. SARS-CoV-2 infection in children. N Engl J Med [Internet]. Abr 2020 [citado 1 May 2020];382(17):1663-5. Disponible en:

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2005073?articleTools=true>

19. De Sousa-Neto AR, Batista-De Carvalho AR, Neves-De Oliveira EM, Brito-Magalhães RL,





- Batista-Moura ME, Joaquim-De Freitas DR. Manifestações sintomáticas da doença causada por coronavírus (COVID-19) em adultos: revisão sistemática. Rev Gaúcha de Enferm [Internet]. 2020 [citado 27 Jul 2021];42(esp): e20200205. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QRMyhJYvr8p9Yw7HDqsz5Xs/?format=pdf&lang=pt>
20. Mehra MR, Desai SS, Kuy SR, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in COVID-19. N Engl J Med [Internet]. Jun 2020 [citado 3 May 2020];382(25):e102. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2007621?articleTools=true>
21. Mancia G, Rea F, Ludergnani M, Apolone G, Corrao G. Renin-angiotensin-aldosterone system blockers and the risk of COVID-19. N Engl J Med [Internet]. Jun 2020 [citado 3 May 2020];382(25):2431-40. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2006923?articleTools=true>
22. Landrove-Rodríguez O, Morejón-Giraldoni A, Venero-Fernández S, Suárez-Medina R, Almaguer-López M, Pallarols-Mariño E, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev panam. salud pública [Internet]. May 2018 [citado 5 May 2020];42:e23. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e23/es>
23. Hernández-Triana M. Envejecimiento. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Dic 2014 [citado 5 May 2020];40(4):361-78. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n4/spu11414.pdf

Conflictos de Intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Silvia Estelvina Retureta-Milán: conceptualización, análisis formal, redacción y revisión del borrador original.

Marta Elena Retureta-Milán: conceptualización, redacción, revisión y edición.

Oswaldo Iváñez-González: investigación, redacción, revisión y edición.

Ángel Enrique Batista-Díaz: redacción, revisión y edición.





Rosa Victoria Venegas-Pérez: redacción, revisión y edición.

Financiación

Dirección Provincial de Salud de Ciego de Ávila.

