






ARTÍCULO ORIGINAL

Pacientes sospechosos de COVID-19 con RT-PCR negativo atendidos en un centro de aislamiento en Las Tunas**Suspected cases of COVID-19 with negative RT-PCR treated in an isolation center in Las Tunas**

Leandro Jorge Riverón-Cruzata^{1,2}, Martha Vergara-Silva^{1,2}, Arlety Paulina Lluch-Peña¹, Yanelis Alba-Cutiño¹, Alcira Yaniurys Ortíz-Rodríguez¹

¹Policlínico Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Las Tunas. ²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Leandro Jorge Riverón-Cruzata, correo electrónico: lriverson920414@gmail.com

Recibido: 26 de mayo de 2020

Aprobado: 2 de junio de 2020

RESUMEN

Fundamento: en Las Tunas se ingresan pacientes sospechosos de COVID-19 para su estudio y tratamiento en centros de aislamiento, pero se desconocen sus características.

Objetivo: caracterizar a los pacientes sospechosos de COVID-19 ingresados en el centro de aislamiento “Los Cocos” de Las Tunas, en el período del 25 de marzo al 24 de mayo de 2020.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con una población de estudio de 114 pacientes sospechosos de COVID-19 con rRT-PCR negativo. Se evaluaron las variables: edad, sexo, antecedente epidemiológico, área de procedencia, antecedentes patológicos personales, signos y síntomas, día de toma de muestra luego de la fecha de inicio de los síntomas, y diagnóstico al egreso.

Resultados: el grupo de edades entre 19 y 30 años (25,43 %) y los masculinos (51,75 %) fueron discretamente más frecuentes, el 76,31 % estaban entre los 19 y 60 años. Ser contacto con caso sospechoso (26,31 %), seguido de ser viajero nacional (22,8 %), fueron los antecedentes epidemiológicos y de procedencia más frecuentes. Predominaron los antecedentes de tener buena salud. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: tos (57,89 %), temperatura menor de 37 °C (50,87 %), frecuencia cardíaca de 81-90 lat/min (44,73 %), frecuencia respiratoria de 18 resp/min (36,84 %), normotensión (76,31 %), y estertores secos (16,66 %). El catarro común fue el diagnóstico más frecuente (46,49 %).

Conclusiones: los pacientes sospechosos eran en su mayoría adultos, con antecedentes de buena salud y sintomatología leve. Egresados con diagnóstico de otras enfermedades, principalmente catarro común.

Palabras clave: COVID-19; CLÍNICA; EPIDEMIOLOGÍA; CORONAVIRUS; SARS-COV-2.

Descriptor: INFECCIONES POR CORONAVIRUS; EPIDEMIOLOGÍA; CORONAVIRUS.

ABSTRACT

Background: suspected cases of COVID-19 are admitted to isolation centers of Las Tunas for study and treatment, but their characteristics are unknown.

Objective: to characterize the suspected cases of COVID-19 admitted to Los Cocos isolation center of Las Tunas, from March 25 to May 24, 2020.

Methods: a descriptive, observational and cross-sectional study was carried out with a study population of 114 suspected cases of COVID-19 with negative RT-PCR. The following variables were assessed: age, sex, epidemiological history, district of origin, past medical history, signs and symptoms, day of sample taking after the onset of symptoms, and diagnosis at discharge.

Results: the 19 to 30 age group (25.43 %) and males (51.75 %) were discreetly more frequent; 76.31 % were between 19 and 60 years. Being a contact with a suspected case (26.31 %) followed by being a national traveler (22.8 %) were the most epidemiological and origin histories. A past medical history of having a good health prevailed. The most frequent signs and symptoms were: cough (57.89 %), temperature lower than 37°C (50.87 %), heart rate of 81-90 bpm (44.73 %), respiratory rate of 18 breaths per minute (36.84 %), normotension (76.31 %) and dry rales (16.66 %). Common flu was the most frequent diagnosis (46.49 %).

Conclusions: the suspected cases were mostly adult, with a history of good health and mild symptomatology. At discharge other diseases were diagnosed, mainly common flu.

Keywords: COVID-19; MEDICINE; EPIDEMIOLOGY; CORONAVIRUS, SARS-COV-2.



Citar como: Riverón-Cruzata LJ, Vergara-Silva M, Lluch-Peña AP, Alba-Cutiño Y, Ortíz-Rodríguez AY. Pacientes sospechosos de COVID-19 con RT-PCR negativo atendidos en un centro de aislamiento en Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020; 45(4). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2304>.

Descriptors: CORONAVIRUS INFECTIONS; EPIDEMIOLOGY; CORONAVIRUS.

INTRODUCCIÓN

En febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina una nueva enfermedad, la COVID-19, causada por el SARS-CoV-2 (por la sigla en inglés de coronavirus 2 - síndrome respiratorio agudo severo), un nuevo virus descubierto en Wuhan, Hubei, China, a finales de diciembre de 2019. ⁽¹⁻³⁾

Los intensos estudios iniciales facilitaron la identificación del nuevo virus ya mencionado, al secuenciarse su genoma y describir su estructura submicroscópica, que lo incluye taxonómicamente en la familia de los coronavirus, comunicación que se realiza a la OMS en enero de 2020. ⁽⁴⁾

La propagación del virus ha sido extremadamente rápida; el 11 de marzo de 2020 ya eran más de 118 mil los infectados en 114 países, con 4300 fallecidos, a esa fecha fue declarada como una pandemia. ^(5,6) El primer caso "latinoamericano" de COVID-19 se registró en Brasil el 26 de febrero y la primera muerte por la infección en la región se anunció en Argentina el 7 de marzo. ⁽⁷⁾ La propagación ha sido tan rápida, que varios países latinoamericanos superan el millar de contagiados, bajo el constante temor de que el ritmo de nuevos contagios siga aumentando de forma exponencial. ⁽⁸⁾

En Cuba, el primer caso se diagnosticó el día 11 de marzo de 2020. El Ministerio de Salud Pública informó sobre tres turistas procedentes de Italia, que se encontraban en la ciudad de Trinidad, y después de tres días de estancia en el país presentaron síntomas respiratorios. ⁽⁹⁾

Según el sitio oficial del Ministerio de Salud Pública de Cuba, al cierre del día 31 de mayo se encuentran ingresados en hospitales para vigilancia clínica epidemiológica 429 pacientes. Otras 1728 personas se vigilan en sus hogares, desde la Atención Primaria de Salud. El país acumulaba 1071037 muestras realizadas y 2083 positivas (1,9 %). En la región de las Américas se reportan 2 millones 846 mil 391 casos confirmados (+ 77031), el 47,22 % del total de casos reportados en el mundo, con 161 mil 514 fallecidos (+ 2648) y una letalidad de 5,67 % (-0,07). ⁽¹⁰⁾

En este contexto, una de las acciones emprendidas en el país para enfrentar la pandemia es el ingreso de los sospechosos de ser afectados por la COVID-19, para su estudio y tratamiento en centros de aislamiento. A pesar de que se han habilitado varios de estos centros de campaña en el país, no existen publicados informes científicos que describan las características de estos, por lo que se plantea la interrogante científica: ¿cuáles serán las características de los pacientes sospechosos de COVID-19 ingresados en el centro de aislamiento "Los Cocos", de Las Tunas?

Con el presente estudio se pretendió desvelar elementos clínicos y epidemiológicos de estos pacientes, para obtener criterios que mejoren la forma de hacer el ingreso, estudio y tratamiento, necesarios para el diagnóstico diferencial de la COVID-19 y el logro del control de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para caracterizar a los pacientes sospechosos de COVID-19 del centro de aislamiento "Los Cocos" de Las Tunas, en el período del 25 de marzo al 24 de mayo de 2020.

La población de estudio fueron los 114 pacientes sospechosos de COVID-19, cuyo resultado del rRT-PCR (reacción en cadena de polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real) fue negativo. Por el interés del tema y a pesar de la definición de universo antes dada, es bueno informar que solo un paciente de este centro resultó positivo al rRT-PCR y fue trasladado a otra institución.

Se aplicó el concepto para caso sospechoso de COVID-19: persona de cualquier edad que presentara fiebre, enfermedad respiratoria aguda y que contara con antecedentes de viaje o estancia en países con transmisión local de la enfermedad, o haber estado en contacto con un caso confirmado o un caso bajo investigación, hasta 14 días antes del inicio de los síntomas.

Otras definiciones necesarias fueron las de contacto y viajero. Se considera contacto de COVID-19 a la persona involucrada en cualquiera de las siguientes condiciones: cuidados directos a pacientes con COVID-19, trabajar con personal de la salud infectado con el nuevo coronavirus, visitas a pacientes o estadía en el mismo ambiente cercano de un paciente con COVID-19; compartir estrechamente el ambiente de trabajo o el aula escolar con un paciente con COVID-19; viajar junto a un paciente con COVID-19 en cualquier tipo de transporte. Por otra parte, se considera viajero a la persona procedente de una región dentro del país o el extranjero, donde estuviera demostrada transmisión de la enfermedad por COVID-19 durante el período de 14 días antes del ingreso.

Se evaluaron las variables: edad, sexo, antecedentes epidemiológicos, área de procedencia, antecedentes patológicos personales (APP), signos y síntomas, día de toma de muestra luego de la fecha de inicio de los síntomas (FIS) y diagnóstico al egreso.

Para este estudio se utilizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el centro antes mencionado. Los datos se procesaron utilizando la estadística descriptiva.

La investigación se acoge a los preceptos éticos aplicados a los estudios biomédicos respecto a las personas. No se aplicaron maniobras experimentales

y la información fue procesada de forma confidencial y sin la presentación de datos que pudieran afectar la integridad de los pacientes.

RESULTADOS

La **tabla 1** muestra la distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según la edad y el sexo. El grupo de edades entre 19 y 30 años (n=29; 25,43 %) y los masculinos (n=59; 51,75 %) fueron discretamente los más frecuentes. Solo el 10,53 % (12 pacientes) eran menores de 19 años.

La **tabla 2** muestra la distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según antecedentes epidemiológicos y procedencia, con mayor frecuencia del antecedente de ser contacto con caso sospechoso COVID-19 (n=30; 26,31 %), seguido de ser viajero nacional (n=26; 22,8 %). El municipio Las Tunas fue el de mayor procedencia de los casos (n=69; 60,52 %).

TABLA 1. Distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Masculino	Femenino	Total	
			Nº	%
0-10	4	3	7	6,14
11-18	2	3	5	4,38
19-30	18	11	29	25,43
31-40	9	7	16	14,03
41-50	7	15	22	19,29
51-60	12	8	20	17,54
61 y más	7	8	15	13,15
Total	59	55	114	100
%	51,75	48,24	100	

TABLA 2. Distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según antecedentes epidemiológicos y municipio de procedencia

Antecedentes epidemiológicos	Tunas	Puerto Padre	Amancio	Majibacoa	Manatí	Jobabo	Colombia	Otra provincia	Total	%
Contacto con caso positivo COVID-19	9	7	0	1	2	0	0	1	20	17,54
Contacto con caso sospechoso COVID-19	20	5	2	0	2	1	0	0	30	26,31
Viajero Nacional	11	0	2	6	1	1	0	5	26	22,80
Viajero Internacional	16	0	0	1	1	0	2	1	21	18,42
Contacto de Viajero Nacional	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1,75
Contacto de Viajero Internacional	12	-	4	-	-	-	-	-	16	14,03
Total	69	12	8	8	6	2	2	7	114	100
%	60,52	10,52	7,01	7,01	5,26	1,75	1,75	6,14	100	

La **tabla 3** muestra la distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según antecedentes patológicos personales, donde el antecedente de salud (n=47; 44,2 %) fue el más frecuente, seguido de hipertensión arterial (n=26; 24 %).

La **tabla 4** muestra los síntomas y signos de los pacientes sospechosos de COVID-19, donde los más frecuentes fueron: tos (n=66; 57,89 %), temperatura menor de 37 °C (n=58; 50,87 %), frecuencia cardíaca de 81-90 lat/min (n=51; 44,73 %), frecuencia respiratoria de 18 resp/min (n=42; 36,84 %), normotensión (n=87; 76,31 %) y estertores secos (n=19; 16,66 %).

TABLA 3. Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales (APP)

APP	Nº	%
Salud	47	41,22
Hipertensión arterial	26	22,80
Asma bronquial	22	19,29
Tabaquismo	7	6,14
Epilepsia	6	5,26
Diabetes mellitus	6	5,26
Cardiopatía isquémica	5	4,38
Neoplasias	3	2,63
EPOC	2	1,75
Otros	19	16,66

TABLA 4. Síntomas y signos de los pacientes sospechosos de COVID-19

Síntomas y signos	Nº	%
Tos	66	57,89
Odinofagia	33	28,94
Cefalea	30	26,31
Malestar general	20	17,54
Expectoraciones	19	16,66
Rinorrea	15	13,15
Artralgia	12	10,52
Congestión nasal	6	5,26
Diarrea	4	3,50
Disuria	4	3,50
Dolor ocular	3	2,63
Vómitos	2	1,75
Dolor precordial	1	1,75
Estornudos	1	1,75
Escalofríos	1	1,75
Sudoración	1	1,75
Temperatura (°C)		
<37	58	50,87
37-38	33	28,94
38,1-39	17	14,91
>39	6	5,26
Frecuencia cardíaca (lat/min)		
<60	5	4,38
60-70	8	7,01
71-80	43	37,71
81-90	51	44,73
Frecuencia respiratoria (resp/min)		
16	7	6,14
17	17	14,91
18	42	36,84
19	11	9,64
20	30	26,31
TA (mm/Hg)		
Hipotensos	7	6,14
Normotensos	87	76,31
Hipertensos	13	11,40
Signos de focalización		
Estertores secos	19	16,66
Exudados orofaríngeos	17	14,91
Puño percusión positiva	1	0,87
Puntos pielorreoureterales positivos	1	0,87

En relación con la distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según día de tomada la muestra para el RT-PCR, luego de la fecha de inicio de los síntomas, antes del tercer día se recogieron 24 muestras (21,05 %), el tercer día (n=36; 31,57 %), cuarto día (n=12; 10,52 %), quinto día (n=25; 21,92 %), sexto día (n=6; 5,26 %), séptimo día (n=5; 4,38 %) y luego del séptimo día (n=6; 5,26 %).

TABLA 5. Distribución de pacientes sospechosos de COVID-19 según diagnóstico al egreso

Diagnóstico al egreso	Nº	%
Catarro común	53	46,49
Síndrome febril inespecífico	17	14,91
Amigdalitis aguda	17	14,91
Bronquitis aguda	15	13,15
Crisis de Asma bronquial	4	3,50
Infección del tracto urinario	4	3,50
Enfermedad diarreica aguda	4	3,50
Total	114	100

La **tabla 5** muestra la distribución de paciente sospechosos de COVID-19 según diagnóstico al egreso, donde se observa que el catarro común fue el más frecuente (n=53; 46,49 %).

DISCUSIÓN

En este estudio hubo similar distribución de los pacientes entre los distintos grupos de edades y sexo. Es conocido que el virus tiene iguales posibilidades de transmisión entre estas personas, independientemente del sexo o edad que presenten, aunque se les presta especial atención a aquellos con edades superiores a los 60 años y los niños.

En el caso de estos grupos, menores de 19 años y mayores de 60, hubo menor presencia en el estudio, fundamentalmente debido al cumplimiento de medidas de cuarentena adoptadas a nivel nacional, que incluyen la prohibición de la circulación de adultos mayores y menores de edad fuera de sus hogares durante la epidemia en Cuba, salvo situaciones excepcionales. En respuesta a esto, fueron los adultos y adultos jóvenes quienes cumplieron las funciones de cuidadores (personas encargadas de auxiliar a adultos mayores que viven solos, independientemente de su parentesco) y, en el caso de las mujeres, ser el centro de la familia. Si a ello se adiciona que los jóvenes, por características propias de su edad, tienen una menor percepción de riesgo, es posible explicar los resultados obtenidos. El 76,31 % de los sospechosos de tener COVID-19 estaban entre los 19 y 60 años.

En un artículo publicado en BMJ se muestran los resultados de un estudio de cohorte en hospitales

del Reino Unido, caracterizando 20133 pacientes ingresados con la COVID-19, donde la mediana de edad de los pacientes que murieron fue de 80 años, con ligero predominio de los hombres sobre mujeres. ⁽¹¹⁾

Escobar plantea que de los pacientes fallecidos por COVID-19, incluidos en su estudio, las edades variaron entre 26 y 97 años, siendo los mayores de 60 años los más afectados y el 78,6 % del sexo masculino. ⁽¹²⁾ En un estudio similar, sobre pacientes graves con COVID-19, la edad promedio fue de 53,5 años con un rango de 25 a 94; el 76 % de sexo masculino. ⁽¹³⁾ En estos casos las muestras fueron muchísimo menos representativas que el anterior citado, propio del tipo de estudio.

Aunque los casos graves en niños son menos descritos, se han reportado evidencias de ocho menores de edad con COVID-19, tratados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de niños de Wuhan; con un rango de 2 meses a 15 años, el 75 % de los afectados fueron varones. Los síntomas más frecuentes al ingreso al hospital fueron taquipnea (8/8), fiebre (6/8) y tos (6/8). ⁽¹⁴⁾

Los elementos antes descritos avalan las medidas de limitación de movimiento implementadas en el país, con especial énfasis en estos grupos de edades extremas.

Además, en Cuba, como medida preventiva, se impuso por el Ministerio de Salud Pública el uso obligatorio de la mascarilla, entre otras tantas, relacionadas con la higiene de las manos y de superficies, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de la enfermedad. Sobre esto Quiroz dice que el adecuado uso y manipulación de las máscaras, la frecuencia respiratoria, entre otros elementos técnicos de la misma, son factores importantes en su utilidad. ⁽¹⁵⁾

Sobre los antecedentes epidemiológicos de los pacientes ingresados en el centro de aislamiento "Los Cocos", el que más estuvo presente fue: contacto con caso sospechoso o en estudio de COVID-19, la mayoría con dirección en el municipio Tunas, seguido de los casos del municipio Puerto Padre, con marcado predominio. Lo anterior puede ser causa directa de la mayor densidad poblacional de estos municipios dentro de la provincia, siendo también los que aportaron el mayor número de casos confirmados. Con fecha 30 de mayo de 2020 la provincia de Las Tunas reportó 17 casos confirmados: siete de Puerto Padre, cinco de Las Tunas, dos de Jesús Menéndez y uno de Majibacoa, Manatí y Amancio, respectivamente. Con el fin de lograr un mayor control de la enfermedad, se tuvieron en cuenta antecedentes como el de haber sido contacto de viajero nacional, en este caso, con representación de un paciente; o ser viajero nacional con 26. Es preciso aclarar, que este centro ha recepcionado la mayor parte del tiempo de la epidemia en Cuba los casos sospechosos de toda la provincia.

Varios autores coinciden en que la epidemia de estas infecciones emergentes está influenciada por numerosos factores como: el cambio climático, los niveles de urbanización, número de viajes aéreos, condiciones socioeconómicas de cada población, entre otros factores. En el caso de la COVID-19, preocupó especialmente el hecho de que la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, la cual tiene cerca de 11 millones de habitantes, posee uno de los aeropuertos internacionales más grandes de China, con conexiones aéreas directas con gran parte de las principales ciudades del mundo; en el caso de América Latina, con conexiones a través de Estados Unidos hacia ciudad de México, Sao Paulo y Bogotá, facilitando la propagación de estos virus. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Los antecedentes patológicos personales son de interés desde el punto de vista práctico, ya que permiten estratificar qué paciente puede desarrollar una forma grave de la enfermedad y en este sentido se pudieron identificar algunos casos que, para la COVID-19, pudieron haber marcado un mal pronóstico, como la hipertensión arterial, asma bronquial y diabetes mellitus. Un estudio de pacientes fallecidos por COVID-19 refiere que en el 92,9 % de los casos existieron factores de riesgo de enfermedad severa, siendo las más frecuentes la edad superior a 60 años, hipertensión y obesidad. ⁽¹²⁾

De las comorbilidades presentes en el estudio publicado en BMJ, las principales fueron enfermedad cardíaca crónica, diabetes no complicada, enfermedad pulmonar crónica excluyendo asma, enfermedad renal crónica y asma en el mismo orden de frecuencia. Donde solo el 11 % (559/4880) de los pacientes fallecidos no tenían comorbilidad mayor documentada. ⁽¹¹⁾

Giancarlo plantea que el 76 % de los pacientes tuvo al menos un factor de riesgo para desarrollar infección grave por COVID-19, otros factores de riesgo incluyen corticoterapia crónica, gestación e infección por virus de inmunodeficiencia humana. El 23,5 % tuvo más de un factor de riesgo a la vez (adulto mayor más hipertensión arterial o diabetes mellitus). ⁽¹³⁾

En la presente investigación, los síntomas más frecuentes fueron: tos, odinofagia, cefalea, malestar general, expectoraciones, rinorrea y artralgia, también presentes en un estudio de referencia. ⁽¹¹⁾ Sin embargo, aquí no se describen ni la disuria, el dolor ocular, estornudos, escalofríos, ni sudoraciones.

Antes de tercer día de la FIS, se recogieron 24 muestras, ya que estos pacientes habían ingresado al centro siendo contactos o viajeros (en estos casos se tuvo en cuenta el último día de contacto con caso confirmado o sospechoso de COVID-19, fecha de viaje nacional o internacional, indistintamente como referencia para la toma de la muestra) y durante el ingreso desarrollaron los síntomas. En los casos en que se recogió la muestra luego del séptimo día, se trata de aquellos que ingresaron con más de estos días de evolución de su enfermedad. Según los

protocolos para estos centros, la muestra para rRT-PCR se debe recoger entre el tercer y séptimo día de inicio de los síntomas, para garantizar la calidad de la misma, donde predominó en este caso el tercer día.

No en todos los países se dispone de pruebas estandarizadas de rRT-PCR para hacer diagnósticos moleculares y, como agravante, no se dispone aún en el mundo de una vacuna, ni de un tratamiento antiviral específico para el tratamiento de COVID-19. De manera, que se impone un uso racional de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2. ⁽¹⁸⁾ En Cuba se le realiza la prueba a aquellos que cumplen los criterios clínicos y epidemiológicos, aunque se encuentra en curso un estudio nacional para identificar COVID-19 en población asintomática, que incluye una muestra representativa de todo el país.

En la última tabla es visible que con la COVID-19 estaban circulando una serie de enfermedades infecciosas, para mayor complejidad en el proceso de diferenciación diagnóstica, como el catarro común, amigdalitis aguda, bronquitis aguda, entre otras observadas en este estudio. Por lo que se recomienda describir los signos y síntomas presentes en pacientes de este tipo, que permitan definir una diferenciación de la COVID-19 con otras enfermedades clínicamente similares y así conseguir tener una muestra superior, más representativa.

En Cuba, y a diferencia de la mayoría de los países en el mundo, todos los pacientes sospechosos de COVID-19 o contactos fueron ingresados en algún centro de aislamiento para estudio y tratamiento. ⁽¹⁹⁾ Dejar que se genere una inmunidad de rebaño no sería prudente en las condiciones actuales del

sistema nacional de salud. Y luego de ser dados de alta médica son remitidos para el área de salud correspondiente, donde son vigilados por el médico y enfermera de la familia durante un período de 14 días en sus hogares, hasta ser dados de alta epidemiológica.

En el estudio llama la atención la presencia de 15 casos egresados con síndrome febril inespecífico y en relación con esto se ha planteado que algunos virus, como el COVID-19 y el dengue, pueden desencadenar una linfocitopenia hemofagocítica secundaria, llevando a los pacientes a presentar shock hipovolémico, vasoplejía y colapso cardiopulmonar, debido a la hiperinflamación e hiperactivación del sistema inmunológico. ⁽²⁰⁾ Un claro ejemplo de lo antes mencionado es lo sucedido en febrero en Tailandia, donde se confirmaron 35 casos de COVID-19, entre los que se reportó el caso de un paciente que presentó la coinfección entre estos dos virus, con un desenlace fatal. Resulta fundamental tener en cuenta la posibilidad de tener casos similares en el futuro, a fin de establecer protocolos y guías de atención clínica para el abordaje de estos pacientes.

En resumen, hubo similar distribución de los pacientes según edad y sexo, con predominio del antecedente de contacto con caso sospechoso de COVID-19 del municipio Tunas y de hipertensión arterial. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: tos, temperatura menor de 37 °C, frecuencia cardíaca de 81-90 lat/min, frecuencia respiratoria de 18 resp/min, normotensión y estertores secos. La mayor cantidad de muestras se tomó el tercer día luego de la FIS y el diagnóstico al egreso más frecuente fue el catarro común.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *N Engl J Med* [revista en internet]. 2020 [citado 13 de mayo 2020]; 382: 727-733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>.
2. OPS. OMS. Actualización Epidemiológica. Nuevo coronavirus (COVID-19). [en línea] Washington, D.C.: OPS, OMS; 2020 [citado 13 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-phe-actualizacion-epi-covid19.pdf>.
3. Santos-Velázquez T, Panizo-Bruzón SE, Díaz-Couso Y, Sánchez-Alonso N. Conocimientos de estomatólogos sobre prevención y control de la COVID-19. *Rev. electron. Zoilo* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 45(3). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2292>.
4. Zhou W, editor. Manual de prevención COVID-19. 101 consejos basados en la ciencia que podrían salvar tu vida [en línea]. Wuhan, China: Hubei Science and Technology Press; 2020. [citado 25 de mayo 2020] Disponible en: <http://www.avn.info.ve/static/Libro-prevencion.pdf>.
5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* [revista en internet]. 2020 [citado 12 de mayo 2020]; 382(13): 1199-1207. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>.
6. Leung K, Wu J, Leung GM. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *The Lancet* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 395: 382-93. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30746-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30746-7.pdf).
7. Pierre-Álvarez R, Harris P. COVID-19 en América Latina: Retos y Oportunidades. *Rev Chil Pediatr* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 91(2): 179-182. Disponible en: <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i2.2157>.

8. Núñez-Herrera A, Fernández-Urquiza M, González-Puerto Y, Gaimetea-Castillo C, Rojas-Rodríguez Y, López-Otero T. Resultados de la capacitación sobre la COVID-19. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. *Medisur* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 18(3). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4694>.
9. MINSAP. Parte del cierre del 19 de mayo a las 12 de la noche [en línea]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 25 de mayo 2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/?p=5341>.
10. MINSAP. Parte del cierre del 31 de mayo a las 12 de la noche [en línea]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 1 de junio 2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/?cat=5514>.
11. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 369. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1985>.
12. Escobar G, Matta J, Taype-Huamaní W, Ayala R, Amado J. Características Clínicoepidemiológicas de Pacientes Fallecidos Por COVID-19 En Un Hospital Nacional de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 20(2): 180-85. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2940>.
13. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de Pacientes Con COVID-19 Grave Atendidos En Un Hospital de Referencia Nacional Del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 37(2). Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437>.
14. Llaque PB. Infección por el nuevo coronavirus 2019 en niños. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 37(2). Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5439>.
15. Quiroz-Romero F. Mascarillas Quirúrgicas a Propósito Del COVID-19: Algunos Aspectos Técnicos. *Rev Colomb Cir* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 35(2): 200-202. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/620>.
16. Rodríguez-Morales AJ, MacGregor K, Kanagarajah S, Patel D, Schlagenhaut P. Going global - Travel and the 2019 novel coronavirus. *Travel Med Infect Dis* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 33:101578. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128681/>.
17. Arteaga-Livias FK, Rodríguez-Morales AJ. La comunicación científica y el acceso abierto en la contención de enfermedades: El caso del coronavirus novel 2019 (2019-nCoV). *Rev. Peru. Investig. Salud.* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 4(1): 07-8. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/613>.
18. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Med Peru* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 37(1): 3-7 Disponible en: <http://54.39.98.165/index.php/AMP/article/view/909>.
19. Sánchez-Duque J, Arce-Villalobos L, Rodríguez-Morales A. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria.* [revista en internet]. 2020 [citado 25 de mayo 2020]; 52(6): 369-372. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164864/>.
20. Saavedra-Velasco M, Chiara-Chilet C, Pichardo-Rodríguez R, Grandez-Urbina A, Inga-Berrosipi F. Coinfección Entre Dengue y COVID-19: Necesidad de Abordaje En Zonas Endémicas. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad Nacional de Córdoba* [revista en internet] 2020. [citado 25 de mayo 2020]; 77(1): 52-54. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28031>.


Declaración de autoría

Leandro Jorge Riverón-Cruzata

 <https://orcid.org/0000-0003-3972-2396>


Realizó la concepción inicial del artículo y la recogida de los datos. Participó en el análisis y discusión de los resultados. Elaboró las diferentes versiones del artículo.

Martha Vergara-Silva

 <https://orcid.org/0000-0001-7377-366X>


Controló el registro de los datos de la investigación. Participó en la recopilación de la información de las historias clínicas, en el análisis y discusión de los resultados y en la revisión crítica de las versiones del artículo.

Arlety Paulina Lluch-Peña

 <https://orcid.org/0000-0002-1983-8239>


Participó en la recopilación de la información de las historias clínicas, en el análisis y discusión de los resultados y en la revisión crítica de las versiones del artículo.

Yanelis Alba-Cutiño

 <https://orcid.org/0000-0003-2117-3069>

Participó en la recopilación de la información de las historias clínicas, en el análisis y discusión de los resultados y en la revisión crítica de las versiones del artículo.

Alcira Yaniurys Ortíz-Rodríguez

 <https://orcid.org/0000-0001-9538-477X>

Participó en la recopilación de la información de las historias clínicas, en el análisis y discusión de los resultados y en la revisión crítica de las versiones del artículo.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.