



“COMPORTAMIENTO DEL INGRESO EN EL HOGAR DE CASOS CON COVID-19. LA LISA. 2021.”

Autores: Dra. Naida Macias Hernández

Dra. Lianelis Molina Parra

Dra. Alina Delgado Toledano

La Habana, Cuba 2021

Introducción:

Este siglo XXI, desde los comienzos hasta la fecha, se ha caracterizado por una problemática de salud con afectación a escala mundial, en la que Cuba también se ha visto afectada: la aparición de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la resistencia microbiana, el aumento de la incidencia y prevalencia de las Enfermedades no Transmisibles, el aumento de la incidencia del cáncer y la fármaco-resistencia en la tuberculosis, el VIH/sida y ahora la pandemia de Covid-19, son ejemplo de ello.

A fines de diciembre de 2019, se reportaron varios casos de neumonía viral de etiología desconocida en el hospital de Wuhan, en China, un nuevo brote de coronavirus surgía, se trataba del SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad por coronavirus (Covid-19), denominada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS), diseminándose por todo el mundo, los esfuerzos por parte de los países para contener el virus y frenar su propagación fueron insuficientes y poco efectivas, así se convertiría en una emergencia de salud pública mundial, siendo catalogada como una pandemia por la OMS.

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, según datos oficiales de la OMS, hasta el 29 de noviembre del 2021 se reportan 190 países y 30 territorios con casos de Covid-19, asciende a 176 millones 222 mil 896 los casos confirmados con 12 millones 199 mil 482 los casos activos y 3 millones 803 mil 362 fallecidos, para una letalidad de 2,16. En la región de las Américas se reportan 70 millones 512 mil 118 casos confirmados (el 40,01 % del total de casos reportados en el mundo), con 7 millones 818 mil 111 casos activos y 1 millón 844 mil 442 fallecidos para una letalidad de 2,62.

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.

Hasta el 29 de noviembre del 2021 se acumulan 962 mil 486 pacientes diagnosticados con la enfermedad, con 8304 fallecidos y 953 mil 337 recuperados (99%).

En la actualidad, debido al aumento de los casos de Covid-19, desde el mes de agosto del año en curso el ingreso en el hogar forma parte de una de las estrategias en atención primaria de los protocolos de actuación contra el SARS-COV-2. De esta manera quedaba establecido el ingreso domiciliario para contactos y casos confirmados de Covid-19 de bajo riesgo (tanto asintomáticos como sintomáticos leves).

La atención primaria con el médico y la enfermera de la familia constituyen la base del sistema de salud en nuestro país. La labor desarrollada por los equipos básicos de salud ha permitido alcanzar resultados superiores en el estado de salud de la población cubana.

Desde el surgimiento del plan del médico y la enfermera de la familia, comenzó experimentalmente, la iniciativa de ingreso en el hogar, pronto se generalizó a todo el país y se convirtió en uno de los elementos distintivos del accionar del profesional de la salud.

Consistía básicamente en la atención médica y de enfermería en el hogar a aquellos pacientes que necesitaran ingreso con cuidados y seguimiento continuo, cuya patología implicara encamamiento, aislamiento o reposo, pero no necesariamente en un medio hospitalario. Siempre que se cumpliera cinco requisitos fundamentales: Que la situación o problema de salud no pusiera en peligro la vida del paciente; Voluntariedad del paciente y sus familiares; Factibilidad del cumplimiento del tratamiento médico y de realizar exámenes complementarios; Condiciones socioeconómicas e higiénico-ambientales favorables.

La aceptación del ingreso en el hogar por pacientes y familiares, teniendo en cuenta lo económico que resulta y el humanismo que encierra, determinan la necesidad de que el médico de familia abogue en casos determinados por esta vía de ingreso.

Son múltiples las ventajas del ingreso en el hogar tanto para los pacientes, familiares así como para los médicos y el Sistema de Salud en general. De esta forma el paciente recibe una atención más individualizada lográndose una atención más integral; se altera en grado mínimo el modo de vida del paciente atenuándose la ansiedad y el estrés del mismo; permite la utilización de la terapia familiar; promueve la participación de la familia, comunidad y sociedad en la atención y recuperación del paciente; los costos de la atención se reducen y hay un menor riesgo de infección hospitalaria.

La visita y la atención médica en el hogar se han fortalecido con el transcurso de los años, ampliándose su justificación, objetivos y ventajas en la aparición de sucesos nuevos de salud como las pandemias. Es conveniente conocer un grupo de orientaciones mínimas para su desarrollo exitoso. La visita médica al hogar es un pilar fundamental e insustituible del trabajo del Médico y la Enfermera de Familia.

Por lo que es preciso destacar la necesidad de fomentar y profundizar en las potencialidades que ofrece el modelo de atención comunitaria, con el cual se abre paso a la cooperación y responsabilidad compartida; concebirlo como modelo que aspira a la excelencia en la prestación de los servicios de salud a personas, familias y comunidades, debe ser la primera prioridad de los profesionales vinculados a la APS, solo así podrá lograrse el más alto grado de bienestar de nuestra población.

A pesar de las medidas llevadas a cabo por el gobierno desde los primeros casos en el país (aislamiento social, teletrabajo, campañas de promoción, etc), la situación actual aunque mejor continúa elevando los indicadores de mortalidad y morbilidad semana tras semana. Esto genera preocupación al personal de salud, la población y presupone además un aumento de los gastos al país debido a las hospitalizaciones de estos pacientes. De esta situación deriva la pertinencia de un estudio que identifique las condiciones y factores que determinan socialmente la transmisión de la Covid-19 y cuáles son los factores a su vez que favorecen la severidad de la enfermedad.

Realizamos esta investigación con el objetivo de conocer el comportamiento del ingreso en el hogar de los casos con Covid-19 en el municipio La Lisa en el 2021.

Objetivos:

Objetivo General:

- Caracterizar el comportamiento del Ingreso en el Hogar de los casos de Covid-19 en el Municipio La Lisa en el período comprendido de agosto a octubre del 2021.

Objetivos Específicos:

- Describir el comportamiento del ingreso en el hogar de los casos con Covid-19 en los meses de agosto a octubre.
- Describir el comportamiento del ingreso en el hogar de los casos con Covid-19 de acuerdo a las áreas de salud del municipio.
- Describir el comportamiento del ingreso en el hogar de los casos con Covid-19 según grupos etáreos.
- Describir el comportamiento del ingreso en el hogar de los casos con Covid-19 de acuerdo al sexo.

Desarrollo:

El Protocolo de Actuación Nacional para la Covid-19 del Ministerio de Salud Pública de Cuba determina que en la Atención Primaria se trabajará en la promoción del nuevo código de vida para la “nueva normalidad”, así como el resto de las medidas de prevención, se efectúa la pesquisa activa, se clasifica los casos, seguimiento a los contactos, tratamiento a grupos vulnerables y el seguimiento a las altas de los casos confirmados.

Desde el punto de vista organizativo se toman las siguientes medidas en las áreas de salud:

- Se habilita consulta diferenciada para pacientes con manifestaciones de infección respiratoria aguda en los policlínicos.
- Se disponen de los medios de protección para el personal que trabajará en la consulta diferenciada. Es necesario además proteger al resto del personal que labora en las instituciones de salud. El número de asintomáticos es elevado por lo que no dejan de estar en riesgo.
- Se realiza interrogatorio y examen físico del paciente que permita una evaluación del mismo y clasificación de caso.
- Se ejecuta la pesquisa activa a toda la población para la identificación de casos con infecciones respiratorias agudas, así como de contactos y sospechosos.
- Se garantizan los cuidados de enfermería en círculos infantiles para prevención de COVID-19.
- Se garantizan los cuidados de enfermería en centros escolares internos para prevención de COVID-19.
- Atención diferenciada para las pacientes obstétricas (gestantes y puérperas) y para los pacientes pediátricos.

Medidas preventivas:

Las acciones preventivas se realizan en la población general y en los grupos vulnerables, así como en los diferentes espacios de atención y contactos con los posibles casos.

Para la población en general se recomiendan las medidas preventivas que se definen en el “Código de Vida para la Nueva Normalidad”

- Uso correcto del nasobuco.

- Lavado frecuente de las manos.
- Nuevas formas de saludo y demostración de afecto.
- Incremento de la higiene en los espacios laborales y del hogar.
- Distanciamiento físico entre las personas.
- Vigilancia de la temperatura y estado general. Autopesquisa.
- Ante la presencia de síntomas, acudir al médico y no presentarse en la escuela ni centro de trabajo.
- Evitar los lugares cerrados y de aglomeración de personas.
- Propiciar la ventilación de la casa, los centros de trabajo y otros lugares a donde se asista.
- Realizar las reuniones o festejos con un grupo reducido de personas y cumpliendo las medidas higiénico-sanitarias establecidas
- La práctica de ejercicios físicos debe realizarse al aire libre. Se recomienda caminar y/o usar bicicleta
- Evitar el contacto con las personas aisladas por la COVID-19; así como la visita a los hospitales de no ser estrictamente necesario
- Disponibilidad de acceso para consejo o apoyo psicosocial de Línea de Apoyo Psicosocial 103, los teléfonos de DSM y grupos de WhatsApp.

Además, como producto para el escenario preventivo a la población en general, se recomienda el PrevengHo-Vir: Administrar 5 gotas debajo de la lengua una vez al día por 3 días consecutivos y al décimo día (1ro; 2do, 3ro y 10mo día).

Medidas preventivas y terapéuticas para grupos vulnerables y contactos:

1. Grupos vulnerables:

- En los Centros Médicos Psicopedagógicos se desarrollará intervención con la aplicación de Biomodulina T a los pacientes mayores de 40 años, a razón de un bulbo IM una vez por semana, durante seis semanas. A los menores de 40 años, aplicar Factor de Transferencia, un bulbo IM una vez por semana, por seis semanas.
- Aplicar Biomodulina T de la forma descrita anteriormente, a todos los residentes en Centros de Protección Social. Esquema de seis semanas con seis dosis de Biomodulina T.
- Uso de Factor de Transferencia y Biomodulina T en población vulnerable seleccionada en la zona donde hay declarados eventos. El uso de estos productos se adecua a las indicaciones de cada uno, descritas con anterioridad. En esta población vulnerable la Biomodulina T se aplicará un bulbo semanal por 6 semanas.

- Realizar intervención continuada, cada seis meses, en los residentes de Hogares de Ancianos, con el uso de la Biomodulina T, a razón de un bulbo IM dos veces por seis semanas, para un total de 12 dosis. Esta intervención se justifica por las evidencias disponibles, acumuladas durante la pandemia.
- Extremar las medidas higiénico-sanitarias: uso de nasobuco, distanciamiento social, vitaminoterapia, entre otras medidas que forman parte del nuevo código de vida para la nueva normalidad.
- Garantizar disponibilidad de acceso para servicio de consejería u orientación mediante Línea de apoyo psicosocial (103), en los Departamentos de Salud Mental y en los grupos de WhatsApp creados por personal especializado.

Medidas preventivas en los centros de vigilancia de contactos

En estos centros se ingresan solamente aquellos casos que no tengan condiciones para aislamiento domiciliario o los que tengan determinados criterios que lo impidan, como fue indicado por el Ministerio de Salud Pública. Debe cumplir los requisitos mínimos exigidos para el aislamiento y se realizan las siguientes acciones:

- Incrementar la vigilancia médica y de enfermería, en especial en ancianos, a partir del reforzamiento con especialistas en Geriátrica y médicos especialistas en Medicina General Integral con Diplomado en Geriátrica y a pacientes en edades pediátricas, con personal calificado para esta tarea.

Medidas preventivas durante el traslado en el transporte sanitario

Una vez identificado un caso como sospechoso o confirmado, se procede a su traslado en ambulancia habilitada con los Equipos de Protección Personal (EPP) designados para el traslado de personas, sospechosas o confirmadas con la COVID-19, como mascarillas respiratorias N-95, batas verdes y sobretabas o desechables y guantes. El traslado siempre se realizará previamente coordinado.

Se adoptarán las siguientes medidas:

- Uso de mascarilla respiratoria por el paciente, personal médico y paramédico, y acompañante (sólo si resulta estrictamente necesario). Velar por el ajuste de las mascarillas. De no disponer de mascarillas N-95, usar otro tipo de nasobuco mascarilla disponible.
- Prohibido el uso de equipos de clima en el transporte sanitario, incluyendo el transporte no sanitario de apoyo.

- Uso de equipos de protección personal por el personal sanitario para el contacto directo con los pacientes, incluyendo secreciones y fómites.
- No debe tocarse el rostro hasta que no concluya el proceso de desinfección y el lavado de manos.
- Durante la transportación de los pacientes, no deben realizarse otro tipo de actividades como, por ejemplo: ingerir alimentos, beber, aplicar cosméticos y manipulación de lentes de contacto, entre otras.
- Mantener los equipos de protección personal para realizar la limpieza del transporte sanitario.
- Aplicar los procedimientos de desinfección en la cabina médica con cualquiera de los desinfectantes disponibles, preferentemente soluciones alcohólicas o cloradas.

Pesquisa activa:

Con el objetivo de mantener la vigilancia epidemiológica e identificar de forma temprana, los casos sospechosos de COVID 19, se desarrolla la pesquisa activa diaria en la comunidad, centros escolares y laborales. Se mantendrá la autopesquisa virtual, cuyo uso será promovido en la población a través de la labor educativa del médico y enfermera de la familia y los medios masivos de difusión.

La pesquisa activa en la comunidad está dirigida a la totalidad de la población, con énfasis en las zonas de riesgo y grupos vulnerables. Cada Consultorio del médico y enfermera de la familia (CMF) debe tener definido el universo a pesquisar.

Se organizará la pesquisa de forma diaria en las zonas de riesgo, grupos vulnerables y en centros escolares y laborales. La pesquisa del resto de la población, que se mantiene en su hogar, debe organizarse de forma tal que se abarque en el transcurso de la semana.

Los investigadores en sus visitas a las familias insistirán en que ante la aparición de cualquier síntoma deberán acudir de inmediato al médico explicando los riesgos y signos de alarma de la COVID 19.

Medidas generales a tomar con casos sospechosos y confirmados.

Ante la aparición de un caso sospechoso, sea por la pesquisa activa o porque la persona acuda directamente al servicio de urgencias de un área de salud u hospital, se debe realizar la evaluación clínica del paciente para definir su estado, de lo cual dependerá la conducta. Más adelante se describe el manejo clínico de los casos. Una vez que se define la situación clínica del paciente, se procede a confeccionar la encuesta epidemiológica. Esta debe ser elaborada con minuciosidad, llenando con

precisión todos los escaques, ya que constituye la base para la identificación de los elementos necesarios para el control de foco.

Todos los casos sospechosos se remiten a una institución destinada para la atención de los mismos, lo cual debe ser organizado en cada territorio. Los pacientes sospechosos que en la evaluación resulten clasificados como de alto riesgo deben ser remitidos a una institución hospitalaria.

En el remitido debe reflejarse esa condición para que sea tomada en cuenta durante su estancia en el centro donde será recibido.

Acciones con los casos sospechosos:

- Encuesta Epidemiológica y notificación
- Ingreso en Centro de Aislamiento. Más adelante se describe manejo clínico.
- Se realiza PCR-TR al ingreso.
- Si es negativo se da el alta.
- Si es positivo (es caso confirmado) y se aplica el protocolo establecido.
- Si se le aplica el test de antígeno y resulta positivo se procede a ingresar con tratamiento como positivo, en dependencia de la clasificación de riesgo, hasta tanto se tenga el resultado del PCR-TR.

Acciones con los casos confirmados:

- Encuesta Epidemiológica y notificación.
- Ingreso hospitalario y tratamiento.
- Se le realiza PCR-TR evolutivo al 5to. día.
- De mantenerse positivo el PCR-TR al 5to día, se repite al 7mo día, y cada dos días hasta que negativice.
- El alta clínica se da con PCR-TR negativo y remisión de los síntomas.
- Al regresar a la APS se realiza ingreso domiciliario durante los 14 días posteriores, al alta clínica y se le da seguimiento por el EBS, para el alta epidemiológica.

Protocolo diagnóstico para contactos de sospechosos y de casos confirmados:

A partir de la definición en la encuesta epidemiológica de los de casos confirmados y sospechosos, se listarán estos pacientes y se procederá al ingreso en el hogar por el médico de la familia, siempre que existan las condiciones mínimas de la vivienda, la accesibilidad geográfica, el comportamiento adecuado de la familia, y que el estado de salud del paciente lo permitan.

No podrán ser ingresados en el hogar los pacientes con las condiciones siguientes:

- Personas con comportamiento social y/o condiciones en el hogar que no permitan el ingreso domiciliario (hacinamiento que no garanticen el aislamiento de las personas en su hogar ni el cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias, desatención familiar, conflictos, uso nocivo del consumo del alcohol, conductas deambulantes).
- Paciente con enfermedad crónica descompensada. Estos pacientes serán ingresados en salas y cubículos habilitados en Hospitales para el aislamiento de contactos que presenten enfermedades crónicas descompensadas.
- Personas que vivan alejadas del CMF que no le permita al médico y enfermera visitarlos de forma diaria con dificultad para el acceso, zonas rurales, montañosas, intrincadas. (Criterio geográfico establecido en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia).

Conducta con los contactos de casos confirmados:

A todos los contactos de casos confirmados se les ingresa en el hogar y se les realiza el PCR-TR al 5to día. Si es negativo y el paciente se mantiene asintomático continúa ingresado en el hogar hasta el 10mo día. Si es positivo se convierte en caso confirmado y sigue el protocolo establecido para éstos.

A los contactos intradomiciliarios de casos confirmados, también se les realiza el PCR-TR al 5º día.

Conducta con los contactos de casos sospechosos:

A los contactos de casos de sospechosos, se realiza ingreso en el hogar. Si el caso sospechoso del cual es contacto, es negativo, se da el alta a todos los contactos. Si es positivo, se convierten en contactos de caso confirmado y sigue el protocolo establecido para estos.

Los contactos ingresados en el hogar podrán ser dados de alta ante las siguientes situaciones:

- Contacto de caso confirmado al 10mo. día si el PCR-TR del 5to. día fue negativo.
- Contacto de caso sospechoso, este último con PCR-TR negativo.

El estudio (PCR-RT) se realizará en muestras respiratorias obtenidas por hisopado nasofaríngeo o faríngeo, por el personal de salud de su área, debidamente preparado para la realización de esta prueba. Las pruebas de PCR-TR deberán realizarse en sus viviendas, para lo cual la dirección de la institución garantizará contar con los recursos y el personal necesarios (técnicas de laboratorio de microbiología, con refuerzo de tres enfermeras del Policlínico entrenadas, como mínimo) y transporte para el traslado de las muestras y del personal, en coordinación con la Dirección Municipal de Salud.

Su traslado hacia los Laboratorios de Biología Molecular, se realizará teniendo en cuenta las medidas de Bioseguridad y de preparación para este tipo de muestra (triple empaque), cumpliendo las precauciones universales de prevención de la sepsis, para evitar la diseminación de la enfermedad.

Es importante el uso de los medios de protección por parte de todo el personal que participa en estos procesos.

Ingreso o seguimiento domiciliario modificado de los contactos de casos confirmados y sospechosos.

Se realizará visita diaria de cualquiera de los integrantes del EBS a los contactos de casos confirmados y a los contactos de casos sospechosos para vigilar la aparición de algún síntoma sugestivo de la COVID-19, así como, para controlar e insistir en la permanencia en el hogar de estos casos y no recibir visitas.

En el caso que apareciera algún síntoma, se convierte inmediatamente en sospechoso y se determina su ingreso.

No se ingresarán en su domicilio y se procederá al aislamiento en institución seleccionada previa evaluación por la Comisión evaluadora a:

- Pacientes de más de 65 años, con enfermedad crónica descompensada, menores de 2 años o gestantes.
- Persona con un comportamiento social y/o con condiciones en el hogar (hacinamiento u otro) que no permitan el ingreso domiciliario modificado.

Para la realización de las medidas de control de foco se procede como está indicado por el Área de Higiene y Epidemiología.

Tabla 1. Distribución de los pacientes ingresados en el hogar con Covid-19 según los meses. Municipio La Lisa. Agosto- Octubre del 2021.

Meses	No.	%
Agosto	3219	59%
Septiembre	1570	29%
Octubre	715	12%
Total	5499	100

Fuente: Registro estadístico

En el municipio La Lisa el mes de agosto fue el que más ingresos en el hogar hubo con un 59%, que se corresponde con el promedio de los casos diagnosticados en esa fecha que fueron muy altos comparados con la media del país, con un acumulado de 18 857 de ingresos en el hogar hasta la fecha por diferentes enfermedades además de la Covid-19.

Tabla 2. Distribución de los pacientes ingresados en el hogar con Covid-19 según las áreas de salud. Municipio La Lisa. Agosto- Octubre del 2021.

Áreas de Salud	Meses			Total	
	Agosto	Septiembre	Octubre	No.	%
Aleida Fernández	614	103	46	763	14
Elpidio Berovides	822	173	234	1229	22
Pulido Humarán	592	391	196	1179	21
Pedro Fonseca	437	659	126	1222	22
Cristóbal Labra	730	206	82	1018	19
UCI	21	37	30	88	2
Total	3216	1569	714	5499	100

Fuente: Registro estadístico

Las áreas de salud del Municipio La Lisa con mayor número de ingresos en el hogar son el Policlínico Elpidio Berovides y el Pedro Fonseca con 22% cada una, esto se debe a que son áreas extensas con una gran población además de los eventos ocurridos en los meses de agosto y septiembre que se corresponde con el mayor número de ingresos en el hogar que tuvieron. Seguido están el Policlínico Pulido Humarán y el Cristóbal Labra con 21% y 19% respectivamente, siendo estas también áreas muy populosas. Con un menor número el Policlínico Aleida Fernández y la Universidad de Ciencias Informáticas (UCI).

Tabla 3. Distribución de los pacientes ingresados en el hogar con Covid-19 según grupo etáreo. Municipio La Lisa. Agosto- Octubre del 2021.

Grupo Etáreo	No.	%
3- 15	369	7
16- 33	2584	47
34- 50	2012	37
51- 64	294	5
65 y más	240	4
Total	5499	100

Fuente: Registro estadístico

Los grupos etáreos con mayor número de ingresos en el hogar fue el de 16 a 33 años con un 47%, seguido del grupo de 34 a 50 años con un 37% que se corresponde con los grupos más expuestos a la Covid-19 pues son los que trabajan principalmente y que realizan las tareas externas del hogar. Señalar que no se tiene en cuenta los menores de 2 años y los pacientes de 65 años y más que tuvieran una enfermedad crónica descompensada, porque de acuerdo al protocolo estos pacientes no se ingresan en el hogar.

Tabla 4. Distribución de los pacientes ingresados en el hogar con Covid-19 según sexo. Municipio La Lisa. Agosto- Octubre del 2021.

Sexo	No.	%
Masculino	3254	59
Femenino	2245	41
Total	5499	100

Fuente: Registro estadístico

En el municipio La Lisa el sexo que predominó en los ingresos en el hogar fue el masculino con un 59% dato que coincide con diferentes estudios que hablan de un número mayor de casos en los hombres. Sin embargo son las mujeres las que presentan síntomas persistentes, incluso durante meses, siendo más frecuente en mujeres (síndrome post-Covid, Covid prolongado o Covid-19 persistente): Astenia, cefalea, anosmia persistente, alteraciones del sueño, alopecia (efluvio telógeno), trombosis venosas tardías, artralgias, falta de concentración, deterioro cognitivo, pérdida de memoria, ansiedad, ojo seco, febrícula. No se debe confundir este síndrome con posibles secuelas de la enfermedad como fibrosis pulmonar, daño neurológico prolongado, daño miocárdico por citar.

Conclusiones:

- ✓ En el municipio La Lisa en el mes de agosto se registró un mayor número de ingresos en el hogar (59%) con respecto a los demás meses, hecho este que se corresponde con el promedio de los casos diagnosticados en esa fecha en el país que fueron muy elevados.
- ✓ Las áreas de salud que mostraron un gran número de ingresos en el hogar fueron el Policlínico Elpidio Berovides y el Pedro Fonseca con 22% cada una, debido a que son áreas extensas con una gran población además de los eventos ocurridos en los meses de agosto y septiembre que se corresponde con el mayor número de ingresos en el hogar que tuvieron.
- ✓ Los grupos etáreos con mayor número de ingresos en el hogar fue el de 16 a 33 años con un 47%, seguido del grupo de 34 a 50 años con un 37%. No se tuvo en cuenta los menores de 2 años y los pacientes de 65 años de acuerdo al protocolo de actuación ante la Covid-19.
- ✓ El sexo que predominó en los ingresos en el hogar fue el masculino con un 59%.

Referencias Bibliográficas:

- 1) Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev. Cubana Med gen Integr 1998; 14(5): 479-83.
- 2) Saura de la Torre I, Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria Rev. Cubana Med gen Integr 1998; 14(5): 494-8.
- 3) Martínez Zurro, A. Franco Pérez J: Compendio de Atención Primaria. Ediciones Harcowl, 2000.
- 4) MINSAP: Carta Metodológica, Cuba, 1999 – 2001.
- 5) MINSAP: Carta Metodológica de atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP, 2001.
- 6) Colectivos de autores. Introducción a la Medicina General Integral, La Habana, 2001; 134-41.
- 7) Legón Blasco P, Álvarez Andrade ME, Blasco Casanova P, Rubens Quesada M. Sepsis procedente de la comunidad en cuidados intensivos. Factores de riesgo. Rev. Cubana Pediatr 2000; 72 (1):40-6.
- 8) Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina Familiar en Cuba. Rev. UDCA Actualidad y Divulgación Científica, 3(1), 2000.
- 9) Velásquez Acosta JC, Martínez Vázquez N, La Sepsis, ¿Un problema a resolver desde la comunidad? Rev. Cubana Med gen Integr 2000; 16(2):165-70.
- 10) Clará W, Castañeda L, Aguilar AM, Iroheta S. Asociación entre atención por curanderos y muertes en niños ingresados por diarrea aguda en un hospital pediátrico. Rev. Saludarte 8(3): 9-23. 2003.
- 11) Hernández Cisneros F., Rodríguez Salceda Z., Ferrer Herrera I., Trufero Cánovas N. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(2): 129-33.
- 12) Prieto Herrera ME., Russ Durán G., Reitor Landrian L. Factores de riesgo para infecciones respiratorias en menores de 5 años. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000;16 (2): 160-4.
- 13) Márquez Morales N., Jiménez Cangas L., Torres Díaz JH. Costos y Beneficios del ingreso en el hogar. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(5): 445- 49.
- 14) Serra Valdes MA. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor y con comorbilidades. Rev Haban Cienc Med [Internet]. 2020 Jun [citado 29 enero 2021]; 19(3):e3379. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000300004&lng=es. Epub 10-Jul-2020.
- 15) TA Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32166607>.
- 16) Cung RV, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the COVID-19 outbreak. BMJ [Internet]. 2020 [citado 29 enero 2021]; 369:1329. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32238351>.
- 17) 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. Rev N Engl J Med [Internet].2020 [citado 29 de enero 2021]; 382(13):1199-1207. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>.
- 18) 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.Rev The Lancet [Internet]. 2020 [citado [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)]
- 19) Pierre-Álvarez R, Harris P. COVID-19 en America Latina: Retos y Oportunidades. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 25 enero 2021];91(2):179-182. Disponible en: <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i2.2157>
 - 20) Núñez-Herrera A, Fernández-Urquiza M, Gonzales-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.Rev Medisur [internet].2020 [citado 25 de enero de 2021];18(3). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4694>
 - 21) 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 enero 2021]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/?p=5341>
 - 22) Álvarez Pérez Adolfo G, Luis Gonzalvez Isabel P, Maldonado Cantillo Geominia, Romero Placeres Manuel, Bonet Gorbea Mariano H, Lage Davila Carlos et al. Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de salud en la población cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014 ago[citado 2021 jun 23];52 (2):239-262.Disponible en: <http://scielo.sld.php?>
 - 23) Álvarez Pérez Adolfo G, Luis Gonzalvez Isabel P, Maldonado Cantillo Geominia, Bonet Gorbea Mariano H, Lage Davila Carlos. Los determinantes sociales de la salud. Actualización.infHEM [internet]. 2015enero-marzo [citado 2021 jun 23]; 13(1) 57-75. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/305816699>
 - 24) Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, “et a”l. Detection of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro surveillance [Internet]. 2020 [citado 29 enero 2021]; 25(3): [aprox.4p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988269/>
 - 25) Organización Mundial de la Salud; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado: 21 jun 2021]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
 - 26) World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. World Health Organization. 2020 [citado el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
 - 27) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel Coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance, 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
 - 28) Deng SQ, Peng HJ. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. J Clin Med 2020;9(2):E575, doi: 10.3390/jcm9020575