



Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes fallecidos por COVID-19 en Santiago de Cuba

Clinical and epidemiological characterization of patients who died from COVID-19 in Santiago de Cuba

Margarita Montes de Oca-Carmenaty^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8918-5587>

Luis Enrique Jiménez-Franco² <https://orcid.org/0000-0002-6760-8884>

Ruth Benita Yero¹ <http://orcid.org/0000-0002-2240-5813>

Anabel Blázquez López¹ <https://orcid.org/0000-0001-7470-2126>

María Eugenia García Céspedes³ <https://orcid.org/0000-0001-5075-831X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina No. 1. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos, Cuba.

³Universidad de Oriente, Facultad de Ciencias. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: margaritamontesdeocacarmenaty@gmail.com

Cómo citar este artículo

Montes de Oca Carmenaty M, Jiménez Franco L, Benita Yero R, Blázquez López A, García Céspedes M. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes fallecidos por COVID-19 en Santiago de Cuba. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2022;10(2):283-293. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/959>

RESUMEN

Introducción: La aparición del nuevo coronavirus ha marcado un hito en la salud a nivel internacional. La infección provoca mayores complicaciones y mortalidad en pacientes con comorbilidades de base.

Objetivo: Caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico a pacientes fallecidos por el nuevo coronavirus en Santiago de Cuba.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal. El universo estuvo constituido por 234 pacientes. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, municipio de procedencia del caso y comorbilidades asociadas. El procesamiento estadístico implicó cálculos con estadígrafos de frecuencia absoluta y porcentual.

Resultados: Se registraron 234 fallecimientos, equivalente a una tasa de morbilidad de 22,46 por cada 100 000 habitantes. Existió un predominio del sexo masculino (122; 52,14 %), para una tasa de mortalidad de 23,51 por 100 000 habitantes. El grupo etario predominante fue de 70 - 79 para el sexo masculino (35; 28,69 %) y para el femenino, los mayores de 80 (34; 30,35 %). Existió predominio de casos en el municipio Santiago de Cuba (44; 63,77 %). Sobresalió la hipertensión arterial en 186 pacientes (79,34 %), que fue la comorbilidad predominante para ambos sexos.

Conclusiones: Las comorbilidades asociadas en pacientes confirmados con COVID-19 agravan la evolución clínica de estos. Ambos sexos se ven afectados de manera proporcional en este sentido.

Palabras clave: Pandemias; infecciones por coronavirus; mortalidad; comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: The appearance of the new coronavirus has marked a milestone in health at the international level. Infection causes greater complications and mortality in patients with underlying comorbidities.

Objective: To characterize the patients who died from the new coronavirus in Santiago de Cuba from the clinical and epidemiological point of view.

Methods: A descriptive, cross-sectional observational study was carried out. The universe consisted of 234 patients. The variables used were: age, sex, municipality of origin of the case, and associated comorbidities. The statistical processing involved absolute and percentage frequency calculations by statisticians.

Results: A total of 234 deaths were registered, which were equivalent to a morality rate of 22.46 per 100,000 inhabitants. There was a predominance of males (122; 52.14 %) for a mortality rate of 23.51 per



100,000 inhabitants. The predominant age group was 70-79 for males (35; 28.69 %), and people older than 80 years for females (34; 30.35 %). There was a predominance of cases in the municipality of Santiago de Cuba (44; 63.77 %). Arterial hypertension stood out in 186 patients (79.34 %), being the predominant comorbidity in both sexes.

Conclusions: The associated comorbidities in patients confirmed with COVID-19 aggravate its clinical evolution. In this sense, both sexes are affected proportionally.

Keywords: Pandemics; coronavirus infections; mortality; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La aparición de la enfermedad del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19), producida por el virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), ha marcado un hito en la salud a nivel internacional. La infección provoca mayores complicaciones y mortalidad en pacientes con comorbilidades. Sobresalen la hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), y las edades avanzadas a consecuencias del riesgo y deterioros funcionales propios del envejecimiento. Los informes iniciales en la evolución de los pacientes en China, evidenciaron que las personas contagiadas con la COVID-19 en las condiciones clínicas mencionadas, tenían de tres a cuatro veces más complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad que aquellos que no la presentaban.⁽¹⁾

La evidencia acumulada sobre esta enfermedad ha destacado la edad, como principal factor de riesgo de letalidad. Como resultado, en la mayoría de los países de Europa occidental, solo el 5 % de las personas fallecidas poseían edades inferiores a los 60 años, en comparación con países de América Latina, donde la proporción de personas menores de 60 supera el 20 % del total de defunciones.⁽²⁾

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 8 de enero de 2022, fueron notificados 304 082 711 casos acumulados confirmados, para una letalidad de 1,81 %.⁽³⁾

En Cuba, los contagios por COVID-19 se iniciaron el 11 de marzo de 2020, y se evidenció un pico de la enfermedad durante los tres meses siguientes a esa fecha. Luego de la normalización en el país, se produjo un rebrote en enero de 2021, cuyo pico pandémico se evidenció en los meses de julio a septiembre, se alcanzaron cifras elevadas de contagios superiores a los mil casos en todas las provincias del país, mientras se destacaron entre esos, los pacientes portadores de comorbilidades asociadas y edades avanzadas. En este sentido las provincias de La Habana, Matanzas y Cienfuegos sobresalieron respecto al resto, en cuanto a las cifras de casos presentados en una jornada y de acuerdo a las tasas de incidencia. Cuba informó un acumulado de 977 410 casos confirmados y 8 328 fallecidos.⁽³⁾

Notables han sido los esfuerzos con el objetivo de frenar el avance de la enfermedad. Sin embargo, los pacientes con comorbilidades asociadas y ancianos constituyen grupos de gran interés. Son responsables del mayor número de defunciones cuantificadas a escala mundial y nacional. Por tal motivo, se hace necesario analizar la incidencia de este grupo poblacional ante la actual contingencia sanitaria. Por tal



motivo, los autores de la presente investigación se proponen como objetivo caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológica a pacientes fallecidos por el nuevo coronavirus en Santiago de Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un tipo de estudio observacional descriptivo, transversal en pacientes fallecidos con el diagnóstico positivos de COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba, entre los meses de julio y agosto de 2021.

El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes fallecidos (234 pacientes) con el diagnóstico de COVID-19. Se decidió trabajar con el total del universo, por lo que no se utilizaron técnicas de muestreo. Como criterio de inclusión, se consideraron pacientes que fallecieron confirmados, mediante prueba positiva de reacción en cadena de la polimerasa transcriptasa (PCR). Como criterio de exclusión, se excluyeron las personas fallecidas, cuya información se encontraba incompleta en el momento de la recolección de los datos y que impidiera obtener al menos una variable del estudio.

Las variables utilizadas analizadas fueron:

- Edad: 20 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, 70 - 79 y mayores de 80 años.
- Sexo: Masculino o femenino.
- Municipio de procedencia del caso: Santiago de Cuba, Contramaestre. Guamá, Songo La Maya, Palma Soriano, San Luis, Mella, II Frente y III Frente.
- Comorbilidades asociadas: Hipertensión arterial (HAT), diabetes mellitus (DM), enfermedad crónica del riñón (ERC por sus siglas en inglés), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma bronquial (AB), enfermedad cerebro vascular (ECV), neoplasias, obesidad, cardiopatía isquémica (CI), otras enfermedades cardíacas, otras enfermedades respiratorias, y paciente aparente sano.

La información se recolectó a partir de la historia clínica individual de cada paciente. Para el procesamiento estadístico, se elaboró una base de datos mediante el paquete de programas Microsoft Excel 2010, para el análisis de esta.

El procesamiento estadístico implicó cálculos de estadígrafos de frecuencia absoluta y porcentual. Se emplearon variables epidemiológicas como: relación hombre - mujer (cociente entre la cantidad de pacientes del sexo masculino, con respecto al femenino por 10), tasa de mortalidad (cantidad de pacientes fallecidos entre la población total por cada 100 000 habitantes) y tasa de mortalidad según sexo (cantidad de pacientes fallecidos según el sexo en cuestión entre la población total del sexo correspondiente por 100 000 habitantes).

Para el cálculo de las diferentes tasas, se utilizó la población declarada en el Anuario Estadístico Nacional



de Salud de 2020 y el anuario Estadístico de la Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba.^(4,5)

En cuanto a las normas éticas, no se emplearon datos distintivos y/o personales de los participantes. Se contó con la discusión y aprobación del Comité de Ética. Se cumplieron las bases y principios de las normas éticas cubanas para las investigaciones en ciencias de la salud y la Segunda Declaración de Helsinki. La información se utilizó sólo con el objetivo de aumentar el conocimiento científico.

RESULTADOS

Se registraron 234 fallecimientos, equivalente a una tasa de morbilidad de 22,46 por cada 100 000 habitantes. Existió un predominio del sexo masculino (122 pacientes; 52,14 %), para una tasa de mortalidad de 23,51 por 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad para el sexo femenino fue de 21,24 por cada 100 000 habitantes. La relación hombre / mujer fue de 1:1, es decir, por cada 10 hombres fallecidos, se registraron 10 mujeres. El grupo etario predominante fue de 70 - 79 años para el sexo masculino (35 pacientes; 28,69 %) y para el femenino, los mayores de 80 (34 pacientes; 30,35 %). ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
Grupo etario	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 29	0	0	3	2,68	3	1,28
30 - 39	0	0	6	5,36	6	52,56
40 - 49	6	4,92	9	8,03	15	6,41
50 - 59	25	20,49	16	14,28	41	17,52
60 - 69	25	20,49	21	18,75	46	19,66
70 - 79	35	28,69	23	20,53	58	24,79
80 +	31	25,41	34	30,35	65	27,78
Total	122	100	112	100	234	100

Existió predominio de casos en el municipio Santiago de Cuba (44 pacientes; 63,77 %), seguido de los municipios Songo La Maya (8; 11,59 %) y Palma Soriano (7; 10,14 %). ([Tabla 2](#)).



Tabla 2. Distribución de pacientes según sexo y municipio de residencia

Municipio	Total	
	No.	%
Santiago de Cuba	44	63,77
Contramaestre	5	7,25
Guamá	1	1,45
Songo La Maya	8	11,59
Palma Soriano	7	10,14
San Luis	4	5,80
Mella	0	0
II Frente	0	0
III Frente	0	0
Total	69	100

Sobresalió la hipertensión arterial en 186 pacientes (79,34 %), que fue la comorbilidad predominante para ambos sexos. ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución de fallecidos según antecedentes patológicos personales y sexo

Comorbilidades asociadas	Sexo			
	F	%	M	%
HTA	89	41,59	97	40,58
DM	36	16,82	35	14,64
ERC	12	5,61	12	5,02
EPOC	7	3,27	10	4,18
ASMA	7	3,27	4	1,67
ECV	4	1,87	7	2,92
Neoplasias	9	4,21	11	4,60
Obesidad	4	1,87	8	3,35
CI	22	10,28	25	10,46
Otras enfermedades cardíacas	12	5,61	15	6,28
Otras enfermedades respiratorias	7	3,27	1	0,42
Aparente sano	5	2,37	14	5,86

DISCUSIÓN

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda con repercusión sistémica, con alto grado de transmisibilidad y que es causada por el coronavirus del SARS-CoV-2.⁽⁶⁾ La pandemia de la enfermedad COVID-19 condiciona un gran perjuicio a las personas y la sociedad. La respuesta conductual de la población cumple un papel importante en mitigar la propagación de la enfermedad.⁽⁷⁾

Son disímiles los factores de riesgo agravantes de la COVID-19, el sexo y la edad juegan un papel importante.

Se aprecia mayor frecuencia en adultos con respecto a los infantes. La literatura especializada destaca^(8, 9, 10) a los individuos mayores de 60 años, como grupo vulnerable para el contagio. La tasa de hospitalización se incrementa conforme al aumento de la edad y refleja el impacto de COVID-19 en población de riesgo. El envejecimiento es un proceso fisiológico programado. Es de instauración lenta y resultado de los cambios evidenciados a lo largo de las etapas previas. Supone el deterioro progresivo de funciones, como las del sistema inmunológico. Conlleva a una mayor susceptibilidad del organismo ante infecciones o enfermedades oportunistas o emergentes. Por otra parte, son el grupo representativo de enfermedades crónicas no trasmisibles que afectan a los principales sistemas: cardiovascular, renal, respiratorio y endocrino.⁽¹¹⁾

El elevado índice de envejecimiento poblacional, hace que cada vez más sean los ancianos -incluso personas mayores de 50 años-, más vulnerables a las nuevas enfermedades que surgen. Estudios realizados por *Hueda Zavaleta y otros*⁽¹²⁾ plantean que la mediana de edad en su estudio fue de 61 años y la edad, mayor a 65 años, se asocia a 3,55 veces mayor mortalidad, además de predominar el sexo masculino, datos que coinciden en parte con los resultados del presente estudio.

La prevalencia por sexo de la COVID-19 difiere entre los países. Al inicio de la pandemia, en España fue más frecuente en los hombres y luego, en las mujeres. A finales de abril del 2020, la mortalidad era la misma en hombres (67 %) que en mujeres (66 %).⁽¹³⁾ Otros informes muestran que los hombres experimentan una mayor gravedad y mortalidad por la COVID-19.⁽¹⁴⁾ Las mujeres son más vulnerables a la infección por el SARS-CoV-2 entre los 30 y 60 años y la tasa de letalidad es más alta en hombres (hombres/mujeres entre 1,4 y 1,7).⁽¹⁵⁾ Este aspecto discrepa de los hallazgos actuales, donde se precisa una relación semejante. De acuerdo al criterio de los autores del presente estudio, se debe a las cifras proporcionales en cuanto a la población masculina (518 884) y femenina (527 250), según informa el Anuario Estadístico cubano.⁽⁵⁾

Para explicar las diferencias atribuidas al sexo, existen múltiples factores de tipo genético, hormonal, inmunológico, molecular, social, conductual y de estilos de vida.⁽¹⁶⁾ Se aprecia un ligero predominio del sexo femenino. De manera general, la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 no difiere en cuanto al sexo si se analizan los resultados previos. Las diferencias encontradas entre los estudios se explican por cuestiones, tanto sociales como culturales. Una razón para esto es la mayor participación femenina en tareas de la sociedad, lo que las convierte en un grupo de riesgo. Los datos sugieren que los hombres sufren cuadros más severos que las mujeres, porque las comorbilidades asociadas a la COVID-19, como la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad pulmonar, son más prevalentes



en ellos y, en muchos casos, se relacionan al hábito de fumar y al consumo de alcohol. Los aspectos inmunológicos explican esta diferencia. Asimismo, se considera que las mujeres tienen alrededor de un 50 % más de probabilidades que los hombres de adoptar y practicar comportamientos adecuados de bioseguridad, tales como lavarse las manos, usar mascarillas y evitar el transporte público. Comunicados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que los adultos mayores son un grupo importante de riesgo y es el más afectado en las Américas, con predominio del sexo masculino.⁽¹⁷⁾ Otro estudio realizado por *Medina y otros*⁽¹⁸⁾ encontró que el predominio de los casos fue de mayores de 60 años y el sexo femenino el de mayor peso.

Respecto al sexo, *Smith*⁽¹⁹⁾ plantea que existe poca evidencia en relación al sexo y la infección por el virus, por lo que esta escasa información limita la teorización sobre el tema. *Ferrer y otros*,⁽²⁰⁾ en su estudio realizado en Santiago de Cuba, encontraron el predominio del sexo masculino. En un inicio se evidenció el predominio del sexo masculino y luego varió para predominar el sexo femenino, lo cual guarda relación con los datos de este estudio.

En pacientes con COVID-19, la prevalencia de hipertensión arterial está entre 4,5 % y 30 % -de acuerdo al grupo etario, y se incrementa con la edad-; la diabetes, entre 5 % y 32 %; la enfermedad cardiovascular, entre 1 % y 18 %; la obesidad, en 42,5 %; y el asma, en 6,5 %.⁽²¹⁾ En la serie presentada, las comorbilidades mostraron una elevada frecuencia.

Zheng y otros⁽²²⁾ difunden varios factores de riesgo asociados al pronóstico de la COVID-19 como hipertensión (OR = 2,72), diabetes (OR = 3,25), enfermedad cardiovascular (OR = 5,19) y enfermedad respiratoria (OR = 5,15). Asimismo, la edad mayor a 65 años (OR = 6,01), el sexo masculino (OR = 1,77) y el consumo de tabaco (OR = 2,04) se relacionan a un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad severa. La disnea (OR = 4,16) se asocia a la progresión de la enfermedad y a una elevada mortalidad, mientras que la presencia de fiebre (OR = 0,56) puede traducir una protección al paciente con COVID-19, para evitar el desarrollo de un cuadro grave.

Futuros estudios analíticos que incluyan mayor cantidad de pacientes son necesarios para establecer modelos predictores de riesgos de hospitalización, complicaciones y mortalidad.

En conclusión, las comorbilidades asociadas en pacientes confirmados con la COVID-19 agravan la evolución clínica de este. En tal sentido, ambos sexos se ven afectados de manera proporcional.



REFERENCIAS

1. León Álvarez J, Calderón Martínez M, Gutiérrez Rojas A. Análisis de mortalidad y comorbilidad por COVID-19 en Cuba. Rev Cubana Med [Internet]. 2020;60(2):1-11. Acceso: 9/01/2022. Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2117>
2. Fantin R, Brenes Camacho G, Barboza Solís C. Defunciones por COVID-19: distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2021;45:e42 1-9. Acceso: 9/01/2022. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.42>
3. MINSAP. Actualización epidemiológica. Nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2021. Acceso: 9/01/2022. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-8-de-enero-a-las-12-de-la-noche-2/>
4. Anuario Estadístico de Salud 2020. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Acceso: 9/01/2022. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2021/08/11/anuario-estadistico-de-salud-2020/>
5. Anuario Estadístico de Santiago de Cuba 2020. Santiago de Cuba: Oficina Nacional de Estadística e Información, ONEI; 2021. Acceso: 9/01/2022. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario_est_provincial/aesantiago_de_cuba_2020_edicion_2021.pdf
6. Tenda ED, Yulianti M, Asaf MM, Yunus RE, Septiyanti W, Wulani V, et al. The importance of chest CT Scan in COVID-19. Acta Med Indones [Internet]. 2020;52(1):68-73. Access: 9/01/2022. Available from: <https://www.actamedindones.org/index.php/ijim/article/view/1430>
7. Moran KR, Del Valle SY. A meta-analysis of the association between gender and protective behaviors in response to respiratory epidemics and pandemics. PLoS One [Internet]. 2016;11(10):e0164541. Access: 9/01/2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074573/>
8. Perez Rodríguez N, Remond Nova R, Torres Reyes A, Veranes Miranda A, Fernandez Lorenzo JM, Oviedo Alvarez V, et al. Distribución de la población vulnerable a la enfermedad COVID-19 en La Habana, Cuba. Rev Cuba Epidem [Internet]. 2020;57(2):e357. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/download/371/422>
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica. Nuevo coronavirus (COVID-19). Washington, DC: OPS, OMS; 2020. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-pheactualizacionepi-covid19.pdf>
10. León Regal M, Cedeño Morales R, Rivero Morey R, Rivero Morey J, García Pérez D, Bordón-González L. La teoría del estrés oxidativo como causa directa del envejecimiento celular. Medisur [Internet].



2018;16(5):1-11. Acceso: 12/01/2022. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3798>

11. Han Q, Lin Q, Jin S, You L. Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line. J Infect. 2020;80(2020):373-7. Access: 12/01/2022. Available from:
https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0163445320300876.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

12. Hueda Zavaleta, Copaja Corzo C, Bardales Silva F, Flores Palacio R, Barreto Rocchetti L, Benites Zapata VA. Factores asociados a la muerte por COVID-19 en pacientes admitidos en un hospital público en Tacna, Perú. Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2021;38(2):214-223. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n2/214-223/es/#>

13. Cantero MTR. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. Gac Sanit. 2021;35(1):95-8. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000100095

14. Gebhard C, Regitz Zagrosek V, Neuhauser HK, Morgan R, Klein SL. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. Biol Sex Differ. 2020;11:29. Access: 12/01/2022. Available from: <https://bsd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13293-020-00304-9>

15. Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. Lancet. 2020;395(10231):1175-7. Access: 12/01/2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146687>

16. Mangia C, Russo A, Civitelli S, Gianicolo EAL. Sex/gender differences in COVID-19 lethality: what the data say, and do not say. Epidemiol Prev. 2020;44:(5-6 Suppl. 2):400-6. Access: 12/01/2022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33412835/>

17. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 Comunicado Técnico Diario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020. Acceso: 11/11/2021. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546230/CP_Salud_CTD_coronavirus_COVID19_10abr20.pdf

18. Medina Fuentes G, Carbajales León EB, Figueredo González Y, Carbajales León AI, Silva Corona I. Características clínico epidemiológicas de pacientes positivos a la COVID-19 pertenecientes al policlínico "Joaquín de Agüero y Agüero", Camagüey. Rev Elect Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta. 2020;45(4):1-8. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2352>

19. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. Gender & Development. 2019;27(2):355-69. Access: 12/01/2022. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13552074.2019.1615288>



20. Ferrer Castro JE, Hernández ES, Mendoza AP, Caballero G del R, Sánchez DF. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con la COVID19 en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2020;24(3):473-85. Acceso: 12/01/2022 Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3145>

21. Llaro Sánchez MK, Gamarra Villegas BE, Campos Correa KE. Características clínico-epidemiológicas y análisis de sobrevida en fallecidos por COVID-19 atendidos en establecimientos de la Red Sabogal Callao. 2020. Horiz Med. 2020;20(2):e1229. Acceso: 12/01/2022. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200003

22. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. J Infect. 2020;81(2):e16-25. Access: 12/01/2022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32335169/>

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación

No se recibió financiación para la presente investigación.

Contribución de autoría

Luis Enrique Jiménez Franco: Investigación, conceptualización, curación de datos, análisis formal de los datos, administración de proyecto, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

Ruth Benita Yero: Investigación, conceptualización, curación de datos, análisis formal de los datos, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

Anabel Blázquez López: Curación de datos, análisis formal de los datos, visualización, redacción - revisión y edición.

María Eugenia García Céspedes: Análisis formal de los datos, visualización, redacción - revisión y edición.

Recibido: 10/08/2022.

Aprobado: 01/09/2022.

