

## Control de un evento de transmisión familiar de COVID-19 por la Atención Primaria de Salud

### Control of a family transmission event of COVID-19 by Primary Health Care

Leandro Jorge Riverón Cruzata<sup>1,2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3972-2396>

Idania Ivonne Tamayo Batista<sup>1,3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6147-5582>

Martha Vergara Silva<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7377-366X>

Grisel Oquendo Muñoz<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1553-6866>

Odalys Guerra Marrero<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2983-2153>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico Docente “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Las Tunas, Cuba.

<sup>3</sup>Dirección Municipal de Salud Las Tunas. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [lriverson920414@gmail.com](mailto:lriverson920414@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La COVID-19 se caracteriza por una alta tasa de transmisión, período de incubación prolongado, presencia de portadores asintomáticos o con síntomas leves, posible progresión al síndrome de dificultad respiratoria e incluso la muerte.

**Objetivo:** Describir los resultados de una intervención comunitaria para controlar un evento de transmisión familiar por COVID-19 en el municipio Las Tunas.

**Métodos:** Se realizó una intervención comunitaria en el “primer anillo, tercer escalón” del Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en el período del 5 de agosto al 28 de septiembre de 2020 donde se generó el evento antes mencionado. Se utilizaron variables sociodemográficas, clínico-epidemiológicas, araña epidemiológica y el familiograma de los pacientes confirmados. Se realizó un mapa epidemiológico, pesquisa a grupos vulnerables y criterios de cierre del evento.

**Resultados:** Se cerró el evento con el alta epidemiológica del último caso confirmado (21 días luego de abierto el mismo), alta epidemiológica de los 73 contactos notificados y sin nuevos casos confirmados identificados por la pesquisa dentro del foco.

**Conclusiones:** El evento se controló mediante una estrategia de intervención comunitaria sinérgica y más flexible al régimen de cuarentena, en corto tiempo y con evolución favorable de los casos independientemente de los riesgos presentes.

**Palabras clave:** COVID-19; SARS-CoV-2; pandemias; epidemiología; medicina familiar y comunitaria; Atención Primaria de Salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** COVID-19 is characterized by a high transmission rate, a prolonged incubation period, the presence of asymptomatic carriers or with mild symptoms, possible progression to respiratory distress syndrome and even death.

**Objective:** To describe the results of a community intervention to control an event of family transmission by COVID-19 in the municipality of Las Tunas.

**Methods:** A community intervention was carried out in the first ring third step of the “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Polyclinic in the period from August 5 to September 28, 2020 where the aforementioned event was generated. Sociodemographic, clinical-epidemiological variables, epidemiological spider and the familiogram of confirmed patients were used. An epidemiological map is carried out, an investigation of vulnerable groups and criteria for closing the event were carried out.

**Results:** The event was closed with the epidemiological discharge of the last confirmed case (21 days after opening it), epidemiological discharge of the 73 notified contacts and no new confirmed cases identified by the investigation within the outbreak.

**Conclusions:** The event was controlled through a synergistic community intervention strategy and more flexible to the quarantine regime, in a short time and with a favorable evolution of the cases regardless of the risks present..

**Keywords:** COVID-19; SARS-CoV-2; pandemics; epidemiology; family and community medicine; Primary Health Care.

Recibido: 13/10/2020

Aceptado: 09/01/2021

## Introducción

En febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud 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.<sup>(1)</sup>

Este virus se caracteriza por una alta tasa de transmisión, período de incubación prolongado, presencia de portadores asintomáticos o con síntomas leves, posible progresión del paciente al síndrome de dificultad respiratoria del adulto e incluso la muerte, diseminación viral después del alivio de los síntomas y transmisión ambiental y fómites.<sup>(2,3)</sup>

La propagación del virus es extremadamente rápida y el 11 de marzo de 2020 ya eran más de 118 000 los infectados en 114 países, con 4 300 fallecidos, cuando fue declarada como una pandemia.<sup>(1)</sup>

El 5 de agosto de 2020 se informaron 185 países con casos de COVID-19, 18 millones 519 579 confirmados y 700 539 fallecidos para una letalidad de 3,78. En las Américas se informaron 10 millones 3 225 confirmados, con 372 388 fallecidos para una letalidad de 3,72.<sup>(4)</sup>

En Cuba se encontraban ingresados en hospitales 595 pacientes y en vigilancia en la Atención Primaria de Salud (APS) 6 711 personas. Se estudiaron 3 876 muestras, resultando 49 positivas, acumulando 285 471 muestras realizadas, 2 775 positivas (0,97 %), 2 409 recuperados y 88 fallecidos.<sup>(4)</sup>

En este contexto y luego de un período evidente de disminución de los casos de COVID-19 en los municipios del país, se avanzó progresiva y escalonadamente en las distintas etapas de recuperación; sin embargo, en Las Tunas, durante la III fase, se genera un evento de transmisión familiar por un caso índice procedente de La Habana, el que correspondía al área de salud del Policlínico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”.

Ante la inminente amenaza que esta enfermedad representa, es necesario compartir experiencias efectivas y más ajustadas a las exigencias de la sociedad desde la APS, por lo que como objetivo se pretendió describir los resultados de una intervención comunitaria para controlar un evento de transmisión familiar por COVID-19 en el municipio Las Tunas.

## Métodos

Se realizó una intervención comunitaria en las circunscripciones 32 y 34 del Consejo Popular 5 que pertenece al Policlínico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía

Lima del municipio Las Tunas, desde el 5 de agosto al 28 de septiembre de 2020, con una población de 3 651 habitantes correspondientes a los consultorios del médico de familia (CMF) 5 y 7, donde se generó un evento de transmisión familiar por COVID-19 con 10 pacientes confirmados de dicha enfermedad, que lo ubica en el “primer anillo, tercer escalón”. Este quedó conformado por 20 comités de defensa de la revolución (CDR), 39 manzanas, 856 viviendas y 15 centros laborales (Bodega La Tunera, CMF 7, oficina de área 5 de comunales y centro municipal de genética, tienda de materiales de la construcción, taller de planificación física, almacén de materiales de la construcción, unidad de cerámica roja y organopónico, y laboratorio de plantas y semillas).

### Organización de la estrategia

1. Medidas mantenidas durante la III fase de recuperación pos-COVID en el municipio Las Tunas:
  - Uso de la mascarilla en los espacios con conglomerados de personas.
  - Desinfección de las manos.
  - Mantenimiento de las medidas de distanciamiento social y barreras de contención en las unidades estatales y no estatales.
  - Incremento de las actividades de educación para la salud en toda la población.
  - Pesquisa de viajeros y sintomáticos respiratorios.
  - No incorporación de personas con síntomas respiratorios en centros laborales.
  - Ingreso domiciliario de pacientes con infecciones respiratorias ligeras.
2. Acciones realizadas en el control de foco de los casos identificados (Grupo de Respuesta Rápida).
  - Confección del expediente epidemiológico.
  - Desinfección de las manzanas que correspondían a cada caso.
  - Ingreso a los pacientes y sus contactos en centros de aislamiento para el diagnóstico y tratamiento.
  - Ingreso en el domicilio hasta el alta epidemiológica de los casos confirmados, contactos y sospechosos luego de 14 días del alta médica.
3. Medidas adoptadas para la organización del trabajo:
  - Realización de reunión de orientación y estudio de los documentos rectores, en la que se organiza la estructura de dirección y se definen las medidas previstas para esta área.
  - Confección del mapa epidemiológico del evento (casos contactos, sospechosos y confirmados)
  - Definición del área de mayor riesgo, número de habitantes, familias y locales para la restricción de movimiento en el “primer anillo, tercer escalón” (posteriormente descrita).

- Análisis epidemiológico de las principales enfermedades que afectan a la población y estratificación de los grupos vulnerables a partir de la dispensarización de la población.
  - Comunicación del establecimiento de las medidas de restricción de movimientos a todos los niveles de la estructura de dirección.
  - Estudio de peligros, vulnerabilidades y riesgos.
  - Capacitación del personal de salud para realizar la vigilancia epidemiológica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos.
  - Definición del personal sanitario que participa directamente de las acciones de control en el terreno: médico y enfermero de la familia, investigadores, inspectores sanitarios, técnicos de laboratorio y brigadistas sanitarios.
  - Garantía de la comunicación entre los CMF y la población.
  - Garantía de la disponibilidad de los equipos de protección individual.
  - Constitución de las comisiones técnicas de evaluación de la situación epidemiológica y la comisión de evaluación de daños para dar seguimiento a las acciones previstas.
4. Medidas adicionales adoptadas en el foco de COVID-19 luego de abierto el evento:
- Aseguramiento de la recogida de los desechos sólidos, el abasto de agua potable y el suministro de hipoclorito de sodio al 0,1 % a la población.
  - Reforzamiento de las medidas de contención (lavado de manos y pasos podálicos) en las viviendas.
  - Suspensión de las actividades de recreación en horarios nocturnos.
  - Suspensión temporalmente de las actividades no esenciales.
  - Incremento de las acciones de protección y cuidado de personas vulnerables de la población.
  - Suspensión de las actividades como círculos de abuelos, club de adolescentes, etcétera.
  - Designación en familias vulnerables de una persona (mensajero) que por sus condiciones de salud pudiera acceder a los servicios ofrecidos (actividades fuera del hogar).
  - Aseguramiento de la adquisición de medicamentos en farmacias con énfasis en los medicamentos de tarjeta control.
  - Desinfección de calles, aceras y áreas comunes.
  - Cierre de los kioscos de alimentos ligeros a partir de las 6:00 p.m.
  - Suspensión del funcionamiento de los equipos de recreación artesanales para los niños.

- Cierre de los locales destinados para la venta de bebidas alcohólicas y refresco.
- Colocación de barreras de contención en las paradas de ómnibus.
- Orientación de mantener una ventilación adecuada en las viviendas.
- Orientación de notificar cualquier síntoma respiratorio inmediatamente a los servicios de salud.
- Estudio poblacional con rRT-PCR (reacción en cadena de polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real) por personal especializado.
- Pesquisa activa, pasiva y virtual (pesquisador virtual)<sup>(5)</sup> de viajeros y sintomáticos respiratorios a toda la población por personal especializado.
- Garantía del orden y cumplimiento de las medidas anunciadas por la Policía Nacional Revolucionaria.

Se emplearon variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas como: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, ocupación, estado clínico al ingreso, modo de contagio, período de incubación, período de transmisibilidad, evolución de la enfermedad y vínculos parentales entre los pacientes confirmados de COVID-19 para la descripción de estos.

Para mejor interpretación se confeccionó una araña epidemiológica, un mapa epidemiológico, un familiograma (Fig. 1, 2 y 3) y se definieron los grupos vulnerables para la pesquisa dentro del “primer anillo, tercer escalón” y criterios de cierre del evento epidemiológico.

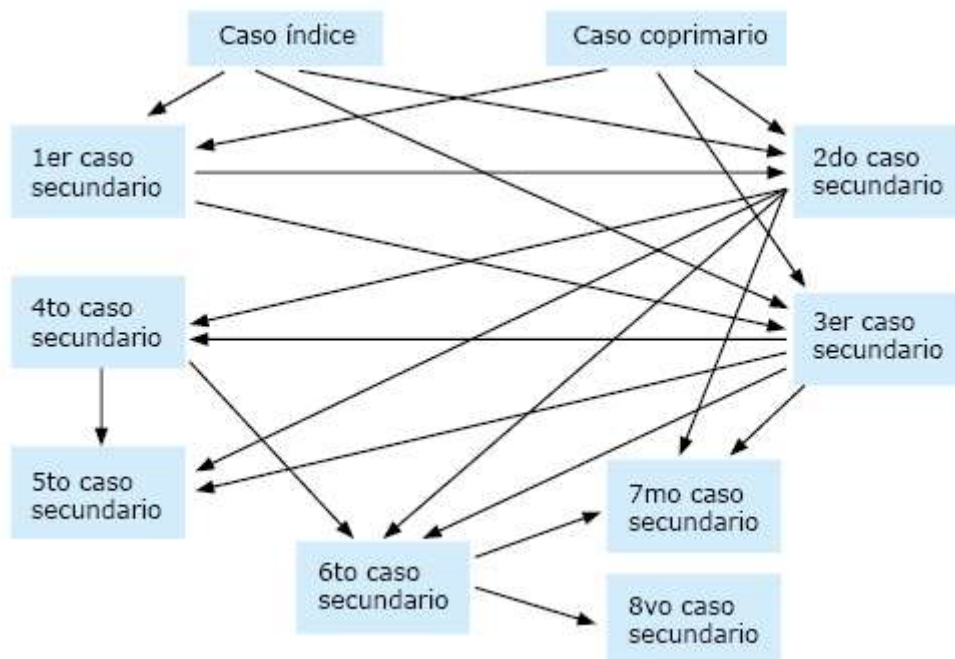
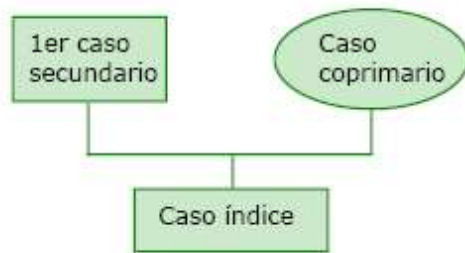


Fig. 1 - Araña epidemiológica.

Familia 1 (nuclear)



Familia 2 (ampliada)

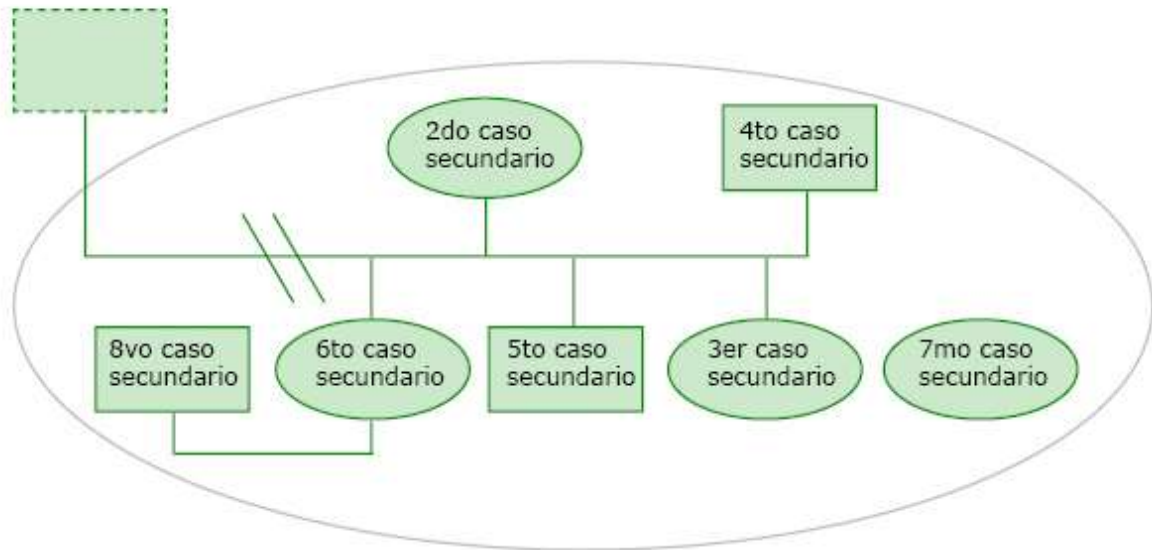


Fig. 2 - Familiogramas.

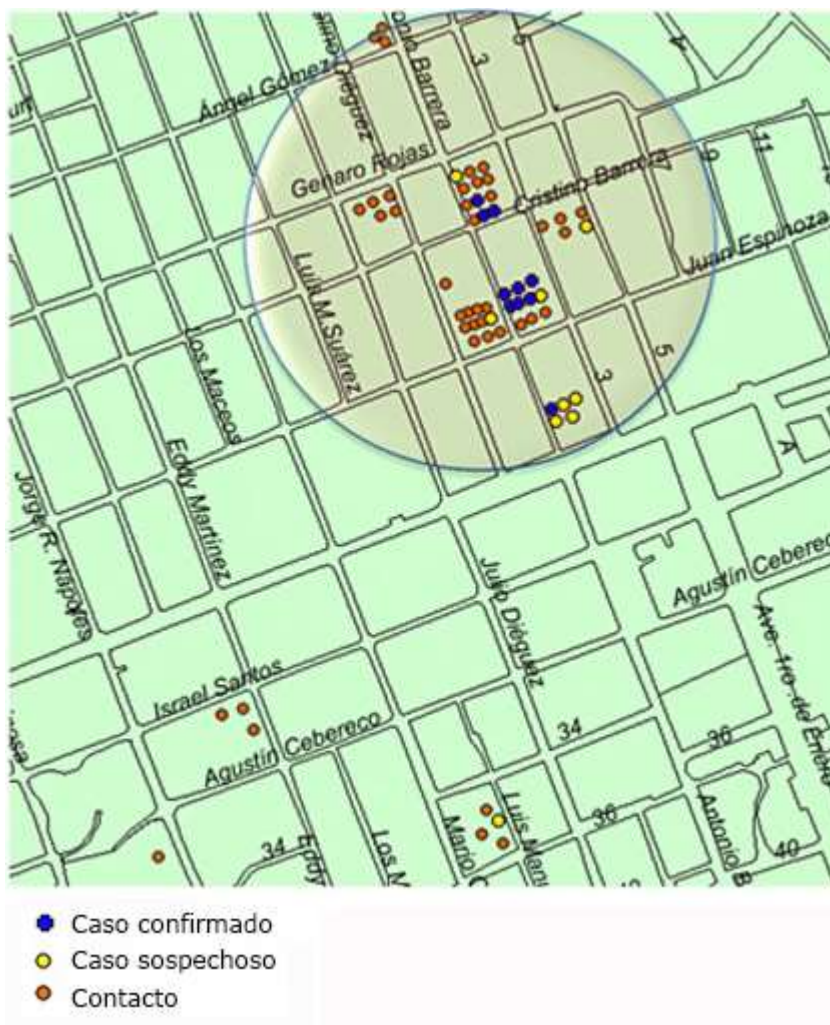


Fig. 3 - Mapa del foco epidemiológico (“primer anillo”).

Los resultados fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes del CMF 7, del departamento de estadística del centro y luego registrados en una base de datos computarizada. La descripción de los resultados se realizó por métodos de la estadística descriptiva y presentada en frecuencias absoluta y relativa porcentuales.

Se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki para este tipo de estudios cuidando la confidencialidad de los datos y solo con propósitos científicos.

Definición de términos:

“Primer anillo”: se utiliza para la restricción de movimiento en las demarcaciones geográficas establecidas por “escalones”: “primer escalón” (manzana), “segundo escalón” (circunscripción), “tercer escalón” (varias circunscripciones), “cuarto escalón” (consejo popular).



Evento: episodio donde ocurren 10 o más casos confirmados que tienen alguna relación entre sí, atendiendo a las características de personas y lugar.

## Resultados

### Descripción de los casos confirmados de COVID-19

**Caso índice o primario:** transicional masculino de 3 años de edad con antecedente de traumatismo en ojo derecho, que el 3/8/2020 participó con sus padres en una cena familiar en Vedado, La Habana, y durante el trayecto de regreso a Las Tunas les informan que uno de los presentes en el encuentro había resultado positivo al nuevo coronavirus. Asiste a consulta el 5/8/2020 y se decide ingreso asintomático en un centro de vigilancia de contactos. El 6/8/2020 inicia con sintomatología ligera y se realiza rRT-PCR con fecha de toma de muestra (FTM) el 6/8/2020 (positivo), alta médica el 20/8/2020 y alta epidemiológica el 3/9/2020.

**Caso coprimario:** paciente femenina de 30 años de edad con antecedentes de asma bronquial, trabajador por cuenta propia, contacto de caso confirmado, ingresa asintomática el 5/8/2020 en un centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 8/8/2020 (positivo), alta médica el 10/9/2020 y alta epidemiológica el 25/9/2020.

**Primer caso secundario:** paciente masculino de 35 años de edad con antecedente de salud, trabajador por cuenta propia, contacto de casos confirmados, ingresa asintomático el 5/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 8/8/2020 (negativo), el 10/8/2020 (negativo), el 15/8/2020 (positivo), alta médica el 10/9/2020 y alta epidemiológica el 25/9/2020.

**Segundo caso secundario:** paciente femenina de 42 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, ama de casa, contacto de casos confirmados (amiga del caso coprimario), ingresa asintomática el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 10/8/2020 (negativo), el 17/8/2020 comenzó con sintomatología respiratoria ligera por lo que reingresa en centro de vigilancia de casos sospechosos el 18/8/2020 y se realiza rRT-PCR (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

**Tercer caso secundario:** adolescente femenina de 16 años de edad con antecedente de gastroduodenitis, estudiante, contacto de casos confirmados, ingresa asintomática el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 10/8/2020 (negativo), el 18/8/2020 inicia con sintomatología

ligera por lo que reingresa el 18/8/2020 y se realiza rRT-PCR (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

**Cuarto caso secundario:** paciente masculino de 39 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo II y asma bronquial, custodio, contacto de casos confirmados, ingresa asintomático el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR el 10/8/2020 (negativo), el 20/8/2020 (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

**Quinto caso secundario:** adolescente masculino de 13 años de edad con antecedentes de asma bronquial, estudiante, contacto de casos positivos, ingresa asintomático el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 8/8/2020 (negativo), 10/8/2020 (negativo), el 17/8/2020 reingresa y se realiza rRT-PCR con FTM el 20/8/2020 (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

**Sexto caso secundario:** paciente con 28,3 semanas de gestación de 22 años de edad con antecedentes de salud, ama de casa, contacto de casos confirmados, se ingresa asintomática el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza el rRT-PCR con FTM el 10/8/2020 (negativo), el 17/8/2020 comienza con sintomatología ligera, reingresa el 20/8/2020 en centro de vigilancia de sospechosos y se realiza rRT-PCR (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

**Séptimo caso secundario:** paciente femenina de 21 años con antecedente de asma bronquial, ama de casa, contacto de casos confirmados (prima del segundo caso secundario), ingresa asintomática el 20/8/2020 en centro de aislamiento de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 20/8/2020 (positivo), alta médica el 10/9/2020 y alta epidemiológica el 25/9/2020.

**Octavo caso secundario:** paciente masculino de 21 años de edad con antecedente de glaucoma, almacenero, contacto de casos confirmados, ingresa asintomático el 8/8/2020 en centro de vigilancia de contactos, se realiza rRT-PCR con FTM el 10/8/2020 (negativo), el 20/8/2020 reingresa y se repite rRT-PCR el 21/8/2020 (negativo) y el 23/8/2020 (positivo), alta médica el 13/9/2020 y alta epidemiológica el 28/9/2020.

### Grupos vulnerables priorizados para la pesquisa diaria

Adultos mayores (632; 17,31 %), entre ellos que vivían solos (13; 0,35 %) y postrados (4; 0,10 %); gestantes (15; 0,41 %); lactantes (25; 0,68 %); hipertensos (859; 23,52 %); diabéticos (263; 7,20 %); asmáticos (429; 11,75%); enfermedad renal crónica (53; 1,45 %); cardiopatías (121; 3,31 %); enfermedad cerebrovascular (24; 0,65 %); cáncer (51; 1,39 %); EPOC (8; 0,21 %); alcohólicos (30; 0,82 %); discapacitados (114; 3,12 %), y VIH/SIDA (1; 0,02 %).

### Criterios para el cierre del evento

1. Alta epidemiológica del último paciente con COVID-19 (21 días luego de abierto el evento).
2. Alta epidemiológica de los 73 contactos notificados: identificados en la comunidad (9 positivos y 41 negativos) y 23 viajeros del autobús La Habana-Las Tunas (20 negativos y 3 no localizados por encontrarse fuera de la provincia).
3. No se identifican nuevos casos confirmados por la pesquisa dentro del foco con síntomas o sin estos: rRT-PCR negativo de 488 habitantes (13,36 %).

### Discusión

Los resultados muestran dos familias estrechamente relacionadas en que todos sus miembros enfermaron. Alternaban entre niños, jóvenes y adultos, con predominio de los primeros e igual distribución entre ambos sexo, la mitad presentaban antecedentes patológicos personales de alto riesgo; sin embargo, todos tuvieron evolución favorable, probablemente debido al diagnóstico precoz, efectividad del tratamiento médico y respuesta individual, cuestiones que refleja otro estudio.<sup>(6)</sup>

El 20 % de los casos eran introducidos y el resto de transmisión autóctona. Todos fueron asintomáticos en el momento del primer ingreso, sin embargo, se ha descrito cómo las alteraciones del olfato y del gusto estuvieron presentes en pacientes con COVID-19.<sup>(7)</sup>

En la araña epidemiológica se observa que los contactos entre los miembros de las familias son múltiples y estrechos (matrimonios, padres-hijos, hermanos, primos y amigos). A pesar de que es difícil discernir si los últimos casos son secundarios a cuál de los primeros, todos tienen en común igual entorno, de manera que la conducta es la misma (aislamiento). También se puede apreciar cómo el segundo y tercer casos secundarios definieron la transmisión.

Si bien el riesgo de contagio en el hogar se considera de los más bajos en los sitios donde por lo general se producen (hospitales, transporte público, bancos, elevadores, cines, centros de estudio, eventos, supermercados, restaurantes, consultorios, farmacias, vías públicas, vehículos, en igual orden), las probabilidades son elevadas para los miembros de la familia dependiendo del contexto, como se observa en este estudio.

La posibilidad de enfermar parece ser mayor cuando la familia es grande; las razones son comprensibles si se tiene en cuenta que entre la dinámica y las funciones de esta entidad, independientemente del rol regulador que ejerce en la conservación de la salud, la afectiva es determinante. Este virus tiene gran

capacidad de transmisión además de su estructura genética, por las diferencias entre las políticas y cultura sanitarias de los países, la migración, y los modos, condiciones y estilos de vida.

El contagio pudo ser debido entre otros factores al uso compartido de utensilios y habitaciones, hábitos higiénicos, nivel de hacinamiento, condiciones estructurales y ventilación de la vivienda, relaciones familiares disfuncionales, o el escaso alcance de las regulaciones sanitarias en el hogar. La Oficina Regional de la OMS de Europa ha conceptualizado la denominada “fatiga pandémica” que también explica este fenómeno, pues condiciona una menor percepción del riesgo.<sup>(8)</sup>

No se extendió la transmisión fuera del foco, pues en el momento de apertura de este en el municipio estaban establecidas medidas que lo garantizaba.<sup>(9)</sup> El cumplimiento o no de ellas son responsabilidad individual, y ante el colectivo su incumplimiento es penalizado por la Ley.

En Cuba se diseñó el Plan para la Prevención y Control de la COVID-19, adaptado a las condiciones de cada territorio y en este sentido, la cuarentena se aplica en los eventos.<sup>(10)</sup>

Si bien es cierto que esta pandemia ha puesto a prueba sistemas socioeconómicos fuertes o no, ha afectado sensiblemente los sistemas sanitarios (saturación de servicios de urgencia y unidades de cuidados intensivos), la economía global y la vida familiar. En Cuba, la situación económica y la tensión ciudadana exigían medidas más flexibles a las del régimen de cuarentena en toda la ciudad.

Contribuyó con los resultados la identificación oportuna de varios contactos, la fuente de infección y la sinergia establecida entre las medidas aplicadas dentro del foco en relación con las más generalizadas en la comunidad, evitando fisuras. Inversamente proporcional podría ser la sobrecarga que provocan en la APS varios eventos simultáneos.

Relacionado con lo anterior influyen múltiples factores, incluido un entramado social complejo como: relaciones extramaritales, figuras delictivas, vínculos afectivos no aceptados socialmente, estigmas sociales, nivel cultural, la incomunicación o no localización de los contactos, que impiden acortar los períodos de identificación, aislamiento, diagnóstico (estos primeros imprescindibles), tratamiento y evolución favorable de los pacientes, a la vez que se interrumpe el contagio.

Aun cuando no existen estándares para valorar los indicadores relacionados con los tiempos antes descritos, es importante considerar que el riesgo de transmisión se incrementa proporcionalmente con los días de demora del diagnóstico.<sup>(11)</sup>

Es recomendable adelantar algunas de estas medidas para los brotes cuando las condiciones lo permitan; identificar las familias de riesgo (incluyan a la de los

casos contactos, sospechosos, confirmados y/o grupos vulnerables), y cumplir un aislamiento domiciliario más estricto que el resto dentro del foco hasta ser estudiados, de manera que se concentre la estrategia solo en las manzanas o cuadras necesarias. Además, implementar formas de vigilancia epidemiológicas más eficientes mediante el uso de nuevas tecnologías.

Son considerados sospechosos todos aquellos que desarrollen síntomas dentro del área delimitada, aunque el único antecedente sea el de residir en una localidad en transmisión. Así también debían ser pesquisados presintomáticos o asintomáticos teniendo en cuenta esencialmente los antecedentes epidemiológicos. En un estudio<sup>(1)</sup> se plantea que los adultos jóvenes y adultos tienen una menor percepción de riesgo, lo que explica los resultados obtenidos, riesgo que se incrementa por la movilidad.

La participación multidisciplinaria, intersectorial y la cohesión dirección-consultorios marcaron la organización, ejecución y garantías de la estrategia, en la que influyen las experiencias de quienes participan directa o indirectamente: en el municipio de Las Tunas nunca antes visto.<sup>(3)</sup> Sin embargo, la cercanía de las viviendas involucradas facilitaron la implementación de las medidas.

*Candelaria*<sup>(10)</sup> recomienda repetir la encuesta epidemiológica útil para continuar identificando contactos y la fuente de infección cuando no está disponible. Resalta la importancia de la pesquisa y el vínculo con los líderes de la comunidad. Por otra parte, considera que el fortalecimiento de la estrategia está en la calidad de las acciones y la capacidad de realizar evaluaciones periódicas.<sup>(12)</sup>

El confinamiento obligatorio del municipio no se llevó a cabo y, en cambio, sí las medidas restrictivas de movilidad de la población incluidas en el “primer anillo, tercer escalón”. Orientado a garantizar la presencia de personas en las actividades fundamentales de la economía, la disminución de su presencia en los sitios o locales de mayor aglomeración, la moderación del estrés poblacional y gastos sociales, a la vez que se realizaban las actividades de salud pertinentes en el área.

*Chantez-Nieves* y otros<sup>(2)</sup> plantean en relación con las acciones de promoción de salud que estas estuvieron sustentadas en las charlas educativas y los cara a cara. No obstante, son necesarias estrategias de comunicación más eficientes que comprendan las necesidades sentidas de la población.

Relacionado con los criterios del cierre del evento, el porcentaje de población estudiada fue bajo (pesquisa con rRT-PCR), sin embargo, similar al total de los vulnerables. Aunque los resultados de esta pesquisa eran esperados dadas las características del evento y comunidad. Ante lo cual quedan pendientes las respuestas a las preguntas: ¿qué grupo poblacional sería más oportuno tener en cuenta y cuántos?, ¿durante qué tiempo sería ideal realizarlos?, y ¿qué técnicas diagnósticas deberían ser usadas y cómo?: ¿test rápido o rRT-PCR?

Autores plantean<sup>(1)</sup> que los pacientes luego de ser dados de alta médica son remitidos a su área de salud hasta el alta epidemiológica, independientemente de si fueron contactos, sospechosos o confirmados. El alta epidemiológica se decide con un rRT-PCR negativo luego del doble del período de incubación.

En estos casos se efectuó a los 14 días del alta médica. Aunque es posible reconsiderar los criterios de cierre de un foco a los 14 días luego del último ingreso hospitalario del último caso confirmado y de sus contactos, pues desde el punto de vista epidemiológico no suponen un riesgo de transmisión comunitario cuando son aislados; elementos de interés para definir la extensión de las acciones. Los períodos descritos fueron variables individualmente y en corto tiempo se logró el control del evento.

Por cada paciente confirmado se aislaron menos de 10 contactos (0,13) al dividir total de confirmados/total de contactos, aunque no existe un indicador para esto, por debajo de 0,1 sería lo ideal.

Quedó como limitante la vigilancia de contactos de segundo orden fuera del foco por el mismo personal (centros laborales y escolares de los confirmados); además de no localizarse tres contactos fuera de la provincia.

### Conclusiones

El evento de transmisión familiar por COVID-19 se controló mediante una estrategia de intervención comunitaria sinérgica y más flexible al régimen de cuarentena, en corto tiempo y con evolución favorable de los casos independientemente de los riesgos presentes.

### Aporte científico

Se proponen criterios para la gestión de un evento de transmisión familiar de COVID-19 por la APS.

## Referencias bibliográficas

1. 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 [acceso: 11/10/2020];45(4). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2304>

2. Chantez-Nieves I, Riverón-Cruzata LJ, Pérez-Almaguer Y. Singularidades clínico-epidemiológicas y conducta desde la atención primaria en paciente con la COVID-19. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020 [acceso: 11/10/2020];45(6). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2405>
3. Urquiza-Yero Y, Pérez-Ojeda MD, Cortés-González Ad, Escalona-Pérez I, Cabrales-León MO. Características clínico epidemiológicas de los pacientes de Las Tunas positivos al RT-PCR para la COVID-19. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [acceso: 12/10/2020];45(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2361>
4. MINSAP. Parte del cierre del 5 de agosto a las 12 de la noche [en línea]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020 [acceso: 11/10/2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-5-de-agosto-a-las-12-de-la-noche>.
5. Pierra Fuentes A, Vazquez Cruz Y, Hernandez Heredia Y, Montesino Perurena R. Pesquisador Virtual: solución informática para la detección de casos sospechosos de COVID-19. RCIM [Internet]. 2020 Dic [acceso: 09/01/2021];12(2):e405. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18592020000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592020000200001&lng=es)
6. Cobas-Planchez L, Mezquia-de-Pedro N, Armenteros-Terán SS. Evolución de pacientes tratados según protocolo cubano para la COVID-19 en el Hospital “Frank País García”, La Habana. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020 [acceso: 11/10/2020];45(6). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2371>
7. Sepúlveda CV, Weissbluth AS, González GC. Anosmia y enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Qué debemos saber? Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2020 Jun [acceso: 11/10/2020];80(2):247-58. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162020000200247&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000200247&lng=es)
8. Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; Revised version November 2020 [acceso: 09/01/2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337574/WHO-EURO-2020-1573-41324-56242-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Etapa de recuperación post COVID-19. Medidas a implementar en sus tres fases. [acceso: 11/10/2020]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones>

10. Candelaria Brito JC, Díaz Cruz SA, Acosta Pérez DM, Junco Sena B, Rodríguez Méndez A. Primera comunidad en cuarentena por la COVID-19 de Cuba. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [acceso: 11/10/2020];24(3):e4485. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4485>

11. Guanche Garcell H, González Valdés A, González Álvarez L. COVID-19 y el problema de los tiempos en las estrategias de control. Revhábancienméd [Internet]. 2020 [acceso: 11/10/2020];19(Supl.):e3318. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3318>

12. Candelaria Brito JC, Díaz Cruz SA, Acosta Pérez DM, Labrador Mazón O, Rodríguez Méndez A. Estrategia intervencionista dirigida a la prevención y control de la COVID-19 en Consolación del Sur. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [acceso: 11/10/2020];24(3): e4495. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4495>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Leandro Jorge Riverón Cruzata:* Realizó la concepción inicial del artículo y recogida de los datos, participó en el análisis y discusión de los resultados. Elaboró las diferentes versiones del artículo.

*Idania Ivonne Tamayo Batista:* Participó en la recopilación de información, en el análisis y discusión de los resultados y en la revisión crítica de las versiones del artículo.

*Martha Vergara Silva:* Controló el registro de los datos de la investigación, participó en la confección de las versiones del artículo y en el análisis y discusión de los resultados.

*Grisel Oquendo Muñoz:* Participó en la recopilación de información, en la confección de las versiones del artículo y en el análisis y discusión de los resultados.

*Odalys Guerra Marrero:* Participó en la recopilación de información y en el análisis y discusión de los resultados.