

DOI: 10.26820/recimundo/7.(3).sep.2023.269-277

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2113>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 269-277



COVID-19: factores a considerar en pacientes asintomáticos

COVID-19: factors to consider in asymptomatic patients

COVID-19: factores a considerar em doentes assintomáticos

María Belén Villalta Jiménez¹; Edison Rodrigo Aucay Mendieta²; Yessenia Stefania García Guarnizo³; Sara Isabel González Jaramillo⁴

RECIBIDO: 05/06/2023 **ACEPTADO:** 10/07/2023 **PUBLICADO:** 26/10/2023

1. Médica; Hospital Básico Yantzaza; Yantzaza, Ecuador; belenvillalta1996@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0001-6909-7742>
2. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Hospital Básico Yantzaza; Yantzaza, Ecuador; edisonaucay@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7010-0686>
3. Médica General; Hospital Básico Yantzaza; Yantzaza, Ecuador; stefyes1994@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0006-9375-9332>
4. Médica; Hospital Básico Yantzaza; Yantzaza, Ecuador; sarisabel11394@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-1822-9109>

CORRESPONDENCIA

María Belén Villalta Jiménez

belenvillalta1996@hotmail.es

Yantzaza, Ecuador

RESUMEN

El 11 de marzo del 2020 año fue el día en que Tedros Adhanom Ghebreyesus, el director general de la OMS afirmó que la COVID-19 podía ser caracterizada como una pandemia debido a la rápida propagación de la enfermedad. Los casos en el mundo incrementaron, y con ello la evaluación de los casos que se suscitaron, permitió la investigación de los síntomas presentes en la enfermedad, así como los factores que afectan negativamente el desarrollo de la misma. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. Los factores a considerar en este aspecto es que se tenían que implementar las mismas medidas que las aplicadas a los portadores sintomáticos, es decir, distanciamiento, uso del tapabocas, cuarentena, lavado de manos, por nombrarlas más relevantes, para contener la propagación de la enfermedad, por la imposibilidad de detectar sin pruebas de laboratorio la presencia del virus en personas asintomáticas.

Palabras clave: Covid, Pandemia, Asintomático, Transmisión, Síntomas.

ABSTRACT

March 11, 2020 was the day when Tedros Adhanom Ghebreyesus, the director general of the WHO, stated that COVID-19 could be characterized as a pandemic due to the rapid spread of the disease. The cases in the world increased, and with this the evaluation of the cases that arose, allowed the investigation of the symptoms present in the disease, as well as the factors that negatively affect its development. This research is framed within a documentary bibliographic methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Academic, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source for the topic raised above. The factors to consider in this aspect are that the same measures had to be implemented as those applied to symptomatic carriers, that is, distancing, use of face masks, quarantine, hand washing, to name the most relevant, to contain the spread of the disease. disease, due to the impossibility of detecting the presence of the virus in asymptomatic people without laboratory tests.

Keywords: Covid, Pandemic, Asymptomatic, Transmission, Symptoms.

RESUMO

11 de março de 2020 foi o dia em que Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS, afirmou que a COVID-19 poderia ser caracterizada como uma pandemia devido à rápida propagação da doença. Os casos no mundo aumentaram, e com isso a avaliação dos casos que surgiram, permitiu a investigação dos sintomas presentes na doença, bem como os fatores que afetam negativamente o seu desenvolvimento. Esta investigação está enquadrada numa metodologia bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental para o tema acima levantado. Os fatores a considerar neste aspeto são que tiveram de ser implementadas as mesmas medidas que as aplicadas aos portadores sintomáticos, ou seja, distanciamento, uso de máscaras faciais, quarentena, lavagem das mãos, para citar as mais relevantes, para conter a propagação da doença. doença, devido à impossibilidade de detetar a presença do vírus em pessoas assintomáticas sem testes laboratoriais.

Palavras-chave: Covid, Pandemia, Assintomático, Transmissão, Sintomas.

Introducción

El coronavirus se denomina síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y la enfermedad que causa es la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El espectro de COVID-19 en adultos varía desde una infección asintomática hasta síntomas leves del tracto respiratorio y neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y disfunción multiorgánica (Llover & Jiménez, 2021).

El 11 de marzo del 2020 año fue el día en que Tedros Adhanom Ghebreyesus, el director general de la OMS afirmó que la COVID-19 podía ser caracterizada como una pandemia debido a la rápida propagación de la enfermedad. Los casos en el mundo incrementaron, y con ello la evaluación de los casos que se suscitaron, permitió la investigación de los síntomas presentes en la enfermedad, así como los factores que afectan negativamente el desarrollo de la misma. Estudios se realizaron en diversos países y ciudades, se documentaron evaluaciones en casos de defunción, en casos con recuperación exitosa, así como el mecanismo por medio del cual enfermedades previas o factores de vulnerabilidad remiten para el desarrollo de complicaciones en casos por COVID-19 (Santos-Fuentes et al., 2021).

La gravedad de la enfermedad varía de asintomática o leve a severa. Una proporción baja de pacientes con infección desarrollan un cuadro clínico grave. La tasa de mortalidad entre los casos diagnosticados (tasa de letalidad) es generalmente del 2% al 3%, pero varía según el país. La tasa de mortalidad global real es incierta, ya que se desconoce el número total de casos; por falta de pruebas no se pueden incluir las personas asintomáticas, las no diagnosticadas con enfermedad leve y los fallecidos sin diagnóstico. La transmisión en espacios cerrados y poco ventilados es más probable (incidencia de 10.2%), mucho más si en el domicilio el familiar confirmado presenta tos. Las personas con infección prodrómica

o asintomática propagan la infección, haciendo que la prevención efectiva sea más difícil (Herrera & Gaus, 2020).

Sin duda, el diagnóstico masivo y oportuno, con el objetivo de identificar a los transmisores, es una de las estrategias más críticas para el control. La identificación de casos de COVID-19 se ha basado principalmente en el uso de las técnicas de reacción de polimerasa en cadena (RPC) cuantitativa con transcripción reversa (en inglés: RT-qPCR) en HNF, muestra considerada como el estándar de oro, principalmente por el papel en el diagnóstico de otros patógenos respiratorios. Sin embargo, al necesitar pruebas masivas, frecuentes y rápidas, este método tiene algunas dificultades (Perret et al., 2022).

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

Resultados

Mecanismo de transmisión

Sería la vía respiratoria, el modo principal de transmisión directa entre persona a persona del síndrome respiratorio agudo. Se piensa que la transmisión ocurriría a través del contacto de las personas a una corta distancia mediante la inhalación de gotitas respiratorias de más de 5 micras, ya que las personas infectadas liberan el virus en sus secreciones respiratorias cuando tosen, estornuda o hablan. También se produciría una infección por un contacto indirecto entre las manos u objetos contaminados por las secreciones respiratorias del enfermo

con las mucosas de las vías respiratorias y la conjuntiva del paciente susceptible (Soto Rios, 2021).

Por último, hasta la fecha no se cuenta con una evidencia sólida, de la transmisión de este virus mediante heces y secreciones sexuales de personas con Coronavirus o a través de la lactancia materna. Cuando una persona adquiere el virus, se considera que el período de incubación mediano es de 5 y 6 días, con un aproximado de 1 a 14 días, produciéndose el 97,5% de los cuadros sintomáticos de Covid 19 en los 11,5 días después de la exposición. Fruto de los resultados encontrados en estudios de contactos, es que hoy en día se sabe que la transmisión del virus a partir de una persona con Coronavirus inicia 1-2 días antes del comienzo de sus síntomas y podría prolongarse hasta 10 días después, sin embargo, se tiene de conocimiento que el periodo infectivo cambia en relación a la gravedad, la persistencia del cuadro clínico y la carga viral (Soto Rios, 2021).

Manifestaciones clínicas

La infección por SARS-CoV-2 puede ser asintomática (33 a 50%) o un cuadro de infección respiratoria aguda leve, moderado o grave. Además de los síntomas respiratorios, existe una amplia gama de otros relacionados con distintos sistemas. Los niños tienen tasas similares de infección a los adultos, pero más frecuentemente son asintomáticas y leves. La ausencia de tos, disminuiría la transmisión. Esta última junto con la fiebre son las manifestaciones más frecuentes^{3,4,13}. La sintomatología gastrointestinal puede presentarse sin clínica respiratoria. La acrocianosis parece más específica en niños y adolescentes. Se han notificado casos graves por un síndrome inflamatorio sistémico, con características del de Kawasaki y el shock tóxico. Las embarazadas tiene mayor riesgo de hospitalización, 3 veces más de riesgo de ingreso en UCI y 1,7 veces más de fallecer.

Tabla 1. Síntomas más frecuentes descritos en diferentes series de COVID-19 en adultos

Sistémicos y respiratorios	Síntomas menos frecuentes relacionados con distintos órganos y sistemas
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (Ta > 38 °C) (47 - 87, 9%) • Tos seca (25 - 69%) • Astenia (38 - 70%) • Mialgia (11 - 45%) • Ageusia, anosmia (5 - 65%) • Cefalea (34%) • Disnea (29 - 47, 6%) • Expectorcación (27 - 34%) • Dolor de garganta (22%) • Escalofríos (12 - 15%) • Dolor torácico (2 - 10%) • Rinorrea (< 10%) Gastrointestinales (10% como síntoma único) • Diarrea (19 - 26,8%) • Náuseas/vómitos (8,7 - 12%) • Dolor abdominal (< 10%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurológicos: alteración del nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia y neuralgia • Cardiológicos: arritmias, fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, miocarditis • Oftalmológicos: ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, congestión conjuntival • Cutáneos: erupciones tipo rash (tronco), erupciones urticarianas, lesiones vesiculosas similares a varicela, púrpura, lesiones acrocianóticas en manos y pies (niños y adolescentes).

Fuente: (Molero-García et al., 2021).

Tabla 2. Definición y clasificación de los casos

CASO SOSPECHOSO	Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico .
CASO PROBABLE	Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente . Las muestras recomendadas para las pruebas serológicas son de sangre obtenida por extracción de vía venosa periférica.
CASO CONFIRMADO CON INFECCIÓN ACTIVA	Persona que cumple criterios clínicos de caso sospechoso y con PDIA positiva . Persona que cumple criterios clínicos de caso sospechoso, con PDIA negativa y resultado positivo a inmunoglobulina M (IgM) por serología de alto rendimiento (no por test rápidos). Persona asintomática con PDIA positiva con IgG negativa o no realizada.
CASO CON INFECCIÓN RESUELTA	Persona asintomática con serología IgG positiva independientemente del resultado de la IgM y la PDIA (PDIA positiva, PDIA negativa o no realizada).
CASO DESCARTADO	Caso sospechoso con PDIA negativa e IgM también negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínica.

Fuente: (Carbajo et al., 2021).

Diagnostico

La presencia de una clínica compatible y la exposición conocida en los últimos 14 días al virus SARS-CoV-2 facilitan la sospecha de la COVID-19. Aunque existen algunos síntomas de presentación más comunes, los pacientes pueden manifestar una amplia variedad. El diagnóstico de COVID-19 es clínico y se apoya en resultados de laboratorio y hallazgos radiográficos. Aunque el diagnóstico diferencial se establece principalmente en pacientes con síntomas respiratorios, también se pueden considerar otros procesos. Mediante los síntomas y signos no siempre es fácil diferenciar la infección por el virus SARS-CoV-2 de otras enfermedades, como la gripe o infecciones respiratorias víricas y bacterianas. Sin embargo, existen algunas características que nos pueden ayudar en este proceso. Una adecuada historia clínica que incluya los antecedentes epidemiológicos es un elemento fundamental.

- Identificación de genoma viral (pruebas moleculares): técnicas de PCR. Se considera la prueba de referencia. Puede ser detectable antes del comienzo de los síntomas hasta mucho tiempo después de que un individuo deje de ser contagioso.

- Detección de antígenos virales, TAR. Detectan presencia de virus y pueden ser positivos en el momento de mayor contagiosidad del individuo.
- Detección de anticuerpos (serología IgM, IgG, IgA). Detectan la respuesta inmunológica del organismo y no son útiles en las fases iniciales de la infección (Carbajo et al., 2021).

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Mediante la PCR se localiza y amplifica un fragmento de material genético que en el caso del coronavirus es una molécula de ARN. La PCR necesita personal entrenado y preparado para su realización.

- Tiene alta especificidad, ya que puede diferenciar entre dos microorganismos muy cercanos evolutivamente.
- Tiene alta sensibilidad, puede detectar cantidades de 20 copias/mL.
- Es precoz ya que detecta virus en la fase inicial de la infección respiratoria. La detección del virus por la PCR depende de la carga viral en el tracto respiratorio. Esta carga es más elevada en el tracto respiratorio inferior.



La replicación del tracto respiratorio superior es independiente de la bronquial y la pulmonar. La sensibilidad de la PCR se ha estimado entre el 71 - 98%. El momento de la realización de la PCR determina su sensibilidad. Los falsos negativos se minimizan cuando la PCR se realiza 8 días después de la exposición, o 3 días después del día promedio de aparición de los síntomas. De manera que la PCR debe realizarse entre 1 o 2 días antes de empezar con los síntomas hasta el final de la primera semana del comienzo de los mismos. A partir de la segunda semana comienza a disminuir la carga viral, siendo casi indetectable en la cuarta semana (Carbajo et al., 2021).

Test antigénicos rápido: Los test antigénicos detectan fragmentos de las proteínas del virus en la muestra del tracto respiratorio (proteína N y subunidades S1 o S2 de la proteína espiga), habitualmente mediante la técnica inmunocromatográfica. Su sensibilidad depende de la carga viral, que debe ser elevada, lo que se corresponde con la fase inicial de la enfermedad. Por eso no deben utilizarse a partir del séptimo día del inicio de los síntomas. La OMS recomienda el uso de los test antigénicos siempre que obtengan una sensibilidad mayor del 80 % y una especificidad por encima del 97 %⁸, y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)³ eleva la sensibilidad al 90 %. La única revisión sistemática disponible hasta ahora realizada por la colaboración Cochrane incluye estudios publicados hasta mayo de 2020 y obtiene una sensibilidad del 56,2 % y una especificidad del 99,5 %. Desde esa fecha se han publicado múltiples estudios sobre test antigénicos¹⁰⁻²³, muchos de ellos realizados en España, valorando el test más usado en nuestro medio (Carbajo et al., 2021).

Serología: Se realiza utilizando tecnologías de inmunoensayo. La presencia de anticuerpos (IgM, IgG e IgA) contra el SARS-CoV-2 en muestras de suero, plasma o sangre venosa demuestra una infección por SARS-CoV-2 reciente o previa. Las IgM sue-

len aparecer entre los días 5-7 tras la infección, mientras que las de tipo IgG aparecen a las 2 semanas tras la infección, con un valor máximo el día 21. Las IgA tienen una cinética de aparición similar a las IgM. Los anticuerpos pueden detectarse mediante cuatro tipos de pruebas: Test rápido (lateral flow). Es muy rápido (minutos) y requiere tan solo una gota de sangre. Solo detecta presencia o ausencia de anticuerpos. No es útil para establecer el diagnóstico clínico. Técnica de ELISA. Es muy sensible y permite identificar los isotipos de anticuerpos y semicuantificar (por falta de estándares internacionales) sus títulos. Requiere del uso de equipos especializados con instrumental específico, por lo que el tiempo de análisis es de, aproximadamente, 2 horas. Técnica de inmunoquimioluminiscencia/IQL) y variantes (con micropartículas, electroquimioluminiscencia-ECLIA). Emplea suero o plasma. Al igual que la técnica de ELISA, es muy sensible, pero requiere equipos especializados y es de larga duración (Carbajo et al., 2021).

Test basados en muestras en saliva: La utilización de la saliva en lugar de la muestra nasal o faríngea puede simplificar el proceso diagnóstico de la infección por COVID-19 ya que evita la interacción con el personal sanitario. La muestra puede ser recogida por el propio paciente bajo determinadas condiciones. Las evaluaciones realizadas hasta ahora han comparado la validez de la muestra de saliva frente a la toma nasofaríngea para la determinación de PCR realizada en el laboratorio (Carbajo et al., 2021).

Factores de riesgo

Tabla 3. Factores de riesgo de severidad de la COVID-19

Edad	Mayor de 65 años ^a
Comorbilidades	Cardiopatías graves (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, miocardiopatías, HTA ^b) Diabetes mellitus Enfermedad pulmonar crónica (no asma) Cáncer sólido o hematológicos activos Enfermedad renal crónica estadio moderado a grave (TFGe < 59 mL/min/1,73 m ²) Inmunodepresión asociada al trasplante de órgano sólido Trastorno neurológico crónico Demencia Obesidad (IMC ≥ de 30 kg/m ²) Embarazo Enfermedad de células falciformes
Género	Varones ^c
Alteraciones de laboratorio	Linfopenia, trombocitopenia, leucocitosis Elevación: ALT, AST, LDH, PCR, proclacitonina, ferritina, IL-6, TNF-alfa, Dímero D, tiempo de protrombina, troponina y CPK-MB, cretainina

Fuente: (Molero-García et al., 2021).

Covid en personas asintomáticas

En la situación que el mundo, es preciso abordar este tema y estimar que la transmisión del SARS-CoV-2 entre personas asintomáticas continúa siendo motivo de debate y preocupación para la comunidad científica internacional. Tómese en consideración que, mucho más de la mitad de los casos diagnosticados con la enfermedad de la Covid-19 se encuentran en estado asintomático, lo cual es un factor determinante para la propagación de la infección. La preocupación mayor en el actual escenario epidemiológico radica en la relación de los hallazgos en pacientes asintomáticos, con la rápida propagación del nuevo coronavirus (Álvarez Álvarez et al., 2022).

Se plantea que los síntomas no son más que un efecto colateral en la defensa contra una infección, y que al sistema inmune le toma poco tiempo desarrollar esas defensas. Por ello, a algunos casos se les consi-

dera más pre sintomáticos que asintomáticos, periodo que puede durar más de una semana antes de comenzar los síntomas. Por lo general, las personas están en alerta ante las gotas (gotitas de Flügge o vesículas de Wells) que se esparcen con la tos o estornudo de un paciente con Covid-19; sin embargo, el virus también se propaga a través de las exhalaciones normales, que pueden lanzar el virus varios metros de distancia. Esto hace que la transmisión también pueda venir de superficies contaminadas por personas que desconocen estar infectadas. Sin dudas, esta habilidad del nuevo coronavirus de transmitirse sin desarrollar síntomas en sus portadores, fue fundamental para que se convirtiera en pandemia. Es necesario recordar que la infección por el SARS-CoV-2 va a depender de la carga viral a que se está expuesto, dado a que el grado de inmunidad de la persona receptora puede ser variable, e incluso podría haber una reinfección, y el tiempo durante

el cual la persona recuperada de Covid-19 puede seguir eliminando el virus puede ser de hasta 19 días, en comparación con la persona asintomática, que lo hace por ocho días (Álvarez Álvarez et al., 2022).

De ahí la importancia de adoptar una búsqueda activa de casos durante la desescalada. Dicho de otro modo, plantear una estrategia basada en la tríada: test, seguimiento y aislamiento (test, trace, isolate). Este método consiste en diagnosticar a cualquier persona con algún síntoma mínimo, aislarla, buscar a sus contactos, diagnosticarlos, aislarlos. Y detener así las cadenas de transmisión antes de que el número de casos secundarios sea tan grande que no se puedan trazar. Esto último es lo que ocurrió en la primera oleada de la pandemia. Sin embargo, esta estrategia sólo es válida mientras el número de contagios sea bajo. Cada caso tiene entre 5 y 10 contactos que estudiar (como mínimo). Esto hace que el número de contactos totales aumente rápidamente a dimensiones incontrolables. Por tanto, la acción individual ciudadana de distanciamiento social y adopción de medidas de protección es esencial para mantener el número de contagios bajos (Comas et al., 2020).

Conclusión

Una de las teorías que ha cobrado mayor fuerza en la propagación del Covid-19, fue por la infección de las personas asintomáticas en su entorno, haciendo un efecto multiplicador, hecho bastante complejo dentro de la pandemia, ya que se tendió a enforzar la propagación del virus solo por personas sintomáticas, esto fue cambiando a medida que la pandemia avanzó y se pudo conocer por pruebas rápidas y de control que personas eran portadores del virus pero no tenían sintomatología, los factores a considerar en este aspecto es que se tenían que implementar las mismas medidas que las aplicadas a los portadores sintomáticos, es decir, distanciamiento, uso del tapabocas, cuarentena, lavado de manos, por nombrarlas más relevantes, para contener la propagación

de la enfermedad, por la imposibilidad de detectar sin pruebas de laboratorio la presencia del virus en personas asintomáticas.

Bibliografía

- Álvarez Álvarez, G., Monteagudo Lima, L., Vega Alonso, N. E., & Hernández Gómez, N. (2022). Enfermedades asintomáticas o diagnósticos incipientes. *Medicentro Electrónica*, 26(4), 884–896.
- Carbajo, L., Fernández, A., Martín, R., Alcántara, P., Alcorta, I., & Etxeberria, A. (2021). Abordaje del paciente con COVID-19 en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Comas, I., Chiner-Oms, Á., García-Marín, A., & González-Candelas, F. (2020). ¿Qué sabemos hasta hoy sobre la transmisión del SARS-CoV-2?
- Herrera, D., & Gaus, D. (2020). Covid 19. *Práctica Familiar Rural*, 5(2). <https://doi.org/10.23936/pfr.v5i2.159>
- Llover, M. N., & Jiménez, M. C. (2021). Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(1), 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.10.005>
- Molero-García, J. M., Arranz-Izquierdo, J., Gutiérrez-Pérez, M. I., & Redondo Sánchez, J. M. (2021). Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria. *Atención Primaria*, 53(6), 101966. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.007>
- Perret, C., Abarca, K., Solari, S., Aguilera, P., García-Huidobro, D., Olivares, F., & Ferrés, M. (2022). Detección del SARS-CoV-2 mediante RT-qPCR utilizando saliva en pacientes ambulatorios con estudio de COVID-19. *Revista chilena de infectología*, 39(4), 372–381.
- Santos-Fuentes, J. C., Verano-Asiain, V., Olguín-Hernández, R. G., Ruvalcaba-Ledezma, J. C., Cortés-Ascencio, S. Y., Reynoso-Vázquez, J., & Hernández-Ceruelos, M. D. C. A. (2021). Sintomatología y factores de riesgo presentes en la enfermedad por SARS-CoV-2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(11), 1373–1386. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4172>
- Soto Rios, N. G. (2021). Factores Epidemiológicos Y Clínicos Relacionados A Covid 19 En Adultos Mayores Internados En El Hospital San Juan de Dios de Pisco de Abril a Septiembre Del 2020. UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA.

CITAR ESTE ARTICULO:

Villalta Jiménez, M. B., Aucay Mendieta, E. R., García Guarnizo, Y. S., & González Jaramillo, S. I. (2023). COVID-19: factores a considerar en pacientes asintomáticos. RECIMUNDO, 7(3), 269-277. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.3\).sep.2023.269-277](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.3).sep.2023.269-277)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.