

## El método epidemiológico y el método clínico en la pandemia de COVID-19 en Cuba

### Epidemiological and clinical methods against COVID-19 pandemic in Cuba

Alfredo Espinosa Brito<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0746-9349>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

Recibido: 06/03/2020

Aprobado: 15/05/2020

*A la memoria del Profesor Francisco Rojas Ochoa, internista primero y luego, uno de los más grandes maestros de la Salud Pública en Cuba*

La pandemia de COVID-19 ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha afectado a 185 países, con más de 10 millones de infectados y medio millón de fallecidos.<sup>(1)</sup> Es la primera pandemia transmitida en tiempo real, para todo el mundo, gracias al desarrollo actual de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), con las redes sociales como protagonistas, con todos los beneficios e inconvenientes que esto trae. Hecho importante a tener en cuenta por las repercusiones que ocurren en los más variados ámbitos de la vida de las personas, las instituciones y la sociedad.<sup>(2)</sup>

## La salud pública, la población, el método epidemiológico

Para enfrentar exitosamente un problema de salud pública a nivel poblacional, se reconocen cuatro aspectos esenciales:

- la voluntad política: consciente, expresa, continua y con la participación con conocimiento de causa de las máximas autoridades a todos los niveles.
- un trabajo intersectorial intenso y creativo, dirigido y coordinado por el gobierno.
- la concientización y participación de la comunidad: todos unidos por un fin común.
- contar con un sistema de salud fuerte como protagonista técnico imprescindible, avalado por un trabajo profesional.<sup>(2)</sup>

El Ministro de Salud Pública Dr. José Ángel Portal ha expresado: “*Enfrentar la epidemia ha sido una prioridad para el Gobierno cubano y el Partido desde el primer momento. Como parte de los organismos, el sistema nacional de salud también se preparó y ha estado trabajando desde entonces*”. De igual manera, ha destacado “*la unión entre todos los sectores para el abordaje a la epidemia, en el diseño de protocolos y de las medidas generales y específicas*”.<sup>(3)</sup> El Presidente de la República Miguel-Díaz Canel Bermúdez ha señalado, además, que la sistematización del vínculo entre el Gobierno y la ciencia, como enfoque para el abordaje de los temas fundamentales del país, resulta una de las enseñanzas corroboradas durante la ofensiva contra la COVID-19.<sup>(4)</sup>

El ejemplo de Cuba en el aspecto de la prevención, organización de los servicios, control y seguimiento constante con información pública diaria de la evolución de la pandemia a nivel poblacional califica de sobresaliente durante todos estos meses de batalla. La aplicación del método epidemiológico -como expresión del método científico en el estudio de la salud de la población-, ha sido exitosa en nuestro país, incluyendo en este método el uso de nuevas y potentes “herramientas” científico-técnicas y de innovación en la planificación de las acciones y en el pronóstico de la epidemia (medidas de vigilancia, pesquizado activo, originales procedimientos estadísticos, matemáticos y de computación, big data, entre otros), reflejos de los nuevos tiempos.<sup>(5,6)</sup>

## La clínica, las personas

La atención de las personas individuales, en riesgo o enfermas, su cuidado clínico, es “otra cosa”.<sup>(6)</sup> Se refiere a la asistencia individual de las personas, los “rostros” que conforman las cifras de los indicadores cuantitativos poblacionales.

En este caso, la invasión de nuevas tecnologías en el campo del diagnóstico y tratamiento médicos, más el exceso de confianza en estas por parte de la mayoría -profesionales de la salud, pacientes y público en general-, así como la cada vez mayor subespecialización del cuidado y el desinterés por el generalismo -sabiendo que ninguno de los dos es superior al otro, aunque se requiere de un equilibrio entre ellos en los servicios de salud-, ha provocado en el mundo actual una peligrosa tendencia a la reducción progresiva de las esencias de la clínica y de la ética en la asistencia de los enfermos como seres humanos.<sup>(8,9,10)</sup>

De no tener el suficiente cuidado -como ya sucede en otras latitudes-, el Profesor Ricardo González Menéndez, Presidente de la Comisión Nacional de Ética del Minsap ha alertado que *se podrían egresar médicos cada vez más actualizados pero menos sensibles, cada vez más técnicos pero menos involucrados, cada vez más entrenados pero menos disponibles, cada vez más equipados pero menos integrales, y cada vez más automatizados pero menos humanizados.*<sup>(11)</sup> De ahí que para que el resultado del acto médico sea satisfactorio, lo ideal es que la ciencia, el arte y la ética se combinen adecuadamente en el método clínico, esencia que ha distinguido a la clínica médica cubana.

De la experiencia que se ha ido acumulando, se conoce que la gran mayoría de los pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2 -cuando desarrollan síntomas-, las quejas que presentan son las de un cuadro gripal autolimitado de pocos días de evolución, con una recuperación clínica relativamente rápida, e incluso muchos cursan oligosintomáticos o asintomáticos, estos últimos con gran implicación en el mantenimiento de la transmisión viral en la comunidad.<sup>(12)</sup> En Cuba, según informes diarios de datos oficiales del Minsap, se notifica que más de la mitad de los casos detectados con PCR positivos han estado asintomáticos al momento de su reporte.

En un grupo de enfermos la infección por el coronavirus se manifiesta como una neumonía, pero solo una pequeña proporción de ellos -que se ha calculado entre 5-15 % de los infectados, según las diferentes series- presentan una fase grave “tardía”, con empeoramiento de su sintomatología hacia una insuficiencia respiratoria aguda progresiva, con la posible aparición de otras manifestaciones muy diversas, por afectación más o menos intensa de diferentes órganos y sistemas, por lo que el nuevo coronavirus se puede considerar como una verdadera enfermedad sistémica. Se ha planteado que esto se debe a que en este pequeño grupo de pacientes se produce un estado inflamatorio generalizado, provocado por la conocida y temida “tormenta de citoquinas”, que condiciona en ellos, además, un alto riesgo trombótico. Hay quien ha dicho gráficamente que la enfermedad cursa más o menos molesta hasta el día 7, a partir de entonces, o mejora o se descarrilan las citoquinas.

Estas “complicaciones”, además de la aparición de un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda progresiva (*distress* respiratorio del adulto), incluyen, entre las más graves, las cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, lesiones isquémicas del corazón, trombosis venosa periférica y tromboembolismo pulmonar), las renales (insuficiencia renal aguda), las neurológicas (accidentes

cerebrovasculares, delirio), las hematológicas (trombosis y sangramientos), que se presentan, sobre todo, en los ya reconocidos grupos de riesgo o más susceptibles, denominados por algunos como “los más débiles de la sociedad”: los ancianos -sobre todo los polimórbidos y los “frágiles”-, los que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, cáncer, obesidad, entre las más frecuentes), así como otros que presentan diferentes comorbilidades relacionadas con una desregulación del sistema inmune. No se descarta, además, tanto para enfermar como para presentar formas graves, la posibilidad de una susceptibilidad individual genética, como la sospechada predisposición heredada de las personas del grupo sanguíneo A -a diferencia de los del grupo sanguíneo O-, todo en relación con un gen del cromosoma 9 y quizás también con la respuesta de los receptores ACE 2. Igual sucede con una predisposición adquirida -como por el tabaquismo-; tal como ocurre en otras condiciones clínicas, aún en epidemias, donde todos no enferman por igual.<sup>(13,14,15)</sup>

### El método clínico transformado

Debido a la necesidad de identificar rápidamente los infectados con el nuevo virus para evitar su contagio y diseminación, se ha acudido en todo el mundo a la realización de pruebas de laboratorio de confirmación virológica, especialmente al PCR en tiempo real (reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa reversa), tanto en enfermos, como en sospechosos y contactos, como única evidencia válida admitida de diagnóstico -a pesar de las polémicas que se mantienen en el mundo acerca de las pruebas o *test* diagnósticos-<sup>(16)</sup> saltando aparentemente pasos del conocido método clínico patrimonio de nuestra escuela clínica cubana.

Con la intención de identificar y tratar precozmente a los pacientes que pudieran evolucionar a una segunda fase grave de la enfermedad, se han identificado una serie de factores que ayudan en la práctica a quienes atienden a estos enfermos: manifestaciones clínicas (disnea progresiva, hipotensión arterial, manifestaciones de *shock*), hallazgos imagenológicos (extensión creciente de los infiltrados pulmonares difusos) y marcadores de laboratorio (hipoxemia, linfopenia, trombocitopenia, cifras elevadas de proteína C reactiva, de LDH, de IL-6, de dímero D y de ferritina, entre otros).<sup>(13)</sup>

### Los protocolos de actuación, el juicio clínico y la terapia intensiva

Como signo de este tiempo también se han elaborado versiones sucesivas de protocolos de actuación con el ánimo de optimizar las conductas médicas hasta donde sea posible, sobre todo en los casos más graves - *Shoemaker* ha dicho: “*Los protocolos, rutinas y otros estándares no garantizan la excelencia pero, en muchas ocasiones, previenen desastres*”-, a partir de las mejores evidencias disponibles, más las valiosas experiencias previas y nuevas de nuestros profesionales de la salud, en cada momento y lugar.

En el afán de buscar medicamentos eficaces tanto en la prevención -ante la ausencia de una vacuna, como ocurre en infecciones inéditas-, pero, sobre todo, en el tratamiento de las denominadas formas graves que pueden llevar a la muerte a los enfermos, se ha insistido mucho en que los que “los salva” son los nuevos fármacos para uso de emergencia o compasivo: péptido CIGB-258 (ahora registrado como Jusvinza) y el anticuerpo monoclonal Anti-CD6 (Itolizumab), así como interferones (Heberferón) -todos productos de prestigiosos centros de biotecnología cubanos-, también el plasma de convalecientes... Indiscutiblemente que ha sido muy importante la contribución de la ciencia cubana en el tratamiento de los pacientes con riesgo de morir, con beneficios evidentes.<sup>(4,17,18)</sup>

Pero hay que considerar también de mucho valor el peso que ha tenido en esos resultados exitosos, lo que ahora llaman “experticia” de nuestros equipos de trabajo, que no es más que conocer y “saber hacer bien las cosas”, el manejo clínico individualizado y coherente de cada caso, según el juicio clínico y el sentido común de los profesionales que han atendido a los enfermos (el permanecer al lado de cada paciente; las habilidades desarrolladas; la prevención de iatrogenias, como las infecciones nosocomiales; la calidad del personal de enfermería; las

decisiones de cuándo ventilar y cuándo no, de cuándo modificar la terapéutica, el momento adecuado del destete, del traslado de un nivel de atención a otro, entre otras).

El Dr. Falk, intensivista argentino, expresaba alarmado: *ser médico de terapia intensiva requiere de una formación continua que se apoya en los pilares de la clínica médica*. Decía esto a propósito de la avalancha de casos críticos y su ingreso masivo en las unidades de cuidados intensivos en varios países en el pasado mes de abril, sin contar en todas con las condiciones requeridas para su atención adecuada.<sup>(19)</sup> El profesor Rabell Hernández había dicho: *La terapia intensiva es mucho más que la atención a enfermos graves y ningún equipo -ni cualquier otra terapéutica- sustituye la vigilancia clínica del enfermo.*<sup>(20)</sup>

## El método clínico en la nueva época

Entonces uno se pudiera preguntar: ¿Dónde ha quedado el método clínico “clásico” tan promocionado y aceptado como patrimonio de la medicina cubana?<sup>(21,22,23)</sup> ¿Es que el método clínico se ha “transformado” como nos comentaba que sucedería en el futuro, el Profesor Ilizástigu en su último artículo publicado?<sup>(24)</sup>

En esta pandemia se ha comenzado el proceso del diagnóstico por el resultado de un examen complementario. Y este es un aspecto a reflexionar pues, a pesar de que la determinación del PCR en tiempo real se considera la más fiable y segura prueba, al igual que todos los “complementarios”, sus resultados pueden estar afectados por muchas contingencias (recordar la frase aprendida de los maestros cubanos de la clínica: Los exámenes complementarios negativos, no niegan; los positivos, afirman... a veces).<sup>(20)</sup> Esta conducta ha sido justificada por lo inespecífico de los síntomas iniciales (fiebre, tos, malestar general) de la infección por el SARS-CoV-2, o incluso ante la ausencia de ellos, como ya se comentó, y el interés epidemiológico por detectar a los infectados lo más rápido posible para evitar la propagación de la enfermedad.

En otro paso, el del tratamiento, se ha insistido mucho en la acción favorable de medicamentos resultantes de novedosas y laboriosas investigaciones de prestigiosos laboratorios de biotecnología y no siempre se ha enfatizado tanto en el papel crucial de la competencia y el desempeño de los equipos de profesionales que atienden a las personas enfermas, sobre todo con formas graves y críticas que requieren cuidados intensivos.

A propósito de lo anterior, sería muy conveniente reflexionar de nuevo acerca de los grandes aportes que hicieron los iniciadores de los Cuidados Intensivos Polivalentes de Adultos en nuestro país, donde el profesor Rabell Hernández -internista devenido en intensivista- tuvo un papel protagónico a comienzos de la década de los años 70 del pasado siglo.<sup>(25)</sup> Es una fortaleza y una seguridad contar, para el manejo de los casos más críticos de la pandemia, con la existencia suficiente de unidades cuidados intensivos a lo largo y ancho del país y un potencial humano de colegas intensivistas, formados en una tradición de trabajo y servicio abnegados durante tantos años.

## La clínica como ciencia

El Profesor Francisco Rojas Ochoa<sup>(26)</sup> escribió: *“La clínica es una ciencia. Parece esta una afirmación pueril. Pero percibo en algunas conversaciones con estudiantes y médicos jóvenes que no comparten este criterio. Al hablar de ciencia se remiten a las conquistas más novedosas en el campo de la tecnología o tomografía axial computarizada, estudios del ADN como en el policiaco CSI importado de la televisión norteamericana o la cirugía estero atáxica, por supuesto, también esa es ciencia.*

*Pero es buena ciencia la clínica bien ejercitada, la aplicación rigurosa del método clínico: escuchar al enfermo (o su familiar cercano), interrogar de modo preciso y examinar (tocándolo) al que requiere el servicio. El método clínico es una forma de aplicación del método científico”.*

## El método clínico y la ética

Durante el encuentro sostenido entre el Presidente del país y los miembros de la Brigada Henry Reeve que prestó servicios en Lombardía, el doctor Leonardo Fernández Fernández -de sesenta y siete años, especialista de primer grado de Medicina Interna y segundo grado en Urgencias Médicas

y Terapia Intensiva- recordó cómo al llegar a ese país, sus colegas italianos los veían con cierta reserva, pero *“poco a poco nos fuimos ganando la oportunidad de opinar, de sugerir, de aportar nuestros criterios”*. Y a continuación ofreció este brillante testimonio, que sintetiza lo mejor de nuestras tradiciones: *“Independientemente de la alta tecnología y preparación profesional, les faltaba la parte que nos enseña Cuba, la atención no solo médica, sino también humana y clínica que nos permite muchas veces detectar padecimientos sin necesidad de acudir siempre al empleo de la tecnología”*.<sup>(27)</sup>

¡Qué bueno que en medio de las semanas de combate contra la COVID-19 se han evidenciado múltiples ejemplos de médicos cubanos, tanto en nuestro país como en decenas de países en el mundo, que han unido a su competencia profesional no solo los avances más actualizados de la ciencia y la tecnología, sino también un humanismo que ha caracterizado históricamente nuestra profesión y que es el componente más valorado por enfermos, familiares y la población toda!

### La convalecencia

Recientemente el Ministerio de Salud Pública ha orientado un protocolo de actuación para el manejo del paciente convaleciente de COVID-19 en la atención primaria de salud, como parte de la continuidad de la atención de estos pacientes (Ministerio de Salud Pública. Protocolo de actuación para el manejo del paciente convaleciente de COVID-19 desde la atención primaria de salud. 2020). Recordar la vieja frase de los maestros de la clínica, ante el apremio lógico de muchos enfermos de volver cuanto antes a sentirse recuperados, que decía: *“la convalecencia es otra enfermedad”*. Aquí es muy importante la vigilancia de la evolución de los pacientes -y de nuevo el método clínico cobra su utilidad y la atención primaria mantiene su protagonismo-, por la posible aparición de secuelas, tanto de esta enfermedad inédita como del tratamiento empleado, incluyendo la posibilidad de interconsultas posteriores con diferentes especialidades, así como el control adecuado de las comorbilidades, la mayoría de ellas enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>(28)</sup>

### Comentarios finales

En el caso de las epidemias de enfermedades agudas los aspectos poblacionales e individuales de los afectados se superponen en el tiempo de manera urgente. Para su adecuado estudio y enfrentamiento exitoso se deben emplear de forma simultánea, tanto el método epidemiológico para la población, como el método clínico para la atención de las personas, ambos como expresiones particulares del método científico general.

La pandemia de COVID-19 ha sido un magnífico ejemplo de “estudio de caso” para demostrar las ventajas de esta integración armónica “en vivo” en un país pobre y bloqueado como Cuba, pero con un capital humano desarrollado y un sistema social que prioriza la justicia social y la salud para todos como derecho fundamental de las personas. El ejemplo del aporte de las ciencias de la salud, en sentido amplio, y de la ciencia clínica, en el caso de la atención de las personas, bien utilizados, de manera coordinada, es algo que deberíamos siempre potenciar y recoger quizás, como uno de los resultados más valiosos de todo el trabajo realizado durante estos tensos meses de pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 en beneficio de la salud de los cubanos y de muchos pobladores del mundo.

Sería de mucho impacto que, a partir de la motivación de la pandemia, se insistiera por todos, comenzando por los directivos y los profesores, en la necesidad de tener siempre presentes ante un problema de salud, tanto una visión poblacional, de salud pública, con la utilización del método epidemiológico, como a la par una gestión clínica individual de las personas, que incluya la aplicación del método clínico con calidad y calidez, “escuchar” y “tocar”, no ahora, sino siempre, a los que requieren de nuestros cuidados. En ambos casos, se debería añadir la correspondiente dosis de los “verbos mágicos” de la profesión: pensar, estudiar, trabajar, escuchar, compartir, servir y amar.<sup>(29,30)</sup> Confiemos y trabajemos, “sin bajar la guardia”.

## Referencias bibliográficas

1. COVID-19 en el mundo: Más de 500 000 muertos y 10 millones de casos. Cubadebate. 2020[acceso: 28/06/2020]. Disponible en: <https://www.cubadebate.cu/noticias/2020/06/28/covid-19-en-el-mundo-mas-de-500-000-muertos-y-10-millones-de-casos/>
2. Espinosa Brito A. Reflexiones a propósito de la pandemia de COVID-19 [I]: del 18 de marzo al 2 de abril de 2020. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020[acceso: 22/06/2020];10(2). Disponible en: <https://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/765/797>
3. Alonso Falcón R, Figueredo Reinaldo O, Doimeadios Guerrero D, Romeo Matos L, Fariñas Acosta L. Etapa pos-COVID-19 en Cuba: Prioridades y medidas del sistema nacional de salud. Cubadebate. 2020[acceso: 27/06/2020]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/06/26/etapa-pos-covid-19-en-cuba-prioridades-y-medidas-del-sistema-nacional-de-salud/>
4. Díaz-Canel Bermúdez M, Núñez Jover J. Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020[acceso: 28/06/2020];10(2) especial COVID-19. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/881>
5. Beldarraín Chaple E, Alfonso Sánchez IR, Morales Suárez I, Durán García F. Primer acercamiento histórico-epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba 2020[acceso: 23/06/2020];10(2) especial COVID-19. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/862>
6. Más Bermejo P, Vidal Ledo MJ, Baldoquín Rodríguez W, Seuc Jo AH, Guinovart Díaz R, Pérez Rodríguez N, *et al.* Organización de la investigación epidemiológica para la lucha antiepidémica contra la COVID-19 en Cuba. Información para Directivos de la Salud (Infodir). 2020[acceso: 30/06/2020];32:e831. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/831/1103>
7. Zamora Ubieta F. El clínico ante una epidemia, consideraciones, funciones y requerimientos. Ateneo. 2000;1(1):72-8
8. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med. 1998;37(2):123-28.
9. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico-Técnica; 2001.
10. Espinosa Brito A. Profesores “migrantes digitales” enseñando a estudiantes “nativos digitales”. Medisur. 2017[acceso: 28/06/2020];15(4). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3656>
11. González Menéndez R. Humanismo, espiritualidad y ética en la atención a la salud. ¿Realidad o utopía en el contexto neoliberal? La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
12. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles ‘Heel of Current Strategies to Control Covid-19. Editorial. *N Engl J Med.* 2020; 382:2158-60.
13. Espinosa Brito A. COVID-19: rápida revisión general. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020[acceso: 28/06/2020];10(2) especial COVID-19. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/828/845>
14. Espinosa Brito A. Acompañando la marcha de la pandemia de COVID-19. Una mirada desde Cienfuegos. Medisur. 2020[acceso: 28/06/2020];18(3). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4726>
15. Espinosa Brito AD, Espinosa Roca AA. La susceptibilidad individual como determinante de la salud de las personas. Rev Cubana Medicina. 2018[acceso: 28/06/2020]. Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/45/10>
16. Schneider EC. Failing the Test-The Tragic Data Gap Undermining the U.S. Pandemic Response. *N Engl J Med.* 2020[acceso: 28/06/2020]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2014836>

17. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.4. La Habana: Minsap; 2020.
18. Protocolos médicos cubanos registran avances frente a la COVID-19. Tribuna de La Habana. 2020[acceso: 09/05/2020]. Disponible en: <http://www.tribuna.cu/coronavirus/2020-04-21/protocolos-medicos-cubanos-registran-avances-frente-a-la-covid-19-video>
19. Falk JM. Qué es un médico terapeuta. Página 12. 2020[acceso: 28/06/2020]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar>
20. Espinosa-Brito A. Algunas “lápidas” sobre la práctica médica. Medisur. 2015[acceso: 28/06/2020];13(3). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3067>
21. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Revista Finlay. 1990;4(4):3-23.
22. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur. 2010[acceso: 28/06/2020];8(5):78-82. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1329>
23. Espinosa Brito AD. A tres décadas del artículo “El Método Clínico” de los Profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera. Rev Cubana Medicina. 2019[acceso: 28/06/2020];58(1). Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/981/992>
24. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000;14(2):109-27.
25. Rabell Hernández S. El internista devenido intensivista: Enfoques. Rev Finlay. 1994;8(2-4):247-52.
26. Rojas Ochoa F. Actor y testigo. La Habana: Ecimed, 2016.
27. Puig Meneses Y. Presidente y primer ministro de Cuba intercambiaron con los 52 colaboradores que combatieron la COVID-19 en Lombardía (+ Fotos) Cubadebate. 2020[acceso: 28/06/2020]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/06/20/presidente-y-primer-ministro-de-cuba-intercambiaron-con-los-52-colaboradores-cubanos-que-combatieron-la-covid-19-en-lombardia/#.Xu7UG8muOZQ>
28. Serra Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. Revista Finlay. 2020[acceso: 28/06/2020];10(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/846>
29. Espinosa A. La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda “resiliente” de su identidad. Medisur. 2008[acceso: 28/06/2020];6(1):34-42. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/358/7488>
30. Espinosa Brito A. Las destrezas en el examen físico. Medisur. 2020[acceso: 28/06/2020];18(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4531>

#### Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.