

PRESENCIA DE COVID-19 EN ARGENTINOS MENORES DE 65 AÑOS

PRESENCE OF COVID-19 IN ARGENTINES UNDER 65 YEARS OF AGE

Valeria Hirschler¹, Concepción García¹, Paula Lifszyc¹, Federico Boero¹, Claudio González², Andrea Martínez¹

¹ Hospital de Agudos Carlos G. Durand, Unidad de Nutrición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Facultad de Medicina, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: Valeria Hirschler

E-mail: vhirschler@gmail.com

Presentado: 27/08/20. Aceptado: 27/11/20

RESUMEN

Antecedentes: la presencia del virus COVID-19 se ha asociado con adultos de 65 años o más. Sin embargo, poco se ha destacado en los jóvenes.

Objetivos: determinar la asociación de COVID-19 positivo y edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), condiciones de salud subyacentes, hospitalización y muerte.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal en individuos de 18 a 65 años que fueron evaluados para COVID-19 en el Hospital de Agudos Carlos G. Durand de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en julio de 2020, durante 15 días. Se calcularon datos sobre sexo, edad, tabaquismo, asma e hipertensión. Se utilizó reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, del inglés *reverse transcription polymerase chain reaction*) para la detección del ácido ribonucleico ARN de SARS-CoV-2 (en inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*).

Resultados: se incluyó en el estudio un total de 407 (225 femenino, 55,3%) individuos de 37,5±11,4 años. El 48,6% (189) fue confirmado COVID-19. El IMC promedio fue 27,5±5,2. El 37,1% (151) tenía sobrepeso y el 26,8% (109) era obeso. Hubo una prevalencia significativamente mayor de COVID-19 confirmada en personas con asma (7,9% vs 2,5%; p=0,01). El resultado COVID-19 confirmado se asoció con el sexo masculino (r=-0,12; p=0,02) y la presencia de asma (r=0,11; p=0,02). Los análisis de regresión logística múltiple mostraron que la COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino (OR 0,62; IC del 95%: 0,42-0,93; p 0,02) y el asma (OR3,30; IC del 95%: 1,17-9,34; p 0,02) ajustado por variables de confusión. Hubo una mayor prevalencia de hipertensión (21,1% vs 5,4%; p=0,024) entre quienes fueron hospitalizados. La hospitalización se asoció con hipertensión (OR5,71 IC del 95%: 1,43-22,75; p 0,014) ajustada por variables de confusión.

Conclusiones: la COVID-19 se diagnosticó en individuos menores de 65 años, que es un grupo de edad diferente al reportado habitualmente. La COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino y el asma. La tasa de individuos hospitalizados fue del 4,4% y se asoció con hipertensión. La tasa de mortalidad de los examinados fue del 0%. Deben realizarse estudios longitudinales futuros para confirmar estos hallazgos.

Actualización en Nutrición 2020; Vol. 21 (132-136)

ABSTRACT

Background: the presence of the COVID-19 virus has been associated with adults aged 65 years and older. However, little has been highlighted in younger people.

Objectives: to determine the association of positive COVID-19 and age, sex, body mass index (BMI), underlying health conditions, hospitalization, and death.

Materials and methods: a cross-sectional study was performed in individuals aged 18 to 65 who were tested for COVID-19 at a Hospital in Buenos Aires in July 2020 over 15 days. Data on sex, age, smoking, asthma, and hypertension were assessed. RT-PCR was used for the detection of the RNA of SARS-CoV-2.

Results: a total of 407 (225 female, 55.3%) individuals aged 37.5±11.4 were included in the study. 48.6% (189) were confirmed COVID-19. The average BMI was 27.5±5.2; 37.1% (151) were overweight and 26.8% (109) obese. There was a significantly higher prevalence of confirmed COVID-19 in individuals with asthma (7.9% vs 2.5%; p=0.01). Confirmed COVID-19 was associated with the male sex (r=-0.12; p=0.02) and the presence of asthma (r=0.11; p=0.02). Multiple logistic regression analyses showed that confirmed COVID-19 was associated with male sex (OR 0.62, 95% CI 0.42-0.93; p 0.02) and asthma (OR3.30, 95% CI 1.17-9.34; p 0.02) adjusted for confounding variables. There was a higher prevalence of hypertension (21.1% vs 5.4%; p=0.024) among those who were hospitalized. Hospitalization was associated with hypertension (OR5.71 95% CI 1.43-22.75; p 0.014) adjusted for confounding variables.

Conclusions: we found that COVID-19 was diagnosed in individuals younger than 65 years, which is a different age group than the usually reported. Confirmed COVID-19 was associated with male sex and asthma. The rate of hospitalized individuals was 4.4% and was associated with hypertension. The mortality rate for those tested was 0%. Future longitudinal studies should be performed to confirm these findings.

Actualización en Nutrición 2020; Vol. 21 (132-136)

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se detectó por primera vez en diciembre de 2019 y se han informado 16.261.351 casos en todo el mundo con 649.458 muertes¹. En Argentina, hasta el día de hoy (26/07/20), el número es de 158.334 casos y 2.893 muertes¹. La pandemia de COVID-19 es devastadora y aumenta exponencialmente la propagación, principalmente en las clases socioeconómicas más bajas².

La población de América del Sur es de aproximadamente 640 millones de habitantes, asociada a una infraestructura débil y altos índices de pobreza³. Los grupos más vulnerables tienen dificultades en educación, alimentación saludable y servicios de salud, entre otros aspectos. Debido a las desigualdades en salud, Argentina fue uno de los países latinoamericanos que más rápidamente implementó estrictas restricciones sociales para frenar la transmisión, que incluyeron cierres fronterizos completos, movimientos restringidos durante el día y la noche, y el cese de los viajes interprovinciales⁴.

Las morbilidades de COVID-19 se asocian con el sexo masculino, la edad ≥ 65 años y las condiciones de salud subyacentes⁵. Queríamos explorar las características de las personas que asistieron al Hospital de Agudos Carlos G. Durand y cumplieron con los criterios para hacerse la prueba de COVID-19. Hasta donde sabemos, existe poca información disponible sobre los argentinos del área occidental de Buenos Aires con COVID-19 positivo confirmado por laboratorio durante julio de 2020.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación de COVID-19 positivo y edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), condiciones de salud subyacentes, hospitalización y muerte.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en individuos que asistieron a la zona COVID-19 del Hospital de Agudos Carlos G. Durand durante 15 días (julio de 2020). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de dicho nosocomio. Argentina es un país sudamericano y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es su capital. Este hospital público se ubica en la zona oeste de la Ciudad de Buenos Aires. Muchas personas que viven en la villa de emergencia 1-11-14 asisten al Hospital Durand por su proximidad. "Villas de

emergencia" es el nombre que se le da a los asentamientos informales en Argentina caracterizados por una densa proliferación de viviendas precarias (ver más información en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/740/74062604006/html/index.html>).

Los criterios de inclusión comprendieron dos o más de los siguientes: temperatura de 37,5°C o más, tos, odinofagia, dificultad para respirar, anosmia/disgeusia sin otra etiología que explique la presentación clínica o antecedentes de contacto (ya sea con la comunidad o conglomerado) de COVID-19 en los últimos 15 días.

Los criterios de exclusión fueron: embarazo, presentar limitaciones mecánicas para realizar medidas antropométricas, ser menor de 18 años o mayor de 65 años.

Teniendo en cuenta que el número de personas analizadas fue de aproximadamente 30 por día, el tamaño de la muestra fue de 433 personas. Se evaluaron datos sobre sexo, edad, peso, talla y antecedentes de tabaquismo, asma e hipertensión. Se midieron el peso y la altura. El IMC se calculó como peso/altura en metros al cuadrado. El sobrepeso (IMC >25 y <30) y la obesidad (IMC >30) se definieron según el IMC. La saturación de oxígeno (SaO₂) está asociada con la presión arterial parcial de oxígeno y se midió por vía transcutánea mediante pulsioximetría⁶.

El Hospital facilitó la realización de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, del inglés *reverse transcription polymerase chain reaction*) COVID-19. La prueba COVID-19 implica pruebas que detectan secuencias de ácido nucleico específicas del SARS-CoV-2 (en inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Estas pruebas son muy sensibles y específicas. Se empleó el *kit* de amplificador real COVID-19 Plus (Código IFMR-45) y el *kit* de RT-PCR en tiempo real GENE FINDER (COREA) de hisopos nasofaríngeos⁷. Los análisis se evaluaron con el paquete de *software* estadístico IBM SPSS versión 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.).

RESULTADOS

Un total de 433 personas cumplió con los criterios para ser evaluado. Se excluyeron 20 niños, dos embarazadas y cuatro adultos mayores de 65 años, por lo cual resultó una muestra de 407 individuos (225 femeninos, 55,3%) de 37,5 \pm 11,4 años. Menos del 1% (4) tenía más de 65 años y no se incluyeron en el estudio. El 73% de las personas evaluadas pertenecía a una clase socioeconómica baja y el

30,2% (123) a una clase socioeconómica muy baja y vivía en “villas de emergencia”. El 48,6% (189) se confirmó como positivo para SARS-CoV-2 mediante RT-PCR. El IMC promedio fue $27,5 \pm 5,2$. La prevalencia de sobrepeso fue 37,1% (151) y de obesidad 26,8% (109). La prevalencia de hipertensión fue significativamente mayor en los individuos obesos que en los no obesos (11% frente a 4,4%; $p=0,02$). La prevalencia de fumadores fue del 9,6% (39), asma del 5,2% (21) e hipertensión del 6,1% (25). La prevalencia de trabajadores de la salud fue del 26,3% (107). Hubo una prevalencia significativamente mayor de COVID-19 confirmada en personas con asma

(7,9% frente a 2,5%; $p=0,01$). Sin embargo, la prevalencia de COVID-19 confirmada no fue significativamente diferente según la edad, la obesidad o ser fumador.

Los individuos se dividieron según el sexo (Tabla 1). Los hombres presentaron un IMC medio significativamente mayor que las mujeres. La prevalencia de sobrepeso y tabaquismo fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres. Hubo una mayor prevalencia de COVID-19 confirmada en hombres que en mujeres. No hubo diferencias significativas en la edad, saturación de oxígeno, prevalencia de asma o hipertensión entre hombres y mujeres.

Tabla 1: Características clínicas según sexo.

	Masculinos		Femeninos		Total	
Edad (años)	36,77	10,96	37,64	11,78	37,25	11,41
Peso (kg)	82,64	13,72	68,58	14,95**	74,87	16
Talla (m)	1,71	0,08	1,6	0,07**	1,65	0,1
IMC	28,12	4,29	26,96	5,76**	27,48	5,18
SO2 (%)	97,57	1,41	97,43	1,61	97,49	1,52
Sobrepeso	44,50%	81	31,10%	70**	37,10%	151
Obesidad	29,10%	53	24,90%	56	26,80%	109
RT-PCR para SARS Cov-2	55,20%	96	43,30%	93**	48,60%	189
Tabaquismo	14,30%	26	5,80%	13**	9,60%	39
Asma	5,50%	10	4,90%	11	5,20%	21
Hipertensión	4,90%	9	7,10%	16	6,10%	25

IMC: índice de masa corporal; SO2: saturación de oxígeno. Se muestran los valores medios \pm DE. Los valores p comparan niveles entre géneros ** $p < 0,001$. Se realizó el ajuste de Bonferroni ya que se efectuaron muchas comparaciones.

Asociaciones univariadas y multivariadas en individuos con resultado COVID-19 confirmado

La COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino ($r=0,12$; $p=0,02$) y la presencia de asma ($r=0,11$; $p=0,02$) en el análisis univariado. Los análisis de regresión logística múltiple mostraron que la COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino (OR 0,62; IC del 95%: 0,42-0,93; $p 0,02$) y el asma (OR3,30; IC del 95%: 1,17-9,34; $p 0,02$) ajustado por variables de confusión.

Hospitalizaciones

La prevalencia de individuos hospitalizados fue del 4,4% (18): 17 personas con COVID-19 confirmada y una con COVID-19 no confirmada (infección urinaria e insuficiencia renal). Hubo una mayor prevalencia de hipertensión (21,1% frente a 5,4%; $p=0,024$) entre los hospitalizados vs los no hospitali-

zados. No hubo diferencias significativas en la edad media, el IMC o la presencia de asma entre los individuos hospitalizados y los no hospitalizados. Todos los pacientes hospitalizados fueron dados de alta al final del presente estudio y ninguno murió.

DISCUSIÓN

Nos parece importante la información acerca de la COVID-19 en este estudio ya que es uno de los primeros informes en el área oeste de la Ciudad de Buenos Aires durante el pico de la pandemia en Argentina. Los resultados muestran que la COVID-19 se diagnosticó principalmente en personas menores de 65 años, que es un grupo de edad diferente al que se informa habitualmente. Además, la COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino y el asma, ajustado por variables de confusión. Menos del 1% de las personas con COVID-19 confirmada era mayor de 65 años. La prevalencia total de indi-

viduos hospitalizados fue del 4,4%. Hubo una mayor prevalencia de hipertensión entre los que fueron hospitalizados frente a los no hospitalizados. La tasa de mortalidad de los examinados fue del 0%.

La mayor gravedad debida a COVID-19 se asoció con el sexo masculino. En un estudio en Dinamarca se detectó que el sexo masculino se asoció con un 50% más de riesgo de muerte por COVID-19⁸. Según este hallazgo, un estudio realizado en un grupo de pacientes de minorías étnicas hospitalizado con COVID-19 en el Bronx, Nueva York, la obesidad y el sexo masculino se asociaron con una mayor mortalidad y peores resultados hospitalarios⁹. La obesidad se asociaría con enfermedades subyacentes y un nivel socioeconómico bajo, posiblemente desencadenando peores resultados de COVID-19¹⁰. De manera consistente, encontramos que el sexo masculino se asoció con COVID-19 confirmada pero no con obesidad. Sin embargo, los hombres tenían un IMC significativamente más alto que las mujeres y la prevalencia de sobrepeso era significativamente mayor que en las mujeres. Una posible razón por la cual no encontramos asociación entre COVID-19 y obesidad podría ser debido a que la mayoría de los hombres (73,6%) tenía sobrepeso u obesidad.

La estabilidad económica, el entorno físico, la educación y el acceso a alimentos saludables, así como los contextos sociales y comunitarios, son algunos de los factores no médicos que intervienen en la salud¹¹. Estos factores han influido en las disparidades que ocurrieron en la pandemia de COVID-19. El riesgo de infectarse aumenta por las condiciones de hacinamiento y la incapacidad de mantener la distancia social¹⁰. América Latina sirve como ejemplo de estas disparidades. Colombia, que tiene una población de aproximadamente 50 millones, reporto más de 8.500 nuevos casos diariamente. El 60% de la economía colombiana es informal y aproximadamente 10 millones de personas viven en la pobreza¹². En Lima, Perú, hubo una mayor mortalidad por COVID-19 en las áreas metropolitanas atribuida al mayor número de mercados de alimentos y contaminación del aire¹³. Argentina también es un país en desarrollo con recursos limitados. En ausencia de vacunas y tratamientos específicos disponibles y aprobados para COVID-19, las únicas herramientas de la Salud Pública disponibles son la cuarentena y el distanciamiento social. Sin embargo, las personas que viven en hogares de bajos ingresos tienen más probabilidades de contraer la enfermedad COVID-19^{14,15}.

Demostramos que la mayoría de las personas

evaluadas pertenecía a una clase socioeconómica baja y el 30,2% a un nivel socioeconómico muy bajo. La mayoría de estas personas vivía en “villas de emergencia”, que son asentamientos caracterizados por una densa proliferación de viviendas precarias y convivencia. Las condiciones socioeconómicas podrían ser una razón para el diagnóstico de COVID-19 a edades más tempranas. De manera consistente, un estudio realizado en Bolivia al inicio de la pandemia mostró que la edad promedio de la COVID-19 confirmada era de 39 años, que era muy similar a la edad promedio encontrada en nuestro estudio¹⁶. Sin embargo, el estudio en Bolivia se realizó al inicio de la pandemia y la mitad de los casos bolivianos provenía de Europa. Por el contrario, nuestra investigación se realizó en el pico de la pandemia en Argentina y ninguno provenía del exterior. Encontramos que la edad media de los individuos con COVID-19 confirmada era de 37 años y sólo el 1% era mayor de 65 años, lo que podría deberse a los bajos recursos socioeconómicos de estos individuos.

La hospitalización fue seis veces mayor en las personas con afecciones subyacentes que en aquellas sin ellas⁵. Los estudios de casos del área de Nueva York mostraron que el 9% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 tenía asma¹⁷ y en el Reino Unido el 14% era paciente asmático¹⁸. Este estudio encontró que las personas con asma tenían tres veces más probabilidades de tener COVID-19. Sin embargo, el asma no se asoció con la hospitalización, lo que podría deberse al pequeño número de hospitalizaciones. La condición más comúnmente asociada con la hospitalización por COVID-19 fue la hipertensión¹⁹. Acorde con nuestros resultados, una serie de casos de 5.700 pacientes con COVID-19 ingresados en 12 hospitales de Nueva York demostró que la comorbilidad más frecuentemente asociada con COVID-19 fue la hipertensión (56,6%)¹⁷. De manera acorde, encontramos que la hipertensión fue la única comorbilidad asociada con la hospitalización por COVID-19. En este estudio ningún individuo murió, lo que podría deberse a que se trata de una población mucho más joven que la que normalmente es hospitalizada con COVID-19.

Fortalezas y limitaciones

Una de las fortalezas de este estudio es que los individuos incluidos representan una población vulnerable, revelando uno de los primeros resultados de COVID-19 en este grupo argentino. Por otro lado, nuestro estudio tiene varias limitaciones. La

población sólo incluyó pacientes dentro del área metropolitana occidental de Buenos Aires, Argentina. Además, el número cada vez mayor de personas con COVID-19 confirmada en Argentina y en todo el mundo podría haber afectado nuestros resultados.

CONCLUSIONES

En este estudio encontramos que la COVID-19 se diagnosticó en individuos menores de 65 años, que es un grupo de edad diferente al que se informa habitualmente. Menos del 1% de las personas con COVID-19 confirmada era mayor de 65 años. Además, la COVID-19 confirmada se asoció con el sexo masculino y el asma. La prevalencia total de individuos hospitalizados fue del 4,4% y se asoció con hipertensión. La tasa de mortalidad entre los examinados fue del 0%. Deben realizarse estudios longitudinales futuros para confirmar estos hallazgos.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Último acceso: 26/07/20.
2. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 pandemic: a call to action to identify and address racial and ethnic disparities. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 7:398-402.
3. Biscayart C, Angeleri P, Lloveras S, Chaves T, Schlagenhaut P, Rodríguez-Morales AJ. The next big threat to global health? 2019 novel coronavirus (2019-nCoV): what advice can we give to travellers? Interim recommendations January 2020, from the Latin-American society for Travel Medicine (SLAMVI) *Trav Med Infect Dis* 2020;101567.
4. Miller MJ, Loaiza JR, Takyar A, Gilman RH. COVID-19 in Latin America: Novel transmission dynamics for a global pandemic? *PLoS Negl Trop Dis* 2020 May; 14(5): e0008265. DOI: 10.1371/journal.pntd.0008265.
5. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance. United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:759-765.
6. Rufo PA, Loughlin J. *Pulmonology*. In: Johnson KB, ed. *The Harriet Lane handbook*. 13th ed. St Louis: Mosby Year Book Inc, 1993:340-1.
7. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DKW, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill* 2020; 25(3).
8. Kragholm K, Andersen MP, Gerds TA, Butt JH, Østergaard L, Polcwiartek C, Phelps M, Andersson C, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Køber L, Schou M, Fosbøl EL. Association between male sex and outcomes of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). A Danish nationwide, register-based study. *Clin Infect Dis* 2020; 8:ciaa924. DOI: 10.1093/cid/ciaa924.
9. Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, Karamanis D, Ognibene J, Arora S, Southern WN, Mantzoros CS. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism* 2020; 108:154262. DOI: 10.1016.
10. Belanger MJ, Hill MA, Angelidi AM, Dalamaga M, Sowers JR, Mantzoros CS. COVID-19 and disparities in nutrition and obesity. *N Engl J Med* 2020 Jul 15. DOI: 10.1056/NEJMp2021264.
11. Daniel H, Bornstein SS, Kane GC. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* 2018; 168:577-578.
12. Daniels JP. COVID-19 cases surge in Colombia. *Lancet* 2020 25-31 July; 396(10246): 227. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31638.
13. Vasquez-Apestegui V, Parras-Garrido E, Tapia V, Paz-Aparicio VM, Rojas JP, Sánchez-Ccoyllo OR, Gonzales GF. Association between air pollution in Lima and the high incidence of COVID-19: Findings from a post hoc analysis. *Res Sq.* 2020 6; rs.3.rs-39404. DOI: 10.21203/rs.3.rs-39404/v1.
14. Raifman MA, Raifman JR. Disparities in the population at risk of severe illness from COVID-19 by race/ethnicity and income. *Am J Prev Med* 2020; 59(1):137-139.
15. Adamkiewicz G, Zota AR, Fabian MP. Moving environmental justice indoors: understanding structural influences on residential exposure patterns in low-income communities. *Am J Public Health* 2011;101 (suppl1):S238-S245. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300119.
16. Escalera-Antezana JP, et al. Clinical features of the first cases and a cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Bolivia imported from Italy and Spain. *Travel Med Infect Dis* 2020; 35. DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101653.
17. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5,700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020 May 26; 323(20): 2052-2059. DOI: 10.1001/jama.2020.6775.
18. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick H, Pius R, Norman L. Features of 16,749 hospitalized UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO clinical characterization protocol. *Med Rxiv* 2020. DOI: 10.1101/2020.04.23.20076042.
19. Garg S, Kim L, Whitaker M, et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 COVID-NET, 14 states, March 1-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:458-64. 10.15585/mmwr.mm6915e3.