



Características clínicas y epidemiológicas de los casos con COVID-19 del municipio Baraguá

Clinical and epidemiological characteristics of cases with COVID-19 in Baraguá

Ivelise Zúñiga-Leiva^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0436-953X>

Omarys Loyola-Cabrera² <https://orcid.org/0000-0002-9228-7816>

Mirtha Elena Rodríguez-Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8060-5995>

Raúl Morales-López³ <https://orcid.org/0000-0001-9815-9156>

Maite Padrón-Castillo⁴ <https://orcid.org/0000-0001-9884-126X>

Ania Ferriol-Ramírez⁵ <https://orcid.org/0000-0001-8687-4646>

¹Máster en Educación Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba.

²Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología y en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba.

³Máster en Enfermedades Infecciosas. Licenciado en Higiene y Epidemiología. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Baraguá, Ciego de Ávila. Cuba.

⁴Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología y en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Baraguá, Ciego de Ávila, Cuba.

⁵Máster en Educación Especial. Licenciada en Psicología. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ileiva@infomed.sld.cu





RESUMEN

Introducción: el inicio de la pandemia de la COVID-19 en la provincia de Ciego de Ávila fue el 24 de marzo de 2020. A partir de agosto se presentó un rebrote que ubicó a esta provincia dentro de las de mayor incidencia del país.

Objetivo: describir las características clínico-epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 en el municipio Baraguá.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal que abarcó el período comprendido entre el 11 de marzo y el 31 de octubre del 2020. El universo estuvo constituido por 23 casos que corresponde a la totalidad de los casos de COVID-19 diagnosticados en el municipio. Se cumplieron los principios éticos investigativos.

Resultados: la tasa de incidencia de COVID-19 en el municipio fue de 69,44 / 100 000 habitantes, con 91,30% de casos autóctonos. Predominó el sexo femenino (86,96 %), el grupo de edad de 40 a 49 años (39,13 %), la hipertensión arterial como comorbilidad (23,74 %) y los asintomáticos (65,22%). Entre los sintomáticos, fue más frecuente la fiebre (21,74 %), la tos, la congestión nasal, la ansiedad y la depresión (13,04 %, respectivamente). Respecto a la ocupación sobresalieron los trabajadores de la salud (39,13 %).

Conclusiones: la COVID-19 fue más frecuente en las personas alrededor de los 40 años del sexo femenino y con la hipertensión arterial como comorbilidad. El mayor número de contagiados fueron los trabajadores de la salud.

Palabras clave: COVID-19/epidemiología; INFECCIONES POR CORONAVIRUS/epidemiología; SARS-COV-2; COMORBILIDAD; PERSONAL DE SALUD

ABSTRACT

Introduction: the start of the COVID-19 pandemic in the province of Ciego de Avila was on March 24, 2020. Starting in August, there was a regrowth that placed this province among those with the highest incidence in the country.

Objective: to describe the clinical-epidemiological characteristics of the confirmed cases of COVID-19 in Baragua municipality.

Methods: a cross-sectional descriptive study was carried out that covered the period between March 11 and October 31, 2020. The universe consisted of 23 cases, which corresponds to all the cases of





COVID-19 diagnosed in the municipality. The ethical research principles were complied with.

Results: the incidence rate of COVID-19 in the municipality was 69,44/100,000 inhabitants, with 91,30% of autochthonous cases. The female sex (86,96%), the age group from 40 to 49 years (39,13%), arterial hypertension as comorbidity (23,74%) and the asymptomatic (65,22%) prevailed. Among the symptomatic patients, fever (21,74%), cough, nasal congestion, anxiety and depression (13,04%, respectively) were more frequent. Regarding occupation, health workers stood out (39,13%).

Conclusions: COVID-19 was more frequent in people around 40 years of age of the female sex and with arterial hypertension as a comorbidity. The largest number of infected were health workers.

Keywords: COVID-19/epidemiology; CORONAVIRUS INFECTIONS/epidemiology; SARS-COV-2; COMORBIDITY; HEALTH PERSONNEL

Recibido: 23/09/2021

Aprobado: 27/01/2022

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se reportaron a la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los primeros casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan, provincia Hubei, China. El vínculo entre los pacientes ubicó la fuente de contagio en los mercados de pescados y mariscos de Wuhan. Se identificó un nuevo virus de la familia coronavirus (CoV), denominado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus como síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 (SARS-CoV-2).⁽¹⁻³⁾ El 11 de marzo, con 118 000 casos reportados en 114 países y 4 291 personas fallecidas, se declara que el brote de COVID-19 causada por el SARS-CoV2 es considerada una pandemia.⁽⁴⁾

Con un incremento exponencial de los casos con COVID-19 hasta el 31 de octubre de 2020 se reportaron 185 países, con 45 667 866 confirmados y 1 189 499 fallecidos para una letalidad de 2,60. De la región de las Américas fueron 20 546 666 casos, el 44,99 % del total de reportados en el mundo, con 640 513 fallecidos para una letalidad de 3,12%.⁽⁵⁾

En Cuba, el primer caso de COVID-19 fue reportado el 11 de marzo del 2020 y hasta el 31 de octubre del mismo año había 6 935 pacientes diagnosticados con la enfermedad. De ellos, 516 ingresados





(7,4%), 512 (99,2%) con evolución clínica estable. Se reportaban 128 fallecidos, dos evacuados y 6 289 pacientes recuperados (90.6%).^(5,6)

En el territorio avileño específicamente en la comunidad de Ceballos se diagnosticó el primer caso de COVID-19 el 24 de marzo de 2020. A partir del mes de agosto la provincia presentó un rebrote de la enfermedad ubicándose entre las de mayor incidencia del país. Al cierre del mes de octubre, se acumulaban 772 casos confirmados y 78 fallecidos. Todos los municipios fueron afectados; el municipio Baraguá aportó el 8,9% de casos a la incidencia de la provincia.^(7,8)

Desde temprana fecha el General de Ejército Raúl Castro Ruz, Primer Secretario del Comité Central del Partido, indicó la necesidad de contar con una estrategia nacional; como consecuencia, el 29 de enero de 2020 el Consejo de Ministros aprobó un Plan para la Prevención y Control del Coronavirus, que luego sería actualizado periódicamente con el objetivo de contener el riesgo de introducción y diseminación en el territorio nacional, así como minimizar los efectos negativos de una epidemia en la salud de la población y su impacto en la esfera económica-social del país.⁽⁹⁾ El plan nacional sirvió de base para que cada una de las provincias y el municipio especial contextualizara sus actividades.

Conocer las características clínico-epidemiológicas asociadas a la COVID-19 es de suma importancia para el desarrollo de acciones de salud dirigidas a la prevención, control, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como para reducir su mortalidad. Por tal motivo se decide realizar esta investigación con el objetivo de describir las características clínico-epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19 en el municipio Baraguá de la provincia de Ciego de Ávila.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el municipio Baraguá de la provincia de Ciego de Ávila que abarcó el período comprendido entre el 11 de marzo y el 31 de octubre del año 2020. El universo estuvo constituido por 23 casos que corresponde a la totalidad de los casos de Covid-19 diagnosticados en esa etapa. Se incluyeron en el estudio todas las personas que presentaron positiva la prueba de secuenciación de alto rendimiento o en tiempo real inverso transcriptasa-reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) de muestras de hisopos nasales y faríngeos, que aceptaron se les aplicaran las pruebas psicológicas y dieron su consentimiento informado.





Las variables estudiadas fueron: grupo de edad, sexo, comorbilidades, sintomatología y ocupación.

Se utilizaron las encuestas epidemiológicas como fuentes de obtención de los datos y un cuestionario elaborado por los autores, además se aplicaron las encuestas para determinar síntomas psicológicos (para determinar la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y para la depresión, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)).⁽¹⁰⁾

La información fue recogida en un modelo creado por los autores a partir de las variables de estudio. Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21.00. Los datos se resumieron en tablas y gráficos.

El estudio lo avaló el comité de ética del Policlínico “Mario Páez Inschauti” del municipio Baraguá, con la clasificación “sin riesgo”. El manejo de la información siguió las normas de confidencialidad establecidas para garantizar el uso de los datos con fines científicos, sin la divulgación de datos personales de los pacientes y en cumplimiento con las normas de Helsinki.⁽¹¹⁾

RESULTADOS

En el municipio Baraguá se confirmaron 23 casos de la COVID-19 en las dos etapas (brote y rebrote con ocho y 15 casos, respectivamente). La tasa de incidencia municipal al cierre del mes de octubre de 2020 fue de 69,44 por cada 100 000 habitantes. La mayoría fueron autóctonos (91,30%). Los dos casos importados fueron dos colaboradores, uno del sector de la salud y el otro del deporte, ambos procedentes de Venezuela.

En la tabla 1 se observa que en el total de confirmados existe un predominio del sexo femenino (86,96 %), mientras que el grupo de edad más representativo fue el de 40 a 49 años (39,13%). La edad promedio fue 39,91 años.

Tabla 1 - Distribución de los casos de COVID-19 según edad y sexo

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	1	4,35	0	0,00	1	4,35
10-19	1	4,35	0	0,00	1	4,35
20-29	2	8,70	0	0,00	2	8,70





30-39	6	26,09	0	0,00	6	26,09
40-49	7	30,43	2	8,70	9	39,13
50-59	2	8,70	1	4,35	3	13,04
60-69	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70 y más	1	4,35	0	0,00	1	4,35
Total	20	86,96	3	13,04	23	100,00

Media: 39,91 años

En cuanto a las comorbilidades la tabla 2 muestra que la hipertensión arterial fue la de mayor frecuencia (23,74 %), seguida de la cardiopatía isquémica (8,70 %). Solo un caso se reportó como crítico y tenía dentro de las comorbilidades la hipertensión y la cardiopatía. Este fue el único enfermo que quedó con secuelas.

Tabla 2 - Distribución de los casos de COVID-19 según comorbilidades

Comorbilidades (n=23)	No.	%
Hipertensión arterial	5	21,74
Cardiopatía isquémica	2	8,70
Asma bronquial	1	4,35
Obesidad	1	4,35
Artritis reumatoide	1	4,35
Migraña	1	4,35

En la tabla 3 se aprecia que 65,22 % de los casos fueron asintomáticos. Entre los sintomáticos, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre (21,74 %), la tos y la congestión nasal (13,04%). Se presentaron también síntomas subjetivos como la ansiedad y la depresión (13,04 %, respectivamente).

Tabla 3 - Distribución de los casos de COVID-19 según sintomatología

Sintomatología (n=23)	No.	%
Asintomático	15	65,22
Fiebre	5	21,74
Congestión nasal	3	13,04
Tos seca	3	13,04
Ansiedad	3	13,04
Depresión	3	13,04





Expectoración	2	8,70
Perdida del gusto	2	8,70
Perdida del olfato	2	8,70
Cefalea	2	8,70
Dolor de garganta	1	4,35
Malestar general	1	4,35
Rinorrea	1	4,35
Falta de aire	1	4,35
Diarrea	1	4,35

Con relación a la ocupación, la tabla 4 muestra que el mayor número de casos corresponde al personal de salud (39,13 %), seguido de las amas de casas (21,74 %).

Tabla 4 - Distribución de los casos de COVID-19 según ocupación

Ocupación	No.	%
Trabajador del sector de la salud	9	39,13
Ama de casa	5	21,74
Maestro	3	13,04
Viajero	2	8,70
Obrero agrícola	2	8,70
Trabajador por cuenta propia	2	8,70
Total	23	100,00

DISCUSIÓN

Los coronavirus son virus ARN de cadena única y son los agentes causantes de al menos una tercera parte de los resfriados comunes e infecciones respiratorias del tracto superior en el ser humano. La COVID-19, es una enfermedad causada por un agente nuevo para la humanidad, el SARS-CoV-2, sobre este agente se sabe muy poco, por tanto, el manejo adecuado y oportuno de los casos es una prioridad. La elevada tasa de casos es consecuencia de distintos factores, entre los que se destacan las particularidades nocivas del comportamiento humano.^(12,13)

Para el período que se caracteriza, el riesgo de enfermarse en el municipio era inferior a la tasa de incidencia de la provincia, pero se encontraba dentro de los municipios con un número preocupante de





casos. Los municipios de Ciego de Ávila, Morón, Venezuela y Ciro Redondo eran los territorios que exhibían mayor riesgo de enfermar por la COVID-19.⁽⁷⁾

Dentro de las medidas reflejadas en el plan para la prevención y control del nuevo coronavirus estaba la capacitación, que constituía la primera acción de este plan. En un primer momento se realizó una actualización sobre la situación epidemiológica internacional y posteriormente, se realizó de forma escalonada la capacitación en el municipio en correspondencia con las actualizaciones recibidas desde la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, institución que dirigió la capacitación.

La capacitación estuvo dirigida a los trabajadores del sector de la salud, así como a los estudiantes de las diferentes carreras de las ciencias médicas. Fueron capacitados los directivos de los Organismos de Administración Central del Estado, de otros sectores y representantes de las organizaciones políticas y de masas, los que tuvieron la responsabilidad de preparar a toda la población con el apoyo de los líderes de la comunidad.

Posteriormente las autoridades del municipio Baraguá trabajaron en función de la identificación, organización y preparación de los centros de aislamiento con las condiciones higiénicas necesarias para garantizar la vigilancia de los contactos y sospechosos. Éstos fueron certificados por la comisión provincial y el grupo técnico asesor del sector.

El control sanitario internacional con la vigilancia activa, fue una de las primeras medidas tomadas en el municipio, lo que permitió la identificación temprana de casos con síntomas o signos de esta enfermedad.

Con relación a las características por sexo de los positivos a la COVID-19, se pudo determinar en el estudio predominio del sexo femenino, lo que no se corresponde con ninguno de los estudios revisados, donde se plantea que la diferencia entre ambos sexos es prácticamente imperceptible.^(12,14,15)

Estos resultados en relación con el sexo pudieran estar vinculados con la ocupación y con la movilidad de las personas. El municipio Baraguá basa su economía en la agricultura, la que constituye fuente de trabajo de gran parte de la población masculina.

Estrada-García⁽¹⁴⁾ plantea con respecto a la edad, que los grupos de 20 a 49 años y de 40 a 69 aportan mayor cantidad de casos, considera que esta alta incidencia puede deberse a que son edades donde existe una alta movilidad en el sector laboral y social.

El personal de la salud constituye un recurso humano de alto riesgo, por encontrarse en la primera línea de enfrentamiento y tener una mayor exposición a la enfermedad. Esto ha influido significativamente





en la alta incidencia en estos profesionales. De ahí la importancia de tomar todas las medidas de bioseguridad que se han indicado en los protocolos de atención para reducir al mínimo el riesgo de contagiarse con COVID-19.

Los resultados en relación con la ocupación coinciden con los de Villagrán-Olivas⁽¹²⁾ quien reporta que los trabajadores de la salud dedicados a la atención médica y las amas de casas dedicadas al cuidado de los enfermos en el hogar, constituyen los grupos más frecuentes, pues están involucrados directamente con las personas enfermas.

En el estudio se constataron comorbilidades asociadas a los casos con esta enfermedad, que se corresponden con los descritos en la literatura, donde se plantea que múltiples enfermedades constituyen factores de agravamiento en los pacientes con COVID-19. Dentro de estos factores se encuentran la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la neuropatía crónica, el cáncer, la enfermedad renal crónica, los estados de inmunocompromiso, la obesidad y las hepatopatías.^(16,17)

En las diferentes series revisadas se observa la clara relación entre el antecedente de hipertensión arterial y el curso evolutivo desfavorable en pacientes con COVID-19. Es la comorbilidad más común en esos pacientes. Sin el coronavirus de por medio ya es un riesgo para la salud, pero si se tiene la desgracia de padecer las dos a la vez, el peligro incrementa.⁽¹⁸⁾

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular establecida, así como los que tienen lesión cardíaca, representan una población vulnerable cuando padecen COVID-19 y tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. El SARS-CoV-2 no sólo causa neumonía viral, sino que tiene implicaciones importantes para el sistema cardiovascular. Debido a la inflamación causada por COVID-19, el corazón se esfuerza más para bombear sangre oxigenada a todo el cuerpo y pueden desarrollarse coágulos causantes de complicaciones trombóticas arteriales y venosas como síndromes coronarios agudos y tromboembolismo venoso. La miocarditis juega un papel importante en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. Asimismo, se ha informado que una amplia gama de arritmias complica el curso de COVID-19, incluidos los posibles efectos pro-arrítmicos del tratamiento médico dirigido a este coronavirus y a las enfermedades asociadas.⁽¹⁹⁾

Existen diversos mecanismos biológicos mediante los cuales la enfermedad COVID-19 puede afectar más a personas con obesidad, uno de ellos es la inflamación crónica, originada por el exceso de tejido adiposo en estas personas. La COVID-19 puede exacerbar aún más la inflamación, exponiéndolos a





niveles más altos de moléculas inflamatorias circulantes, en comparación con los sujetos delgados. Esta inflamación puede producir una disfunción metabólica que a su vez puede conducir, entre otras dolencias, a dislipidemia, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular, también consideradas factores de riesgo de COVID-19.^(19,20)

Otro rasgo común en la obesidad es la deficiencia de vitamina D, que aumenta el riesgo de infecciones sistémicas y perjudica la respuesta inmune. La suplementación con vitamina D puede prevenir infecciones respiratorias a través de varias funciones inmunorreguladoras, incluida la disminución de la producción de citocinas proinflamatorias por parte del sistema inmune innato, lo que reduce el riesgo de una tormenta de citocinas que provoque neumonía. Es por ello que algunos estudios sugieren que la deficiencia de vitamina D podría potencialmente, participar en el vínculo entre la obesidad y una mayor susceptibilidad a complicaciones y mortalidad debido a COVID-19. Por otro lado, se investiga si el tejido adiposo puede estar sirviendo de reservorio, porque expresa la proteína ACE2, utilizada por el SARS-CoV-2 como puerta de entrada para infectar la célula.⁽²⁰⁾

A partir de estudios previos sobre la gripe, los investigadores proponen tres mecanismos potenciales que podrían incrementar la contagiosidad relativa de estas personas⁽²⁰⁾. Primero, estudios sobre la gripe A, han puesto de manifiesto que las personas con obesidad tardan más en eliminar el virus. Segundo, la capacidad limitada y retrasada de las personas con obesidad para producir interferones, contribuye a un microambiente que favorece la aparición de nuevas cepas de virus más virulentas. Tercero, se ha encontrado una correlación positiva entre el índice de masa corporal y la cantidad de virus infeccioso en el aliento exhalado. Todo esto hace sospechar que las personas con obesidad podrían tener una capacidad mayor para infectar a otros y que las familias y comunidades con más prevalencia de obesidad, podrían tener una mayor exposición viral.⁽²⁰⁾

Es importante que las personas con enfermedades crónicas cumplan con el tratamiento médico rigurosamente para lograr su control adecuado, además de extremar las medidas de prevención frente a la infección.

El espectro clínico de la enfermedad es amplio, desde enfermedad con síntomas muy ligeros hasta formas de extrema gravedad. La mayoría de los pacientes expresan formas clínicas ligeras o moderadas.^(11,15,16)

Una de las razones que mantiene la atención de epidemiólogos, científicos, autoridades sanitarias y políticas, es la transmisión del virus por personas que no desarrollen la sintomatología de la COVID-





19, los que usualmente escapan a la vigilancia de salud y se comportan como transmisores silentes de la enfermedad. Otros estudios han estimado la proporción de sanos portadores del virus, pero no han evaluado su papel en la transmisión de la enfermedad. Entre estos resalta un estudio realizado en Islandia, en el que la pesquisa molecular del genoma viral en el 10 % de la población general, encontró un 50 % de individuos portadores sin síntomas.⁽²¹⁾

Cuando se tiene en cuenta el alto número de personas asintomáticas es importante la realización de estudios poblacionales, que permitan la identificación de estos pacientes en las comunidades para cortar la transmisión y disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Las manifestaciones clínicas que con mayor frecuencia se informan son: fiebre y tos seca, resultados que son coincidentes con los obtenidos en esta investigación. Además, se describen otros síntomas como odinofagia, cefalea, rinorrea, mialgias y astenia.^(12,16,17)

Algunos estudios han descrito una tríada consistente en fiebre, anosmia y ageusia como primera y única manifestación de pacientes con COVID-19. Este grupo de pacientes no presentan obstrucción nasal o síntomas nasosinusales asociados. Se considera que estos síntomas iniciales son secundarios al neurotropismo de SARS-COV-2 por el nervio gustativo y olfatorio.^(16,22)

Las epidemias y pandemias a lo largo de los años repercuten en la subjetividad de las personas y traen consigo un grupo de manifestaciones como la ansiedad, la depresión y el miedo. En una pandemia, el miedo incrementa el estrés y la ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes. Los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad e insomnio. Estas condiciones pueden evolucionar en desórdenes como depresión, ataques de pánico, síntomas psicóticos y suicidio, especialmente en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor.⁽²³⁾

Perder el control en este contexto es frecuente, dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente, son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad.⁽²³⁾





Determinar el estado real del problema permite evaluar de manera constante los fenómenos que contribuyen a la dinámica elevada de contagio, desde la observación de las medidas de prevención y control de la infección en los hospitales, hasta la observación de las consecuencias del actuar de la población general.

Esta investigación quedó limitada por el corto período que abarcó y por no considerar otras variables, tanto clínicas como epidemiológicas.

CONCLUSIONES

La COVID-19 en el municipio Baraguá en el período estudiado, fue más frecuente en las personas de alrededor de los 40 años y en el sexo femenino. La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica fueron las comorbilidades más observadas. Las personas con vínculos más estrechos y directos con los enfermos como los trabajadores de la salud y las amas de casas fueron los más afectados. La mayoría de los casos fueron asintomáticos. Entre los sintomáticos predominó la fiebre, la tos y la congestión nasal. Se presentaron también síntomas subjetivos como la ansiedad y la depresión. La investigación aporta evidencias del inicio de la pandemia en el municipio. Las características de los datos obtenidos sustentaron la toma de decisiones de los profesionales y directivos para desarrollar acciones educativas en función de controlar la transmisión de esta enfermedad en el territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [base de datos en Internet]. Treasure Island: National Library of medicine; Feb 2022; [citado 12 Mar 2022]. Disponible en: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/AD1127230.pdf>
2. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. Clin Med [Internet]. 2020 [citado 12 Mar 2022];20(2):124-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7081812/pdf/clinmed-20-2-124.pdf>
3. Otoyá-Tono AM, García-Chabur MA, Jaramillo-Moncayo C, Campos-Mahecha AM. COVID-19: generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en





- Colombia. Acta de otorrinolaringología CCC [Internet]. 2020 [citado 12 Mar 2021];48(1):79-92. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097460/7-covid-19-generalidades-1.pdf>
4. World Health Organization. Virtual press conference on COVID-19–11 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 12 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Parte de cierre del día 31 de octubre a las 12 de la noche [Internet]. La Habana: MINSAP; 29 Dic 2020 [actualizado 29 Dic 2020; citado 13 Mar 2020]. [aprox. 16 p.]. Disponible en: <https://salud.msp.gov.cu/parte-de-cierre-del-dia-31-de-octubre-a-las-12-de-la-noche-2/>
6. 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 [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2020];10(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/download/862/867>
7. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Enfrentamiento a la COVID19 en Ciego de Ávila: batalla donde todos cuentan [Internet]. La Habana: MINSAP; 27 Jul 2020 [actualizado 29 Jul 2020; citado 13 Mar 2021]. [aprox 9 p.]. Disponible en: <https://salud.msp.gov.cu/enfrentamiento-a-la-covid19-en-ciego-de-avila-batalla-donde-todos-cuentan/>
8. Sosa-Barceló S. Ciego de Ávila vs. COVID-19: debías haber sido el último, octubre. Periódico Invasor. 3 de noviembre de 2020. Disponible en: <http://www.invasor.cu/es/secciones/sociedad/ciego-de-avila-vs-covid-19-debias-haber-sido-el-ultimo-octubre>
9. 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 [Internet]. 2020 [citado 13 Jun 2020];10(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/download/881/887>
10. González-Llaneza FM, Martín-Carbonell M, Grau-Abalo J, Lorenzo-Ruiz A. Instrumentos para el estudio de la ansiedad y depresión. En: Instrumento de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.165-213.
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil,





octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 30 Ene 2020]. Disponible en:

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

12. Villagrán-Olivas KA, Torrontegui-Zazueta LA, Entzana-Galindo A. Características clínico-epidemiológicas de pacientes de COVID-19 en un Hospital de Sinaloa, México. Rev Meduas [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];10(2):65-79. Disponible en:

<http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n2/covid19hcc.pdf>

13. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguín-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis [Internet]. 2020 [citado 26 Mar 2020];34:[aprox 14 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102608/pdf/main.pdf>

14. Estrada-García CB, Recio-Fornaris I, Vega-Torres R, Collejo-Rosabal YM, Martínez-Orozco D. Comportamiento clínico epidemiológico de la COVID-19. Granma, marzo-mayo de 2020. Multimed [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2020];24(4):870-86. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n4/1028-4818-mmed-24-04-870.pdf>

15. Simian ME, Cifuentes M. Caracterización epidemiológica de pacientes con Covid-19 en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];31:103-8. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177128/Caracterizacion-epidemiologica.pdf?sequence=1>

16. León-Álvarez JL, Calderón-Martínez N, Gutiérrez-Rojas AR. Análisis de mortalidad y comorbilidad por COVID-19 en Cuba. Rev Cubana Med [Internet]. 2021 [citado 13 Mar 2021];60(2):e2117. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v60n2/1561-302X-med-60-02-e2117.pdf>

17. Cañete-Villafranca R, Noda-Albelo AL, Ferreira-Moreno V, Brito-Pérez K, García-Herrera AL. SARS-Cov-2, el virus emergente que causa la pandemia de COVID-19. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];42(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n3/1684-1824-rme-42-03-1862.pdf>

18. Giralt-Herrera A, Rojas-Velázquez JM, Leiva-Enríquez J. Relación entre COVID-19 e Hipertensión Arterial. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 13 de Mar 2021];19(2):[aprox 11 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/3246/2493>





19. Mora G. Covid-19 y arritmias: relación y riesgo. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2020 [citado 13 de Mar 2021];27(3):153-159. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563320300930>
20. Petrova D, Salamanca-Fernández E, Rodríguez-Barranco M, Navarro-Pérez P, Jiménez-Moleón JJ, Sánchez MJ. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];52(7):496–500. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720301657>
21. Fahley R. Iceland has tested one-tenth of its population for coronavirus at random and found half of people have the disease without realinsing - with only seven deaths in 1600 cases [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8210401/amp/Iceland-finds-half-population-asymptomatic-infected-Covid-19.html>. Recuperado el 13 de abril de 2020
22. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and Ageusia: Common Findings in COVID-19 Patients. Laryngoscope [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];130(7):[aprox 1 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228304/pdf/LARY-9999-na.pdf>
23. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. SciELO Preprints [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];303. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/358>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Ivelise Zúñiga-Leiva: conceptualización, análisis formal, metodología, recursos y redacción del borrador original.

Omarys Loyola-Cabrera: análisis formal, metodología, recursos y redacción, revisión y edición.

Mirtha Elena Rodríguez-Rojas: recursos, redacción, revisión y edición.

Raúl Morales-López: análisis formal y recursos.





Maite Padrón-Castillo: análisis formal, recursos redacción, revisión y edición.

Ania Ferriol-Ramírez: análisis formal y recursos.

Financiación

Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Baraguá.

