

COVID-19

# Revisión científica semanal

Del 10 al 17 de mayo de 2020

Esta revisión científica semanal es un resumen de la evidencia científica nueva y emergente relacionada con la COVID-19 durante el período especificado. Se trata de una revisión de temas y artículos importantes; no es una guía para la implementación de políticas o programas. La información recopilada está sujeta a cambios a medida que se disponga de nueva información. Recibimos comentarios y sugerencias en [covid19-eiu@vitalstrategies.org](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org).

**Información de datos: impacto estimado de la COVID-19 en la esperanza de vida en la ciudad de Nueva York** <https://preventepidemics.org/covid19/science/insights/life-expectancy-in-new-york-city/>

Hasta la fecha, en la ciudad de Nueva York y el área metropolitana circundante se ha visto el mayor brote de COVID-19 del mundo. En una publicación reciente, se informó que de las 32 107 muertes en la ciudad de Nueva York entre el 11 de marzo y el 2 de mayo, [24 172 fueron “muertes en exceso”](#), es decir, muertes causadas directa o indirectamente por la epidemia de la COVID-19. La pandemia gripal de 1918 provocó una [disminución de 12 años en la esperanza de vida en los Estados Unidos](#) entre 1917 y 1918 (figura). Queríamos entender qué impacto podrían tener estas muertes en exceso hasta la fecha en una de las herramientas clave que la ciudad usa para medir la salud de sus ciudadanos: la esperanza de vida. Mediante los datos informados por el [Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York](#) hasta el 14 de mayo de 2020, estimamos que el exceso de muertes hasta la fecha en esta primera ola de la pandemia de COVID-19 probablemente causó una disminución de cinco años en la esperanza de vida. Esto debe verse como una estimación preliminar de la escala potencial del impacto, ya que habrá más muertes por COVID-19. Nuestros métodos fueron simples y la cantidad limitada de datos disponibles al público nos obligó a hacer muchas suposiciones. Se necesita un análisis metodológicamente más riguroso y completo.

Figura: Disminución de la esperanza de vida en los Estados Unidos por la pandemia gripal de 1918



Fuente: [Noymer, A.; Garenne, M. The 1918 Influenza Epidemic's Effects on Sex Differentials in Mortality in the United States \(Efectos de la pandemia gripal de 1918 en las diferencias en mortalidad entre hombres y mujeres en los Estados Unidos\). Popul Dev Rev. 2000. 26 \(3\): 565 – 581.](#)

## Temas en profundidad

### La COVID-19 y la contaminación superficial

**Mensaje principal:** el virus que causa la COVID-19 puede persistir fuera del cuerpo y permanecer en algunas superficies contaminadas por más tiempo que en otras. La descontaminación periódica de las superficies de los lugares donde viven o reciben cuidados los pacientes, así como de las áreas públicas de alto tráfico, podría reducir la transmisión desde estos sitios.

Al igual que otros virus respiratorios, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) se transmite mediante gotículas respiratorias expulsadas cuando una persona infectada estornuda, tose, habla o respira. Cuando estas gotículas caen sobre una superficie, el virus detectable puede persistir durante horas o incluso días. Es casi una certeza que algunos casos se producen cuando otras personas entran en contacto con estas superficies infectadas. En un [experimento de laboratorio](#), se comparó cuánto tiempo duró una cantidad conocida de SARS-CoV-2 tras su aplicación en cuatro superficies diferentes. Después de 72 horas, se detectó una pequeña cantidad de virus vivo en plástico, acero inoxidable, cobre y cartón, pero esa cantidad disminuyó con el tiempo, especialmente en cobre y cartón. [En un estudio comparable](#) que se llevó a cabo durante un máximo de siete días, el virus persistió sobre superficies, guantes médicos y máscaras quirúrgicas, pero se inactivó rápidamente (a partir de tan solo una hora) sobre el papel o la ropa, a temperatura ambiente. [Otros coronavirus humanos](#) pueden permanecer activos sobre las superficies ambientales hasta por nueve días, pero se inactivan fácilmente con alcohol, lejía o peróxido de hidrógeno. El tiempo que un virus permanece activo en el ambiente también se acorta cuando la temperatura ambiente es superior a 30 °C.

Es más difícil saber qué nos dicen estos estudios experimentales sobre la transmisión natural durante la pandemia actual. Se puede encontrar material viral y virus vivo en áreas donde se ha atendido a pacientes con COVID-19, especialmente en superficies de alto contacto, como picaportes y pasamanos, teclados de computadora y *mouse*, inodoros, pisos y botes de basura, incluso en equipos de protección personal y puestos de desinfección de manos. En la mayoría de las investigaciones de los grupos de COVID-19, incluidos los eventos de supertransmisión, casi todos los casos secundarios han tenido un contacto interpersonal extenso con otro paciente y podrían haberse infectado fácilmente mediante la inhalación de gotículas o el contacto con superficies contaminadas. Unas pocas cadenas de transmisión parecen indicar que las personas se contagiaron tras [tocar elementos](#) o [usar un asiento](#) después de que lo hiciera una persona infectada, sin que se comprobara contacto interpersonal alguno. Aunque la proporción de transmisión del SARS-CoV-2 que se produce a través del contacto con la superficie puede ser considerablemente menor que la proporción que se produce a través del contacto respiratorio, es poco probable que el riesgo sea insignificante. Por lo tanto, para reducir la transmisión de la COVID-19, es muy recomendable que se tomen las precauciones debidas, como lavarse las manos con frecuencia y descontaminar las superficies en entornos de atención médica, los hogares y espacios públicos.

## El panorama cambiante de los diagnósticos de la COVID-19

**Mensaje principal:** el rápido desarrollo de las pruebas de diagnóstico para el SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19, ha planteado preguntas importantes sobre qué pruebas deben usarse en qué circunstancias y cuánto se puede confiar en los resultados. Los cambios recientes en la orientación de expertos sobre las pruebas de diagnóstico no son uniformes y pueden reflejar evoluciones simultáneas rápidas de investigación y desarrollo, conocimiento científico y limitaciones logísticas.

Las diferentes modalidades de prueba pueden detectar objetivos distintos (por ejemplo, el patógeno en sí mismo frente a la respuesta inmunitaria al patógeno). Las pruebas pueden requerir muestras que deben obtenerse de forma invasiva (como las muestras de sangre) o que requieren de tecnología sofisticada para su procesamiento, lo que puede influir en dónde se puede realizar una prueba, cuánto tiempo lleva obtener los resultados y cuánto cuesta. Los parámetros fundamentales de cualquier prueba son sus propiedades discriminatorias, incluida la sensibilidad (la probabilidad de obtener un resultado positivo en una persona que tiene la enfermedad) y la especificidad (la probabilidad de obtener un resultado negativo en una persona que no tiene la enfermedad). Estas influyen en la capacidad de una prueba para distinguir a los que tienen la enfermedad de los que no. Una prueba con baja sensibilidad puede no detectar la enfermedad y, por lo tanto, puede producir un resultado negativo falso. Las propiedades discriminatorias de una prueba pueden verse afectadas por muchos factores, incluidos el tipo de muestra (por ejemplo, esputo o saliva) y la calidad de la obtención de la muestra. Los cambios recientes en el panorama de los diagnósticos de la COVID-19 en los Estados Unidos pueden considerarse a través de tres perspectivas: 1) el tipo de prueba, 2) el lugar de obtención de la muestra y 3) el tipo de muestra.

**1. El tipo de prueba:** el 8 de mayo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (US Food and Drug Administration, FDA) emitió su primera [autorización de uso de emergencia \(emergency use authorization, EAU\) para una prueba de antígeno de COVID-19](#). Las pruebas de antígeno son una modalidad de prueba diferente a las pruebas moleculares autorizadas anteriormente, que detectan el material genético del SARS-CoV-2, y las pruebas de anticuerpos, que detectan una respuesta inmunitaria al SARS-CoV-2. Los antígenos son sustancias a las que el sistema inmunitario puede reaccionar; las pruebas de antígeno para detección del SARS-CoV-2 están diseñadas para detectar proteínas virales. Las pruebas de antígeno, al igual que las pruebas moleculares, permiten identificar mejor las infecciones agudas porque detectan partes del patógeno. Las pruebas de antígeno pueden ser más simples, más económicas y más rápidas; la prueba de antígeno del SARS-CoV-2 autorizada por la FDA se puede procesar en 15 minutos. Sin embargo, muchas pruebas de antígeno tienen baja sensibilidad, es decir, informan resultados negativos en algunas personas que tienen la infección. Las [pruebas rápidas de diagnóstico de la gripe \(rapid influenza diagnostic tests, RIDT\)](#), que pueden detectar antígenos de la gripe en 10 o 15 minutos con alta especificidad, pero solo con sensibilidad moderada, pueden servirnos de enseñanza. Así, [la orientación de expertos sobre el uso de las RIDT](#) hace hincapié en que las decisiones de tratamiento no se basen únicamente en los resultados negativos de las RIDT. En 2017, se emitieron nuevas pautas que [elevaron los estándares de sensibilidad de diagnóstico de las RIDT para obtener la aprobación de la FDA](#), dadas las preocupaciones sobre los riesgos que los resultados negativos falsos de las RIDT pueden representar para los pacientes y la salud pública. De hecho, para la prueba de antígeno del SARS-CoV-2 recientemente autorizada, la FDA declara que “los resultados negativos deben tratarse como pendientes de confirmación, y confirmarse mediante un ensayo molecular”. La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\) actualmente no recomienda el uso de pruebas de antígeno](#) para diagnosticar la COVID-19. Aunque las pruebas de antígeno son atractivas para las iniciativas de control de la COVID-19 porque se pueden hacer con facilidad y ejecutar y aumentar rápidamente, es fundamental determinar su precisión diagnóstica. Las pruebas de antígeno pueden

usarse principalmente para “confirmar” una infección; una prueba negativa no puede descartar una infección. Esto puede ser útil en muchos ámbitos.

**2. El lugar de obtención de la muestra:** los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de los Estados Unidos han eliminado recientemente una [preferencia establecida por los hisopados nasofaríngeos para diagnosticar COVID-19](#) y respaldan el uso de dos lugares de obtención de muestras: la nasofaringe (o la parte posterior de la cavidad nasal sobre el paladar blando) y la orofaringe (o la garganta). Esto contradice las [recomendaciones de la FDA](#) de que se usen muestras de la orofaringe solo si no se puede tomar una muestra de la nasofaringe. A diferencia de ambas organizaciones, la [OMS recomienda](#) que las muestras de la orofaringe se usen en combinación con las muestras de la nasofaringe. [No existen datos sólidos que respalden la obtención de muestras de la orofaringe para diagnosticar COVID-19](#). En dos estudios sin revisión científica externa, se han comparado las tasas de detección viral entre muestras de nasofaringe y orofaringe. Estos estudios no fueron diseñados para sacar conclusiones definitivas sobre la capacidad discriminadora de las pruebas que utilizan muestras de diferentes lugares. En [un estudio](#), no se observaron diferencias discernibles en la carga viral o la tasa de detección al comparar los resultados de nasofaringe y orofaringe, y en [el otro estudio](#), se observó que las pruebas con hisopados de la orofaringe detectaron el SARS-CoV-2 con menos frecuencia que las pruebas con hisopados de la nasofaringe, especialmente más tarde en el curso de la enfermedad. El rendimiento de las pruebas que usan muestras de la orofaringe en comparación con muestras de la nasofaringe se ha evaluado para otros virus respiratorios: en [un estudio a gran escala de más de 2000 muestras de orofaringe/nasofaringe emparejadas](#), se encontró que ninguno de los tipos de muestra funcionó uniformemente mejor para todos los virus; en otro estudio, se observó que [el muestreo de la orofaringe era menos sensible que el de la nasofaringe](#) para detectar virus de la gripe, coronavirus y rinovirus. Las diferencias en las tasas de detección viral pueden depender de la afinidad viral por diferentes partes del aparato respiratorio. Si la obtención de muestras es difícil para un trabajador de la salud o incómoda para un paciente, se pueden obtener muestras de menor calidad. Aunque se necesitan más estudios sobre la preferencia del lugar de la muestra para diagnosticar COVID-19, esta pandemia puede justificar la consideración de problemas que normalmente no influirían en las recomendaciones para realizar pruebas. Por ejemplo, se requieren [elementos específicos, que pueden escasear](#), para obtener y procesar diferentes tipos de muestras, y tal vez sea razonable realizar pruebas que no sean óptimas si la alternativa es no realizar ninguna prueba. Las diferencias en la orientación de expertos pueden reflejar consideraciones tanto científicas como prácticas.

**3. El tipo de muestra:** la [FDA recientemente otorgó una autorización de uso de emergencia \(EUA\) para una prueba de saliva de SARS-CoV-2](#). El SARS-CoV-2 puede estar presente en [una variedad de fluidos corporales](#), pero las pruebas para detectar la COVID-19, así como otras enfermedades respiratorias, se han centrado principalmente en muestras del aparato respiratorio. Las muestras que pueden obtenerse con una carga mínima para el paciente son potencialmente valiosas por varias razones, que incluyen reducir el riesgo que representan para los trabajadores de la salud los [métodos de obtención invasivos](#) y permitirles a los pacientes obtener sus propias muestras. De hecho, aunque la prueba salival de COVID-19 recientemente autorizada se realiza en un laboratorio, la muestra se puede recoger en casa. Hay pocos datos que respalden el uso de pruebas salivales para diagnosticar la COVID-19. En un estudio, [las muestras salivales de 25 pacientes con COVID-19 dieron positivo por SARS-CoV-2](#). En un [estudio sin revisión científica externa](#) que incluyó pruebas moleculares para detectar SARS-CoV-2 en 38 pares de muestras salivales o de nasofaringe de pacientes hospitalizados con COVID-19, se observó virus en la saliva, pero no en muestras de nasofaringe, de ocho pares de muestras (21 %), aunque el virus fue detectado en nasofaringe, pero no en muestras salivales, en tres muestras emparejadas (8 %). Al igual que los estudios sobre muestreo de nasofaringe en comparación con orofaringe, este estudio no fue

diseñado para obtener conclusiones definitivas sobre la capacidad discriminatoria de la prueba salival, y los resultados pueden no ser generalizables a otras poblaciones de pacientes. En este momento, ni los CDC ni la OMS respaldan las pruebas salivales para el diagnóstico de COVID-19.

## **Certificados de inmunidad de COVID-19**

**Mensaje principal:** la falta de conocimiento básico en torno a la respuesta inmunológica humana al SARS-CoV-2 debe impedir que los gobiernos y otras instituciones implementen programas de pasaportes de inmunidad. Debido a la escasez de evidencia científica sobre la protección que brindan las respuestas inmunitarias de anticuerpos contra la COVID-19, [la orientación de expertos no recomienda los pasaportes de inmunidad](#), por estas y otras razones. Cualquier programa potencial de pasaportes de inmunidad también necesitaría abordar una variedad de asuntos legales y éticos.

Varios gobiernos han analizado la emisión de “pasaportes de inmunidad” o certificaciones gubernamentales que acrediten que los portadores tienen inmunidad contra el SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19. Un uso previsto de los pasaportes de inmunidad sería eximir a los portadores de restricciones que pretenden mitigar la propagación de la epidemia. Sin embargo, actualmente no hay evidencia científica suficiente para respaldar las afirmaciones de protección contra la COVID-19 basadas en pruebas de anticuerpos. Incluso si nuestra comprensión de la inmunidad al SARS-CoV-2 progresa hasta el punto en que las pruebas de anticuerpos podrían predecir de manera confiable la protección contra la COVID-19, [todo programa de pasaporte de inmunidad aún necesitaría superar varios asuntos legales y éticos](#). Si bien hacemos referencia a programas de pasaportes respaldados por el gobierno para enmarcar este debate, las preguntas científicas, éticas y legales que se plantean aquí son relevantes para otras aplicaciones potenciales de los resultados de las pruebas de anticuerpos, como las restricciones laborales de los empleados de los hospitales o la agrupación de residentes de centros de enfermería según sus anticuerpos.

El sistema inmunitario humano incluye una gama altamente compleja de órganos, células y proteínas. Algunas de estas proteínas son anticuerpos, que son producidos por las células inmunitarias para combatir infecciones y prevenir la reinfección. Es posible que los anticuerpos producidos en respuesta a la COVID-19 puedan ayudar a la recuperación de la COVID-19 y luego se reactiven, y prevenir potencialmente la reinfección o reducir la gravedad de una segunda infección.

[Son varias las incógnitas científicas importantes que deben limitar la implementación de cualquier programa de pasaportes de inmunidad](#). En primer lugar, se desconoce en qué medida la presencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 predice la protección contra la COVID-19. [Algunos pacientes recuperados de COVID-19 han dado negativo en las pruebas de anticuerpos](#), aunque se desconocen las características de rendimiento de las pruebas utilizadas. Diferentes personas pueden producir [cantidades diversas de varios tipos de anticuerpos aislados](#) en respuesta al mismo patógeno, y las correlaciones entre la inmunidad al SARS-CoV-2 y el tipo y grado de la respuesta de anticuerpos no se han determinado correctamente. En segundo lugar, existe [incertidumbre acerca de cuánto dura la inmunidad al SARS-CoV-2](#), y se necesitará tiempo para determinar la duración de la protección inmunitaria. Aunque existen datos sobre la respuesta inmunitaria humana a otros virus respiratorios, la extrapolación de otros patógenos al SARS-CoV-2 resulta problemática. Además, sería necesario determinar el grado de protección deseada y los indicadores de ese grado de protección. ¿Deberían los anticuerpos proteger completamente contra la reinfección o simplemente prevenir una forma grave de la enfermedad? Sabemos por [otros coronavirus humanos que los anticuerpos pueden no brindar una protección completa contra la reinfección, pero pueden reducir su gravedad](#). Tales personas

reinfectadas, con COVID-19 leve o asintomática, aún pueden transmitir el virus. Por último, hay [preguntas en torno a la precisión de las pruebas de anticuerpos](#). Los resultados inexactos que conducen a la exención de las medidas de salud pública y seguridad podrían generar e impulsar nuevos brotes.

Podría llevar años lograr una comprensión completa de la inmunidad humana al SARS-CoV-2. Incluso si nuestra comprensión científica de la inmunidad al SARS-CoV-2 avanzara de manera considerable, sería necesario un estudio adicional de las repercusiones conductuales, económicas, legales y éticas de introducir una política basada en la inmunidad. Podría haber muchos problemas, como incentivos perversos, mensajes confusos de comunicación de riesgos, violaciones de la privacidad del paciente, desvío de recursos, certificados fraudulentos, y generación y perpetuación de desigualdades, entre otros.

## Artículos

[Preliminary Estimate of Excess Mortality During the COVID-19 Outbreak – New York City, March 11 – May 2, 2020](#) (Estimación preliminar del exceso de mortalidad durante el brote de la COVID-19 en la ciudad de Nueva York del 11 de marzo al 2 de mayo de 2020)  
(MMWR, lanzamiento anticipado, 11 de mayo de 2020)

**Mensaje principal:** contar solo las muertes confirmadas y probables por COVID-19 probablemente subestimó la verdadera mortalidad atribuible a la pandemia. Al observar las muertes por cualquier causa y utilizar datos para calcular la mortalidad prevista durante el momento del pico de la pandemia en la ciudad de Nueva York, los autores determinaron que hubo 5 293 muertes en exceso durante un período de 53 días, además de las muertes entre los casos de COVID-19. Estos casos podrían atribuirse directa o indirectamente a la pandemia de la COVID-19.

- Mediante el sistema electrónico de informes de estadísticas vitales de la ciudad de Nueva York, los autores compararon la mortalidad inicial estacional prevista con la mortalidad real medida desde el 11 de marzo hasta el 2 de mayo de 2020.
- Del total de 32 107 muertes comunicadas durante este período, se encontró que 24 172 excedían la mortalidad prevista si la pandemia no hubiera ocurrido. Las 13 831 muertes confirmadas y las 5048 probables por la COVID-19 dejan 5293 muertes en exceso. Esto puede deberse a pruebas negativas falsas de SARS-CoV-2 o a la falta de disponibilidad para atender afecciones de rutina.
- Este informe es limitado porque no puede establecer una relación causal entre la pandemia y el exceso de muertes no contabilizadas, sino que establece una asociación temporal.

[Identification and Monitoring of International Travelers During the Initial Phase of an Outbreak of COVID-19 – California, February 3 – March 17, 2020](#) (Identificación y control de viajeros internacionales durante la fase inicial de un brote de COVID-19. California, del 3 de febrero al 17 de marzo de 2020)  
(MMWR, lanzamiento anticipado, 11 de mayo de 2020)

**Mensaje principal:** a pesar de redirigir importantes recursos para evaluar a miles de viajeros tras su ingreso a los EE. UU. y proporcionar información a las jurisdicciones de salud locales para su seguimiento, solo tres viajeros que llegaron a California fueron relacionados con casos de COVID-19 informados al Departamento de Salud del estado. La información limitada recopilada durante el examen y los errores en la información obtenida redujeron el rendimiento de este esfuerzo.

- El Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, CPDH) recibió información de 11 574 viajeros internacionales a 51 de 61 jurisdicciones de salud locales.

El personal del CPDH revisó estos registros para verificar su integridad y detectar errores antes de pasarlos a los departamentos de salud locales a los fines de seguimiento, entrevistas, cuarentena e instrucciones de autocontrol.

- El personal del CPDH contribuyó con 1694 horas de tiempo del personal con una proporción significativa fuera del horario de trabajo habitual para realizar esta revisión y transmisión de información. Los errores más comunes en la información recopilada incluyeron la falta de un número de teléfono correcto en los Estados Unidos, que ocurrió en el 75 % de los 1523 registros con errores, y la duplicación de registros.
- Las limitaciones incluyeron la incapacidad de realizar pruebas de detección para capturar casos asintomáticos. La transmisión comunitaria documentada y la necesidad de estrategias de mitigación redujeron el impacto potencial de examinar a los viajeros y los esfuerzos dirigidos a la contención.

[An Outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: An observational cohort study](#) (Brote de enfermedad grave similar a Kawasaki en el epicentro italiano de la epidemia de SARS-CoV-2: estudio observacional de cohortes)  
(Lancet, 13 de mayo de 2020)

**Mensaje principal:** en el período de dos meses de la epidemia del SARS-CoV-2, la provincia italiana de Bérgamo experimentó un aumento 30 veces mayor en la incidencia de pacientes que acudieron a consulta con afección similar al síndrome de Kawasaki en los 62 meses anteriores. Los casos recientes fueron los más graves y afectaron a niños de mayor edad. En la mayoría de los pacientes que acudieron a consulta después del inicio de la epidemia, se observó la presencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Este estudio se suma a una creciente evidencia de que el SARS-CoV-2 está asociado a un síndrome grave similar al de Kawasaki en niños.

- Al examinar de manera retrospectiva las historias clínicas de pacientes ingresados en un hospital pediátrico del 1.º de enero de 2015 al 20 de abril de 2020, los investigadores pudieron comparar la incidencia de la enfermedad de Kawasaki antes y después del inicio de la epidemia del SARS-CoV-2.
- En los cinco años anteriores a la epidemia del SARS-CoV-2 en Italia, se identificaron 19 casos de enfermedad de Kawasaki, en comparación con 10 casos después del inicio, lo que da un aumento en la tasa de incidencia de 0.3 casos por mes antes de la pandemia a 10 casos por mes después del comienzo de la pandemia de COVID-19. La edad promedio de los pacientes fue más alta que antes de la pandemia (7.5 años frente a 3 años), al igual que la proporción con *shock* como parte del cuadro clínico (50 % frente a 0 %). Entre los diagnosticados después del inicio de la epidemia, 8 de cada 10 tenían anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Todos los pacientes de esta serie se recuperaron.
- Los autores reconocen que los pacientes recientes representan una pequeña serie de casos, pero enfatizan el fuerte vínculo con el SARS-CoV-2 y la enfermedad más grave similar a Kawasaki.

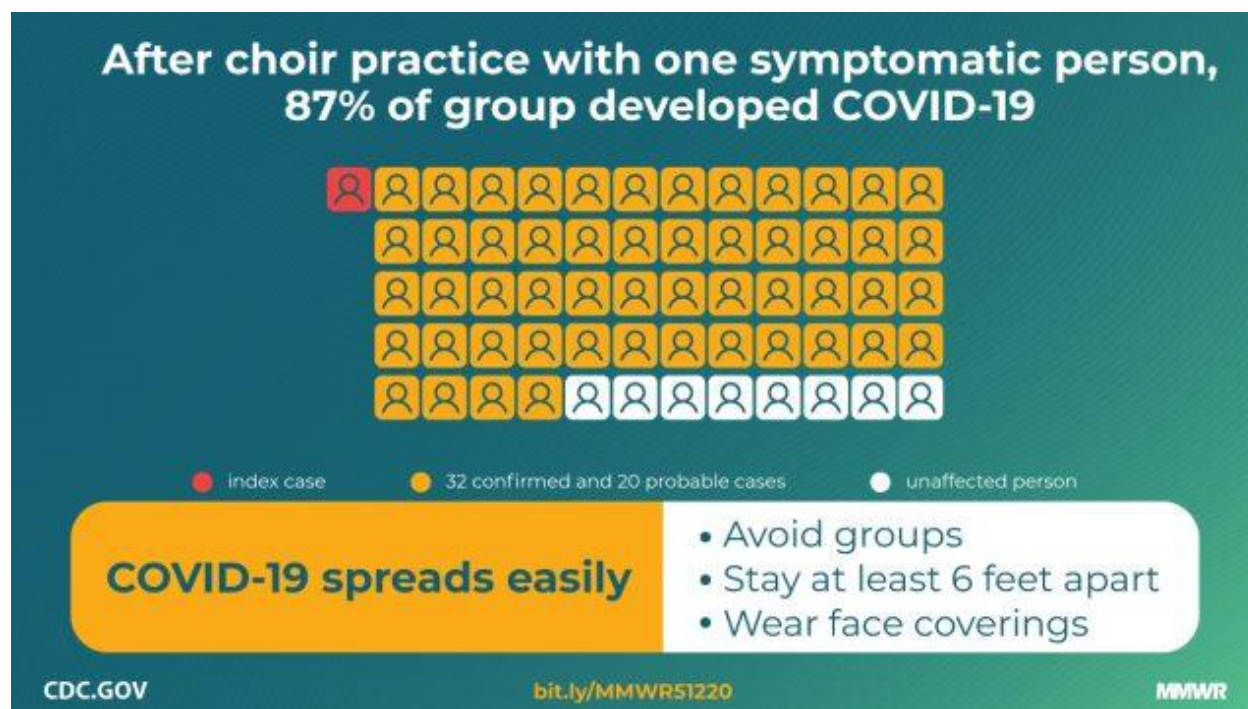
[High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice – Skagit County, Washington, March 2020](#) (Alta tasa de transmisión de SARS-CoV-2 tras exposición en el ensayo de un coro. Condado de Skagit, Washington, marzo de 2020)  
(MMWR, lanzamiento anticipado, 12 de mayo de 2020)

**Mensaje principal:** el aumento en la transmisión a partir del ensayo de canto de un coro que dio lugar a 52 casos secundarios, de los cuales dos murieron, resalta el potencial de los eventos de



supertransmisión desde una fuente puntual y reitera la importancia continua de evitar reuniones de grupos grandes y la necesidad de distanciamiento físico y otras medidas de mitigación.

- Los autores describen un evento de supertransmisión en dos ensayos de un coro a los que asistieron 122 miembros. Un caso inicial probable presentó síntomas el 7 de marzo. Todos los miembros del coro fueron entrevistados para establecer una posible exposición al caso inicial en los ensayos del coro que tuvieron lugar el 3 y el 10 de marzo, y se evaluaron para detectar síntomas de la COVID-19.
- Se identificó un grupo de 52 casos secundarios, que arrojó una tasa de transmisión general del 53 % entre los casos confirmados y del 87 % cuando se incluyen casos probables.
- La imposibilidad de obtener la disposición real de los asientos limita el análisis posterior de la proximidad de los casos secundarios al caso inicial. Una parte correspondía a casos probables, que no se sometieron a pruebas confirmatorias.



**Cita sugerida:** Cash-Goldwasser, S.; Kardooni, S.; Kachur, S. P.; Cobb, L.; Bradford, E.; Meshnick, A.; Schwid, A. y Shahpar, C. Weekly COVID-19 Science Review 9-15 May 2020. Resolve to Save Lives. 19 de mayo de 2020. Disponible en <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>