

COVID-19

Revisión científica semanal

13 al 19 de junio 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. Es una revisión de temas y artículos importantes, no una guía para la implementación de políticas o programas. Los hallazgos recopilados están sujetos a cambios a medida que se disponga de nueva información. Recibimos sus comentarios y sugerencias en covid19-eiu@vitalstrategies.org.

Más información sobre los datos: Tendencias de la COVID-19 en Estados Unidos

En una [sección anterior de "Más información sobre los datos"](#), destacamos indicadores clave para controlar a medida que los estados de Estados Unidos comenzaban a reabrir sus economías, y reducían las medidas sociales y de salud pública (PHSM). El control continuo y las frecuentes evaluaciones periódicas de los indicadores clave permiten formular políticas basadas en datos y basadas en datos en los esfuerzos por proteger a los residentes y reanudar la actividad social y económica durante la pandemia en curso. La necesidad de relajar y reforzar las restricciones puede ser una realidad en todo el mundo en los próximos meses. La respuesta a la pandemia de la COVID-19 es más eficaz cuando los factores de salud pública y económicos se consideran en conjunto entre sí, lo que salva vidas y medios de subsistencia.

La pandemia ha afectado a todos los Estados Unidos, pero su impacto ha sido diferente en carácter y magnitud de una ciudad, estado o condado a otro. La sección anterior de "Más información sobre los datos" sobre el resurgimiento se centró en lo que podemos aprender al controlar las tendencias en la movilidad, la vigilancia de los signos y de los síntomas típicos de la COVID-19 (vigilancia sindrómica), el recuento de casos, las hospitalizaciones y las muertes en el contexto más amplio de mayor capacidad de pruebas y el ajuste de PHSM. Normalmente esperamos ver un aumento en la movilidad y en los casos antes de los aumentos en las hospitalizaciones y las muertes, dado el tiempo de retraso que es

inherente a la progresión de la exposición y la infección a la enfermedad, y la muerte. Este retraso entre la exposición y la muerte informada puede ser de hasta cuatro semanas. En esa sección "Más información sobre los datos", examinamos cinco estados de Estados Unidos diferentes características geográficas y epidemiológicas y observamos específicamente lo que muestran los indicadores de la COVID-19 desde que los estados tomaron medidas para reabrir sus economías.

Selección de los estados en los Estados Unidos y de las tendencias indicadoras desde que se relajaron las PHSM

Estado	Comenzó a relajar las PHSM	Movilidad	Sindrómico	Nuevos casos	Prueba	Pruebas positivas	Hospitalizaciones	Muerte
Arizona	15 de mayo	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔
California	8 de mayo	↑	N/C	↑	↑	↓	↔	↔
Maryland	15 de mayo	↑	N/C	↓	↑	↓	↓	↓
Oregón	15 de mayo	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↔
Texas	1 de mayo	↑	N/C	↑	↑	↑	↑	↑

Para ver la sección completa de "Más información sobre los datos" con detalles de los cinco estados examinados, visite [aquí](#).

Temas en profundidad

Actualización sobre los cubrebocas

Mensaje principal: Las recomendaciones sobre la importancia de los cubrebocas para proteger contra el virus que causa la COVID-19 han variado de un lugar a otro y con el tiempo. A medida que se ha desarrollado la pandemia, los conocimientos sobre el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 y las preocupaciones sobre la disponibilidad de equipos de protección personal han aumentado y han dado forma a las actitudes de los expertos en la materia y del público. A medida que las comunidades se reabren, los cubrebocas son cada vez más importantes para reducir el riesgo de la COVID-19.

Desde que [se identificó el SARS-CoV-2](#), se ha acumulado información sobre cómo se transmite el virus y cómo protegerse contra él. Aun así, muchas preguntas clave aún no se han respondido de manera completa. A medida que la pandemia se propaga rápidamente con efectos devastadores, los funcionarios de salud pública se han visto obligados a formular recomendaciones ante el conocimiento incompleto y cambiante. A veces esto ha dado lugar a la comunicación de riesgos y políticas cambiantes, incluso conflictivas. La orientación sobre el uso de cubrebocas en la población en general ha variado con el tiempo y de un lugar a otro, tal vez más que para otras medidas sociales y de salud pública. Ocasionalmente, las pautas mundiales y nacionales sobre el uso de cubrebocas en la población general ha estado en desacuerdo. En algunos casos, las políticas han cambiado en cuestión de semanas, o parecían revertir posiciones anteriores.

Al principio de la pandemia, muchos expertos en la materia esperaban que la transmisión del SARS-CoV-2 fuera similar a otros virus respiratorios comunes. [Cuando se describió por primera vez la transmisión comunitaria](#), los datos sugirieron que las personas en contacto cercano con pacientes de casos sintomáticos podrían contraer la infección inhalando partículas infectadas o tocando superficies contaminadas. La mayoría de las autoridades de salud pública recomendaron el distanciamiento físico generalizado, las limitaciones a las reuniones masivas, la higiene para la tos, el lavado de manos y evitar tocarse la cara. Pocos aconsejaron al público en general que se utilizara tapabocas, excepto en entornos donde las prácticas culturales ya favorecían el uso de mascarillas. Se recomendaron mascarillas como equipo de protección personal para los trabajadores de la salud y los socorristas, para las personas con síntomas y para las personas que atienden a los pacientes con COVID-19 en el hogar. También fue [una prioridad asegurar que hubiera suficientes mascarillas disponibles para estos grupos y se puede haber moderado el entusiasmo](#) por recomendar un uso más generalizado, especialmente mientras los suministros eran escasos. Esa no era la única preocupación. Hasta principios de este mes, la [Organización Mundial de la Salud advirtió](#) que no se había demostrado que el uso universal de mascarillas protegiera a las personas sanas de infectarse con COVID-19 y podría llevar a las personas a tocarse la cara con más frecuencia o a interrumpir otras medidas, como el distanciamiento físico.

Con el tiempo, más [pruebas demostraron la facilidad con la que podría transmitirse la COVID-19](#). Los estudios epidemiológicos y de laboratorio demostraron que la carga viral es más alta temprano en la enfermedad y antes del inicio de los síntomas, que las partículas virales podrían permanecer infecciosas después de suspenderse en el aire, e indicaron que las personas que estaban infectadas con el virus contribuyeron a la transmisión, incluso mientras no presentaban síntomas. Algunos observadores sugirieron que el uso comunitario generalizado de [tapabocas podría haber contribuido](#) a la capacidad de algunos países y zonas, como la República de Corea, Taiwán y Hong Kong, para mitigar el impacto de sus epidemias de COVID-19. A principios de abril, [los funcionarios estadounidenses comenzaron a recomendar cubrebocas](#) para el público en general, y algunas jurisdicciones se ordenaron. En una revisión publicada recientemente, [las tasas de casos de COVID-19 crecieron más lentamente en 15 estados](#) y en el Distrito de Columbia que habían ordenado el uso universal de cubrebocas del público antes del 1 de abril de 2020. Los autores estiman que estas medidas pueden haber evitado 230,000 a 450,000 casos de COVID-19 antes del 22 de mayo.

Las recomendaciones pueden abordar tres tipos de tapabocas. [Los respiradores \(incluidos N95 y KN95\) y las mascarillas de procedimientos médicos](#), también llamadas barbijos quirúrgicos, se fabrican con materiales no tejidos según especificaciones precisas [y se recomiendan específicamente para los trabajadores de la salud](#). Existe evidencia de simulaciones de laboratorio y [estudios de ensayos controlados](#) que demuestran que estos tipos de cubrebocas pueden contribuir a reducir la infección de virus respiratorios y otros patógenos en entornos de atención de la salud si los trabajadores sanitarios los utilizan de manera adecuada y consistente. Los cubrebocas de tela, que pueden incluir barreras comerciales, cosidas en el hogar o improvisadas, también se han recomendado para la población en general. Estos son más asequibles y accesibles que las mascarillas y los barbijos de procedimientos médicos, que deben priorizarse para entornos específicos de alto riesgo, como la atención de la salud. Los cubrebocas de tela no cumplen con los mismos estándares requeridos para las mascarillas y los barbijos de procedimientos médicos, y [no son tan efectivos como los barbijos quirúrgicos en estudios con trabajadores de la salud](#). Además, [los cubrebocas de tela](#) se han asociado con un mayor riesgo de infección debido a la retención de humedad, la reutilización de las máscaras de tela y la mala filtración pueden causar un mayor riesgo de infección. Existe evidencia de que cuando los pacientes enfermos usaban mascarillas, incluidos los cubrebocas de tela, [tenían menos probabilidades de infectar a las personas sanas](#) con las que tenían contacto. Si se usan por una gran parte de la población en general y

se combinan con otras medidas sociales y de salud pública, los cubrebocas pueden reducir la incidencia de otras infecciones respiratorias en una comunidad, especialmente cuando se despliegan temprano en un brote o temporada de transmisión. Anteriormente [cubrimos en nuestra Revisión científica semanal un metaanálisis de datos de 172 estudios observacionales](#) que concluyeron que los cubrebocas podrían tener un gran impacto específicamente en la reducción de la COVID-19 y de los virus relacionados que causan SARS y MERS (aOR = 0.15). En un modelo matemático reciente, los investigadores demuestran que [incluso los cubrebocas imperfectamente efectivos \(que bloquean solo el 20% de la transmisión\) podrían ser de gran valor](#) para reducir la carga de COVID-19, cuando se utilizan consistentemente por una proporción suficientemente alta de personas y se combinan con otras medidas, incluido el distanciamiento físico.

La mayoría de las revisiones sistemáticas que examinaron la efectividad de las máscaras faciales incluyen una combinación de estudios, incluidos muchos que no muestran un impacto, y se basan en gran medida en datos de baja certeza de estudios observacionales y diseños no aleatorizados que incluyeron múltiples intervenciones a la vez. Aun así, la evidencia, la opinión de expertos y la orientación convergen. [La OMS recomienda ahora el uso generalizado de cubrebocas comunitarios](#) como parte de un paquete de medidas sociales y de salud pública, y los CDC recientemente aconsejaron a las personas que utilicen cubrebocas en [sus pautas revisadas para reuniones y eventos masivos](#). Pero algunas personas siguen confundidas y otras pueden haber perdido la confianza en las recomendaciones que parecen haber cambiado con el tiempo. En los Estados Unidos, donde el apoyo público a las estrictas medidas de contención se ha polarizado cada vez más, el cubrebocas se ha convertido en [un símbolo partidista de apoyo o desafío a las autoridades de salud pública](#). Una resistencia similar ha caracterizado a crisis de salud pública anteriores. Durante la gripe española de 1918, [se formaron ligas anti-cubrebocas](#) en algunas ciudades de Estados Unidos, especialmente San Francisco. A medida que muchas comunidades, estados y países abren y relajan algunas restricciones impuestas para frenar la propagación de la COVID-19, y más y más personas reanudan las actividades fuera del hogar, [el uso de máscaras faciales en público puede ser más importante que nunca](#). [Un estudio reciente de modelos matemáticos](#) concluye que el uso generalizado de cubrebocas y el distanciamiento físico serán clave para reabrir la actividad económica y limitar la necesidad de futuros bloqueos. Dada esa perspectiva, hay una buena razón para recuperar los cubrebocas como un símbolo de liberación, y alentar a todos a observar las [3 acciones clave para lograr una reapertura más segura](#): usar cubrebocas, lavarse las manos (o usar desinfectante para manos) y respetar el distanciamiento.

Transmisión fecal de la COVID-19

Mensaje principal: Se ha encontrado SARS-CoV-2 en las heces y es posible que esto pueda representar un riesgo de infección. La detección en aguas residuales y cloacales podría ser útil para la identificación temprana de los brotes de COVID-19 en una comunidad.

El virus que causa la COVID-19, SARS-CoV-2, se considera un virus respiratorio porque generalmente infecta el tracto respiratorio, incluidas las vías respiratorias o los pulmones, y causa síntomas respiratorios. El SARS-CoV-2 también puede infectar células en otras partes del cuerpo, al igual que otros virus respiratorios. El SARS-CoV-2 ingresa a las células huésped a través de un receptor celular llamado enzima convertidora de angiotensina II (ACE2). Este receptor se [encuentra en las células del tracto respiratorio, así como en las células del tracto gastrointestinal](#). Se han notificado ampliamente síntomas gastrointestinales entre pacientes con COVID-19. En una [revisión sobre la incidencia de síntomas gastrointestinales entre pacientes con COVID-19](#), de más de 4.000 pacientes incluidos en el análisis, el 7,4% notificó diarrea y el 4,6% notificó náuseas o vómitos. En una [revisión que agrupó los](#)

[resultados de las pruebas de heces para el material genético del SARS-CoV-2](#) (ácido ribonucleico o ARN), 291 (53,9%) de 540 pacientes con COVID-19 dieron positivo. Las razones para realizar las pruebas de heces no siempre se especificaron; es posible que una proporción relativamente alta de pacientes probados tuviera síntomas gastrointestinales y los resultados pueden no ser típicos de todas las infecciones. En la misma revisión, 125 (62,8%) de 199 pacientes que se sometieron a pruebas de heces en serie mostraron desprendimiento persistente de partículas virales en las heces después de una muestra respiratoria negativa, y la duración del desprendimiento viral de las heces después de que las muestras respiratorias se volvieran negativas varió de 1 a 33 días.

Por lo tanto, es razonable preguntar si las heces representan un riesgo infeccioso. Hay varias rutas de transmisión teóricamente posibles. Una es la vía fecal-oral, en la que se ingieren las heces (por ejemplo, el consumo de alimentos contaminados) y las células en el tracto gastrointestinal sirven como punto de entrada viral. Otra posibilidad es la transmisión a través de fomitas, si alguien toca una superficie contaminada con partículas de heces y luego se toca la nariz o los ojos. Un tercero es la transmisión en el aire, [ya que el enjuague de un retrete puede generar aerosoles](#). Durante el brote de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) de 2003 en Hong Kong, [la aerosolización del agua del retrete puede haber contribuido a la propagación de la enfermedad](#). Para que el SARS-CoV-2 en las heces presente un riesgo de infección en cualquiera de estas circunstancias, el virus vivo, no solo material genético, debe estar presente. Se ha sugerido mediante experimentos que examinan el efecto del líquido colónico humano simulado sobre la viabilidad viral que [es poco probable que el SARS-CoV-2 vertido en las heces sea capaz de causar infección](#). Sin embargo, los estudios han demostrado que el virus vivo se puede detectar en las heces de los pacientes con COVID-19, aunque en una minoría de las muestras evaluadas. En un estudio, [se aisló SARS-CoV-2 vivo de 1 de 4 muestras fecales de un paciente con COVID-19](#). En otro estudio en el que 44 pacientes tenían evidencia de ARN de SARS-CoV-2 en sus heces, [la microscopía electrónica sugirió la presencia de virus vivo en dos muestras de heces](#). En Guangzhou, China, se informó que [el agua contaminada por las heces de un paciente con COVID-19 que se filtró de una tubería de aguas residuales rota era la probable fuente de infección para seis nuevos casos](#).

El vertido fecal del SARS-CoV-2 puede ser útil para los esfuerzos de salud pública para rastrear la propagación de la enfermedad, mediante [el monitoreo de las aguas residuales para detectar el SARS-CoV-2](#). Se ha informado de que [más de 250 instalaciones de tratamiento de aguas residuales en 40 estados y varios otros países](#) están realizando pruebas de aguas residuales para el SARS-CoV-2. La epidemiología basada en las aguas residuales (WBE), como se puede llamar a este tipo de investigación, se ha utilizado con éxito para [proporcionar alerta temprana de brotes](#) de otras enfermedades. En [varias ciudades europeas](#), se ha detectado ARN SARS-CoV-2 en las aguas residuales de las ciudades recogidas antes de que se notifiquen casos locales. La cantidad de material genético SARS-CoV-2 también puede indicar la verdadera propagación de la epidemia y permitir determinar si la incidencia de la enfermedad está aumentando o disminuyendo. Un estudio realizado en París, Francia, mostró que [el aumento de material genético de SARS-CoV-2 en aguas residuales crudas se correlacionó con el aumento de los casos de COVID-19 en humanos](#).

Uso de dexametasona en personas con la enfermedad grave de COVID-19

Mensaje principal: Los investigadores afirman que los resultados preliminares de un ensayo aleatorio en el Reino Unido han demostrado que la dexametasona, un conocido medicamento esteroide, puede reducir las muertes en pacientes con COVID-19 que requieren oxigenoterapia, y se observa mayor efecto en pacientes con respiradores. Se espera que los resultados finales del estudio, que también evaluó otros regímenes de medicamentos, estén pronto.

La Universidad de Oxford emitió un [comunicado de prensa el 16 de junio](#) sobre los hallazgos preliminares de un ensayo clínico aleatorio sobre posibles tratamientos para la COVID-19. Por primera vez desde el inicio de la pandemia de COVID-19, un equipo de investigadores ha identificado un medicamento que puede mejorar la supervivencia en algunos pacientes con COVID-19. El medicamento es dexametasona, un esteroide sintético. Los medicamentos con esteroides se han estudiado ampliamente como tratamientos potenciales para pacientes con enfermedades respiratorias graves. La dexametasona es asequible y está ampliamente disponible, y ha estado en el arsenal de los médicos de todo el mundo. Aunque el estudio, llamado ensayo RECOVERY (Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY), está examinando una serie de otros tratamientos y aún no se ha completado, el componente de dexametasona del estudio se detuvo el 8 de junio cuando un comité de supervisión determinó que se habían recopilado suficientes datos para determinar si la dexametasona tenía o no beneficios.

Los esteroides producidos sintéticamente imitan las hormonas que se producen naturalmente en el cuerpo en las glándulas suprarrenales. Los esteroides ayudan a regular muchos procesos en el cuerpo, y en ciertas dosis, pueden actuar como compuestos antiinflamatorios ya que suprimen el sistema inmunológico del cuerpo. Hay varios tipos de esteroides que se utilizan para diversas condiciones, que van desde el asma hasta el lupus y erupciones cutáneas, pero algunos esteroides han sido de especial interés para los médicos que manejan pacientes críticamente enfermos con sepsis y síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS), una condición respiratoria grave que puede ocurrir en pacientes con COVID-19. Se cree que al contrarrestar una respuesta inmune exagerada que puede ser desencadenada por algunas infecciones y causar una tormenta de daño a los tejidos en el pulmón, los esteroides pueden mejorar los resultados para los pacientes con enfermedad respiratoria grave. El tratamiento con esteroides no está exento de riesgos porque el cuerpo necesita su respuesta inmune para combatir las infecciones. Equilibrar el beneficio que los esteroides pueden ofrecer contra el riesgo de infecciones empeoradas y otras complicaciones puede ser delicado. Aunque los esteroides pueden beneficiar a algunos pacientes con ARDS y a pacientes con ciertos tipos de infecciones respiratorias, existe la preocupación de que los esteroides pueden dañar a los pacientes con COVID-19. Esto se debe en parte a la larga y compleja historia de investigación sobre esteroides para infecciones respiratorias; algunos estudios han demostrado beneficio mientras que otros han demostrado daño. De particular interés son [los estudios en pacientes con otras enfermedades por coronavirus, síndrome respiratorio agudo severo \(SARS\) y síndrome respiratorio de Oriente Medio \(MERS\)](#), que generalmente han demostrado que los esteroides no tienen ningún beneficio o pueden causar daño.

Según el comunicado de prensa sobre el ensayo RECOVERY, más de 11,500 pacientes con COVID-19 se han inscrito en más de 175 hospitales en el Reino Unido. Un total de 2,104 pacientes recibieron dexametasona durante diez días y se compararon con 4.321 pacientes que recibieron atención habitual. Después de un mes, las tasas de mortalidad entre los pacientes que recibieron atención habitual fueron las siguientes: el 41% de los pacientes que requirieron ventilación había muerto, el 25% de los que requirieron oxígeno había muerto y el 13% de los que no requirieron apoyo respiratorio había muerto. La dexametasona redujo las muertes en un tercio en los pacientes ventilados y en un quinto en los pacientes que recibieron oxígeno solamente; no hubo beneficios entre los pacientes que no requirieron apoyo respiratorio. Estos datos sugieren que la dexametasona puede salvar una vida de cada ocho de los pacientes más enfermos tratados. En otros estudios en los que se ha demostrado que los esteroides confieren beneficio, esto se ha observado típicamente en subconjuntos específicos de pacientes. Además, el momento de la administración de esteroides en el curso de la enfermedad puede ser importante. Se espera ansiosamente la publicación completa de los resultados del ensayo.

Artículos

[Vigilancia de casos de enfermedad por coronavirus 2019 - Estados Unidos, 22 de enero al 30 de mayo de 2020](#)

(MMWR, publicación temprana, 15 de junio)

Mensaje principal: Los esfuerzos federales, estatales, locales y territoriales en torno a la vigilancia de la COVID-19 siguen siendo críticos para monitorear la enfermedad y configurar la respuesta. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica siguen siendo las condiciones de salud subyacentes más comunes identificadas en individuos diagnosticados con COVID-19 en los EE. UU. Las personas con afecciones de salud subyacentes tenían 6 veces más probabilidades de ser hospitalizadas y 12 veces más probabilidades de morir en comparación con las personas que no informaban ninguna afección de salud subyacente.

- Los 50 estados de los Estados Unidos, la ciudad de Nueva York y el Distrito de Columbia presentaron datos sobre residentes que dieron positivo de RT-PCR para SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19. Los investigadores continúan examinando estos datos para detectar tendencias demográficas, resultados graves e información clínica.
- La incidencia acumulada por 100,000 habitantes fue mayor entre los mayores de 80 años (902), seguida de los de 50 a 59 años (550.5) y los de 40 a 49 años (541.6). La incidencia acumulada por 100,000 fue la más baja para los menores de 10 años (51.1). Entre un subconjunto de pacientes para los que se disponía de datos de hospitalización, el 14% ingresó en el hospital, con un 2% en la UCI.
- Los datos de vigilancia son limitados en su capacidad para capturar completamente todos los puntos de datos por completo, y los datos sobre síntomas, raza u otros datos demográficos pueden no capturarse adecuadamente o ser representativos.

[El impacto de la COVID-19, y las estrategias de mitigación y supresión en los países de ingresos bajos y medianos](#)

(Science, 12 de junio de 2020)

Mensaje principal: Cabe esperar que los países con poblaciones más jóvenes se vean menos gravemente afectados por la COVID-19, que ejerce su mayor morbilidad y mortalidad entre las personas de edad avanzada. En los países de ingresos bajos y medianos (LMIC), esta ventaja potencial puede compensarse por completo porque un contacto interpersonal más estrecho favorece la transmisión, y los sistemas de salud limitados son especialmente vulnerables a verse abrumados.

- Los investigadores examinaron los datos disponibles sobre el tamaño de la población, la distribución por edad, los patrones de contacto social, las comorbilidades, y la calidad y disponibilidad de la atención sanitaria en 121 países. Desarrollaron un marco de modelización estructurado por edades para examinar cómo las limitaciones de capacidad del sistema de salud en diferentes entornos afectarían a la epidemia y las respuestas más eficaces en dos escenarios:
 - Mitigación: donde la transmisión se reduce, pero no se elimina ($R_t > 1.0$), lo que resulta en una epidemia que disminuye después de un solo pico a medida que se desarrolla la inmunidad del rebaño.
 - Supresión: donde la transmisión se minimiza y se lleva a niveles muy bajos ($R_t < 1.0$) de modo que la inmunidad de rebaño no se desarrolla y la transmisión aumentará si las intervenciones se liberan posteriormente.
- Incluso con un distanciamiento social óptimo y una población joven, bajo el escenario de mitigación, la demanda máxima de atención crítica en un país típico de bajos ingresos superaría la oferta en un factor de 30.7 (95% UI, 14.7 - 48.8).

- En escenarios de supresión, si no se mantienen las intervenciones, los países de ingresos bajos y medianos podrían experimentar una menor carga per cápita, debido principalmente a la población más joven. Los modelos predicen que la peor calidad de la atención sanitaria disponible en estos países probablemente tenga un mayor impacto en la tasa global de mortalidad por infección que los límites absolutos de capacidad únicamente.
- Las decisiones complejas sobre cómo responder deberán tomarse localmente. Se debe dar prioridad a aumentar el apoyo al oxígeno para mitigar el impacto de la COVID-19 en la salud, junto con mejorar las pruebas y la vigilancia para reducir la propagación, y adaptar otras intervenciones de mitigación y supresión.
- Los autores señalan importantes limitaciones de su enfoque, incluida la falta de datos fiables de los LMIC y el tener que hacer suposiciones basadas en observaciones o estimaciones de consenso desarrolladas en otros lugares.

Cita sugerida: Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review 2-8 May 2020. Resolve to Save Lives. 12 de mayo de 2020. Disponible en <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>