

COVID-19

Revisión científica semanal

30 de mayo a 5 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.

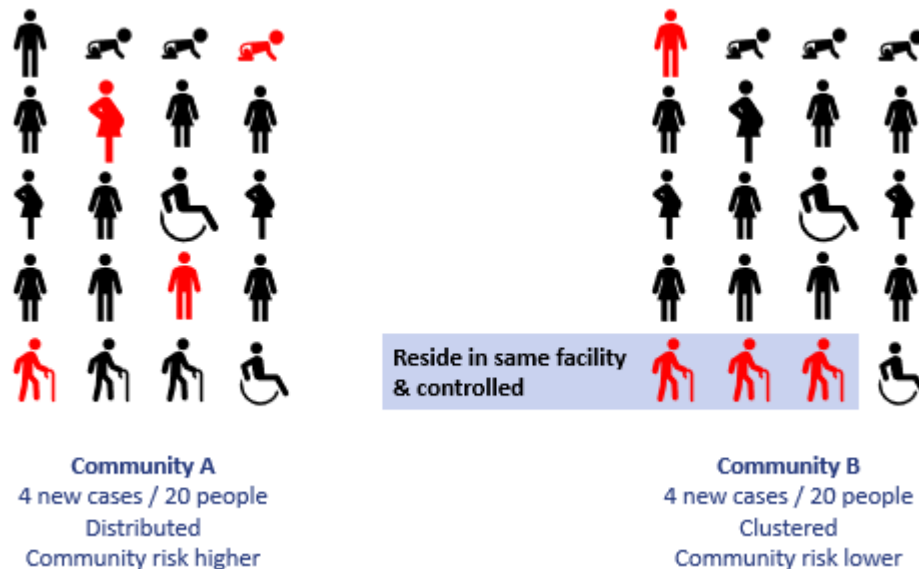
Más información sobre los datos: Once falacias epidemiológicas de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 es la mayor crisis de salud pública en más de un siglo y se extendió por todo el mundo en cuestión de semanas. Del mismo modo, la cantidad de datos e investigación en torno a la COVID-19 ha aumentado exponencialmente, lo que ha llevado a discusiones diarias entre expertos y laicos sobre casos, muertes y hacia dónde nos dirigimos. Esta semana destacamos 11 conceptos equivocados sobre los datos de la COVID-19 y su interpretación para informar mejor nuestro uso de los datos para la toma de decisiones.

Mito 1: Las tendencias de los casos son suficientes para monitorear la propagación de la COVID-19. Las tendencias en los recuentos de casos, incluso las ajustadas según el número de población, no son suficientes para comprender completamente la situación de la enfermedad. La carga absoluta de morbilidad también es importante: una disminución del 10% en 10.000 casos es muy diferente a una disminución del 10% en 100 casos. El nivel de las pruebas también es una consideración importante, ya que las tendencias de los casos pueden aumentar o disminuir artificialmente si el nivel de las pruebas cambia significativamente. Por último, el número de personas susceptibles a lo largo del tiempo es una consideración importante al usar porcentajes de casos. Si los casos per cápita disminuyen en un 10% en un lugar donde la mitad de las personas se mudaron en el mismo período de tiempo, la propagación real de la enfermedad probablemente esté aumentando, no disminuyendo. Para comprender

completamente la propagación de la enfermedad, se debe considerar información adicional de otras métricas.

Mito 2: La incidencia de casos es siempre un buen indicador del riesgo comunitario. El número de nuevos casos (incidencia) en una población no siempre refleja el riesgo de transmisión en una



comunidad. La razón principal es que la composición o la distribución de estos casos puede ser muy diferente, incluso mientras que el total general es el mismo. También puede haber una [agrupación significativa](#) de eventos "supercontagadores" que impulsan la transmisión local. Por ejemplo, considere las siguientes dos comunidades hipotéticas, A y B. Ambas tienen cuatro casos nuevos en una población de 20 personas, por lo que la tasa de incidencia de casos es la misma (una de cada cinco personas). Sin embargo, la Comunidad A tiene una distribución demográfica y geográficamente más diversa de casos que la Comunidad B, donde tres de los cuatro casos se encuentran en el mismo centro de salud. El riesgo de entrar en contacto con una persona infectada en la Comunidad B es mucho menor que en la Comunidad A.

Para captar con precisión el riesgo comunitario, debemos considerar información adicional sobre los casos y los patrones de transmisión, dónde se encuentran y el estado actual de las medidas de control, como el aislamiento de los casos y la cuarentena de los contactos. Esta información varía según la ubicación, y debe utilizarse para perfeccionar las medidas sociales y de salud pública a nivel local.

Para ver los once mitos, vea la información completa de los datos [aquí](#).

Temas en profundidad

Vuelta al trabajo y la COVID-19

Mensaje principal: Los empleadores deben considerar varios factores para ayudar a garantizar un ambiente de trabajo seguro y saludable a medida que las empresas vuelven a abrir y los empleados regresan al lugar de trabajo durante la pandemia de la COVID-19. El enfoque debe incluir medidas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades, tales como: establecer medidas básicas de prevención de infecciones; desarrollar un plan para identificar y aislar rápidamente a las personas enfermas y responder cuando hay una exposición en el lugar de trabajo; garantizar la licencia por enfermedad remunerada para todos los que trabajan en el lugar, incluidos los contratistas y el personal a medio tiempo; implementar flexibilidad en el lugar de trabajo para permitir trabajar de forma remota o trabajar en turnos escalonados; y maximizar los controles administrativos y de ingeniería. Los controles de salud, los exámenes de temperatura y las pruebas pueden ser parte del enfoque, pero no pueden reemplazar, y pueden ser menos efectivos que otras medidas para mantener a los trabajadores y a los clientes seguros.

Para una visión en profundidad de cómo volver al trabajo, vea nuestro suplemento especial [aquí](#).

Los impactos de la COVID-19 en la salud mental en los Estados Unidos

Mensaje principal: Los impactos psicológicos directos e indirectos de la pandemia de la COVID-19 pueden ser profundos. A medida que comenzamos a entender los efectos de la pandemia en los problemas médicos que no son la COVID-19, los efectos sobre la salud mental pueden seguir siendo los peores caracterizados porque la [atención ha llegado tarde y con déficits significativos](#). La pandemia de la COVID-19, más que otros eventos que perturban la sociedad, puede plantear peligros significativos para la salud mental debido a los efectos directos combinados de la COVID-19, los efectos de las medidas para controlar la epidemia, como los bloqueos o el cierre de escuelas, y debido a la duración de la interrupción. Los trabajadores sanitarios son particularmente vulnerables a los impactos de esta pandemia en la salud mental, sin embargo, esta revisión se centra en la población general; los problemas particulares que enfrenta el personal sanitario no se abordan en esta revisión.

Estudios recientes describen la magnitud de los efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Los datos de una [encuesta continua realizada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#) mostraron que a mediados de mayo, más de un tercio de los encuestados informaron síntomas de un trastorno de ansiedad, un trastorno depresivo o ambos en los últimos siete días. La prevalencia de esos síntomas fue más alta entre las mujeres, las de 18 a 29 años, y que tienen menos educación. En otro estudio, [entre los 1,468 adultos encuestados en abril de 2020 por síntomas de angustia psicológica grave](#), el 13.6% informó tales síntomas, en comparación con el 3.9% en una encuesta similar realizada en 2018. De los encuestados en 2020, los síntomas fueron más comunes entre los adultos jóvenes, aquellos con un ingreso familiar de menos de \$35,000 por año y aquellos que se identificaron como hispanos. Las causas de estas tendencias [probablemente sean multifactoriales, incluidos elementos biomédicos y psicosociales](#). Puede haber impactos de la COVID-19 en sí, como cuando un ser querido se enferma o muere, especialmente si los protocolos de control de infecciones hicieron imposible ayudar a cuidar al paciente, o [si las situaciones de duelo](#) habituales como los funerales no fueron posibles. Entre los pacientes con COVID-19, puede haber efectos sobre la salud mental asociados con enfermarse, recibir un diagnóstico y hacer

frente al proceso de recuperación. Además, los posibles [efectos neuropsiquiátricos del virus en sí](#) deben investigarse más profundamente, y los sobrevivientes de la COVID-19 pueden sufrir [estigma social](#). Aunque las medidas sociales y de salud pública, como las órdenes de quedarse en casa, mitigan la propagación del virus, también pueden debilitar las redes sociales y de apoyo, y poner a las personas en riesgo de aumento de la ansiedad y la depresión. De hecho, [los impactos psicológicos de la cuarentena se](#) han descrito. El consumo excesivo de medios relacionados con la pandemia puede exacerbar el estrés y la ansiedad, [y causar efectos negativos en la salud](#). La inseguridad laboral es actualmente un factor de estrés importante para millones de estadounidenses. Si la respuesta a la pandemia ocasiona una recesión económica significativa, los [efectos sobre la salud mental pueden ser generalizados y duraderos](#).

En el caso de las personas con trastornos de salud mental existentes, algunos recursos con los que contaban los pacientes se han desviado para abordar otros aspectos médicos de la pandemia de la COVID-19. Esto incluye [el despliegue de profesionales de salud mental para tratar a pacientes con otras necesidades de salud](#), la reutilización del espacio institucional de salud mental para pacientes con COVID-19 y el [cierro de instalaciones de tratamiento a largo plazo](#) debido a las preocupaciones sobre la propagación de la epidemia. Los factores que pueden contribuir a los síntomas de ansiedad o depresión en la población general pueden tener impactos más significativos entre aquellos con condiciones preexistentes. Por ejemplo, el estrés de gestionar las actividades diarias mientras se evita la infección [puede exacerbar los trastornos existentes](#). Durante las epidemias, [las personas con trastornos de salud mental pueden ser más susceptibles a la infección](#) por muchas razones y en un amplio espectro de gravedad del trastorno de salud mental. Por ejemplo, puede haber un mayor riesgo de infección entre los pacientes institucionalizados o entre aquellos que deben involucrarse físicamente con los servicios de atención médica para asistir a citas o acceder a medicamentos. Entre los pacientes con COVID-19, las personas con trastornos de salud mental pueden estar en riesgo de sufrir peores resultados de salud y de salud mental debido a las barreras para obtener una atención adecuada y oportuna.

Puede llevar meses o años comprender todos los efectos de la pandemia en la salud mental, y la situación continúa evolucionando. Por ejemplo, hay informes de todo Estados Unidos sobre que [las llamadas a líneas directas de suicidio han aumentado dramáticamente](#). Sin embargo, el efecto real de la pandemia en las tasas de suicidio en los Estados Unidos [aún no está claro](#); puede haber un efecto de "trabajo en equipo" durante o después de los eventos de interrupción de la sociedad que aumenta el apoyo social, mitiga los sentimientos de desesperanza o altera las opiniones sobre la mortalidad. No obstante, y cualquiera que sea la información que se muestre en última instancia, se debe considerar que la COVID-19 en sí y las medidas necesarias para combatir la pandemia pueden tener graves efectos perjudiciales para la salud mental. [Deben adoptarse en la medida de lo posible enfoques integrales](#) que aborden muchos aspectos de la salud en sociedad. Hay una serie de esfuerzos para abordar los problemas de salud mental durante la pandemia, que incluyen [la expansión de la telepsiquiatría](#), la recopilación de evidencia disponible para hacer [recomendaciones para mitigar las consecuencias de la cuarentena](#), [los llamados a la investigación multidisciplinaria sobre los factores contribuyentes](#) y la provisión de [recursos de atención de salud mental](#) a través de una [variedad de organizaciones](#).

Adición y recuperación durante COVID-19

Mensaje principal: En los Estados Unidos y en muchos otros países, la pandemia de la COVID-19 se ha superpuesto a una epidemia continua de trastorno por uso de sustancias y sobredosis. La pandemia de la COVID-19 tiene el potencial de agravar el consumo de drogas y de alcohol a la vez que afecta algunas de las estrategias de servicios y tratamiento más efectivas. Afortunadamente, los reguladores han hecho

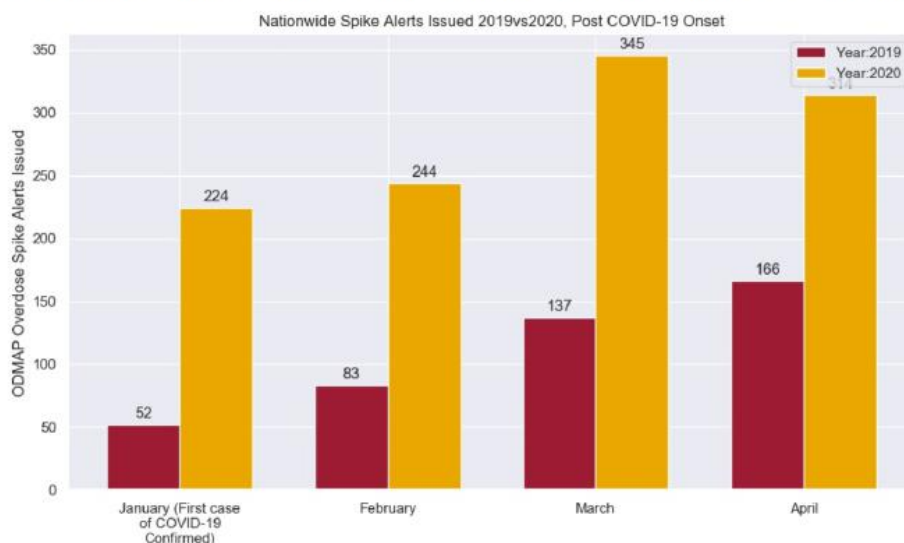
posible que los médicos innoven y mejoren el acceso al tratamiento de medicamentos frente a las crisis conjuntas de la sobredosis y de la COVID-19. Puede valer la pena continuar indefinidamente con algunas de estas medidas.

Los funcionarios de salud de muchos países han expresado su preocupación sobre cómo la pandemia de la COVID-19 afectará los niveles ya epidémicos de adicción. Los malos resultados relacionados tanto con las adicciones como con la COVID-19 afectan desproporcionadamente a las comunidades vulnerables y marginadas; ambas exacerbando las desigualdades existentes y ambas pueden conllevar estigma social. Los trastornos por uso de sustancias pueden contribuir a la interrupción inmunológica, a la impulsividad y a la toma de riesgos, lo cual podría aumentar el riesgo de COVID-19. Los primeros informes sugirieron que el consumo excesivo de alcohol podría aumentar de forma independiente el riesgo de infección o de enfermedad grave y fatal por COVID-19. Pero [en un estudio de la población](#), esta asociación no fue significativa una vez que los investigadores controlaron el efecto de la edad, el género y otros factores de estilo de vida. Al principio de la pandemia, también hubo rumores generalizados de que el consumo de alcohol podría ser protector. Estos datos fueron desacreditados y [la OMS recomendó moderar o restringir](#) el acceso al alcohol como parte de la respuesta a la COVID-19. Algunos países y localidades restringieron las ventas de alcohol, mientras que otros [declararon que el comercio de alcohol es esencial](#) y pueden haber ampliado paradójicamente el acceso e incluso el uso excesivo. Del mismo modo, varios metaanálisis concluyen que el consumo de tabaco está asociado con un aumento de la gravedad de la COVID-19, aunque algunos estudios individuales han informado de un efecto nulo o protector, lo que plantea un desafío para el desarrollo de políticas claras.

Está claro que muchos de los factores de riesgo establecidos para la enfermedad pulmonar grave de COVID-19 (enfermedad pulmonar crónica, diabetes y enfermedad coronaria) también son [comunes entre las personas con trastornos por abuso de sustancias](#). El uso de opioides suprime la función respiratoria, incluso en personas sanas. Cuando se combina con afecciones pulmonares preexistentes y el compromiso respiratorio de la COVID-19, los pacientes con trastorno por uso de opioides pueden estar en grave riesgo si se infectan. Además, las personas con trastorno por consumo de drogas y alcohol que se enferman con la COVID-19 [pueden buscar tratamiento tarde o no buscar tratamiento](#), particularmente dado el estigma experimentado por este grupo al buscar atención médica, la característica a veces compulsiva de la adicción, el aislamiento social del consumo de drogas y el miedo a enfrentar síntomas de abstinencia. Como consecuencia, la adicción puede complicar el manejo de la COVID-19.

Al mismo tiempo, existe la preocupación, y la acumulación de pruebas de que la pandemia de la COVID-19 ha agravado la crisis del trastorno por uso de sustancias y la sobredosis. Se puede esperar que el miedo y el estrés asociados con enfermedades o posibles enfermedades, la incertidumbre y la interrupción social, o la pérdida de empleo y las dificultades económicas aumenten el consumo de drogas y alcohol a gran escala. De hecho, [los informes de los medios locales](#) de todo Estados Unidos y el mundo tienden a confirmar este temor, lo que sugiere que el consumo de alcohol y drogas está en aumento y que las sobredosis son cada vez más comunes. De acuerdo con el [Programa Overdose Detection Mapping Application](#), el número de alertas de picos, que indican un número mayor de lo esperado de eventos de sobredosis en un condado y estado en particular, fue casi un 200% mayor en los primeros meses de 2020 en comparación con el mismo período de años anteriores (ver Figura 1).

Figure 1: National ODMAP Submissions January-April 2019 and 2020 Comparison



Fuente: [Programa Overdose Detection Mapping Application \(ODMAP\): Se activa una alerta de pico de ODMAP cuando las presentaciones de sobredosis aumentan dos desviaciones estándar por encima de la media en las últimas 24 horas para un condado y estado en particular. Las alertas de pico generadas por ODMAP han aumentado 191% en el período enero a abril de 2020 en comparación con el período de enero a abril de 2019.](#)

Además, las medidas sociales y de salud pública, como los bloqueos y las órdenes de quedarse en casa, interrumpieron los servicios de tratamiento de adicciones en muchos lugares. Esto empeoró aún más cuando los sistemas de salud se vieron abrumados por las enfermedades de la COVID-19. El tratamiento de adicciones, los servicios de reducción de daños y el apoyo a la recuperación dependen en gran medida de los encuentros en persona para brindar suministros y medicamentos, asesoramiento, y grupos de apoyo de compañeros. Las consideraciones sobre el distanciamiento físico, el aislamiento y la cuarentena han requerido la reestructuración de estos servicios, a menudo con éxito alentador. [La telemedicina ha ampliado el acceso a la terapia de conversación y las reuniones de 12 pasos, y la mejora del control de las infecciones con el suministro de equipos de protección personal](#) ha permitido que algunos servicios clave, incluido el tratamiento hospitalario y residencial, puedan continuar o reanudarse. La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental ha emitido orientación temporal para [ampliar la telemedicina para el tratamiento asistido por medicamentos, y autorizó el tratamiento domiciliario con metadona y buprenorfina para](#) los participantes vulnerables a la infección por COVID-19 o enfermedades graves, y para aquellos bajo cuarentena o aislamiento. De manera sorprendente, la realidad de la COVID-19 ha forzado soluciones pragmáticas de sentido común que podrían ampliar el acceso y la eficiencia de los programas de tratamiento de adicciones; muchos [defensores agradecen](#) las recientes reformas y piden que se hagan permanentes.

Artículos

[Distanciamiento físico, mascarillas faciales y protección ocular para prevenir la transmisión de persona a persona del SARS-CoV-2 y de la COVID-19: una revisión sistemática y metaanálisis](#)
(Lancet, 1 de junio)

Mensaje principal: En esta revisión se evaluaron intervenciones no farmacéuticas (NPI) destinadas a reducir la transmisión de betacoronavirus que han causado epidemias (virus causantes de SARS, MERS y

COVID-19). El distanciamiento físico de al menos 1 metro (~3 pies) y, aún más, 2 metros (~6 pies), el uso de respiradores/mascarillas faciales y protección ocular se asociaron con una reducción significativa en la transmisión de persona a persona en ámbitos de la atención de la salud y de la comunidad. Este es el primer estudio de este tipo que ofrece una reducción cuantitativa del riesgo mediante el uso de NPI. Estos hallazgos pueden utilizarse para guiar las recomendaciones contextualizadas, ya que la comunidad científica y de salud pública espera orientación adicional sobre el uso óptimo de estas medidas de ensayos aleatorizados.

- La revisión examinó los hallazgos de 172 estudios de 16 países, incluidos más de 25.000 casos de SRAS, MERS y COVID-19 y la transmisión tanto en el ámbito sanitario como en el no sanitario.
- El distanciamiento físico de 1 metro redujo significativamente las probabilidades de transmisión de los tres virus (aOR: 0.18). La distancia de 2 metros (~6 pies) reduce aún más la transmisión. Las mascarillas médicas o quirúrgicas probablemente otorgarían una gran reducción en la transmisión (aOR: 0.15) y los respiradores N95 conferirían protección adicional. Las mascarillas de tela con 12-16 capas probablemente ofrecerían cierta protección. La protección ocular, generalmente no promovida para su uso en la comunidad, probablemente ofrecería una reducción en la transmisión (aOR: 0.34).
- Ninguno de los estudios incluidos en la revisión fue aleatorizado, y pueden haber estado sujetos a tipos de sesgo que no se pueden ajustar en una revisión sistemática.

[Un ensayo aleatorizado de hidroxiclороquina como profilaxis post-exposición para COVID-19](#) (NEJM, 3 de junio)

Mensaje principal: En un ensayo controlado aleatorizado bien realizado, 821 adultos asintomáticos recibieron hidroxiclороquina o placebo dentro de los cuatro días de la exposición a un contacto doméstico u ocupacional con la enfermedad confirmada por COVID-19. Un total de 107 (13%) desarrollaron una enfermedad compatible con COVID-19 o dieron positivo para el virus SARS-CoV-2 14 días después. No hubo diferencia en la incidencia de la COVID-19 probable o confirmada por laboratorio entre los participantes que recibieron hidroxiclороquina en comparación con aquellos que no lo hicieron.

- Se reclutaron adultos norteamericanos sanos a través de la divulgación tradicional y en las redes sociales, y se inscribieron sobre la base de una exposición autoinformada alta (> 10 minutos a menos de 6 pies sin mascarilla ni protector para los ojos, 719 participantes) o de riesgo moderado (> 10 minutos a menos de 6 pies mientras usaba una mascarilla facial, pero sin protector para los ojos) con un paciente con COVID-19 confirmado en laboratorio. Estos incluyeron 545 trabajadores de atención de la salud y 245 contactos domésticos.
- Los participantes fueron aleatorizados para recibir hidroxiclороquina en una dosis de 800 mg una vez, seguidos de 600 mg en seis a ocho horas, luego 600 mg al día durante cuatro días adicionales (n=414) o un placebo (n=407) de una farmacia por correo, y se les pidió que completaran encuestas de seguimiento para evaluar la adherencia autoinformada, los síntomas de la enfermedad, los efectos adversos y la búsqueda de atención durante 14 días. Dado que las pruebas de la COVID-19 no estaban disponibles de manera uniforme en ese momento, el resultado del estudio fue sospechoso o confirmado por laboratorio de COVID-19 basado en las definiciones de casos estándar de EE. UU.
- Casi el 90% de los individuos en ambos grupos completaron la encuesta de 14 días. No hubo diferencia en el resultado primario entre los grupos de hidroxiclороquina y placebo. Dos participantes fueron hospitalizados (uno en cada grupo de estudio), y no se produjeron muertes ni arritmias cardíacas. La incidencia de efectos secundarios notificados fue mayor en el grupo tratado con hidroxiclороquina, pero no se produjeron reacciones adversas graves.

- La hidroxiclороquina no evitó la enfermedad sintomática de la COVID-19 en este estudio, incluso cuando se inició de manera temprana (dentro del período de incubación del virus). Debido a la escasa disponibilidad de pruebas en ese momento, el estudio no intentó medir un impacto en la infección asintomática. Se están realizando ensayos aleatorios para evaluar la eficacia del fármaco para la profilaxis previa a la exposición o para el tratamiento de la enfermedad sintomática de la COVID-19.

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en las visitas al Departamento de Emergencias - Estados Unidos, 1 de enero de 2019 al 30 de mayo de 2020

(MMWR, Publicación temprana, 3 de junio)

Mensaje principal: Hubo una fuerte disminución en el número de visitas al departamento de emergencias (ED) en los EE.UU. durante la pandemia de la COVID-19 en comparación con el mismo período de cuatro semanas del año anterior. Las disminuciones más significativas se observaron en niños menores de 14 años, mujeres y personas que viven en el noreste. El número de visitas relacionadas con enfermedades infecciosas fue proporcionalmente mayor durante la pandemia temprana en comparación con las mismas semanas del año anterior.

- Los investigadores evaluaron las tendencias en las visitas al ED analizando datos del Programa Nacional de Vigilancia Sindrómica (NSSP) que capturan aproximadamente 73% de todas las visitas al ED en 47 estados de los Estados Unidos, y prestaron especial atención al período de 4 semanas del 29 de marzo al 25 abril de 2020 en comparación con el período del 31 de marzo al 27 de abril de 2019.
- En general, las visitas durante el período de 2020 disminuyeron un 42% y bajaron a una media de 1,2 millones por semana de 2,1 millones por semana. El mayor aumento se observó en las visitas por enfermedades infecciosas, COVID-19, neumonía y otras afecciones respiratorias. La mayor baja se observó en las molestias abdominales, el dolor musculoesquelético y la hipertensión. También hubo una disminución en la cantidad de personas que se presentaban para la evaluación de ataques cardíacos, sin embargo, hubo un aumento en la cantidad de las personas que presentaban paro cardíaco o arritmias cardíacas graves, ambas conocidas como posibles complicaciones de ataques cardíacos. Esto indica la posibilidad de que algunas personas estuvieran retrasando la atención de condiciones que están asociadas con una alta mortalidad.
- Las limitaciones de los estudios incluyen el hecho de que los hospitales participantes difieren de año a año, lo que dificulta hacer comparaciones directas, y el hecho de que el sistema de vigilancia puede omitir algunas visitas relevantes debido a la variación en el uso de códigos de diagnóstico o a la falta de códigos de diagnóstico.

Monitoreo y respuesta de la COVID-19 entre los aspirantes militares de la Fuerza Aérea de EE. UU - Texas, marzo a abril de 2020

(MMWR, Publicación temprana, 2 de junio)

Mensaje principal: Incluso en ambientes de personas congregadas, el estricto cumplimiento de las intervenciones no farmacéuticas (NPI) tiene el potencial de limitar la transmisión de COVID-19. En una base de la Fuerza Aérea de Estados Unidos en Texas que lleva a cabo el entrenamiento militar básico (BMT), la detección de síntomas, las pruebas y el aislamiento oportunos, el distanciamiento físico y los límites en las reuniones permitieron continuar las actividades esenciales de entrenamiento para miles de aviadores a la vez que se limitan los casos sintomáticos.

- Del 1 de marzo al 18 de abril de 2020, se implementaron varias NPI en la base secuencialmente para mantenerse al día con el conocimiento en evolución sobre la pandemia de COVID-19, e incluyeron detección de síntomas y pruebas basadas en síntomas, distanciamiento físico, posiciones para dormir con los pies con cabeza, cuarentena al llegar a la base, monitoreo

de reingreso después de la recuperación de los enfermos, limitaciones en las visitas de familiares y amigos, reducción del período de tiempo de capacitación, exclusión de los aspirantes de áreas de alta transmisión y uso universal de mascarillas.

- Más de 10,000 aspirantes se alojaron y entrenaron en la base durante el período de interés de forma escalonada, con 6,505 que ya estaban en la base el 1 de marzo. En total, 345 cumplieron los criterios de prueba, y cinco dieron positivo por PCR para el SARS-CoV-2. Tres de los aspirantes que dieron positivo eran contactos conocidos del primer caso identificado, que se cree que contrajo SARS-CoV-2 durante el tránsito a la base. Siete aspirantes dieron positivo para otros virus respiratorios.
- Las limitaciones incluyen el hecho de que no se realizaron pruebas en personas asintomáticas en la base, y se desconoce la carga de la enfermedad asintomática entre los jóvenes, en su mayoría hombres en su adolescencia tardía hasta el inicio de los 20 años. Los recursos disponibles para la adhesión y la aplicación de las NPI en una base militar pueden no ser generalizables a otros entornos de congregación.

Evidencia de diseminación temprana limitada de COVID-19 dentro de los Estados Unidos, enero-febrero de 2020

(MMWR, Publicación temprana, 29 de mayo)

Mensaje principal: Utilizando evidencia epidemiológica, los investigadores estudiaron retrospectivamente para identificar la transmisión de SARS-CoV-2 en los Estados Unidos antes de lo que anteriormente se pensaba que era el primer caso adquirido en la comunidad el 26 de febrero. Mostraron que la transmisión comunitaria probablemente ocurrió a fines de enero con el primer caso conocido no asociado a los viajes identificado en una mujer que se enfermó el 31 de enero y murió el 6 de febrero en California. Los análisis genéticos virales de este y otros casos tempranos sugieren la importación temprana de varios casos seguidos de una transmisión continua de bajo nivel dentro de los EE. UU. La facilidad del desplazamiento de las personas, la conexión mundial y la naturaleza global de la vida en el siglo XXI aumentan la necesidad de preparación para la salud pública, y una respuesta rápida y organizada para mitigar los resultados dañinos cuando surgen y se propagan las infecciones. Será necesario seguir utilizando métodos de investigación epidemiológica para vigilar y responder a la pandemia actual.

- Al observar la vigilancia sindrómica, el análisis filogenético, la vigilancia del virus y la investigación retrospectiva de casos, los investigadores proporcionan información sobre el momento y la naturaleza de la transmisión temprana del SARS-CoV-2 en los EE. UU.
- Identificaron una sola cepa de virus que circuló entre el 18 de enero y el 9 de febrero importada de China, seguida de varias cepas de Europa. Tres pacientes en California fueron diagnosticados retrospectivamente con COVID-19 (dos de la investigación retrospectiva de casos post mortem, uno de la vigilancia del virus), lo que confirma que el virus ya estaba circulando a principios de febrero.
- Investigaciones adicionales aún pueden identificar casos incluso anteriores. La técnica retrospectiva de los autores no puede proporcionar el mismo nivel de detalle e información que habría estado disponible si se hubiera iniciado una prueba generalizada tan pronto como se identificó el virus.

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/>