

Revisión científica semanal de la COVID-19

8 al 14 de agosto 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:

El uso de datos precisos y en tiempo real para informar la toma de decisiones es esencial para el control de las enfermedades infecciosas. A diferencia de muchos otros países, Estados Unidos no tiene datos nacionales estandarizados sobre la COVID-19. Los Estados Unidos también carecen de estándares para el informe público a nivel de estado, condado y ciudad de esta información de vida o muerte. Identificamos 15 indicadores esenciales y evaluamos los paneles de datos de la COVID-19 para los 50 estados y el Distrito de Columbia.

Los efectos indirectos de la COVID-19 en la salud y los servicios esenciales de salud en el África subsahariana

Mensaje principal: La pandemia y la respuesta de la COVID-19 pueden tener efectos devastadores en la salud de las personas y sus comunidades en el África subsahariana. Esto se debe en gran medida al impacto de la pandemia en los sistemas de salud locales y, en particular, en los servicios de salud esenciales. Aunque se pueden aprender lecciones de la epidemia de Ébola de 2014 en África Occidental, la pandemia de la COVID-19 presenta desafíos únicos. Las formas en que la pandemia de la COVID-19 puede afectar la salud se pueden ver desde el punto de vista de la oferta y la demanda de los servicios de salud. Los efectos sobre la salud de estos impactos pueden evaluarse de varias maneras. Una forma es mirar los datos que están disponibles actualmente. Aunque los datos disponibles son limitados, proporcionan una instantánea de los desafíos que los sistemas de salud, los médicos y los pacientes en el África subsahariana están experimentando.

¿Por qué centrarse en el África subsahariana?

Ha sido difícil para los sistemas de salud responder a las necesidades de la población local durante la pandemia. La capacidad de un sistema de salud para apoyar la salud de la población durante la pandemia de la COVID-19 depende de varios factores, entre ellos 1) la carga inicial de otras enfermedades, 2) el escenario local de transmisión de la COVID-19 y 3) la capacidad del sistema de salud al inicio y a medida que la pandemia evoluciona. La carga mundial de morbilidad recae desproporcionadamente en el África subsahariana, donde hay una carga de referencia significativa de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Entre las enfermedades transmisibles, la incidencia de tres grandes amenazas mundiales para la salud pública (VIH, tuberculosis y malaria) es más alta en el África subsahariana. También existe una gran carga de enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión, que sigue siendo una causa importante de muerte entre los niños pequeños. En las últimas décadas, a medida que las poblaciones del África subsahariana se han urbanizado y los estilos de vida han cambiado, se ha observado una “transición epidemiológica” a una carga creciente de enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades renales crónicas, la diabetes y el cáncer. En cuanto al escenario de transmisión local de COVID-19 en el África subsahariana, el impacto directo de la COVID-19 ha sido menos dramático de lo previsto. Ha habido menos casos de lo proyectado por muchas estimaciones y la tasa de mortalidad ajustada por edad entre los casos es mucho más baja que las tasas de mortalidad por casos de COVID-19 en Europa y los Estados Unidos. Sin embargo, en parte debido a las barreras para detectar y notificar casos y muertes por la COVID-19, sigue sin estar claro si el África subsahariana está experimentando realmente una epidemia atenuada; además, los efectos directos de la COVID-19 son dinámicos y empeoran. En el África subsahariana, en comparación con otras regiones del mundo, los sistemas de salud que eran frágiles en el punto de partida se están debilitando aún más por la pandemia y la respuesta, como se analiza a continuación. Existe la preocupación de que la pandemia de la COVID-19 anule décadas de progreso hacia la disminución de la carga del VIH, la malaria y la tuberculosis y otras enfermedades.

¿Qué aprendimos del Ébola y esto se puede aplicar a la COVID-19?

El brote de Ébola de 2014 en África Occidental tuvo un impacto devastador en los sistemas de salud locales. Esto contribuyó a efectos negativos en la salud de la población que pueden haber superado los efectos directos del Ébola. La epidemia de Ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona puede haber causado la pérdida de 10,000 vidas a causa del VIH, la tuberculosis y la malaria, casi el mismo número de muertes por Ébola. Más de 500 trabajadores sanitarios murieron a causa del Ébola; en Liberia, eso representó el 8% de toda la fuerza de trabajo de salud. Los indicadores de salud materno-infantil, como las visitas de atención prenatal, los partos en los centros de salud y las tasas de vacunación infantil disminuyeron significativamente durante la epidemia del Ébola; en Sierra Leona, la disminución del uso de servicios esenciales de salud reproductiva y materna dio lugar a al menos 3,600 muertes maternas, neonatales y mortinatos. La reducción de las tasas de vacunación puede contribuir a brotes de enfermedades prevenibles por vacunación; en la República Democrática del Congo, los brotes de sarampión han causado más muertes que los recientes brotes del Ébola. Después de que terminó la epidemia de Ébola de 2014, la recuperación del sistema de salud fue lenta y, según algunas mediciones, incompleta.

La epidemia de Ébola de 2014 tuvo el efecto positivo de fortalecer los sistemas de vigilancia de enfermedades y respuesta epidémica. Algunos de los recursos técnicos desarrollados durante el Ébola y otras epidemias en el África subsahariana se están adaptando a la respuesta de la COVID-19. Sin embargo, las características de la pandemia de COVID-19 pueden crear una crisis más allá de lo que se ha experimentado durante otras epidemias. Por un lado, la propagación geográfica de la COVID-19 es extensa. Los sistemas de salud de todo el mundo, incluso en todos los países del África subsahariana, se enfrentan a la COVID-19. Esto es diferente a la situación, por ejemplo, durante la epidemia de Ébola de 2014, cuando varios países sin casos de Ébola pudieron proporcionar apoyo directo a los países afectados de África Occidental. En segundo lugar, la longevidad de la pandemia de la COVID-19 puede resultar en interrupciones sostenidas de la atención de la salud. Cuando ocurre la restauración de los servicios, puede estar dentro del contexto de una “nueva normalidad”, caracterizada por los riesgos continuos de transmisión de la COVID-19. Tercero, una proporción significativa de personas infectadas con el virus que causa la COVID-19 son asintomáticas, y los pacientes sintomáticos con COVID-19 son más infecciosos al principio del curso de la enfermedad, incluso antes de que se desarrollen los síntomas. Puede ser más sencillo controlar la propagación de la enfermedad cuando, como es el caso del Ébola, los pacientes sintomáticos representan la mayoría de la transmisión. Finalmente, y quizás lo más importante, las medidas tomadas por los gobiernos para controlar la pandemia de la COVID-19 han sido más perjudiciales para la sociedad que las medidas tomadas durante otras epidemias. En el África

subsahariana, varios gobiernos adoptaron rápidamente medidas estrictas de salud pública. Especialmente en economías frágiles, tales medidas pueden tener consecuencias no deseadas significativamente perjudiciales, que incluyen efectos negativos sobre los sistemas de salud y la salud de la población.

¿Cuáles son los posibles efectos directos e indirectos de la COVID-19 en la salud y los sistemas de salud?

Los efectos directos sobre la salud de la pandemia de la COVID-19 pueden medirse como la mortalidad (tasa de muerte) o la morbilidad (consecuencias y complicaciones de una enfermedad que no son la muerte) directamente atribuibles a la COVID-19. El grado de mortalidad debido a la COVID-19 puede ser difícil de cuantificar y la morbilidad debida a la COVID-19 aún no se comprende completamente, pero los efectos indirectos sobre la salud de la COVID-19 son más complejos y difíciles de medir. Los efectos indirectos sobre la salud incluyen la morbilidad y la mortalidad asociadas con afecciones que no son la COVID-19 que pueden haber ocurrido a diferentes tasas si no fuera por la COVID-19 o pueden haber tenido diferentes resultados si no fuera por la COVID-19. Los efectos sobre la salud de algunas afecciones pueden extenderse décadas en el futuro, y la morbilidad y la mortalidad pueden acumularse más adelante. Por ejemplo, las interrupciones en los servicios de prevención y tratamiento del VIH durante la pandemia pueden provocar un exceso de infecciones por el VIH. Alguien que contrae el VIH durante la pandemia puede, años después, transmitir el VIH a otras personas y desarrollar SIDA; el cuidado de esa persona puede en última instancia tener un impacto negativo en la salud de los miembros de la familia.

Es probable que muchos de los efectos indirectos de una epidemia en la salud estén mediados por los efectos de la pandemia y la respuesta en los sistemas de salud. La morbilidad y la mortalidad por afecciones no relacionadas con la COVID-19 pueden aumentar debido a los impactos de la pandemia de la COVID-19 en los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. La interrupción de los programas críticos de prevención de enfermedades puede tener efectos devastadores más adelante. La vacunación es una medida de salud pública de alto impacto y bajo costo que salva millones de vidas cada año, y las interrupciones en los programas de vacunación pueden provocar aumentos en los casos de enfermedades prevenibles. Otros ejemplos de esfuerzos críticos de prevención de enfermedades son los centrados en el VIH (incluido el tratamiento antirretroviral y las pruebas de diagnóstico) y la malaria (incluida la distribución neta tratada con insecticidas y el tratamiento preventivo). Los recursos de diagnóstico pueden desviarse a la respuesta de la COVID-19, y puede haber escasez de pruebas de diagnóstico para enfermedades que no son la COVID-19, ya que las empresas de fabricación y las cadenas de suministro mundiales priorizan el diagnóstico de la COVID-19. La capacidad para tratar afecciones que no son la COVID-19 puede ser limitada si hay escasez de trabajadores de atención de la salud. Los trabajadores de la salud pueden reasignarse a la respuesta de la COVID-19, evitar el trabajo por temor a la infección, o desarrollar COVID-19 ellos mismos. En África, se han notificado más de 10,000 casos de COVID-19 entre los trabajadores de la salud.

Con el fin de evitar la morbilidad y mortalidad indirectas durante la pandemia de la COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los países identifiquen los servicios de salud que son esenciales en su entorno y que se les dé prioridad para su continuación durante la fase aguda de la pandemia de la COVID-19. Cada país dará prioridad a ciertos servicios esenciales en función de su carga local específica de morbilidad, el alcance de la propagación de la COVID-19 y la capacidad del sistema de salud. La OMS proporciona las siguientes siete categorías de servicios de alta prioridad que los países deberían considerar esenciales:

- Servicios críticos para la prevención de enfermedades transmisibles, en particular la vacunación
- Servicios relacionados con la salud reproductiva, incluida la atención durante el embarazo y el parto
- Servicios para poblaciones vulnerables, como bebés y adultos mayores
- Entrega de medicamentos, suministros y apoyo de los trabajadores de la salud para el manejo continuo de las enfermedades crónicas, incluidas las afecciones de salud mental
- Terapias críticas basadas en centros (como diálisis renal)
- Manejo de afecciones de salud de emergencia y presentaciones agudas comunes (como ataques cardíacos y lesiones) que requieren una intervención sensible al tiempo
- Servicios auxiliares, como imágenes de diagnóstico básico, servicios de laboratorio y servicios de banco de sangre

Es probable que los programas de vacunación, atención prenatal, atención de maternidad y servicios para recién nacidos sean una prioridad para la mayoría de los países. Los servicios de prevención y tratamiento relacionados con enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria y el VIH pueden ser una prioridad para algunos. Otros pueden dar prioridad a los programas de atención y detección del cáncer.

Es importante señalar que algunos de los efectos indirectos de la pandemia de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales se derivan directamente de las recomendaciones de salud pública. La orientación internacional sobre la prestación de atención de la salud basada en la comunidad en el contexto de la COVID-19 reconoce que “es posible que sea necesario modificar ciertas actividades cuando un modo alternativo de prestación sea seguro o se suspenda temporalmente cuando el riesgo de transmisión de la COVID-19 sea alto.” Algunos ejemplos de recomendaciones específicas son dispensar varios meses de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas, utilizar tecnologías de comunicación en lugar de visitas presenciales para mantener el apoyo al tratamiento, suspender temporalmente algunas campañas de salud no esenciales, y reestructurar las visitas de salud para que se incorporen medidas de prevención y control de infecciones. La amplia gama de estrategias que se están utilizando para mitigar los efectos indirectos sobre la salud de la pandemia de la COVID-19 están más allá del alcance de este resumen.

¿Cómo podría afectar la COVID-19 a los servicios de salud?

La capacidad de un sistema de salud para apoyar adecuadamente la salud de la población durante una epidemia está determinada tanto por la oferta como por la demanda de servicios de salud. La disminución del suministro de servicios de salud puede parecer el problema más grande y crítico, y puede ser desalentador financieramente y logísticamente. Sin embargo, la disminución de la demanda de servicios de salud puede ser un problema más insidioso y complejo. La disminución de la demanda puede deberse a cambios en el comportamiento de búsqueda de salud que se derivan de la pérdida de confianza en el sistema de salud, que la confianza puede ser difícil de restaurar. La pandemia puede exacerbar las desigualdades sociales sistémicas que impiden el acceso a la atención de la salud; un mayor fortalecimiento de esas desigualdades puede tener efectos duraderos. A continuación, se presentan algunas de las formas en que la pandemia de la COVID-19 puede influir en la oferta y la demanda, incluidos ejemplos del África subsahariana.

Factores que influyen en el suministro de servicios de salud:

- Los servicios pueden reducirse mientras el sistema de salud se centra en la atención de los pacientes con COVID-19 si hay muchos casos.
- Puede haber escasez de suministros médicos si los recursos son limitados debido a interrupciones en las cadenas de suministro o debido a desviaciones para ayudar a la respuesta de la COVID-19.
- El triage para identificar los casos de COVID-19 puede alejar a los pacientes de los servicios necesarios.
- Puede haber escasez de trabajadores de atención de la salud si:
 - o se reasignan de tareas regulares a la respuesta de la COVID-19;
 - o desarrollan COVID-19 ellos mismos;
 - o necesitan estar en cuarentena después de una posible exposición;
 - o no pueden ir a trabajar debido al transporte u otras restricciones;
 - o sufren de agotamiento debido al aumento de las cargas de trabajo o el estrés;
 - o temen infecciones y, por lo tanto, no vienen a trabajar o evitan cuidar a ciertos pacientes.
- La necesidad de medidas generalizadas de control y prevención de infecciones, incluido el equipo de protección personal (EPP), puede interrumpir la atención.
- La recomendación de practicar medidas sociales y de salud pública, como el distanciamiento físico, puede llevar a la reducción o suspensión de los programas de salud comunitarios, particularmente los programas de prevención de enfermedades.
- A medida que las economías se esfuerzan, puede haber recortes en el financiamiento de la atención de la salud.

Factores que influyen en la demanda de los servicios de salud:

- Los pacientes pueden temer acceder a los servicios debido al riesgo percibido de contraer COVID-19 en el punto de atención de la salud.

- Las medidas sociales y de salud pública para combatir la COVID-19, incluidas las restricciones al transporte, pueden reducir el acceso a la atención de la salud.
- Las dificultades económicas pueden provocar un acceso restringido a los servicios de salud si los pacientes no pueden pagar el transporte o los elementos de su atención de la salud.
- La incertidumbre sobre la disponibilidad de los servicios de salud puede llevar a una falta de confianza a largo plazo en el sistema de salud y afectar negativamente el comportamiento de búsqueda de salud.

En este cuadro, se incluyen algunos cambios notificados en la oferta y la demanda de servicios de salud, y las razones notificadas de estos cambios, durante la pandemia de la COVID-19. Los informes que incluyen cambios en la oferta y la demanda pueden enumerarse más de una vez.

Suministro		
<u>Tipo de servicio de salud</u>	<u>País o región</u>	<u>Cambios notificados durante la pandemia de la COVID-19 y razones sugeridas</u>
<u>Salud infantil</u>	Somalia	Se han pospuesto campañas de salud comunitarias a gran escala que ofrecían a los niños vacunas contra el sarampión y la poliomielitis, suplementos de vitamina A y tabletas antiparasitarias.
<u>Servicios clínicos</u>	Liberia, Nigeria, Sudáfrica	Médicos Sin Fronteras informa la reducción o suspensión de varias actividades. En Liberia, las cirugías pediátricas se han pospuesto debido a la escasez de personal debido a las restricciones de viaje. En Nigeria, las actividades que responden al envenenamiento por plomo han cesado. En Sudáfrica, se han reducido las consultas rutinarias para enfermedades crónicas.
<u>Prevención del VIH</u>	Malawi	Los siguientes servicios se han interrumpido o suspendido durante la pandemia: circuncisión médica masculina voluntaria, profilaxis previa a la exposición del VIH, terapia preventiva para la tuberculosis, distribución de preservativos, monitoreo de la carga viral del VIH para pacientes estables y grupos de apoyo al paciente.
<u>Prevención y tratamiento del VIH</u>	Eswatini	Médicos Sin Fronteras informa que se han detenido las actividades preventivas del VIH y que el número de pacientes que comienzan el tratamiento del VIH en sus centros de salud ha disminuido. Han recibido informes de trabajadores sanitarios sin suficiente EPP por lo que se ha evitado a pacientes debido al temor a la COVID-19.
<u>Tratamiento del VIH</u>	Kenia	La escasez existente de médicos del VIH ha aumentado por varias razones: las clínicas han reducido las horas para garantizar que los trabajadores de la salud tengan tiempo de viajar a sus hogares antes del toque de queda; los trabajadores voluntarios de atención de la salud ya no pueden apoyar a los médicos, por lo que la carga de trabajo ha recaído sobre médicos y enfermeras lo que lleva al agotamiento; y los trabajadores de la salud se han desviado para apoyar la pandemia.

<u>Salud materna</u>	Zimbabue	La escasez de EPP ha dado lugar a huelgas de los trabajadores de la salud. Las huelgas han llevado al cierre de algunos centros de salud y a una dotación limitada de personal en otros. Esto ha dado lugar a muertes maternas y neonatales.
<u>Salud materna</u>	Kenia	Los trabajadores sanitarios han huido de los centros de salud por temor a contraer COVID-19. Las organizaciones que dependen de ciertos eventos de recaudación de fondos que se han cancelado están preocupadas de que eventualmente necesitarán restringir los servicios.
<u>Equipo de protección personal</u>	Global	La escasez de EPP deja a los trabajadores de la salud peligrosamente mal equipados para atender a las personas con COVID-19 y a otros pacientes. Las escaseces pueden ocurrir debido a precios exorbitantes, cadenas de suministro inadecuadas y a una mayor demanda mundial.
<u>Salud reproductiva</u>	Múltiples países del África subsahariana	Marie Stopes International informa que los bloqueos han ocasionado el cierre de algunas clínicas.
<u>Tratamiento de la tuberculosis</u>	Sudáfrica	Las salas de tratamiento de la tuberculosis se han convertido en salas de tratamiento de la COVID-19, y los pacientes con tuberculosis han sido dados de alta en sus hogares.
<u>Vacunación</u>	Global	Muchos países corren el riesgo de faltantes de vacunas debido a que los envíos de vacunas se retrasan, en gran parte debido a la disponibilidad limitada y al aumento de costos de los vuelos comerciales y chárter.
<u>Vacunación</u>	Sudáfrica	Disminuciones significativas a nivel nacional en las tasas de vacunación infantil durante la pandemia debido en parte a la escasez de vacunas.
<u>Vacunación</u>	Global	Se suspendieron los programas de vacunación masiva contra la poliomielitis y se están reiniciando.
<u>Vacunación</u>	Global	Gavi, la Alianza de Vacunas, informa de la suspensión de los programas de vacunación de rutina en múltiples países.
Demanda		
<u>Tipo de servicio de salud</u>	<u>País o región</u>	<u>Cambios notificados durante la pandemia de la COVID-19 y razones sugeridas</u>

<u>Servicios clínicos</u>	Etiopía	Las entrevistas con los médicos y los pacientes indican que el acceso a la clínica ha sido limitado debido a la reducción del acceso al transporte debido a la pobreza y las restricciones de movimiento. Las mujeres y los niños se han visto particularmente afectados. Aunque muchas instituciones de salud siguen abiertas, algunos pacientes evitan los centros por temor a contraer COVID-19, incluidas las mujeres que han optado por dar a luz en el hogar sin un asistente especializado durante la pandemia.
<u>Prevención y tratamiento del VIH</u>	Kenia	Las clínicas gubernamentales de VIH han experimentado una disminución en la inscripción de pacientes femeninas. Esto se debe en parte a que: la COVID-19 ha afectado los ingresos familiares; el transporte público ha sido más costoso durante la pandemia, y algunos no pueden adquirir las máscaras necesarias para acceder a las clínicas. Los pacientes también temen contraer COVID-19; las clínicas en que se rumora que han tratado a pacientes con COVID-19 han recibido un número dramáticamente reducido de pacientes.
<u>Salud materna</u>	Etiopía, Kenia, Sierra Leona, Uganda y Zimbabue	Una serie de noticias describen cómo las restricciones de viaje durante los bloqueos han contribuido a la mortalidad materna y neonatal.
<u>Salud materna</u>	Kenia	Según los demandantes en una demanda contra el gobierno de Kenia, aspectos de la respuesta a la pandemia hicieron que la atención médica fuera inaccesible y esto pusiera en peligro la vida de las mujeres embarazadas.
<u>Salud reproductiva</u>	Zimbabue, Sierra Leona y otros países del África subsahariana	Marie Stopes International informa que los bloqueos han restringido el acceso a la atención. En Zimbabue, la policía ha restringido el acceso a los servicios de atención reproductiva mediante la aplicación de restricciones a la circulación, a pesar de que los servicios de atención reproductiva fueron considerados esenciales por el gobierno. En Sierra Leona, las restricciones de movimiento establecidas sin previo aviso y los rumores en la comunidad tienen un acceso limitado a la atención.
<u>Vacunación</u>	Sudáfrica	Las disminuciones significativas a nivel nacional en las tasas de vacunación infantil durante la pandemia se deben en parte a la incapacidad de los cuidadores para acceder a los servicios durante el cierre y al temor de contraer COVID-19 en una clínica.

La pandemia de la COVID-19 también ha afectado negativamente a la salud de las personas y las poblaciones de maneras que no están directamente relacionadas con la prestación de servicios de salud. Por ejemplo, la inseguridad alimentaria, que puede tener importantes consecuencias para la salud, ha sido motivo de preocupación en el África subsahariana durante la pandemia de la COVID-19. Varios cambios económicos y sociales relacionados con la pandemia y la respuesta en el África subsahariana afectan de manera desproporcionada a la salud de los grupos

vulnerables, incluidas las mujeres, las niñas, los trabajadores del sexo, los trabajadores migrantes y otros.

¿Cómo pueden medirse los efectos indirectos sobre la salud de la COVID-19? ¿Qué muestran los datos?

Existen varios enfoques para determinar los efectos indirectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud y los sistemas de salud, tres de los cuales se describen a continuación. Cada enfoque tiene beneficios e inconvenientes, y puede ser más o menos adecuado para responder diferentes preguntas. Aunque los dos primeros enfoques, el modelado epidemiológico y el cálculo del exceso de mortalidad, son técnicas importantes para estimar los efectos de una epidemia en la salud, el enfoque aquí se centrará en los datos disponibles actualmente. Esto se debe a que los datos disponibles actualmente, aunque son limitados, proporcionan una idea de la situación sobre el terreno en el África subsahariana de manera que los modelos y las estimaciones de exceso de mortalidad no lo hacen.

A. Modelos

El modelado epidemiológico es una herramienta que se puede utilizar para predecir la propagación o el impacto de una enfermedad. Para crear un modelo predictivo, se seleccionan los factores que pueden influir en el resultado de interés para su inclusión en el modelo. En general, los modelos sobre los efectos indirectos de la pandemia de la COVID-19 para la salud incorporan factores como el tipo y la duración de las interrupciones de los servicios de salud y los efectos que pueden tener esas interrupciones. Los valores de esos factores deben estimarse ya que los datos aún no están disponibles; puede haber una buena incertidumbre en esas estimaciones, y pequeños cambios en los valores incluidos pueden tener grandes efectos en la producción del modelo. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse con precaución. No obstante, a menudo se utilizan modelos para informar las respuestas de salud pública a las epidemias. Los modelos de los posibles efectos indirectos sobre la salud de la pandemia y la respuesta de la COVID-19 han producido resultados sorprendentes:

- Un estudio que sopesó los beneficios para la salud de mantener los programas de inmunización infantil en 54 países africanos contra el riesgo de adquirir COVID-19 durante la administración de la vacuna mostró que por cada muerte por COVID-19 (incluso entre los miembros del hogar de niños vacunados) asociada con la exposición durante vacunación, se podrían prevenir 84 muertes en niños menores de cinco años continuando con las vacunaciones de rutina.
- Un estudio sobre el impacto potencial de los bloqueos en la incidencia y la mortalidad de la tuberculosis encontró que un bloqueo de tres meses y un período de restauración del servicio de 10 meses podrían llevar a un exceso mundial de 6.3 millones de casos de tuberculosis y 1.4 millones de muertes por tuberculosis hasta el año 2025.
- Un estudio sobre el impacto de las posibles perturbaciones en los servicios de VIH sugirió que una interrupción de seis meses del tratamiento antirretroviral podría llevar a un aumento del doble de muertes (que equivale a 500,000 muertes en exceso) por enfermedades relacionadas con el sida en el África subsahariana durante 2020-2021.
- Un análisis de los impactos de las perturbaciones en el acceso a los instrumentos de control de la malaria mostró que en el peor de los casos (suspensión de campañas de redes tratadas con insecticidas y una reducción del 75% en el acceso a medicamentos contra la malaria), habría 750,000 muertes por malaria en 2020 (el doble de muertes por malaria de 2018).
- Un análisis del exceso de mortalidad por VIH, tuberculosis y malaria debido a las interrupciones en los servicios de salud reveló que en entornos de alta carga, las muertes por VIH, tuberculosis y malaria durante cinco años pueden aumentar hasta un 10%, 20% y 36%, respectivamente, en comparación si no hubiera pandemia de la COVID-19. Durante cinco años, esta pérdida de vidas rivalizaría con la pérdida de vidas debida directamente a la COVID-19.

B. Estimaciones de exceso de mortalidad

El exceso de mortalidad es la tasa de muerte más allá de lo que se hubiera esperado en condiciones "normales". Estas estimaciones pueden proporcionar una imagen más completa de los impactos de la pandemia que los recuentos oficiales de muertes por COVID-19. Sin embargo, existen límites a la información que pueden proporcionar las estimaciones de exceso de mortalidad. Aunque ya se han producido algunas muertes en exceso, gran parte del

exceso de mortalidad debido a la pandemia puede no ocurrir durante meses o años; esto es particularmente cierto para enfermedades como el VIH y la tuberculosis, y las enfermedades prevenibles por vacunación. Además, las estimaciones excesivas de mortalidad no distinguen entre los efectos directos e indirectos de la pandemia. Más bien, tales estimaciones son una combinación de muertes debidas a la COVID-19 que no se atribuyeron oficialmente a la COVID-19 y muertes por otras causas que habrían ocurrido en diferentes números sin la pandemia. Por último, el exceso de mortalidad solo puede calcularse si se dispone de datos precisos de mortalidad de años anteriores para su comparación. Estos datos no están disponibles en muchos países del África subsahariana.

C. Datos disponibles

Los datos de los servicios sanitarios que se recopilan habitualmente pueden proporcionar información valiosa sobre la continuidad de la prestación de los servicios. Sin embargo, los procesos de recopilación de datos también pueden verse obstaculizados durante la pandemia. Al igual que las recomendaciones de la OMS para identificar los servicios esenciales, la recopilación y el análisis de datos pueden centrarse en un conjunto básico de indicadores para supervisar el impacto de la pandemia en la atención de la salud. Estos incluyen el número total de visitas de atención primaria, altas hospitalarias, nacimientos en los centros, nuevos casos de tuberculosis, número de trabajadores de la salud con COVID-19 y otras medidas. Los datos recopilados durante la pandemia de la COVID-19 deberían compararse idealmente con los datos agregados de los años anteriores.

En el siguiente cuadro se destacan algunos de los datos disponibles actualmente sobre los efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud y los servicios de salud en el África subsahariana. Esta no es una revisión o síntesis sistemática de los datos disponibles, sino más bien una instantánea de algunos de los datos cuantitativos que se han hecho públicos. Se buscaron datos del África subsahariana, pero varias fuentes de datos relevantes incluyen hallazgos globales.

Enfermedad o condición (ubicación)	Fuente de datos, método de recopilación de datos	Resultados
Enfermedades transmisibles		
<u>VIH y tuberculosis (Sudáfrica)</u>	Departamento de Salud de Gauteng, revisión de los registros de tratamiento entre marzo y mayo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1,000 pacientes con tuberculosis y 10,000 pacientes con VIH no recogieron sus medicamentos durante el período de tiempo estudiado. ▪ El porcentaje promedio de reducción en la recolección de medicamentos en comparación con los períodos de tiempo anteriores fue del 1.4% para la tuberculosis y del 19.6% para el VIH.

VIH, tuberculosis y malaria (mundial)	The Global Fund, encuesta de programas en 106 países	<ul style="list-style-type: none"> • 85% de los programas de VIH informaron interrupciones en la prestación de servicios • 78% de los programas de tuberculosis informaron interrupciones en la prestación de servicios • 73% de los programas de malaria informaron interrupciones en la prestación de servicios • Las restricciones a las reuniones y el transporte son las principales razones por las que las actividades se han visto interrumpidas. Otras causas de interrupción incluyen la renuencia de los trabajadores de la salud a brindar atención a personas con síntomas consistentes con la COVID-19 y personas que no buscan atención debido al temor a la COVID-19 o debido a dificultades económicas.
Tuberculosis (Sudáfrica)	Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, Sudáfrica, datos de vigilancia de las pruebas de tuberculosis realizadas a partir de seis semanas antes de que se introdujeran las restricciones nacionales, a través de dos semanas de distanciamiento físico y cinco semanas de bloqueo	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el bloqueo, hubo una disminución semanal promedio del 48% en el número de pruebas y una disminución del 33% en el número de pruebas positivas. • Hubo una tasa de positividad semanal más alta durante el período de bloqueo.
Enfermedades no transmisibles		
Atención de cardiología (África subsahariana)	Estudio de investigación original, encuesta de médicos cardiólogos en el África subsahariana	<ul style="list-style-type: none"> • 60 encuestados (52% cardiólogos, 48% médicos internos o residentes) de 14 países informaron que, en comparación con los tiempos anteriores a la pandemia, hubo una reducción significativa en las horas de trabajo de los cardiólogos y una reducción significativa en el número de pacientes atendidos por semana. • La mayoría de los servicios de cardiología (76.5%) y los programas de atención (85%) se reconfiguraron para apoyar los servicios relacionados con la COVID-19.

<p>Servicios de enfermedades no transmisibles (global)</p>	<p>Organización Mundial de la Salud, encuesta de ministerios de salud de 155 países realizada en mayo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el 94% de los países que respondieron, se reasignó parcial o totalmente el personal del Ministerio de Salud que trabaja en enfermedades no transmisibles para apoyar la respuesta a la COVID-19. ▪ Se interrumpió el tratamiento de las siguientes afecciones: tratamiento de la hipertensión (53% de los países), tratamiento de la diabetes (49% de los países), tratamiento del cáncer (42% de los países) y tratamiento de emergencias cardiovasculares (31% de los países). ▪ Las razones para reducir los servicios incluyeron la disminución de la disponibilidad de transporte público y la falta de personal de la salud debido a las reasignaciones por la COVID-19. ▪ En el 20% de los países que notificaron interrupciones, había escasez de suministros médicos. ▪ El 50% de los países informaron aplazamientos de los programas públicos de detección (por ejemplo, para el cáncer de mama y de cuello uterino).
<p>Atención primaria (Sudáfrica)</p>	<p>Estudio de investigación original, estudio de cohorte longitudinal de visitas a la clínica desde 60 días antes hasta 35 días después del período de bloqueo</p>	<p>Entre 36,291 personas que tuvieron 55,545 visitas a la clínica, no hubo cambios en el total de visitas por clínica por día entre los períodos anteriores y durante los cierres, con dos excepciones: hubo una reducción en las visitas a la clínica pediátrica durante los cierres y hubo un aumento en las visitas de tratamiento del VIH inmediatamente después de los cierres.</p>
<p>Atención de la salud reproductiva (global)</p>	<p>International Planned Parenthood Federation, encuesta de miembros nacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 64 países, 5,633 clínicas y centros de atención comunitaria (14% de los puntos de prestación de servicios disponibles en 2018) cerraron debido a problemas relacionados con la pandemia. La región de África tuvo el mayor número de cierres de clínicas móviles (447). ▪ Los países miembros informaron la reducción de los servicios relacionados con: pruebas de VIH (44 países), atención anticonceptiva (41 países), violencia de género (36 países) y servicios de atención al aborto (23 países).

Del cuadro anterior resulta evidente que los datos disponibles sobre los efectos indirectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud y los sistemas de salud en el África subsahariana son limitados. Los datos carecen de amplitud y profundidad en su cobertura de las condiciones de salud, los servicios de salud y el área geográfica; se dispone de datos sobre una minoría de indicadores básicos sugeridos. Los efectos sobre la salud de los cambios que ya se han producido aún no son evidentes y la situación sigue siendo increíblemente dinámica. Sin embargo, los datos muestran claramente que la pandemia de la COVID-19 ya ha tenido un efecto dramático y medible en la capacidad de los sistemas de salud para apoyar la salud de la población. De hecho, es motivo de preocupación que los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud y los servicios de salud puedan superar los efectos directos de la pandemia. Es probable que esto sea particularmente cierto en áreas donde el impacto directo de la COVID-19 es menos grave o donde hay una mayor dependencia de los servicios de salud esenciales (por ejemplo, donde el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación es mayor, o donde la carga de VIH, tuberculosis o malaria es alta). A medida que la pandemia continúa evolucionando, la necesidad de elementos de respuesta pandémica debe sopesarse cuidadosamente contra sus posibles efectos negativos para la salud. Además, la prestación de servicios de la salud deberá estructurarse en torno a la amenaza potencialmente continua de la transmisión de la COVID-19. Las medidas adoptadas para abordar los efectos indirectos previstos o medidos para la salud determinarán, en gran medida, cuál será el impacto final de la pandemia de la COVID-19.

ARTÍCULOS

[Terapia de plasma convaleciente en pacientes con COVID-19 grave o con riesgo de muerte: un análisis de metadatos](#)

(Journal of Infectious Diseases, 10 de agosto)

Mensaje principal: Las opciones de tratamiento para los pacientes que desarrollan la enfermedad grave de la COVID-19 son limitadas. Sobre la base de la experiencia con otras enfermedades virales graves, la inmunización pasiva ([transfusión de plasma convaleciente](#) donado por pacientes que han sobrevivido a la COVID-19) puede ayudar a algunos pacientes gravemente enfermos a recuperarse. Los investigadores revisaron los datos de nueve estudios publicados de plasma convaleciente para el tratamiento de la COVID-19 grave y realizaron un metanálisis de los datos. Después de una transfusión de plasma de un donante recuperado, los pacientes con COVID-19 grave mostraron una mejoría en términos de infección, inflamación y gravedad de la enfermedad. A pesar de los hallazgos alentadores, este estudio no prueba que el plasma convaleciente sea un tratamiento efectivo ni identifica qué pacientes tienen más probabilidades de beneficiarse.

- La transfusión de plasma convaleciente para tratar pacientes con SARS, H1N1 y Ébola sugirió que la inmunización pasiva reduce la carga viral y mejora los resultados clínicos, lo que reduce el número de muertes y la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con efectos secundarios mínimos. Aunque este enfoque no ha sido probado ni aprobado para el tratamiento de la COVID-19 grave, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha emitido una guía de emergencia para el [uso en investigación de plasma convaleciente](#) durante la emergencia de salud pública en curso.
- Los investigadores reunieron los datos recopilados antes y después de la transfusión de plasma convaleciente de 149 pacientes gravemente enfermos con COVID-19 notificados en nueve estudios publicados diferentes y completaron un metanálisis de efectos aleatorios y una metarregresión. Después de recibir plasma convaleciente, los pacientes presentaron una carga viral reducida (RR 0.13; IC 95%, 0.09 a 0.18) y niveles de proteína C reactiva (ROM 0.11; IC 95%, 0.01 a 0.86), y mostraron una mejoría clínica (ROM 0.53; IC 95%, 0.36 a 0.79) con efectos secundarios mínimos.
- Este análisis sugiere que el plasma convaleciente puede mejorar la recuperación en pacientes gravemente enfermos con COVID-19, aunque no todos los estudios incluidos mostraron los mismos resultados. La combinación de datos de múltiples estudios más pequeños permitió a los investigadores aprovechar al

máximo los datos limitados. Sin embargo, el metanálisis actual no incluyó un grupo de comparación ni de control de pacientes. Los parámetros clínicos y de laboratorio de los pacientes pueden haber mejorado sin las infusiones de plasma y el efecto aparente puede haber sido debido a otros factores.

[Asociación entre el tabaquismo juvenil, el uso de cigarrillos electrónicos y la enfermedad por coronavirus 2019](#)

(Journal of Adolescent Health, 11 de agosto)

Mensaje principal: Los resultados de una encuesta en línea muestran que, entre adolescentes y adultos de 13 a 24 años, la COVID-19 fue de cinco a siete veces más común para aquellos que informaron haber usado recientemente cigarrillos de tabaco (fumar) o cigarrillos electrónicos (vapeo). En este grupo de edad que normalmente se ha descrito como de menor riesgo de síntomas y de enfermedades graves de COVID-19, puede ser necesario transmitir mensajes específicos y educativos para describir con mayor precisión los riesgos. Los resultados de este estudio apoyan la asociación entre el vapeo y la COVID-19, y que el uso de cigarrillos electrónicos solos o el doble uso de cigarrillos electrónicos y cigarrillos de tabaco, es un factor de riesgo para la COVID-19 entre adolescentes y adultos jóvenes.

- Del 6 al 14 de mayo de 2020, los investigadores reclutaron a 4,351 adolescentes y adultos de 13 a 24 años de todo Estados Unidos para participar en una encuesta en línea sobre fumar, vapear y la COVID-19. A través del muestreo de cuotas, los investigadores pudieron equilibrar el desglose de raza, edad y género, y seleccionar un desglose de 50/50 de personas que siempre vapean y personas que nunca vapean. Utilizaron la ponderación para lograr estimaciones representativas en sus cálculos estadísticos. Los participantes que informaron tanto fumar como vapear se etiquetaron como de doble usuario. Realizaron una regresión logística multivariable para probar las asociaciones entre vapear, fumar y COVID-19.
- Las personas que informaron haber sido alguna vez un doble usuario tenían siete veces más probabilidades que los usuarios que nunca consumieron de dar positivo de COVID-19. Del mismo modo, los usuarios duales recientes (doble uso en los últimos 30 días) tuvieron 6.8 veces más probabilidades que los usuarios que nunca usaron de dar positivo de COVID-19 en comparación con los usuarios que nunca usaron. Las personas que siempre vapean eran cinco veces más propensas que los usuarios que nunca usaron a dar positivo de COVID-19. No se observó una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo solo y una prueba positiva de COVID-19, sin embargo, los fumadores nunca fueron más propensos a ser probados que los usuarios que nunca fumaron.
- Este estudio muestra asociación, pero no una relación causal entre el vapeo y la COVID-19. Otros factores que aumentaron la probabilidad de una prueba positiva de COVID-19 fueron una mayor positividad en la prueba de antecedentes para COVID-19, tener bajo peso, ser hispano u otro/multirracial, ser hombre o género no binario, y tener una madre que completó la educación postsecundaria.

[Salud mental, uso de sustancias e ideación suicida durante la pandemia de la COVID-19 — Estados Unidos, 24 al 30 de junio de 2020](#)

(MMWR, 14 de agosto)

Mensaje principal: Según los resultados de una encuesta en línea, durante la última semana de junio de 2020, los adultos estadounidenses informaron niveles significativamente elevados de depresión, ansiedad, aumento del estrés o trauma, uso de sustancias, ideación suicida, y trastornos relacionados con el trauma y el estrés (TSRD) relacionados con la pandemia de la COVID-19 en comparación con los niveles del año anterior. Los adultos jóvenes fueron, por mucho, los más propensos a informar un resultado adverso de salud mental o comportamiento. Las minorías étnicas/raciales, los trabajadores de sectores esenciales y los cuidadores de adultos no remunerados también informaron resultados desproporcionadamente peores. Sigue siendo necesario intervenir para prevenir y abordar los resultados adversos de salud mental asociados con la pandemia de la COVID-19. Estos hallazgos ponen de relieve algunos de los impactos más amplios de la pandemia de la COVID-19 en la salud general.

- Del 24 al 30 de junio de 2020, los investigadores invitaron a 9,896 adultos a participar en una encuesta en línea sobre salud mental. En total, los participantes de 5,412 completaron la encuesta, algunos de los cuales habían sido invitados a participar en una iteración anterior en abril. Se utilizaron métodos de muestreo para obtener un grupo de adultos representativos de la población estadounidense con respecto al grupo de edad, género y raza/etnia. Se utilizaron herramientas de encuesta estandarizadas para evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y TSRD, además de otras preguntas sobre el uso de sustancias como medio de afrontamiento e ideación suicida.
- El cuarenta y uno por ciento de todos los encuestados informaron alguna condición de salud mental o conductual adversa durante la última semana de junio 2020. Los síntomas más comúnmente informados se relacionaron con la depresión y la ansiedad (31% de los encuestados). Entre los 18 a 24 años, el 75% informó al menos un síntoma de salud mental o conductual, al igual que el 52% de los de 25 a 44 años. Los hombres tenían más probabilidades de informar ideación suicida en los 30 días anteriores. Los negros también tenían más probabilidades de informar ideación suicida y tenían más probabilidades de tener un mayor uso de sustancias para hacer frente al estrés relacionado con la COVID-19.
- Esta encuesta recopiló síntomas autoinformados y utilizó instrumentos que han sido validados para evaluar la salud mental y los eventos adversos del comportamiento. No fue diseñado para diagnosticar ansiedad, depresión ni ninguna otra afección de salud mental. Pueden ser necesarios más estudios para obtener más información sobre las causas de estos hallazgos (p. ej., mirada financiera vs desconexión social). Abordar los efectos actuales de la pandemia en la salud mental y prevenir resultados adversos adicionales debería formar parte de un plan de respuesta más amplio.
- Si usted o un ser querido están experimentando un mayor estrés, busque recursos sobre formas saludables de sobrellevar y ayudar en una crisis [aquí](#).