

COVID-19

# Revisión científica

# semanal de la COVID-19

27 de junio al 3 de julio 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](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org).

## TEMAS EN PROFUNDIDAD

### VIH y COVID-19

**Mensaje principal:** Se han identificado varias condiciones de salud subyacentes como factores de riesgo para la enfermedad grave y la muerte por COVID-19, pero los datos sobre el riesgo de COVID-19 grave entre las personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son escasos. Los datos de observación limitados de los Estados Unidos y Europa sugieren que las personas con VIH pueden no tener un mayor riesgo de COVID-19 grave, mientras que los datos de Sudáfrica sugieren que las personas con VIH tienen un mayor riesgo de muerte por COVID-19. Se necesitan más estudios sobre las interacciones entre el VIH y la COVID-19. Por ahora, la guía de salud pública sugiere que las personas con VIH deben mantener su atención habitual contra el VIH, incluidos los medicamentos y las visitas al médico según lo recomendado, y tener especial cuidado para reducir el riesgo de contraer COVID-19.

Las personas inmunocomprometidas, incluidas aquellas con infección por VIH, generalmente corren un mayor riesgo de enfermedad grave o muerte debido a una variedad de enfermedades infecciosas. El riesgo varía según el tipo y el grado de inmunodeficiencia, y el tipo de infección. Alternativamente, es teóricamente posible que el [VIH pueda ser protector](#) contra la COVID-19 grave; ciertos [patrones inmunológicos](#) se han

asociado con la COVID-19 grave, y las personas con VIH pueden tener menos probabilidades de tener respuestas inmunológicas potencialmente dañinas. Además, algunos [medicamentos utilizados para tratar el VIH inhiben débilmente el virus que causa la COVID-19 \(coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2, o SARS-CoV-2\) in vitro](#), lo que ha generado interés en su uso como tratamiento contra la COVID-19. Hasta ahora, los ensayos de estos medicamentos para tratar COVID-19 no han demostrado eficacia clínica. La falta de conocimiento sobre la interacción del VIH y la COVID-19 ha generado incertidumbre sobre la orientación médica y de salud pública para las personas con VIH y sus médicos durante la pandemia de la COVID-19. Según los [CDC](#), "el riesgo de enfermedad grave por COVID-19 para las personas con VIH no se conoce".

Los datos sobre la COVID-19 entre las personas con VIH provienen en gran parte de análisis observacionales de los resultados de COVID-19 entre las personas con y sin VIH. Aunque es difícil sacar conclusiones definitivas sobre el riesgo relativo de enfermedad grave a partir de estos datos, estos estudios han indicado generalmente que la COVID-19 no ocurre con más frecuencia entre las personas con VIH y que no tienen un riesgo significativamente mayor de COVID-19 grave. Cabe destacar que en los estudios que incluyeron estos datos, una minoría de los participantes había avanzado el VIH o el SIDA. Por ejemplo, un estudio de la [ciudad de Nueva York](#), que comparó a 88 personas con VIH hospitalizadas con COVID-19 con un grupo demográficamente emparejado de pacientes con COVID-19 hospitalizados sin VIH, encontró que no había diferencias en la gravedad de COVID-19 al ingresar al hospital y sí una incidencia similar de muerte entre los dos grupos. En [Nueva Jersey](#), se observó que 27 personas con VIH que fueron hospitalizadas con COVID-19 tenían presentaciones clínicas similares a los pacientes con COVID-19 sin VIH. En [España](#), la incidencia de COVID-19 entre las personas con VIH fue similar a la incidencia de COVID-19 en la población general. Entre las personas con VIH, las personas que desarrollaron COVID-19 tenían una mayor prevalencia de comorbilidades crónicas como la diabetes y la enfermedad renal. Las personas con VIH que tenían COVID-19 grave tendían a tener una inmunosupresión más avanzada que aquellas con COVID-19 leve, pero la diferencia no fue significativa. Cabe destacar que puede ser difícil separar los efectos relativos del VIH frente a otras afecciones médicas que se sabe que confieren un riesgo significativamente mayor de COVID-19 grave, particularmente cuando el tamaño de las muestras del estudio es pequeño. Ciertas afecciones médicas subyacentes son más comunes entre las personas con VIH en comparación con la población general; en varios estudios que describen a pacientes con VIH subyacente con COVID-19, la prevalencia de otras comorbilidades ha sido alta. Por ejemplo, en [Alemania](#), se observó una tasa más alta de COVID-19 grave entre 33 personas con VIH hospitalizadas con COVID-19 en comparación con la población general con COVID-19. Las comorbilidades se documentaron en una proporción significativa de las personas con VIH, y los autores concluyeron que sus datos no sugieren un exceso de morbilidad y mortalidad relacionadas con COVID-19 entre las personas con VIH.

Los primeros datos de África sobre COVID-19 entre las personas con VIH han sido recientemente publicados de [Sudáfrica](#), un país con una alta prevalencia del VIH que se ha visto sustancialmente afectado por la COVID-19. Para este análisis, se utilizaron datos rutinarios del sector de la salud pública sobre aproximadamente 3.5 millones de adultos de la provincia del Cabo Occidental para identificar los factores asociados con la muerte por COVID-19. Hubo 15,978 casos confirmados de COVID-19 reportados entre el 1 de marzo y el 4 de junio de 2020. Hubo 97 muertes entre aproximadamente 520,000 personas con VIH (187 muertes por COVID-19 por millón de habitantes) y 573 muertes entre 6.4 millones de personas sin VIH (90 muertes por COVID-19 por millón de habitantes). Los análisis mostraron que la muerte por COVID-19 se asoció con el sexo masculino, el aumento de la edad, la diabetes mellitus, la hipertensión, la enfermedad renal crónica, y la tuberculosis previa y actual. Después de ajustar por estos factores, hubo un mayor riesgo de muerte por COVID-19 en personas con VIH en comparación con aquellas sin VIH (porcentaje de riesgo ajustado [aHR] 2,75; IC del 95% 2,09, 3,61). Hubo un aumento más sustancial en el riesgo de muerte por COVID-19 asociado con la edad avanzada y con varias otras comorbilidades, y menos del 10% de las muertes por COVID-19 se

atribuyeron al VIH. Estos datos indican que las personas con VIH pueden tener un riesgo moderadamente mayor de muerte por COVID-19 en comparación con las personas sin VIH. Se necesitan más estudios para separar las interacciones entre el VIH y COVID-19, y estas interacciones pueden diferir según el grado de inmunosupresión y el contexto epidemiológico.

## **Colegios y universidades se enfrentan a la COVID-19**

**Mensaje principal:** A medida que los colegios y universidades se preparan para el inicio de un nuevo año académico, sus administradores enfrentan decisiones difíciles sobre cómo reabrir. La responsabilidad de proteger la salud y el bienestar de sus estudiantes, profesores y personal, y comunidades circundantes requiere una estrecha consulta con las autoridades sanitarias locales. Las medidas para reducir el riesgo de COVID-19 pueden incluir cerrar o limitar el alojamiento en el campus, seguir dependiendo del aprendizaje virtual y combinado, reducir el tamaño de las clases, y promover intervenciones personales y ambientales. Algunas instituciones de educación superior están considerando la modificación de los calendarios académicos, así como la detección, las pruebas y la vigilancia de la COVID-19.

En las últimas revisiones científicas semanales, hemos proporcionado actualizaciones sobre el [regreso al trabajo y la reapertura de las escuelas primarias y secundarias](#). Las instituciones de educación superior, incluidos colegios y universidades de todo el mundo, también se cerraron o se convirtieron apresuradamente en aprendizaje remoto a principios de este año. Con el próximo inicio del año académico en América del Norte y muchos otros lugares, las instituciones de educación superior enfrentan muchos de los mismos desafíos que los lugares de trabajo y que las escuelas primarias y secundarias para contemplar cómo reabrir. Las consideraciones adicionales para las instituciones de educación superior incluyen: abordar la [alta tasa de contacto interpersonal](#) en las aulas, la vida comunitaria y los entornos informales; mantener y descontaminar numerosas áreas de alto tráfico; proteger a muchos profesores y personal de edad avanzada y médicamente vulnerables, y recibir estudiantes de diversas comunidades y entornos de transmisión (incluidos estudiantes y profesores internacionales y de fuera del estado). Los estudiantes universitarios, en su mayoría adultos jóvenes, generalmente están sanos y tienen un menor riesgo de padecer de COVID-19 grave y mortal que los adultos mayores, pero tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave si se infectan con el virus que causa la COVID-19 que los niños en edad escolar. En los Estados Unidos, por ejemplo, [la incidencia acumulada de la COVID-19 entre los jóvenes de 20 a 29 años hasta finales de mayo de 2020 fue de 401.6 por 100,000](#), casi idéntica a la incidencia en toda la población total. En las últimas semanas los [casos entre los adultos jóvenes han ido en aumento](#). Además, las instituciones de educación superior convocan a una amplia sección transversal de estudiantes, personal y profesores, incluidos [aquellos con condiciones que predisponen y a adultos mayores con mayor riesgo](#) de enfermedad grave por COVID-19. Los brotes que comiencen o haya entre el personal universitario y los estudiantes pueden contribuir fácilmente a propagarse en la [comunidad en general, donde muchos afiliados a las instituciones](#) de educación superior viven, trabajan y socializan más allá del alcance de las políticas administrativas.

A medida que se acerca el nuevo año académico, los administradores se ven obligados a [sopesar sus compromisos con la educación y la investigación](#) contra su responsabilidad de garantizar la seguridad en el contexto de información imperfecta y que cambia rápidamente. Muchos están comprometidos con algún tipo de retorno al aprendizaje residencial y presencial con modificaciones. Los enfoques pueden variar de una escuela a otra, e [incluso las instituciones cercanas pueden anunciar cursos de acción divergentes](#). [The Chronicle of Higher Education está rastreando los planes](#) reportados por 1,050 instituciones de educación superior en los Estados Unidos: actualmente 61% planea reanudar las clases presenciales, 8% permanecerá completamente en línea (incluido todo el sistema de la Universidad Estatal de California) y 19% propone un modelo de aprendizaje mixto. Algunos han anunciado planes para convocar el período de otoño antes de lo

habitual, prescindir de la pausa de mitad de período y despedir a los estudiantes antes de las vacaciones de Acción de Gracias a finales de noviembre, [con la esperanza de evitar un pico anticipado](#) de transmisión de la COVID-19 que podría superponerse con la temporada de gripe esperada durante los meses del invierno. En el Reino Unido, algunos [funcionarios universitarios están considerando crear "burbujas sociales"](#) de estudiantes que vivirán y aprenderán juntos. Incluso las instituciones de educación superior que optan por reanudar la educación en persona deberán adaptarse a los [estudiantes, educadores y personal que no pueden o decidan no](#) regresar.

Los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#) (CDC) de los Estados Unidos señalan que los administradores pueden tomar medidas para reducir el riesgo de exposición y propagación de la COVID-19 en instituciones de educación superior. El enfoque de menor riesgo requiere el cierre del alojamiento en el campus y la realización de todas las clases, actividades y eventos en formatos virtuales. Aparte de eso, las medidas que reducen el tamaño de las clases y la capacidad residencial conducirán a un menor riesgo que un retorno completo al funcionamiento anterior. Los recursos integrales de los CDC para las comunidades de educación superior enfatizan la promoción de comportamientos que reducen la propagación, el mantenimiento de ambientes saludables y operaciones saludables, y la preparación para si alguien se enferma. La orientación para estas instituciones también recomienda la [detección, las pruebas y el rastreo de contactos](#). Al igual que en otros entornos, se recomienda la prueba viral para personas con signos o síntomas consistentes con la COVID-19, o con exposición reciente conocida o sospechada al SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19.

Aunque no se recomienda específicamente, algunas instituciones de educación superior planean evaluar a todos los estudiantes, profesores y personal que regresan para detectar la COVID-19 antes de permitirles ingresar al campus (prueba de ingreso). Se desconoce si las pruebas de entrada reducirán la transmisión más allá de lo que podría lograrse con medidas sociales y de salud pública (por ejemplo, distanciamiento físico, cubrebocas, higiene de las manos, limpieza y desinfección mejoradas, permanecer en casa al estar enfermo), lo que debería optimizarse independientemente del enfoque de prueba. La entrada u otros regímenes de pruebas de detección no deben llevar a las instituciones a bajar la guardia, porque es muy probable que los casos se detecten fuera de cualquier programa de detección, lo que lleva a posibles exposiciones en el campus.

La pandemia de COVID-19 ha obligado a reconsiderar casi todos los aspectos de la vida en el campus, no solo las clases y el alojamiento residencial, sino también los programas de admisiones, atletismo y estudios en el extranjero. Para muchos administradores universitarios, [la pandemia de la COVID-19 también es una amenaza existencial](#). La mayoría anticipa una inscripción reducida, y la pérdida de ingresos generada a través de la matrícula y la financiación pública. Al mismo tiempo, es probable que también disminuya su capacidad para movilizar fondos de investigación e inversiones. Algunas tal vez sobrevivan, y es probable que aumenten las disparidades entre las instituciones. En muchos lugares, [el destino económico de las instituciones de educación superior impulsa la prosperidad de sus comunidades circundantes](#). Es especialmente importante que los administradores cumplan con las regulaciones federales, estatales y locales de salud y seguridad, y coordinen sus planes de reapertura, reconociendo que los pasos que tomen también tendrán efectos fuera del campus.

### Artículos

[Estimación del exceso de muertes asociadas a la pandemia de la COVID-19 en los Estados Unidos, de marzo a mayo de 2020](#)

(JAMA, 1 de julio)

**Mensaje principal:** Las estimaciones de “exceso de muertes” debido a cualquier causa pueden utilizarse para medir la carga de una nueva enfermedad infecciosa cuando puede haber barreras de diagnóstico. Este análisis del exceso de muertes en los Estados Unidos durante la pandemia de la COVID-19 sugiere que los recuentos oficiales probablemente subestiman la mortalidad debido a la COVID-19 y que la precisión de los recuentos de muertes varía entre los estados.

- Los datos específicos del estado sobre las muertes por neumonía, gripe, COVID-19 y todas las causas durante 2020 y años anteriores se obtuvieron del sistema de vigilancia de la mortalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS). Para calcular el exceso de mortalidad, los autores estimaron el número inicial esperado de muertes sin COVID-19 para el período comprendido entre el 1 de marzo y el 30 de mayo de 2020. Compararon estas estimaciones con los recuentos oficiales de mortalidad relacionada con la COVID-19 y enfermedades similares a la gripe. Los autores ajustaron la circulación anual del virus de la gripe y consideraron el número de pruebas realizadas per cápita.
- Del 1 de marzo al 30 de mayo de 2020, hubo 95,235 muertes atribuidas oficialmente a la COVID-19 en los Estados Unidos. Hubo un exceso de muertes estimado de 122,300 (intervalo de predicción del 95%, 116,800-127,000) durante el mismo período. Las muertes atribuidas oficialmente a la COVID-19 representaron el 78% del exceso de mortalidad, y dejaron al 22% sin atribuir a la COVID-19. Algunos estados (incluidos Louisiana, Michigan y Nueva Jersey) tuvieron aumentos notables en la mortalidad por todas las causas en 2020, mientras que otros (incluidos Hawái, Maine y Montana) no. La proporción de exceso de muertes que no se atribuyeron a la COVID-19 varió entre los estados (por ejemplo: 41% en California y 12% en Minnesota). Algunas discrepancias entre las muertes reportadas por la COVID-19 y el exceso de muertes pueden estar relacionadas con la intensidad de las pruebas (en California, el aumento en el exceso de muertes precedió al aumento en el volumen de pruebas; en Minnesota, el aumento en el exceso de muertes coincidió con el aumento en el volumen de pruebas). Los aumentos en el exceso de muertes en muchos estados siguieron a los aumentos de las enfermedades parecidas a la gripe reportadas.
- El número de excesos de muertes en 2020 podría verse influido indirectamente por la pandemia (es decir, por retrasos en la búsqueda de atención o por la disminución de las muertes debido a ciertas causas, como los accidentes de tráfico). Las comparaciones de la actividad de la gripe y las enfermedades similares a la gripe entre 2020 y otros años pueden ser problemáticas; la actividad de la gripe disminuyó a niveles históricamente bajos en 2020, potencialmente relacionado con la reducción de la transmisión o a la detección insuficiente debido a los cambios en el comportamiento de búsqueda de atención de la salud.

### La sensibilidad de la prueba es secundaria a la frecuencia y al lapso de cambio para la vigilancia de la COVID-19

(medRxiv, [preimpresión](#), 22 de junio)

**Mensaje principal:** Contener y suprimir la transmisión de la COVID-19 requiere una vigilancia sólida basada en pruebas fiables. La cinética de la carga viral describe cómo la cantidad de virus vertido varía a lo largo de una infección, lo que afecta tanto la capacidad de detectar el virus como la probabilidad de transmisión. Las pruebas más sensibles pueden detectar al virus temprano en el curso de la infección, cuando el número de partículas de virus pueden ser escaso. Probar a personas asintomáticas repetidamente en intervalos cortos y minimizar el retraso entre el muestreo, informar resultados y aislar a un paciente de caso puede tener un mayor impacto en la capacidad de contener el crecimiento epidémico, que maximizar la sensibilidad de la prueba.

- En esta preimpresión sin referencia, los investigadores simularon el impacto de las estrategias para la vigilancia de la COVID-19 entre las personas asintomáticas sobre la capacidad de detectar brotes y controlar la propagación epidémica. Los modelos permitieron a los investigadores variar la accesibilidad de las pruebas, la frecuencia, la sensibilidad y el tiempo de la muestra a la respuesta. En

comparación con ninguna prueba, la vigilancia entre personas asintomáticas podría suprimir el número total de infecciones cuando se repiten diariamente o cada tres días y contribuyó a mitigar la transmisión a intervalos de hasta 14 días.

- La prueba de la COVID-19 más sensible actualmente disponible (PCR cuantitativa en tiempo real) eliminaría más infecciones al detectarlas hasta un día antes que las pruebas de punto de atención menos sensibles (como LAMP de ácido nucleico y pruebas rápidas de antígeno). Sin embargo, esta ventaja potencial se compensaría si las pruebas menos sensibles se pudieran repetir a intervalos de menos de una semana y proporcionaran resultados sin demora.
- En escenarios modelados en los que se prevé que las pruebas de vigilancia de personas asintomáticas contribuirían a reducir la transmisión, era insuficiente a menos que también se mantuvieran las medidas de salud pública y sociales como el distanciamiento físico. Los autores concluyen que las pruebas de vigilancia de personas asintomáticas pueden ser una herramienta adicional útil para ayudar a limitar la propagación del SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19. Hasta que esto pueda verificarse a través de la experiencia del mundo real, no se recomienda realizar [pruebas de vigilancia de personas asintomáticas sin una exposición conocida](#) más allá de entornos limitados, como centros de enfermería especializada.
- Los modelos incorporaron una gama de velocidades de transmisión, pero no incluyeron el impacto potencial del rastreo de contactos para aislar el rol de las pruebas de vigilancia. Además, algunas de las estrategias de vigilancia examinadas en estos modelos pueden someter a una serie de personas a un aislamiento innecesario.

### Exposiciones antes de la emisión de órdenes de quedarse en casa entre personas con COVID-19 confirmado por laboratorio — Colorado, marzo de 2020

(MMWR, Publicación temprana, 30 de junio)

**Mensaje principal:** Una encuesta de 364 participantes que contrajeron COVID-19 antes de las órdenes de quedarse en casa en Colorado mostró que para aquellos individuos que sabían dónde estaban más probablemente expuestos a un caso de COVID-19, los miembros de la familia en el hogar y los compañeros de trabajo en el lugar de trabajo fueron los contactos más comunes conocidos de COVID-19. Aquellos que no sabían dónde estaban expuestos informaron que, en las dos semanas previas a enfermarse, sus actividades incluían asistir a una reunión grupal con más de 10 personas, viajar a nivel nacional, usar el transporte público, y trabajar o visitar un centro de atención de la salud. Durante la reapertura, cualquier persona con síntomas compatibles con la COVID-19 debe abstenerse de realizar actividades públicas, incluido el trabajo, y aislarse de los miembros del hogar cuando sea posible. Otros deben continuar reduciendo su riesgo lavándose las manos, manteniendo el distanciamiento y usando cubrebocas.

- Investigadores en Colorado contactaron a 600 personas seleccionadas al azar que fueron diagnosticadas con COVID-19 confirmado por laboratorio entre el 9 y el 26 de marzo en ese estado, y pudieron reclutar 364 para participar en su encuesta. Hicieron preguntas sobre contactos conocidos con COVID-19 y lugares donde probablemente tuvo lugar la exposición.
- La mayoría de las personas (73%) no informaron contacto conocido con COVID-19, aunque casi un tercio de estas personas informaron contacto con alguien que tenía síntomas que podrían ser compatibles con la COVID-19. Otros reportaron una actividad de alto riesgo dentro de las dos semanas posteriores al diagnóstico, como asistir a una reunión social con más de 10 personas o viajes nacionales. Del 27% que tenía un contacto conocido con COVID-19, la relación más comúnmente reportada con el contacto fue un miembro de la familia o un compañero de trabajo, y los lugares de exposición más comunes fueron en el lugar de trabajo o en el hogar. La mayoría (60%) de los compañeros de trabajo eran personal de salud.
- Los resultados de esta encuesta están sujetos a sesgos de respuesta, y los hallazgos probablemente no sean generalizables. Aunque el período de interés para el diagnóstico de COVID-19 en esta



encuesta fue anterior a las órdenes de quedarse en casa, otras medidas de mitigación de la comunidad estaban en vigencia durante este tiempo.

### Seguimiento de los cambios en las espigas de SARS-CoV-2: evidencia de que D614G aumenta la infección del virus de la COVID-19

(Cell, [preimpresión](#), 2 de julio)

**Mensaje principal:** La imagen del SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19, se ha vuelto ampliamente reconocible con su característica corona de proteínas de espiga. Estas estructuras son importantes para que el virus ingrese a las células humanas y para la respuesta inmune que puede neutralizar el virus. Al escanear una base de datos global de secuencias genéticas de SARS-CoV-2 recolectadas desde que se descubrió, los investigadores han identificado una variación de la proteína espiga que se ha convertido en la forma dominante del virus a lo largo del tiempo y en múltiples ubicaciones. Esta forma puede ser más fácilmente transmisible de persona a persona que el virus original, pero eso es solo una de varias explicaciones posibles para la tendencia.

- Los investigadores desarrollaron un proyecto de bioinformática para buscar cambios en las secuencias genéticas del SARS-CoV-2. Identificaron una variante específica presente en el 10% de los aislamientos mundiales antes del 1 de marzo y que aumentó hasta representar casi el 80% a finales de mayo. Esta variación da como resultado un único cambio de aminoácidos en la proteína espiga, del ácido aspártico a la glicina (D614G), junto con otras tres mutaciones. D614G desde entonces se ha convertido en la forma dominante del virus en todo el mundo, primero en Europa, seguido de América del Norte y Oceanía, luego Asia, lo que sugiere que tiene una ventaja de supervivencia sobre la forma original de Wuhan.
- Los datos clínicos de 999 pacientes en el Reino Unido sugieren que aquellos infectados con el haplotipo D614G tenían más copias de ARN viral en muestras de análisis respiratorio superior que los pacientes sin esta forma. No hubo diferencias correspondientes en la gravedad de la enfermedad, en contraste con un [estudio observacional anterior](#) que sugiere una mayor mortalidad en entornos donde predominaba la D614G. En estudios de laboratorio, los pseudovirus con la forma variante (G614) también produjeron títulos más altos que aquellos con la forma original (D614).
- Estos hallazgos clínicos y de laboratorio podrían indicar que la variante D614G es más fácilmente transmisible, una posible explicación de por qué ha reemplazado a la forma anterior en casi todas partes. Otros factores que podrían contribuir incluyen el sesgo de muestreo, el efecto fundador de la variante D614G que se introdujo temprano en poblaciones altamente móviles y conectadas, y un efecto de una de las otras mutaciones que casi siempre acompañan a D614G.

### Características de los pacientes adultos ambulatorios e internados con COVID-19 - 11 Academic Medical Centers, Estados Unidos, marzo a mayo de 2020

(MMWR, 3 de julio)

**Mensaje principal:** Los investigadores realizaron y analizaron encuestas telefónicas de 350 personas diagnosticadas recientemente con COVID-19 para obtener información adicional sobre sus exposiciones durante las dos semanas anteriores a enfermarse o dar positivo, así como sus síntomas cuando buscaron atención. Más de la mitad de los encuestados no tuvieron una exposición conocida a alguien con COVID-19. Para aquellos que tenían un contacto conocido de COVID-19, las exposiciones más comunes fueron a un miembro de la familia (45%) o a un compañero de trabajo (34%). La mayoría de los encuestados que estaban trabajando durante el período anterior a su enfermedad no pudieron teletrabajar. Aquellos que fueron probados mientras estaban hospitalizados tenían más probabilidades de informar dificultad para respirar. Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de lugares de trabajo seguros y de continuar los esfuerzos para investigar casos, rastrear contactos y aislar a las personas infectadas para interrumpir la transmisión comunitaria.

- Colaboradores de 11 centros médicos de los Estados Unidos participaron en la realización de una encuesta telefónica de personas con COVID-19 confirmado por laboratorio que se hicieron pruebas entre el 31 de marzo y el 10 de mayo de 2020. De las 350 personas que cumplieron los criterios para participar, la mayoría fueron evaluadas como pacientes ambulatorios (77%) La encuesta consistió en preguntas sobre las características demográficas de referencia, los tipos de exposición en las dos semanas previas a la enfermedad y los síntomas que experimentó cada paciente.
- Los pacientes internados tenían más probabilidades de ser mayores, no blancos, tener más de una afección médica subyacente y reportar dificultad para respirar como un síntoma. Cuarenta y seis por ciento de los encuestados informaron contacto cercano con alguien que tenía COVID-19 durante las dos semanas previas a su propia enfermedad. El contacto cercano más común fue un miembro de la familia (45%) y el segundo más común fue un compañero de trabajo (34%). Solo el 17% de los encuestados empleados dijo que pudieron teletrabajar.
- Las limitaciones de este estudio incluyen que no son representativos de la población general de los Estados Unidos y están sujetos a prejuicios de aquellos que no pudieron responder a la encuesta telefónica porque todavía estaban hospitalizados o más gravemente enfermos. También se les pedía a los encuestados que recordaran información que ocurría en un momento anterior y que podría verse afectada por el sesgo de recuperación.

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