



COVID-19

# Revisión científica semanal de la COVID-19

**31 octubre al 6 noviembre 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).

## **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.

## **EN PROFUNDIDAD**

### **Disminución de las tasas de mortalidad entre las personas gravemente enfermas de COVID-19**

**Mensaje principal:** Las tasas de mortalidad por casos e infecciones de COVID-19 están disminuyendo con el tiempo en muchos países. Nueva evidencia sugiere que esto no se debe únicamente a los cambios

en las tasas de prueba, la estructura de edad y las enfermedades subyacentes de las personas con COVID-19. Los estudios de los sistemas hospitalarios en Inglaterra y la ciudad de Nueva York sugieren que incluso cuando los investigadores controlan los datos de edad y otras enfermedades, las tasas de mortalidad disminuyeron. Las razones de este cambio aún no se conocen, pero podrían incluir cambios en las poblaciones de pacientes que no se tienen en cuenta en los modelos (p. ej., fragilidad de los pacientes), mejoras en la atención médica para las personas con COVID-19, disminución del hacinamiento hospitalario y, menos probablemente, cambios en el virus en sí.

A finales de octubre, los casos diarios de COVID-19 en los Estados Unidos alcanzaron un nivel récord, [pero las muertes diarias fueron muchas menos que el pico que ocurrió en abril](#). Aunque parte de esto se debe a un retraso en las muertes, durante julio, [las hospitalizaciones por COVID-19 en los Estados Unidos alcanzaron niveles similares a los de abril](#), pero las muertes se mantuvieron muy por debajo de las cifras de abril. Más allá de los Estados Unidos, las tasas de mortalidad disminuyeron en [43 países](#) entre el primer y el segundo pico de los casos de COVID-19.

De las muchas razones posibles de esta disminución de la mortalidad, una que recibió mucha atención fue el cambio en la distribución por edad de los infectados. Por ejemplo, en los Estados Unidos, [la mediana de edad de los casos confirmados disminuyó](#) de más de 45 años a principios de mayo a menos de 40 años a lo largo de julio y agosto. El grupo de edad con mayor incidencia cambió de los mayores de 80 a los de 20 a 29. Del mismo modo, los hospitales en [Houston](#) documentaron tasas de mortalidad más bajas durante el segundo aumento de casos de COVID-19 en comparación con el primero (5% contra 12%); al mismo tiempo, los pacientes eran más jóvenes y tenían menos comorbilidades. Dado que la tasa de mortalidad por infección (porcentaje de personas con COVID-19, *independientemente del diagnóstico*, que mueren a causa de la enfermedad) [aumenta con la edad](#) y las comorbilidades, estas dinámicas cambiantes podrían ser suficientes para explicar el cambio en la tasa de mortalidad del caso (porcentaje de personas *diagnosticadas* con COVID-19 que mueren a causa de la enfermedad).

Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que la mejora de los resultados entre las personas mayores infectadas con COVID-19 también puede estar impulsando la disminución de la mortalidad. [Dennis et al.](#) examinó las tasas de mortalidad cambiantes a lo largo del tiempo entre una cohorte de más de 21,000 pacientes de cuidados críticos ingresados en hospitales en Inglaterra entre el 1 de marzo y el final de junio. Después de controlar la edad, el sexo, las comorbilidades, el origen étnico y la región del condado, la mortalidad fue más alta para los pacientes ingresados a fines de marzo y luego disminuyó un 9% por semana para los pacientes de la unidad de cuidados intensivos y un 12% por semana para otros pacientes de cuidados críticos (ver Figura 1). En un estudio de [Horwitz et al.](#) que observa el sistema hospitalario de la Universidad de Nueva York en la ciudad de Nueva York entre marzo y agosto, se obtuvieron resultados similares. Ajustándose por edad, gravedad de COVID-19 al ingreso y comorbilidades, la mortalidad entre los hospitalizados disminuyó del 26% en marzo al 8% en agosto.

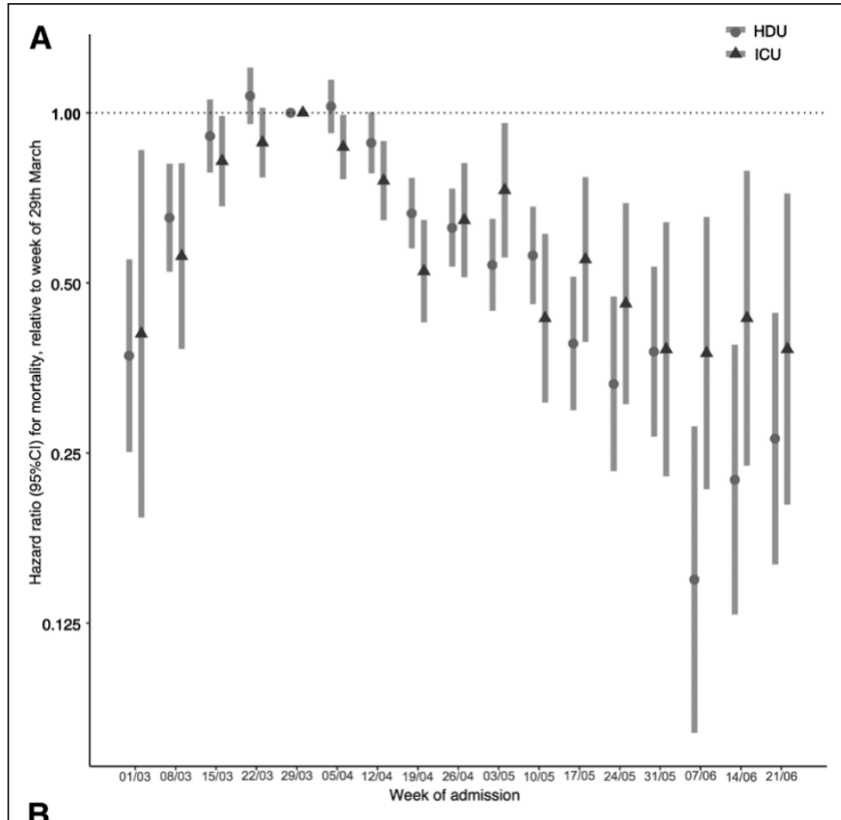


Figura 1: Razones de riesgo ajustadas que representan el cambio relativo a lo largo del tiempo para la mortalidad intrahospitalaria entre las personas ingresadas en la UCI y la UHD (otros cuidados críticos) en Inglaterra. De [Dennis et al.](#)

Además de los estudios de pacientes hospitalizados, un estudio de modelado reciente realizado por [Yang et al.](#) encontró un patrón similar al observar las tasas estimadas de mortalidad por infección en la ciudad de Nueva York. Entre las personas de 65 a 74 años de edad, la tasa de mortalidad por infección disminuyó de un máximo de 7% a principios de abril a 4% a finales de mayo; entre los 75 años y mayores, las tasas de mortalidad por infección disminuyeron de 19% a 10%. Las tasas de mortalidad por infección no mostraron cambios entre las personas menores de 45 años. Un análisis de los datos de casos y defunciones disponibles públicamente de [Alemania](#) también encontró una disminución de las tasas de mortalidad en el tiempo en general, y específicamente para aquellos mayores de 80 años (una disminución del 29% al 11%) y aquellos de 60 a 79 años (una disminución del 9% al 2%). No hubo cambios en la tasa de mortalidad entre los 35 a 59 años.

La disminución de la mortalidad entre las personas mayores con COVID-19 es importante dadas las tasas de mortalidad relativamente altas entre este grupo de edad. Hay varias razones posibles para las disminuciones observadas. Aunque dos de los estudios controlaron la edad y las comorbilidades, y los otros dos examinaron los grupos de mayor edad, aún es posible que haya diferencias en las poblaciones que no se detectaron en los datos. La fragilidad entre las personas mayores, que aumenta la [dificultad de volver a la normalidad después de un estrés](#) como una enfermedad, puede funcionar independientemente de las comorbilidades medidas y podría dejar a las personas más vulnerables a

enfermedades graves y muerte debido a la COVID-19. Por ejemplo, una persona de 85 años con hipertensión que necesita atención a tiempo completo en un hogar de ancianos puede ser mucho más vulnerable que una persona de 85 años con hipertensión que permanece en el hogar y puede cuidarse por sí misma.

Otra razón potencial para la disminución de la mortalidad es la mejora en la capacidad de los hospitales para atender a los pacientes con COVID-19. Ahora se están utilizando tratamientos que han demostrado ser efectivos en ensayos clínicos. La dexametasona redujo la mortalidad en un [18% entre los pacientes que recibieron oxígeno y en un 34% entre los que recibieron ventilación mecánica](#). Hay evidencia que sugiere que los pacientes que tienen dificultad para respirar han [mejorado la oxigenación](#) si se vuelven a una posición decúbito prono (boca abajo). Finalmente, ha habido una estandarización de la atención para los pacientes con COVID-19. La [Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América](#) y otras organizaciones médicas expertas han emitido directrices para el manejo de pacientes con COVID-19, basándose en lo que ya se sabe sobre el cuidado de pacientes con neumonía viral, así como nuevas pruebas sobre la COVID-19 específicamente. Todos estos avances probablemente han mejorado los resultados para los pacientes, pero no está claro si estos avances explican la disminución sustancial de la mortalidad.

Otra posible explicación es que la atención hospitalaria mejoró simplemente porque los hospitales ya no están abrumados. En el estudio de Inglaterra, la mortalidad en realidad aumentó entre principios de marzo y principios de abril, alcanzando un máximo al mismo tiempo que la ocupación hospitalaria, antes de que ambos disminuyeran. Del mismo modo, la tasa de mortalidad por infección estimada en la ciudad de Nueva York aumentó a lo largo del mes de marzo. En el apogeo de la epidemia de la ciudad de Nueva York, los [servicios de emergencia](#) decidían quién estaba lo suficientemente enfermo como para ir al hospital porque los hospitales y las salas de emergencia estaban abarrotados. Los cuidados críticos para pacientes gravemente enfermos, incluido el traslado de pacientes a una posición decúbito prono, requieren recursos intensivos para implementarlos con éxito. Desafortunadamente, esto significa que a medida que aumentan los casos de COVID-19 en los Estados Unidos y Europa, podríamos ver que las tasas de mortalidad aumentan nuevamente a medida que los hospitales se llenan y brindar atención de alta calidad se vuelve más difícil.

Finalmente, es posible que haya un cambio en el virus en sí o en la forma en que las personas se infectan. En una [revisión científica anterior](#), analizamos la hipótesis de que los cubrebocas y el distanciamiento social están reduciendo la dosis infecciosa del SARS-COV-2, el virus que causa la COVID-19, disminuyendo así la gravedad de la enfermedad. Aunque plausible, esto sigue siendo una hipótesis y [sigue siendo controvertido](#). Otra hipótesis es que el virus está disminuyendo en virulencia con el tiempo a medida que se adapta a su huésped. Esto es menos probable; los científicos que rastrean mutaciones de la COVID-19 han encontrado alguna indicación de que [podría haberse vuelto más contagiosa, pero no hay evidencia de disminución de la gravedad hasta la fecha](#).

En resumen, la estructura cambiante de la edad y la prevalencia de las enfermedades subyacentes han contribuido a la disminución de las tasas de mortalidad por COVID-19 a lo largo del tiempo, pero no es el único factor.

## Sitios web nacionales sobre la COVID-19

**Mensaje principal:** Las crisis de salud pública plantean desafíos únicos en la gobernanza de la atención de la salud. Un enfoque de toda la sociedad o de todo el gobierno requiere un compromiso y cooperación multisectorial con el objetivo de comunicarse eficazmente para maximizar la seguridad del público, mitigar el impacto social y económico de la crisis y controlar la propagación de enfermedades. Los sitios web del gobierno sobre la COVID-19 pueden incluir información sobre la respuesta del gobierno, el riesgo de la COVID-19, acciones individuales y comunitarias, actualizaciones de situación sobre la actividad de la enfermedad y enlaces a recursos adicionales. La cantidad y los tipos de información incluidos en los sitios web del gobierno sobre la COVID-19 varían significativamente. Todos los sitios web de los países encuestados proporcionaron información general sobre el virus, así como actualizaciones de la situación sobre la actividad de la enfermedad y la epidemiología. No siempre se dispone de información sobre un nivel de riesgo nacional y acciones relacionadas con la reducción del riesgo.

Pueden pasar meses o años antes de que comprendamos plenamente lo que condujo al éxito relativo de algunos países, como Nueva Zelanda y Corea del Sur, en el control de la propagación de la COVID-19. Aunque quedan preguntas sobre las estrategias óptimas para comunicar el riesgo, mantener al público informado e involucrar a las comunidades en la respuesta, un componente crítico de la respuesta del gobierno a cualquier crisis de salud pública es la comunicación con el público. Con el fin de captar las prácticas de comunicación gubernamentales de todo el mundo, revisamos sitios web de agencias nacionales y de salud pública de una muestra de países. Analizamos diferentes prácticas relacionadas con la comunicación de riesgos y la mensajería de salud pública, utilizando software de traducción de idiomas para interpretar la información en algunos sitios. Identificamos siete áreas temáticas para evaluar que abarcan no solo información específica de la enfermedad, sino también información relevante para la salud y el bienestar general de las personas y las comunidades. Estos siete temas son:

- nivel de riesgo;
- actualizaciones de la situación;
- información básica sobre el SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19;
- información sobre lo que las personas deben hacer para reducir el riesgo;
- detalles sobre la respuesta;
- opciones de alivio financiero, y
- dónde encontrar más información.

[Corea del Sur](#) identificó su primer caso de COVID-19 el 20 de enero de 2020, antes que cualquiera de los otros países incluidos en este informe. En el sitio web de la presidencia, hay un enlace prominente al sitio del Ministerio de Salud y Bienestar de Corea del Sur sobre la COVID-19. Los usuarios pueden acceder a sesiones informativas realizadas por funcionarios gubernamentales y de salud pública en COVID-19, incluidos enlaces a videos en YouTube sobre el reconocimiento internacional de los éxitos de

Corea del Sur haciendo pruebas, rastreo y tratamiento. El sitio nacional de Corea del Sur no proporciona un marco de nivel de riesgo. Sin embargo, proporciona enlaces a otras agencias gubernamentales involucradas en la respuesta, incluidos los Centros para el Control de Enfermedades Coreanos.

[El sitio nacional de la COVID-19 de Nueva Zelanda](#), titulado "Únete contra la COVID-19", prioriza la comunicación de riesgos e informa al público sobre las acciones que cada persona puede tomar para reducir la propagación. En el sitio de inicio, hay mensajes sobre el nivel actual de riesgo, así como información sobre el uso de cubrebocas y quedarse en casa cuando está enfermo. Desde el sitio de inicio principal, hay enlaces al sistema de nivel de alerta más grande del país y asesoramiento regional, y las últimas actualizaciones del país sobre la COVID-19. También hay enlaces a información sobre viajes; salud y bienestar; COVID-19 en general; recursos financieros para empresas y particulares; y gestión de diversos aspectos de la vida cotidiana durante la pandemia. La información en el sitio está disponible en varios idiomas. Se proporciona información básica de casos y de muertes en la sección de actualización del sitio. Se dispone de datos epidemiológicos más detallados en el sitio web del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, al que se puede acceder a través de un enlace en el sitio principal.

El sitio web del gobierno nacional de México proporciona un enlace prominente al [sitio web COVID-19 del país](#). Aquí, hay 25 enlaces adicionales mediante "botones" a áreas temáticas específicas, como el cuidado de los ancianos durante la pandemia, información de contacto para los recursos de COVID-19 en estados y localidades individuales, mitos sobre la COVID-19 y preguntas frecuentes. También existe un sistema formal de alerta de riesgo llamado "semáforo" que informa a las personas sobre el nivel nacional actual de riesgo, así como información breve sobre qué acciones son necesarias en cada nivel. También se incluye un video del Ministerio de Salud Pública con un mapa codificado por colores que muestra el grado de actividad de la enfermedad por estado/localidad. Al igual que en otros países, se incluyen enlaces a conferencias de prensa diarias de los dirigentes del país sobre el estado de la pandemia.

[El sitio web de la COVID-19 de Alemania](#) muestra información sobre la pandemia y la respuesta en una variedad de formatos. Desde una página de "información general", los usuarios pueden acceder a un menú que dirige a información básica sobre la enfermedad y su propagación, preguntas frecuentes y actualizaciones sobre la ayuda financiera. Pueden acceder a una variedad de artículos educativos y videos sobre diversos aspectos de la pandemia, ya que se relacionan con la educación superior, la libertad de expresión y las vacunas, entre otras áreas temáticas. También hay enlaces para reducir la información errónea sobre la COVID-19, materiales en diferentes idiomas e infografías que describen el nivel actual de restricciones en el país. Un panel integrado del Instituto Robert Koch, la agencia federal de salud pública de Alemania, muestra la epidemiología más reciente por región.

En el sitio de inicio del ["centro de información de respuesta" a la COVID-19 de Uganda](#) hay una instantánea de las métricas de la epidemia en Uganda. Se proporcionan enlaces a dos paneles nacionales: uno con datos más detallados sobre la epidemia y otro que presenta un índice de

vulnerabilidad en todo el país, que examina las tendencias de la pobreza, la capacidad hospitalaria, la demografía y otros factores por región. Hay menús desplegables para acceder a más información sobre el calendario y la respuesta a la epidemia en Uganda. Existe un [repositorio de documentos](#) que incluye enlaces a casi 200 documentos de los Centros Africanos para el Control de Enfermedades, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud de Uganda, otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y expertos en una variedad de temas. El repositorio se puede buscar de varias maneras, incluso por autor, tema o sector. Hay informes de situación, comunicados de prensa, planes de respuesta, directrices para diferentes sectores e información sobre salud pública y medidas sociales para mantener a las comunidades seguras. Hay una sección separada de recursos sobre [comunicación de riesgos y movilización social](#), que es uno de los ocho [pilares de respuesta](#) que se presentan en el sitio web. No existe un sistema de nivel de riesgo.

El enlace más obvio en el [sitio web de la COVID-19 del Gobierno de Canadá](#), desde un botón grande en la parte superior de la página, es una aplicación de [alerta de COVID-19](#) que utiliza datos de ubicación del teléfono para informar a los usuarios si han estado cerca de alguien que ha dado positivo en los últimos 14 días. Esta aplicación se ha descargado más de 5 millones de veces. El resto de la página de inicio está formateado como una serie de enlaces dentro de varias áreas temáticas, que incluyen un informe de situación, recursos para apoyo financiero, información de salud sobre temas que incluyen, pero no se limitan a la COVID-19, información sobre salud pública y medidas sociales, y directrices específicas para diferentes sectores y poblaciones. Todo el sitio web está disponible en francés e inglés, y algunos recursos están disponibles en otros idiomas. Dentro de cada enlace hay múltiples enlaces a una serie de subtemas. La mayor parte de esta información se cubre en textos completos, que además se presentan de forma clara y concisa.

Siete áreas de actualidad en seis sitios web COVID-19 de países seleccionados

	<a href="#">Corea del Sur</a>	<a href="#">Nueva Zelanda</a>	<a href="#">México</a>	<a href="#">Alemania</a>	<a href="#">Uganda</a>	<a href="#">Canadá</a>
Nivel de riesgo		X	X			
Actualizaciones de situación	X	X	X	X	X	X
Información sobre el virus	X	X	X	X	X	X
Lo que la	X	X	X	X	X	X

gente debe hacer						
Detalles de respuesta	X			X	X	X
Ayuda financiera		X	X	X	X	X
Más Información	X	X	X	X	X	X

Los sitios web de COVID-19 de países que evaluamos ilustran una variedad de enfoques para comunicar información sobre la pandemia. Como la pandemia ha tenido impactos dramáticos en la salud y el bienestar más allá de los asociados con el riesgo de infección, buscamos información sobre la pandemia y varios pilares de la respuesta, incluida la comunicación de riesgos. Todos los sitios web que evaluamos proporcionan información completa, que incluye un informe de situación y orientación sobre medidas sociales y de salud pública. Aunque todos los sitios web de los países incluyen comunicación sobre el riesgo de enfermedad, encontramos la mayor variabilidad en si un país proporciona o no un sistema de nivel de alerta de riesgo.

No evaluamos la usabilidad de los sitios web, y específicamente sobre lo fácil o difícil que era acceder a ciertos tipos de información. Es importante que los países proporcionen a sus ciudadanos un recurso centralizado que contenga información específica de cada país y basada en datos empíricos sobre múltiples aspectos de la pandemia y la respuesta desde un enfoque de toda la sociedad. Esta puede ser una de las mejores maneras de empoderar a las personas para tomar decisiones de seguridad informadas, comprender los problemas actuales y cómo se están abordando esos problemas, y sentir que son parte de una respuesta cohesiva y de apoyo a la crisis de salud pública más difícil que enfrenta la humanidad en más de 100 años.

## ARTICULOS

[Resultados del nacimiento y del bebé después de la infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio durante el embarazo — SET-NET, 16 jurisdicciones, 29 de marzo a 14 de octubre de 2020](#)

(MMWR, 6 de noviembre)



**Mensaje principal:** Una mayor proporción de bebés nacidos de mujeres infectadas con SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19, nacieron prematuros en comparación con lo que cabría esperar de las estimaciones nacionales. Las mujeres embarazadas también tenían un mayor riesgo de enfermedad grave. Entre los bebés nacidos de madres con COVID-19 donde se disponía de información sobre las pruebas, el 2% de los bebés dieron positivo para el SARS-CoV-2. A medida que se recopila información adicional sobre el impacto de la COVID-19 en los resultados del embarazo y el parto, es importante aconsejar a las mujeres sobre el mayor riesgo de enfermedad grave y el riesgo potencialmente mayor de parto prematuro. Se debe aconsejar a las mujeres embarazadas sobre medidas preventivas para reducir su riesgo de COVID-19, como lavarse las manos, observar la distancia y usar cubreboca.

- Investigadores de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos recopilaron información de vigilancia sobre mujeres embarazadas que dieron positivo para el SARS-CoV-2 y analizaron información sobre los resultados del nacimiento cuando estos estaban disponibles.
- Se disponía de información sobre 5,252 mujeres que dieron positivo para el SARS-CoV-2 durante el embarazo. En 3,912 de estos, se contaba con información sobre la edad gestacional en el momento del nacimiento vivo. Entre los nacidos vivos con edad gestacional conocida, el 13% fueron prematuros (menos de 37 semanas) en comparación con una estimación nacional del 10% de 2019. Una pequeña proporción de bebés nacidos de madres con COVID-19 conocido también dio positivo para la infección, sin embargo, ninguno de estos ocurrió en mujeres que tenían infección más de 14 días antes del parto.
- Aunque existen limitaciones en las conclusiones que pueden extraerse de la investigación retrospectiva de los datos de vigilancia que a veces pueden estar incompletos y no controlados por factores de riesgo potencialmente confusos, se debe asesorar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos potenciales de COVID-19 durante el embarazo, incluida la posibilidad de un parto prematuro. Las mujeres embarazadas y las personas en su hogar deben tomar medidas para reducir el riesgo de COVID-19, incluidas las 3 acciones clave.

#### [Brote de COVID-19 en un campamento escolar nocturno de verano — Wisconsin, julio a agosto de 2020](#)

(MMWR, 30 de octubre)

**Mensaje principal:** La COVID-19 se extendió rápidamente entre los asistentes adolescentes y adultos jóvenes y el personal de un campamento nocturno. A pesar de los pasos para confirmar las pruebas negativas antes de la asistencia al campamento, 116 asistentes y personal (76% en general) desarrollaron COVID-19 confirmada o probable. Estos casos probablemente estaban relacionados con un único campista que tenía una prueba negativa de RT-PCR antes de llegar al campamento, pero posteriormente desarrolló síntomas y dio positivo. No se informó ninguna infección entre 24 asistentes que tenían evidencia de anticuerpos en las pruebas serológicas para el SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19. Dado el potencial de propagación rápida de la enfermedad en entornos congregados, como los campamentos nocturnos, es necesario un plan de mitigación detallado para reducir el riesgo de

infección; este plan puede incluir la cuarentena previa a la llegada, las pruebas previas y posteriores a la llegada, los protocolos de aislamiento y cuarentena, un enfoque en la programación y actividades al aire libre, y el estricto cumplimiento de las 3 acciones clave.

- Una investigación de un brote en un campamento nocturno de verano para niños en edad de escuela secundaria celebrado en Wisconsin documentó una rápida propagación de COVID-19 entre los asistentes y el personal. A pesar de las pruebas y los requisitos de cuarentena previos a la llegada para los asistentes, más de tres cuartas partes de los asistentes finalmente desarrollaron una COVID-19 confirmada o probable.
- Entre los 24 asistentes que tuvieron una prueba serológica positiva para anticuerpos de SARS-CoV-2 en el momento de la llegada, no se identificaron casos. Dada la alta tasa de ataque entre los asistentes en general y la tasa cero de infección en aquellos con anticuerpos documentados, esto puede ser evidencia preliminar de que los anticuerpos pueden proporcionar algún efecto protector durante un período desconocido, aunque los datos de esta investigación no son definitivos. Sin embargo, la probabilidad de que ninguna de las 24 personas con pruebas de anticuerpos positivas previas tuviera una prueba de RT-PCR positiva, mientras que 116/128 de los demás que se hicieron la prueba obtuvieran una prueba positiva por casualidad es esencialmente nula. Junto con [otros estudios de brotes](#), como uno de un barco de pesca, esto proporciona evidencia altamente sugerente de que al menos algunas personas con infección previa están protegidas al menos durante algún tiempo contra la infección repetida.
- Las enfermedades infecciosas, incluida la COVID-19, pueden propagarse rápidamente en entornos de congregación. Es necesario el cumplimiento estricto de las medidas de mitigación para reducir el riesgo de brotes en estos entornos. Una vez identificados los casos, son necesarias pruebas rápidas, aislamiento y cuarentena para minimizar la propagación; puede ser necesario colaborar rápidamente con los funcionarios de salud pública en estos entornos.

### [Factores de riesgo de seroprevalencia y transmisión del SARS-CoV-2 entre contactos cercanos de alto riesgo: un estudio de cohorte retrospectivo](#)

(Lancet Infectious Diseases, 2 de noviembre)

**Mensaje principal:** El análisis de los datos de rastreo de contactos de Singapur mostró que la tasa de ataques secundarios entre los contactos domésticos era aproximadamente cinco veces mayor que entre los contactos sociales o laborales, lo que sugiere que los contactos domésticos de los casos deben tener prioridad para la cuarentena. Los datos de las pruebas serológicas mostraron que la estrategia de pruebas basadas en PCR no alcanzaba a más de la mitad de los casos entre los contactos en cuarentena. El análisis de los factores de riesgo para la transmisión ilustró la importancia del distanciamiento físico y de minimizar las interacciones verbales.

- Los contactos cercanos se definieron como personas que tuvieron contacto con alguien con COVID-19 dentro de los 6 pies durante al menos 30 minutos (en Singapur, las pautas estipulaban

que todos los contactos cercanos fueron monitoreados en cuarentena durante 14 días; aquellos que desarrollaron síntomas se sometieron a pruebas de PCR para el SARS-CoV-2). Entre enero y abril, las pruebas de PCR detectaron 188 casos de COVID-19 entre 7,770 contactos cercanos de 1,114 casos de COVID-19 de índice, lo que generó tasas de ataque de: 5.9% (CI del 95% 4.9-7.1) para 1,779 contactos domésticos; 1.3% (0.9-1.9) para 2,231 contactos laborales; y 1.3% (1.0-1.7)

- Los datos de las pruebas serológicas mostraron que la estrategia de prueba de PCR basada en síntomas omitió alrededor del 60% de los diagnósticos de COVID-19.
- El análisis de los datos de un cuestionario de factores de riesgo de 70 puntos mostró que los factores de riesgo de infección entre los contactos domésticos incluían compartir un dormitorio con un caso índice (OR 5.38 [CI del 95% 1.82–15.84]) y escuchar a un caso índice durante 30 minutos o más (7.86 [3.86–16.02]). Entre los contactos no domésticos, los factores de riesgo de infección incluyeron la exposición a más de un caso (3.92 [2.07–7.40]), escuchar a un caso índice durante 30 minutos o más (2.67 [1.21–5.88]), y compartir un vehículo con un caso índice (3.07 [1.55–6.08]).
- No todos los contactos se sometieron a pruebas serológicas, por lo que puede haber habido un sesgo en la prueba. Los efectos potenciales del uso de cubreboca fueron difíciles de evaluar: el uso de cubreboca en los casos índice fue alto (más del 80%), mientras que el uso de cubreboca en contactos cercanos "durante todos los episodios de contacto" fue bajo (menos del 10%). No se pudo detectar una diferencia en el uso del cubreboca entre los pares de caso-contacto donde había transmisión en comparación con los pares sin transmisión.