

# INFORMACIÓN DIARIA

## TABLA DE CONTENIDO

- ⇒ **Científicos surcoreanos aseguran que los pacientes que superan el covid-19 no pueden infectarse de nuevo.**

Fuente: RT. 3 may 2020 12:14 GMT. <https://actualidad.rt.com/actualidad/351908-estudio-vitamina-coronavirus-mortalidad>

- ⇒ **Organización Mundial de la Salud. REPORTE –103 (COVID-19)**

Fuente: OMS. Fuente: OMS. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200502-covid-19-sitrep-103.pdf?sfvrsn=d95e76d8\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200502-covid-19-sitrep-103.pdf?sfvrsn=d95e76d8_4)

- ⇒ **Descubren que el coronavirus causa una anormal coagulación que puede estar detrás de mucha muertes.**

Fuente: RT. 3 may 2020 12:48 GMT. <https://actualidad.rt.com/actualidad/351929-coagulacion-sangre-puede-causa-importante-muerte-coronavirus>

- ⇒ **COVID-19 Coagulopatía en pacientes caucásicos.**

Fuente: Helen Fogarty, Liam Townsend, Cliona Ni Cheallaigh, Colm Bergin, Ignacio Martin Loeches, Paul Browne, et al. BJH. 24 April 2020. <https://doi.org/10.1111/bjh.16749>

- ⇒ **Transmisión presintomática del SARS-CoV-2**

Fuente: Intramed. 30 abr 2020. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96020>

Fuente: Monica Gandhi, M.D., M.P.H., Deborah S. Yokoe, M.D., M.P.H., and Diane V. Havlir, M.D. NEJM DOI: 10.1056/NEJMe2009758 [Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19](https://doi.org/10.1056/NEJMe2009758)

- ⇒ **Estadísticas Cuba**





## NOTICIA

### **Científicos surcoreanos aseguran que los pacientes que superan el covid-19 no pueden infectarse de nuevo.**

Fuente: RT. 3 may 2020 12:14 GMT. <https://actualidad.rt.com/actualidad/351908-estudio-vitamina-coronavirus-mortalidad>

- Investigadores del Centro Surcoreano para el Control y Prevención de Enfermedades (KCDC), anunciaron que los pacientes que se recuperan después de contraer el covid-19 no pueden volver a contagiarse, informa la Universidad de Seúl en un [comunicado](#).
- La investigación, dirigida por el comité clínico central para el control de la enfermedad en el país, demostró que los pacientes que han superado la enfermedad podrían tener fragmentos del virus en su organismo durante un periodo de hasta dos meses, si bien estos residuos ya no atacarían a las células humanas.
- Según los investigadores, dichos fragmentos del virus ya muerto serían los causantes de que más de 260 personas en el país hayan vuelto a dar positivo para la enfermedad, en los días e incluso semanas después de haberse recuperado.
- En rueda de prensa Oh Myoung-don, que dirige el comité explicó que "Las pruebas detectaron el ácido ribonucleico del virus muerto". En las pruebas de PCR (Reacción en Cadena de la Polimersa) utilizadas para el diagnóstico de covid-19, los materiales genéticos del virus se amplifican durante las pruebas, ya se trate de un virus vivo o solo de fragmentos de células virales muertas, explicó Myoung-don.

---

### **Los expertos dicen que las pruebas en pacientes recuperados encontraron falsos positivos, no reinfecciones.**

Fuente: Kim Bo-gyung, 01 mayo, 2020.

<https://en.snu.ac.kr/snunow/notice/notice?md=v&bbsidx=127710>

Oh Myoung-don, quien lidera el comité clínico central para el control de enfermedades emergentes, dijo que los miembros del comité encontraron pocas razones para creer que esos casos podrían ser reinfecciones o reactivaciones de COVID-19, lo que habría hecho que los esfuerzos globales para contener el virus fueran mucho más desalentadores.

"La célula epitelial respiratoria tiene una vida media de hasta tres meses, y el virus de ARN en la célula se puede detectar con pruebas de PCR uno o dos meses después de la eliminación de la célula". "El proceso en el que COVID-19 produce un nuevo virus se lleva a cabo solo en las células huésped y no se infiltra en el núcleo. Esto significa que no causa infección crónica o recurrencia", dijo Oh.

## REPORTE –103 (COVID-19)



*Datos recibidos por las autoridades nacionales de la OMS antes de las 10:00 CEST, 03 de abril de 2020.*

Fuente: OMS. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200503-covid-19-sitrep-104.pdf?sfvrsn=53328f46\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200503-covid-19-sitrep-104.pdf?sfvrsn=53328f46_2)

### DESTACADOS

- La OMS actualiza el documento sobre la preparación de los países y el estado de respuesta para COVID-19. El [documento](#) destaca que todos los países están en riesgo y necesitan prepararse y responder ante la COVID-19.
- Mientras Yemen confirma sus primeros casos de COVID-19, [la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental emitió una declaración](#), destacando que la acción colectiva y el compromiso es la única forma de mitigar la pandemia.
- La OMS ha publicado recientemente [preguntas frecuentes sobre el portal de suministros COVID-19](#) (FAQs for COVID-19 Supply Portal). El portal de suministros COVID-19 es una herramienta especialmente diseñada para facilitar a las autoridades nacionales y a todos los socios implementadores que apoyan los planes de acción nacionales de COVID-19 para solicitar suministros críticos.
- Desde el 15 de abril, la [OMS proporciona actualizaciones semanales](#) sobre COVID-19. En la última actualización publicada el 1 de mayo, el informe complementa la situación diaria, además de proporcionar detalles sobre el mecanismo de financiación de la OMS.

### SITUACIÓN EN NÚMEROS total (nuevos) casos en las últimas 24 horas

A nivel mundial 3 349 786 casos (82 763) 238 628 muertes (8657)  
Región de Europa 1518 895 casos (27032) 142 667 muertes (2081)  
Región de las Américas 1384 641 casos (44050) 78 409 muertes (6213)  
Región del Mediterráneo Oriental 200 609 casos (5618) 7871 muertes (130)  
Región del Pacífico Occidental 151 444 casos (1041) 6229 muertes (63)  
Región del Sudeste Asiático 64 047 casos (3557) 2375 muertes (119)  
Región de África 294 38 casos (1465) 1064 muertes (51)

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA OMS Nivel global Muy alto**

## NOTICIA

### Descubren que el coronavirus causa una anormal coagulación que puede estar detrás de mucha muertes.

Fuente: RT. 3 may 2020 12:48 GMT. <https://actualidad.rt.com/actualidad/351929-coagulacion-sangre-puede-causa-importante-muerte-coronavirus>

- Estudio llevado a cabo por científicos irlandeses concluye que pacientes hospitalizados con infección grave por covid-19 han experimentado una **coagulación sanguínea anormal** que contribuye a acelerar su muerte.
- La investigación, que corrió a cargo del Centro Irlandés de Biología Vascular (RCSI) y el Hospital St. James en Dublín (Irlanda), y que fue publicada el pasado 24 de abril en la revista British Journal of Hematology, demuestra que aquellos pacientes con niveles más altos de coagulación sanguínea presentaban un pronóstico significativamente peor que el resto, por lo tanto tenían más probabilidades de requerir el ingreso en cuidados intensivos.
- Los científicos han logrado demostrar que esta anomalía causa microcoágulos dentro de los pulmones, fenómeno que no ocurre con otros tipos de infecciones pulmonares.
- "Nuestros hallazgos demuestran que el covid-19 está asociado con un tipo único de trastorno de coagulación de la sangre que se centra principalmente en los pulmones y que, indudablemente, contribuye a los altos niveles de mortalidad que se observan en pacientes con la enfermedad", indica James O'Donnell, coautor del estudio, en un comunicado.
- Los científicos llegaron a la conclusión de que el trastorno de coagulación, de alguna forma, también explica la aparición de hipoxia (una disminución en el nivel de oxígeno en la sangre) en pacientes con coronavirus, lo que aumenta significativamente el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares o ataques cardíacos.

---

### Comunicado. La coagulación de la sangre es una causa importante de muerte en pacientes con COVID-19.

<https://www.rcsi.com/dublin/news-and-events/news/news-article/2020/04/blood-clotting-a-significant-cause-of-death-in-patients-with-covid19>

"Además de la neumonía que afecta los pequeños alvéolos dentro de los pulmones, también están encontrando cientos de pequeños coágulos de sangre en los pulmones. Este escenario no se ve con otros tipos de infección pulmonar, y explica por qué los niveles de oxígeno en la sangre caen dramáticamente en COVID grave -19 infección, dijo el profesor O'Donnell.

---

## INFORME CORTO

### COVID-19 Coagulopatía en pacientes caucásicos.

*Fuente: Helen Fogarty, Liam Townsend, Cliona Ni Cheallaigh, Colm Bergin, Ignacio MartinLoeches, Paul Browne, et al. BJH. 24 April 2020. <https://doi.org/10.1111/bjh.16749>*

- Aunque la fisiopatología subyacente al COVID-19 severo sigue siendo poco conocida, la acumulación de datos sugiere que una coagulopatía centrada en el pulmón puede desempeñar un papel importante.
- Los niveles elevados de dímero D que se correlacionaron inversamente con la supervivencia general se informaron recientemente en estudios de cohortes chinos. Sin embargo, la etnia tiene efectos importantes sobre el riesgo trombótico, con un riesgo 3 a 4 veces menor en chinos en comparación con los caucásicos y un riesgo significativamente mayor en África-Americanos.
- En este estudio, se investiga la coagulopatía por COVID-19 en pacientes caucásicos y los hallazgos confirman que la infección grave por COVID-19 se asocia con una coagulopatía significativa que se correlaciona con la gravedad de la enfermedad.
- Es importante destacar que los pacientes caucásicos con COVID-19 que reciben tromboprofilaxis con HBPM rara vez desarrollan DIC manifiesta.
- En casos raros de COVID-19 en los que se desarrolla DIC, tiende a restringirse a la enfermedad en etapa tardía.
- Los datos sugieren que la inflamación pulmonar bilateral difusa observada en COVID-19 se asocia con una nueva vasculopatía pulmonar específica que los autores denominaron coagulopatía intravascular pulmonar (PIC) como distinta de la DIC.
- Dado que el riesgo trombótico se ve significativamente afectado por la raza, junto con la evidencia acumulada de que la coagulopatía es importante en la patogénesis de COVID-19, los hallazgos aumentan la posibilidad de que la vasculopatía pulmonar pueda contribuir a las diferencias inexplicadas que están comenzando a surgir, lo que resalta la susceptibilidad racial a COVID-19 mortalidad.

**ARTÍCULO****Transmisión presintomática del SARS-CoV-2**

Intramed. 30 abr 2020. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96020>

Fuente: Monica Gandhi, M.D., M.P.H., Deborah S. Yokoe, M.D., M.P.H., and Diane V. Havlir, M.D. NEJM DOI: 10.1056/NEJMe2009758 [Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19](#)

- Las estrategias tradicionales de control de infecciones y salud pública dependen en gran medida de la detección temprana de enfermedades para contener la propagación. Cuando Covid-19 irrumpió en la escena mundial, los funcionarios de salud pública inicialmente desplegaron intervenciones que se utilizaron para controlar el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) en 2003, incluida la **detección de casos** basada en síntomas y las pruebas posteriores para guiar el aislamiento y la cuarentena.
- Este enfoque inicial se justificó por las muchas similitudes entre el SARS-CoV-1 y el SARS-CoV-2, incluida la alta relación genética, la transmisión principalmente a través de las gotas respiratorias y la frecuencia de los síntomas de las vías respiratorias inferiores (fiebre, tos y falta de aliento) con ambas infecciones desarrollando una mediana de 5 días después de la exposición.
- Sin embargo, a pesar del despliegue de intervenciones de control similares, las trayectorias de las dos epidemias se han desviado en direcciones dramáticamente diferentes. En 8 meses, el SARS se controló después de que SARS-CoV-1 había infectado a aproximadamente 8100 personas en áreas geográficas limitadas. En 5 meses, el SARS-CoV-2 ha infectado a más de 2.6 millones de personas y continúa propagándose rápidamente por todo el mundo.

**¿Qué explica estas diferencias en la transmisión y la propagación?**

- Un factor clave en la transmisibilidad de Covid-19 es el alto nivel de desprendimiento de SARS-CoV-2 en el tracto respiratorio superior, 1 incluso entre **pacientes presintomáticos**, lo que lo distingue del SARS-CoV-1, donde la replicación ocurre principalmente en la parte inferior tracto respiratorio.
- Las **cargas virales** con SARS-CoV-1, que están asociadas con el inicio de los síntomas, alcanzan una mediana de 5 días más tarde que las cargas virales con SARS-CoV-2, lo que hace que la detección de infección basada en síntomas sea más efectiva en el caso de SARS CoV-1.

**Continúa en la página 7**

## INFORME CORTO

### Transmisión presintomática del SARS-CoV-2

Fuente: *Intramed*. 30 abr 2020. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96020>

Fuente: Monica Gandhi, M.D., M.P.H., Deborah S. Yokoe, M.D., M.P.H., and Diane V. Havlir, M.D. NEJM DOI: 10.1056/NEJMe2009758 [Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19](#)

- Con influenza, las personas con enfermedad asintomática generalmente tienen cargas virales cuantitativas más bajas en las secreciones del tracto respiratorio superior que del tracto respiratorio inferior y una menor duración de la eliminación del virus que las personas con síntomas, lo que disminuye el riesgo de transmisión de personas paucisintomáticas (es decir, aquellas con pocos síntomas).
- Arons y col. informan un brote de Covid-19 en un centro de enfermería especializada en el estado de Washington donde un proveedor de atención médica que trabajaba mientras estaba sintomático dio positivo por infección por SARS-CoV-2 el 1 de marzo de 2020.
- A los residentes del centro se les ofrecieron dos exámenes de prevalencia de puntos en todo el establecimiento para el SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR) de hisopos nasofaríngeos el 13 de marzo y el 19 y 20 de marzo, junto con la recopilación de información sobre los síntomas que los residentes recordaron haber tenido los últimos 14 días.
- Los síntomas se clasificaron en **típicos** (fiebre, tos y falta de aire), **atípicos y ninguno**. Entre 76 residentes en las encuestas de prevalencia puntual, 48 (63%) tuvieron resultados positivos de rRT-PCR, con 27 (56%) esencialmente asintomáticos, aunque los síntomas se desarrollaron posteriormente en 24 de estos residentes (dentro de una mediana de 4 días) y fueron reclasificados como presintomáticos.
- Las **cargas virales cuantitativas** de SARS-CoV-2 fueron igualmente altas en los cuatro grupos de síntomas (residentes con síntomas típicos, aquellos con síntomas atípicos, aquellos que fueron presintomáticos y aquellos que permanecieron asintomáticos).
- Es notable que 17 de 24 muestras (71%) de personas **presintomáticas** tenían virus viable por cultivo 1 a 6 días antes del desarrollo de los síntomas. Finalmente, la mortalidad de Covid-19 en esta instalación fue alta; de 57 residentes que dieron positivo, 15 (26%) murieron.

**Continúa en la página 8**

## ARTICULO

**Transmisión presintomática del SARS-CoV-2**

Fuente: *Intramed*. 30 abr 2020. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96020>

Fuente: Monica Gandhi, M.D., M.P.H., Deborah S. Yokoe, M.D., M.P.H., and Diane V. Havlir, M.D. NEJM DOI: 10.1056/NEJMe2009758 [Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19](#)

- Además, el coronavirus vivo se desprende claramente a altas concentraciones de la **cavidad nasal** incluso antes del desarrollo de los síntomas. Aunque los investigadores no pudieron dilucidar retrospectivamente eventos específicos de transmisión de persona a persona y aunque la verificación de los síntomas puede no ser confiable en un grupo en el que más de la mitad de los residentes tenían deterioro cognitivo, estos resultados indican que las **personas asintomáticas** están jugando un papel importante en la transmisión del SARS-CoV-2.
- La detección basada en síntomas por sí sola no pudo detectar una alta proporción de casos infecciosos y no fue suficiente para controlar la transmisión en este contexto. La **alta mortalidad** (> 25%) argumenta que necesitamos **cambiar nuestro enfoque actual** para los centros de enfermería especializada para proteger a las poblaciones vulnerables y encerradas hasta que estén disponibles otras medidas preventivas, como una vacuna o quimioprofilaxis.
- A pesar de los "bloqueos" en estas instalaciones, los brotes de coronavirus continúan extendiéndose, con 1 de cada 10 hogares de ancianos en los Estados Unidos (> 1300 centros de enfermería especializada) que ahora informan casos, con la probabilidad de miles de muertes.
- Pruebas masivas de los residentes en las instalaciones de enfermería especializada permitirán el aislamiento apropiado de los residentes infectados para que puedan ser atendidos y poner en cuarentena a los residentes expuestos para minimizar el riesgo de propagación. Las pruebas masivas en estas instalaciones también podrían permitir cierta reanudación de las actividades grupales en un entorno sin brotes.
- Las pruebas de RRT-PCR de rutina, además de la detección sintomática de nuevos residentes antes del ingreso, las pautas conservadoras para la interrupción del aislamiento, 7 y la reevaluación periódica de los residentes a largo plazo, así como la detección periódica de rRT-PCR y el enmascaramiento quirúrgico de todo el personal, son medidas concomitantes importantes.

**Continúa en la página 9**



**ARTICULO****Transmisión presintomática del SARS-CoV-2**

Fuente: *Intramed*. 30 abr 2020. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96020>

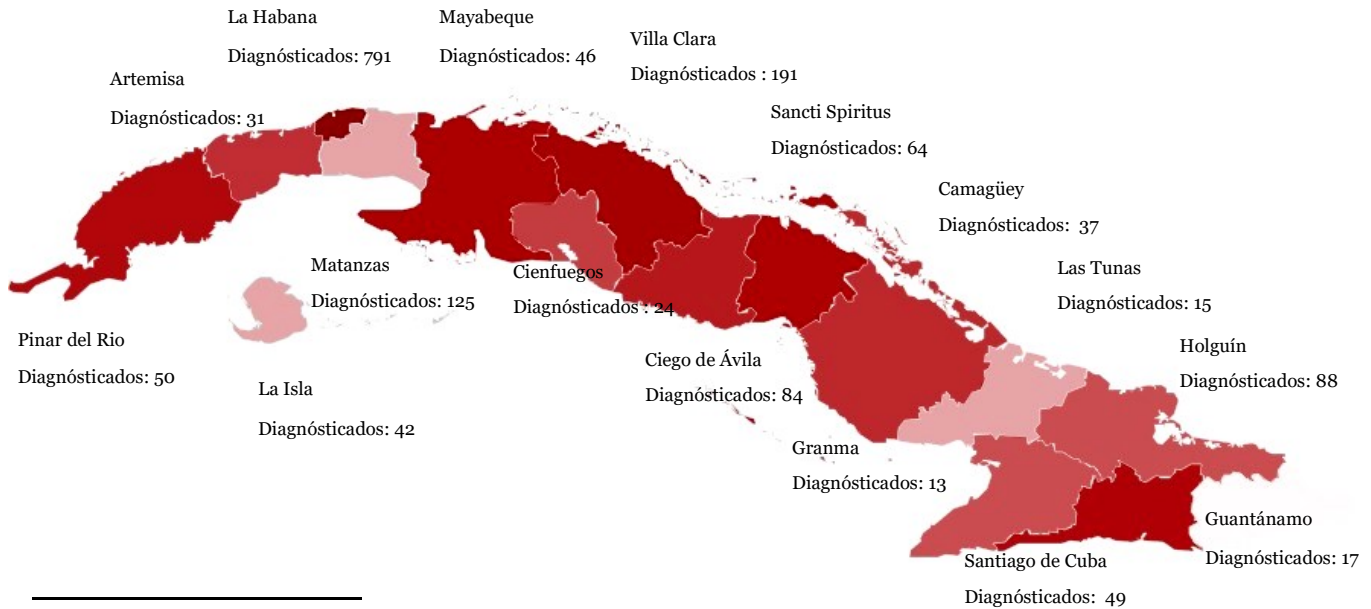
Fuente: Monica Gandhi, M.D., M.P.H., Deborah S. Yokoe, M.D., M.P.H., and Diane V. Havlir, M.D. NEJM DOI: 10.1056/NEJMe2009758 [Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19](#)

- Actualmente hay aproximadamente 1.3 millones de estadounidenses que residen en hogares de ancianos.<sup>8</sup> Aunque esta recomendación para realizar pruebas masivas en centros de enfermería especializada podría implementarse inicialmente en áreas geográficas con altas tasas de transmisión comunitaria de Covid-19, se puede argumentar para extender esta recomendación a **todos los centros** de enfermería especializada con sede en los Estados Unidos ahora porque la determinación de casos es desigual e incompleta y debido a las devastadoras consecuencias de los brotes.
- Las alternativas de ejecución inmediata a las pruebas masivas en centros de enfermería especializada son pocas. El director de salud pública de Los Ángeles ha recomendado que las familias retiren a sus seres queridos de los hogares de ancianos, una medida que no es factible para muchas familias.
- El cribado basado en síntomas tiene utilidad, pero las evaluaciones epidemiológicas de los brotes de Covid-19 en centros de enfermería especializada como el descrito por Arons et al. Demostramos firmemente que nuestros enfoques actuales son inadecuados.
- Esta recomendación para las pruebas de SARS-CoV-2 de personas asintomáticas en centros de enfermería especializada probablemente se debe ampliar a otras situaciones de vida colectiva, como las **cárceles** (donde los brotes en los Estados Unidos, cuya tasa de encarcelamiento es mucho mayor que las tasas en otros países están aumentando), instalaciones de salud mental cerradas y refugios para personas sin hogar, y pacientes hospitalizados. La capacidad de prueba actual de los EE. UU. debe aumentar de inmediato para que se implemente esta estrategia.
- En última instancia, la rápida propagación de Covid-19 en los Estados Unidos y el mundo, la clara evidencia de la transmisión del SARS-CoV-2 de personas asintomáticas,<sup>5</sup> y la eventual necesidad de relajar las prácticas actuales de distanciamiento social defienden la ampliación del SARS-CoV-2 pruebas para incluir personas asintomáticas en entornos priorizados.
- Estos factores también respaldan el caso para que el público en general use **máscaras faciales** cuando se encuentran en espacios abarrotados de interior o exterior. Esta pandemia sin precedentes requiere medidas sin precedentes para lograr su derrota definitiva.



1649	2543	876	69
Casos confirmados por laboratorio	Casos hospitalizados	Pacientes recuperados	Muertes asociadas a la enfermedad

<https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/>



**Casos acumulados 1668**

**Casos en el día 19**

<https://salud.msp.gob.cu/?p=5068>

- Para COVID-19 se estudiaron mil 997 muestras, resultando 19 muestras positivas. El país acumula 55 mil 542 muestras realizadas y mil 668 positivas (3.0%). Por tanto, al cierre del día de ayer se confirman 19 nuevos casos, para un acumulado de mil 668 en el país.
- Los 19 nuevos casos confirmados fueron cubanos. De ellos, 13 (68,4%) fueron contactos de casos confirmados, en 5 (26,3%) no se precisa la fuente de infección y uno con fuente de infección en el extranjero (5,3%), viajero asintomático procedente de Venezuela.
- De los 19 casos diagnosticados, 10 (52,6%) fueron mujeres, 9 (43,4%) hombres. Los grupos de edades más afectados fueron: los menores de 40 años con 10 casos (52,6%), seguido de los de 40 a 60 años con 7 casos 36,8%. El 84,2% (16) de los casos positivos fueron asintomáticos.
- De los mil 668 pacientes diagnosticados con la enfermedad, 721 se mantienen como casos activos, 712 presentan evolución clínica estable. Se reportan 69 fallecidos (dos en el día de ayer), dos evacuados y 876 altas (49 más en el día de ayer). Se reportan tres pacientes en estado crítico y seis pacientes en estado grave.