

INFORMACIÓN DIARIA

TABLA DE CONTENIDO

- ⇒ **Cambios en la tasa de positividad del SARS-CoV-2 en pacientes ambulatorios en Seattle y el estado de Washington, del 1 de marzo al 16 de abril de 2020.**

Fuente: Randhawa AK, Fisher LH, Greninger AL, et al. March 1-April 16, 2020. JAMA. Published online May 08, 2020. [doi:10.1001/jama.2020.8097](https://doi.org/10.1001/jama.2020.8097)

- ⇒ **Organización Mundial de la Salud. REPORTE –108 (COVID-19).**

OMS. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200507covid-19-sitrep-108.pdf?sfvrsn=44cc8ed8_2

- ⇒ **Impacto de las intervenciones climáticas y de salud pública en la pandemia de COVID-19: un estudio de cohorte prospectivo.**

Fuente: Peter Jüni, Martina Rothenbühler, Pavlos Bobos, Kevin E. Thorpe, Bruno R. da Costa, David N. Fisman, Arthur S. Slutsky and Dionne Gesink. CMAJ May 08, 2020 cmaj.200920; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200920>

- ⇒ **Interpretación de pruebas de diagnóstico para SARS-CoV-2.**

Fuente: Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. JAMA. Published online May 06, 2020. [doi:10.1001/jama.2020.8259](https://doi.org/10.1001/jama.2020.8259)

- ⇒ **Criterios clave para la aceptabilidad ética de los estudios de desafío humano COVID-19.**

Fuente: World Health Organization. (2020). Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331976>.

- ⇒ **Estadísticas Cuba**



ARTÍCULO PREPRINTS

**Cambios en la tasa de positividad del SARS-CoV-2 en pacientes ambulatorios en Seattle y el estado de Washington, del 1 de marzo al 16 de abril de 2020.**

Fuente: *Randhawa AK, Fisher LH, Greninger AL, et al. March 1-April 16, 2020. JAMA. Published online May 08, 2020. [doi:10.1001/jama.2020.8097](https://doi.org/10.1001/jama.2020.8097)*

- El primer caso reportado de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en los EE. UU. ocurrió el 20 de enero de 2020, en el condado de Snohomish, Washington. La División de Virología de la Universidad de Washington (UW) fue uno de los primeros laboratorios de EE. UU. que desde el 1 de marzo de 2020, ha analizado muestras de más de 73000 pacientes. Más del 90% de las muestras provienen del sistema de salud de UW y clínicas ambulatorias en el estado de Washington.
- Se analizaron las tasas de positividad para el SARS-CoV-2 en entornos ambulatorios en el estado de Washington y en los departamentos de emergencias (DE) en Seattle para identificar tendencias temporales que pueden reflejar la dinámica local de la pandemia y el efecto de estrategias de mitigación como el distanciamiento físico.
- Las tasas de positividad para el SARS-CoV-2 fueron del 8,2% en las clínicas ambulatorias del estado de Washington, del 8,4% en las clínicas ambulatorias del área de Seattle y del 14,4% en las salas de urgencias de Seattle. Las tasas de positividad del SARS-CoV-2 fueron más altas en hombres que en mujeres ($P < .001$ para pacientes ambulatorios del estado de Washington y del área de Seattle; $P = .13$ para pacientes con DE de Seattle), y mayores en pacientes con DE de Seattle que en pacientes ambulatorios del área de Seattle clínicas ($P < .001$).
- Se observaron tendencias no lineales en las curvas suaves estimadas para pacientes ambulatorios en el estado de Washington y pacientes ambulatorios en el área de Seattle, con tasas de positividad de SARS-CoV-2 que alcanzan su punto máximo entre el 28 y el 29 de marzo de 2020, y luego disminuyendo para ambas poblaciones.
- La trayectoria en pacientes con DE de Seattle mostró un tiempo similar al pico, seguido de una disminución más gradual. La tasa de positividad del SARS-CoV-2 fue del 17,6% en las clínicas ambulatorias y del 14,3% en las DE en el período pico y del 3,8% y 9,8%, respectivamente, al final del período de análisis. Los volúmenes de prueba aumentaron constantemente durante la primera mitad de marzo y, para pacientes ambulatorios, alcanzaron su punto máximo alrededor del 12 al 13 de marzo de 2020, con menos muestras recolectadas los fines de semana.

REPORTE –108 (COVID-19)



Datos recibidos por las autoridades nacionales de la OMS antes de las 10:00 CEST, 07 de abril de 2020.

Fuente: OMS. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200507covid-19-sitrep-108.pdf?sfvrsn=44cc8ed8_2

DESTACADOS

- Más de 3.5 millones de casos de COVID-19 y 250,000 muertes han sido reportadas a la OMS.
- En [conferencia de prensa](#), el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, refiriéndose al hecho de que las crisis pueden exacerbar las desigualdades existentes, reiteró que "No podemos poner fin a la pandemia hasta que abordemos las desigualdades que la están alimentando". También destacó seis criterios que la OMS recomienda que los países deben tener en cuenta al considerar la reducción de las restricciones de bloqueo.
- [La OMS y la Delegación de la Unión Europea \(UE\) anunciaron una nueva colaboración en Somalia](#) para fortalecer las actividades de respuesta operativa para COVID-19.
- La OMS enumera [ocho criterios clave](#) para la aceptabilidad ética de los estudios de desafío humano COVID-19.

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

A nivel mundial 3 672 238 casos (83 465) 254 045 muertes (6539)
Región de Europa 1 626 037 casos (32 209) 150 238 muertes (2458)
Región de las Américas 1 542 829 casos (35 681) 84 804 muertes (3734)
Región del Mediterráneo Oriental 229 198 casos (7968) 8465 muertes (175)
Región del Pacífico Occidental 156 184 casos (1300) 6361 muertes (34)
Región del Sudeste Asiático 81 808 casos (4810) 2936 muertes (115)
Región de África 35 470 casos (1497)1228 muertes (23)

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA OMS Nivel global Muy alto

ARTÍCULO ORIGINAL**Impacto de las intervenciones climáticas y de salud pública en la pandemia de COVID-19: un estudio de cohorte prospectivo.**

Fuente: Peter Jüni, Martina Rothenbühler, Pavlos Bobos, Kevin E. Thorpe, Bruno R. da Costa, David N. Fisman, Arthur S. Slutsky and Dionne Gesink. CMAJ May 08, 2020 cmaj.200920; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200920>

- No está claro si los cambios estacionales, el cierre de escuelas u otras intervenciones de salud pública provocarán una desaceleración de la actual pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
- El objetivo de este trabajo fue determinar si el crecimiento epidémico está asociado globalmente con el clima o las intervenciones de salud pública destinadas a reducir la transmisión del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2).
- Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de las 144 áreas geopolíticas del mundo (375 609 casos) con al menos 10 casos de COVID-19 y transmisión local antes del 20 de marzo de 2020, excluyendo China, Corea del Sur, Irán e Italia. Utilizando la regresión ponderada de efectos aleatorios, determinamos la asociación entre el crecimiento epidémico (expresado como razones de razón de tasas [RRR] comparando los recuentos acumulados de casos de COVID-19 el 27 de marzo de 2020, con los recuentos acumulados el 20 de marzo de 2020) y latitud, temperatura, humedad, cierre de escuelas, restricciones de reuniones masivas y medidas de distanciamiento social durante un período de exposición 14 días antes (del 7 al 13 de marzo de 2020).

Resultados:

- En los análisis univariados, hubo pocas o ninguna asociación de crecimiento epidémico con latitud y temperatura, pero asociaciones negativas débiles con la humedad relativa (RRR por 10% 0.91, intervalo de confianza del 95% [IC] 0.85-0.96) y humedad absoluta (RRR por 5 g / m³ 0.92, IC 95% 0.85–0.99).
- Se encontraron asociaciones fuertes para restricciones de reuniones masivas (RRR 0.65, IC 95% 0.53-0.79), cierre de escuelas (RRR 0.63, IC 95% 0.52-0.78) y medidas de distanciamiento social (RRR 0.62, IC 95% 0.45-0.85) . En un modelo multivariable, hubo una fuerte asociación con el número de intervenciones de salud pública implementadas (p para tendencia = 0.001), mientras que la asociación con la humedad absoluta ya no fue significativa.

Interpretación:

- El crecimiento epidémico de COVID-19 no se asoció con la latitud y la temperatura, pero se puede asociar débilmente con la humedad relativa o absoluta. Por el contrario, las intervenciones de salud pública se asociaron fuertemente con la reducción del crecimiento epidémico.

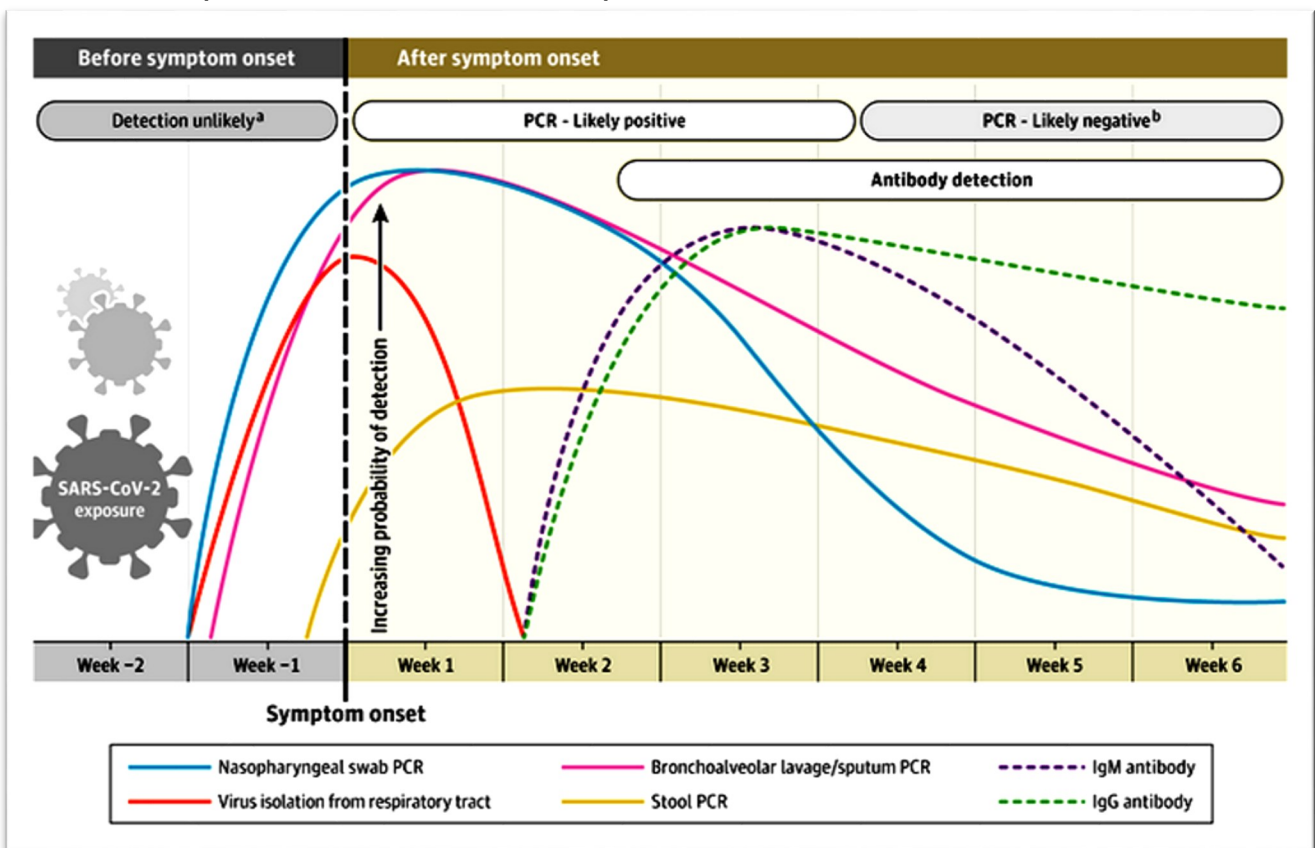
PUNTO DE VISTA



Interpretación de pruebas de diagnóstico para SARS-CoV-2.

Fuente: Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. *Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2.* JAMA. Published online May 06, 2020. [doi:10.1001/jama.2020.8259](https://doi.org/10.1001/jama.2020.8259)

- La pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) continúa afectando a gran parte del mundo.
- El conocimiento de las pruebas de diagnóstico para el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) aún está evolucionando, y es importante comprender claramente la naturaleza de las pruebas y la interpretación de sus hallazgos.
- Este punto de vista describe cómo interpretar 2 tipos de pruebas de diagnóstico comúnmente utilizadas para las infecciones por SARS-CoV-2: reacción en cadena de la transcriptasa inversa-polimerasa (RT-PCR) y el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas IgM e IgG (ELISA), y cómo los resultados puede variar con el tiempo.



Los intervalos de tiempo estimados y las tasas de detección viral se basan en datos de varios informes publicados. Debido a la variabilidad en los valores entre los estudios, los intervalos de tiempo estimados deben considerarse aproximaciones y la probabilidad de detección de infección por SARS-CoV-2 se presenta de forma cualitativa. SARS-CoV-2 indica coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo; PCR, reacción en cadena de la polimerasa.

A. La detección solo se produce si los pacientes reciben un seguimiento proactivo desde el momento de la exposición. B. Más probabilidades de registrar un resultado negativo que positivo por PCR de un hisopo nasofaríngeo.

DOCUMENTO TÉCNICO



Criterios clave para la aceptabilidad ética de los estudios de desafío humano COVID-19.

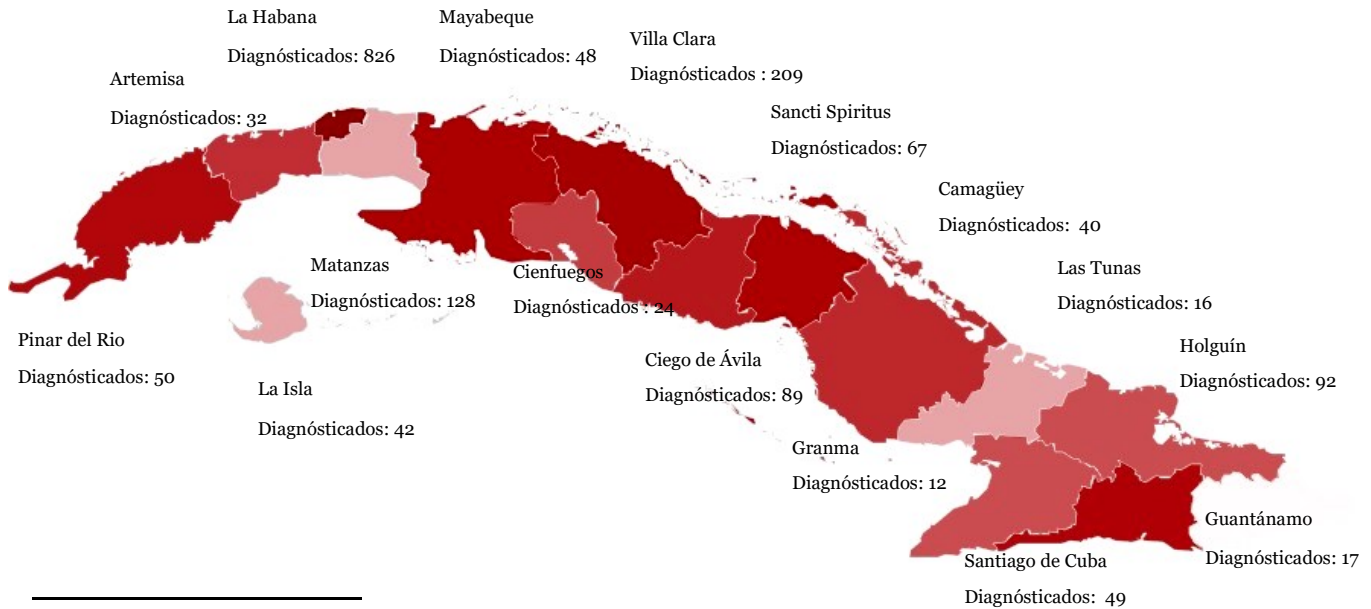
Fuente: World Health Organization. (2020). Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331976>.

- Existe un imperativo ético urgente para una investigación bien diseñada y cuidadosamente dirigida para desarrollar tales vacunas y se ha propuesto aumentar el conocimiento científico relevante sobre el SARS-CoV-2.
- Los estudios controlados de infección humana, también conocidos como estudios de desafío humano, se han propuesto como una forma de probar los muchos candidatos a vacuna para el SARS-CoV-2.
- En respuesta a la necesidad de orientación ética para informar las políticas y decisiones sobre el desarrollo potencial de dichos programas de investigación, la OMS ha desarrollado criterios clave que los programas de estudio de desafío COVID-19 deberían cumplir para garantizar que dicha investigación se realice con los más altos estándares éticos.
 - ◇ Criterio 1: Justificación científica.
 - ◇ Criterio 2: Evaluación de riesgos y beneficios potenciales.
 - ◇ Criterio 3: consulta y compromiso .
 - ◇ Criterio 4: Coordinación de la investigación.
 - ◇ Criterio 5: Selección del sitio.
 - ◇ Criterio 6: Selección de participantes.
 - ◇ Criterio 7: Revisión de expertos.
 - ◇ Criterio 8: Consentimiento informado.
- El documento tiene como objetivo proporcionar orientación a los científicos, los comités de ética de la investigación, los financiadores, los encargados de la formulación de políticas y los reguladores en las deliberaciones sobre los estudios de desafío del SARS-CoV-2 al describir los criterios clave que deberían cumplirse para que dichos estudios sean éticamente aceptables



1741	1986	1078	74
Casos confirmados por laboratorio	Casos hospitalizados	Pacientes recuperados	Muertes asociadas a la enfermedad

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



Casos acumulados 1741

Casos en el día 12

<https://salud.msp.gob.cu/?p=5121>

- Para COVID-19 se estudiaron mil 947 muestras, resultando 12 muestras positivas. El país acumula 63 mil 560 muestras realizadas y mil 741 positivas (2,7%). Por tanto, al cierre del día de ayer se confirman 12 nuevos casos, para un acumulado de mil 741 en el país.
- Los 12 nuevos casos confirmados fueron cubanos. De ellos, 10 (83,3%) fueron contactos de casos confirmados y en dos (16,6%) no se precisa la fuente de infección.
- De los 12 casos diagnosticados, cinco (41,7%) fueron mujeres y siete (58,3%) hombres. Los grupos de edades los más afectados fueron: de 40 a 60 años con seis (50%), seguido de los menores de 40 años con cuatro (33,3%). El 75% (9) de los casos positivos fueron asintomáticos.
- De los mil 741 pacientes diagnosticados con la enfermedad, 587 se mantienen como casos activos y 579 presentan evolución clínica estable. Se reportan 74 fallecidos (uno en el día de ayer), dos evacuados y mil 78 altas (47 más en el día de ayer). Se reportan cinco pacientes en estado crítico y tres pacientes en estado grave.