

# INFORMACIÓN DIARIA

## TABLA DE CONTENIDO

- ⇒ **Evitar el ibuprofeno y la COVID-19. ¿Qué tan buena es la evidencia?.** Gurusaravanan KG, Rajesh K, Vijay HCh, et al. COVID-19 and Avoiding Ibuprofen. How Good Is the Evidence?. *American Journal of Therapeutics*: 2020; 27(4):400-e402 [doi: 10.1097/MJT.0000000000001196](https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000001196)
- ⇒ **Organización Mundial de la Salud. REPORTE – 197 (COVID-19).** OMS. 04 agosto 2020. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200804-covid-19-sitrep-197.pdf?sfvrsn=94f7a01d\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200804-covid-19-sitrep-197.pdf?sfvrsn=94f7a01d_2)
- ⇒ **Primeros resultados de la encuesta de seroprevalencia sobre SARS-CoV-2** Sabbadini LL, Romano MC, et al. [First results of the seroprevalence survey about SARS-CoV-2] (Primi risultati dell'indagine di sieroprevalenza sul SARS-CoV-2). *Italian Health Ministry and National Statistics Institute* 2020, 3 August. <https://www.istat.it/it/files/2020/08/ReportPrimiRisultatiIndagineSiero.pdf>
- ⇒ **Transmisión de SARS-CoV-2 en entornos educativos australianos: estudio de cohorte prospectivo.** Kristine Macartney, Helen E Quinn, Alexis J Pillsbury, et al. *Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. The Lancet*. 2020, 3 August, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30251-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30251-0)
- ⇒ **Protocolo para el tratamiento de personas asintomáticas infectadas con el virus COVID-19.** Grupo de Trabajo Conjunto sobre Prevención y Control de COVID-19, Consejo Estatal de China. 2020. <http://weekly.chinacdc.cn/index.htm>
- ⇒ **La proliferación de células T inducida por linfopenia es un sello distintivo de COVID-19 grave.** Adamo S, Chevrier S, Cervia C, et al. *Lymphopenia-induced T cell proliferation is a hallmark of severe COVID-19. bioRxiv* 2020.08.04.236521. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.08.04.236521v1>
- ⇒ **Saliva directa: prueba de diagnóstico molecular simple y sensible para la vigilancia del SARS-CoV-2.** Vogels CBF, Brackney D, Wang J, et al. *SalivaDirect: Simple and sensitive molecular diagnostic test for SARS-CoV-2 surveillance. medRxiv* 2020.08.03.20167791. <https://doi.org/10.1101/2020.08.03.20167791>
  
- ⇒ **ESTADÍSTICAS CUBA**



**Evitar el ibuprofeno y la COVID-19. ¿Qué tan buena es la evidencia?**

*Fuente: Gurusaravanan KG, Rajesh K, Vijay HCh, et al. COVID-19 and Avoiding Ibuprofen. How Good Is the Evidence?. American Journal of Therapeutics: 2020; 27(4):400-e402  
doi: [10.1097/MJT.0000000000001196](https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000001196)*

- El ibuprofeno es un medicamento que se usa ampliamente para el tratamiento del dolor y la fiebre durante la pandemia de COVID-19.
- Se planteó una preocupación con respecto a la seguridad del uso de ibuprofeno debido a su papel en el aumento de los niveles de ACE2 dentro del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.
- ACE2 es el coreceptor para la entrada de SARS-CoV-2 en las células, por lo que se temía un mayor riesgo potencial de contraer la enfermedad de COVID-19 y / o el empeoramiento de la infección por COVID-19 con el uso de ibuprofeno. Sin embargo, los datos disponibles de estudios limitados muestran que la administración de ACE2 recombinante mejora el daño pulmonar causado por virus respiratorios, lo que sugiere que el uso de ibuprofeno puede ser beneficioso en la enfermedad de COVID-19.
- La fiebre en las infecciones virales suele ser autolimitada. Indica una respuesta inmune robusta del huésped al virus y puede ser un buen indicador pronóstico en pacientes críticos. Sin embargo, los ancianos son más vulnerables a la mayor demanda fisiológica y tienen un mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica debido a la fiebre.
- El uso de antipiréticos como el acetaminofén o los AINE no está contraindicado. En este momento, no hay pruebas clínicas o científicas suficientes para demostrar que tomar ibuprofeno u otros AINE será perjudicial para los pacientes con COVID-19. Dado el mejor perfil de seguridad del acetaminofeno sobre el ibuprofeno con respecto a los efectos secundarios cardíacos, gastrointestinales y renales, generalmente se prefiere el acetaminofeno para el tratamiento de la fiebre.
- Las pautas actuales recomiendan el uso de acetaminofeno para el control de la temperatura en adultos críticos con infección por COVID-19. Se están realizando ensayos clínicos para examinar el papel de los moduladores de RAAS, incluido el ACE2 recombinante, y esto puede ayudarnos a comprender la importancia clínica en pacientes con COVID-19 .
- En este momento, no hay evidencia de apoyo para desalentar el uso de ibuprofeno.

## REPORTE –197 (COVID-19)

Datos recibidos por las autoridades nacionales de la OMS antes de las 10:00 CEST, 04 de agosto de 2020.

Fuente: OMS. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200804-covid-19-sitrep-197.pdf?sfvrsn=94f7a01d\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200804-covid-19-sitrep-197.pdf?sfvrsn=94f7a01d_2)

### DESTACADOS

- Con más de 18 millones de casos reportados hoy, los nuevos casos aumentan en alrededor de 250 000 cada día, ahora no es el momento de ser complacientes. A medida que se abren algunas economías y sociedades, la OMS continúa instando al público a permanecer vigilante y tomar precauciones para evitar recibir COVID-19; al tiempo que insta a los países a buscar creas y realizar pruebas, rastrear contactos para garantizar que no se pierdan casos y garantizar que se cuente con el tratamiento adecuado.
- En su conferencia de prensa habitual de ayer, el Director General de la OMS, Dr. Tedros, reiteró que "Hemos visto en todo el mundo que nunca es demasiado tarde para revertir esta pandemia". Si actuamos juntos hoy, podemos salvar vidas, podemos salvar medios de vida si lo hacemos todos juntos".
- La OMS ha publicado un resumen científico sobre la estimación de la mortalidad de COVID-19. El informe discutió las limitaciones y dificultades en la interpretación de la tasa de letalidad de COVID-19, y los posibles sesgos que podrían surgir en la determinación de la mortalidad.

### Situación en números total (nuevos) casos en las últimas 24 horas

A nivel mundial 18 142 718 casos (219 862) 691 013 muertes (4 278)  
Región de África 825 272 casos (9 276) 14 139 muertes (77)  
Región de las Américas 9 741 727 casos (111 129) 365 334 muertes (2 172)  
Región del Mediterráneo Oriental 1 574 551 casos (9 715) 41 20 muertes(420)  
Región de Europa 3 425 017 casos (28 964) 214 238 muertes (647)  
Región del Sudeste Asiático 2 242 656 casos (55 641) 47 574 muertes (899)  
Región del Pacífico Occidental 332 754 casos (5 137) 8 513 muertes (63)

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

## Primeros resultados de la encuesta de seroprevalencia sobre SARS-CoV-2.

*Fuente: Sabbadini LL, Romano MC, et al. [First results of the seroprevalence survey about SARS-CoV-2] (Primi risultati dell'indagine di sieroprevalenza sul SARS-CoV-2). Italian Health Ministry and National Statistics Institute 2020, 3 August. <https://www.istat.it/it/files//2020/08/ReportPrimiRisultatiIndagineSiero.pdf>*

- Según un estudio representativo realizado por el Ministerio de Salud italiano (64,000 participantes), 1.5 millones de personas (2.5% de la población) tuvieron anticuerpos contra el SARS-CoV2 durante el período de estudio del 25 de mayo al 15 de julio.
- La encuesta tuvo como objetivo definir la proporción de personas en la población general que han desarrollado una respuesta de anticuerpos contra SarS-CoV-2, a través de la búsqueda de anticuerpos específicos en el suero. La metodología adoptada permitió, además de evaluar la tasa de prevalencia sérica del SARS-CoV-2 en la población, estimar la fracción de infecciones asintomáticas o subclínicas y las diferencias entre edad, sexo, región de pertenencia, actividad económica, así como otros factores de riesgo.
- Los datos de prevalencia sérica a nivel regional, que se integrarán con los de la vigilancia epidemiológica, son particularmente valiosos tanto para conocer la proporción de la población infectada en los meses anteriores como para el desarrollo de programas de salud para prevenir futuras oleadas de epidemia y orientar adecuadamente las políticas de salud.
- Los resultados presentados son provisionales y se refieren a 64,660 personas que llevaron a cabo el muestreo y cuyo resultado se recibió antes del 27 de julio. La encuesta inicialmente estaba dirigida a un público más amplio de ciudadanos residentes en Italia, pero la administración en condiciones de emergencia no permitió alcanzar el número programado originalmente por completo.
- Las técnicas de post-estratificación adoptadas, que corrigen los factores de distorsión de la caída, han permitido la producción de estimaciones consistentes con los datos de contagio y mortalidad del SARS-CoV-2, ambos con los resultados producidos por encuestas realizadas a nivel local en algunas realidades del país, así como investigaciones análogas realizadas en el panorama internacional.
- Importante del estudio italiano: si estas cifras son ciertas, la tasa de mortalidad por infección (IFR, la proporción de muertes entre todas las personas infectadas) en Italia sería del 2.3% (35,000 muertes / 1,500,000 infecciones). Esto es más alto que en otros países europeos y debe abordarse en futuros estudios.

**ARTÍCULO****Transmisión de SARS-CoV-2 en entornos educativos australianos: estudio de cohorte prospectivo.**

Fuente: Kristine Macartney, Helen E Quinn, Alexis J Pillsbury, et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020, 3 August, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30251-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30251-0)

- Los datos empíricos sobre la transmisión del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) entre niños y en entornos educativos son escasos. En Australia, la mayoría de las escuelas permanecieron abiertas durante la primera ola epidémica, aunque con una asistencia física reducida de los estudiantes en el pico epidémico.
- Se examina la transmisión del SARS-CoV-2 entre los niños y el personal de las escuelas y los entornos de educación y cuidado de la primera infancia (ECEC) en el estado australiano de Nueva Gales del Sur (NSW).
- Revisados los casos de COVID-19 pediátricos (de  $\leq 18$  años) y adultos confirmados por laboratorio que asistieron a una escuela o entorno ECEC mientras se consideraban infecciosos (definidos como 24 h antes del inicio de los síntomas según las pautas nacionales durante el período de estudio) en Nueva Gales del Sur del 25 de enero a abril 10, 2020, fueron investigados por transmisión en adelante.

**Resultados.**

- 15 escuelas y diez entornos de ECEC hicieron que niños ( $n = 12$ ) o adultos ( $n = 15$ ) asistieran mientras eran infecciosos, con 1448 contactos monitoreados. De estos, 633 (43.7%) de 1448 tuvieron pruebas de ácido nucleico, o pruebas de anticuerpos, o ambas, con 18 casos secundarios identificados (tasa de ataque  $1 \cdot 2\%$ ).
- Se identificaron cinco casos secundarios (tres niños; dos adultos) (tasa de ataque del 05%;  $5/914$ ) en tres escuelas. No se produjo transmisión secundaria en nueve de diez configuraciones de ECEC entre 497 contactos. Sin embargo, un brote en un entorno de ECEC implicó la transmisión a seis adultos y siete niños (tasa de ataque 351%;  $13/37$ ). En todos los entornos, cinco (28 · 0%) de las 18 infecciones secundarias eran asintomáticas (tres bebés [todos de 1 año], un adolescente [de 15 años] y un adulto).
- Las tasas de transmisión del SARS-CoV-2 fueron bajas en los entornos educativos de Nueva Gales del Sur durante la primera ola epidémica de COVID-19, lo que es consistente con una enfermedad infrecuente leve en la población de 1 a 8 millones de niños. Estos hallazgos podrían usarse para informar el modelado y la política de salud pública con respecto al cierre de escuelas durante la pandemia de COVID-19.

## PROTOCOLO

### Protocolo para el tratamiento de personas asintomáticas infectadas con el virus COVID-19.

Fuente: Grupo de Trabajo Conjunto sobre Prevención y Control de COVID-19, Consejo Estatal de China. 2020. <http://weekly.chinacdc.cn/index.htm>

- Protocolo que contiene 15 artículos, formulados de conformidad con la Ley de la República Popular de China sobre Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas y la Ley de la República Popular de China sobre Salud y Cuarentena Fronterizas para fortalecer la detección, la presentación de informes y la gestión de personas asintomáticas infectadas con COVID-19.
- Las personas asintomáticas infectadas con el virus COVID-19 (en adelante denominadas personas asintomáticas) se refieren a aquellas que no tienen manifestaciones clínicas relevantes, incluidos signos clínicamente detectables o síntomas autopercebidos como fiebre, tos o dolor de garganta, pero que tienen resultado positivo para el virus COVID-19 en muestras respiratorias u otras muestras. Hay dos tipos de personas asintomáticas: 1) aquellas que no tienen síntomas autopercebidos o signos clínicamente detectables durante la cuarentena de 14 días; y 2) aquellos que son "asintomáticos" durante el período de incubación.
- Las personas asintomáticas son contagiosas con riesgos de transmisión.
- Fortalecer el monitoreo y la detección de personas asintomáticas:
  - 1) probando activamente contactos cercanos de casos de COVID-19 durante su período de observación médica;
  - 2) probar activamente durante las investigaciones de conglomerados;
  - 3) evaluar activamente a las personas con exposición durante el rastreo de la fuente de infección;
  - 4) evaluar activamente a personas con antecedentes de viajes o residenciales en áreas en el extranjero con transmisión sostenida de COVID-19;
  - 5) detectar durante la investigación epidemiológica y la detección oportunista.
- Normalizar la notificación de personas asintomáticas.
- Fortalecer la transparencia de la información.
- Fortalecer el manejo de personas infectadas asintomáticas.

Disponible el Texto completo: <http://weekly.chinacdc.cn/index.htm>. Fuente original: Protocol for the management of asymptomatic persons infected with COVID-19 virus. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-04/08/content\\_5500371.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-04/08/content_5500371.htm). [2020-04-8]. (In Chinese).

## PREPRINTS

## La proliferación de células T inducida por linfopenia es un sello distintivo de COVID-19 grave.

Fuente: Adamo S, Chevrier S, Cervia C, et al. Lymphopenia-induced T cell proliferation is a hallmark of severe COVID-19. *bioRxiv* 2020.08.04.236521. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.08.04.236521v1>

- La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por una infección con el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), tiene una presentación clínica amplia que va desde infección asintomática hasta enfermedad mortal.
- Las diferentes características asociadas con la respuesta inmune al SARS-CoV-2, como la hiperinflamación y la reducción de los recuentos periféricos de células T CD8 + están fuertemente asociadas con la enfermedad grave.
- Se confirma la reducción de las células T periféricas CD8 + tanto en términos relativos como absolutos e identificamos la apoptosis de las células T y la migración hacia los tejidos inflamados como posibles mecanismos que impulsan la linfopenia periférica de las células T.
- Los autores, encuentran evidencia de niveles elevados de interleucina-7 en suero, lo que indica escasez sistémica de células T y signos de una mayor proliferación de células T en pacientes con linfopenia severa. Después de la linfopenia de células T en el curso temporal pseudo-longitudinal, observan la expansión y recuperación de células T antivirales poli-específicas, argumentando así la proliferación de células T inducida por linfopenia.
- En resumen, este estudio sugiere que la pérdida extensa de células T y la posterior proliferación de células T son características del COVID-19 grave.

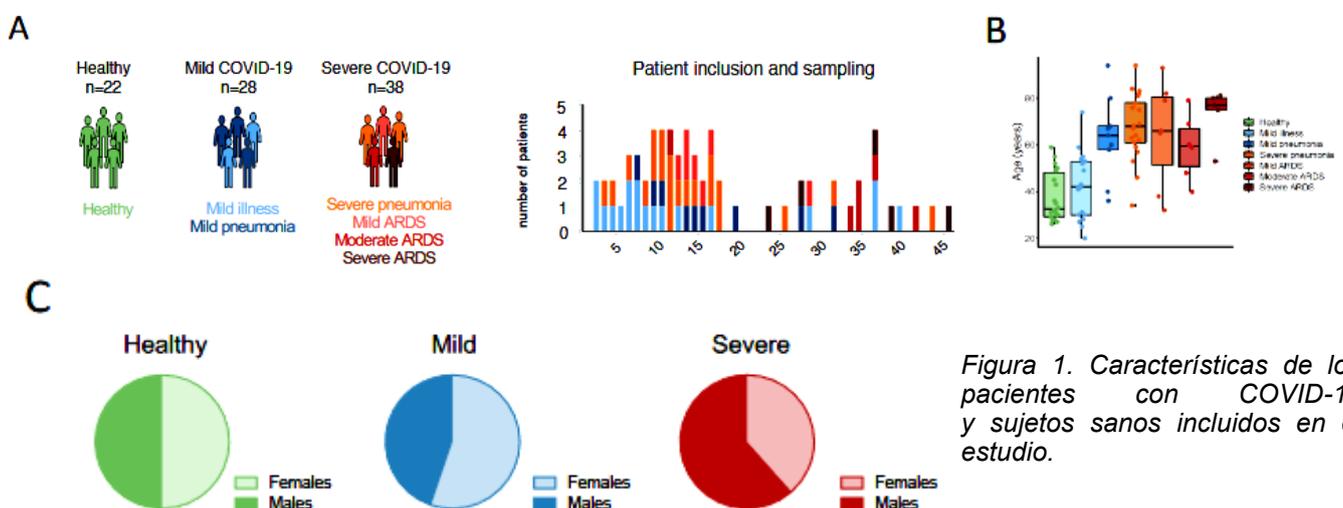


Figura 1. Características de los pacientes con COVID-19 y sujetos sanos incluidos en el estudio.

## PREPRINTS

**Saliva directa: prueba de diagnóstico molecular simple y sensible para la vigilancia del SARS-CoV-2.**

*Fuente: Vogels CBF, Brackney D, Wang J, et al. SalivaDirect: Simple and sensitive molecular diagnostic test for SARS-CoV-2 surveillance. medRxiv 2020.08.03.20167791. <https://doi.org/10.1101/2020.08.03.20167791>*

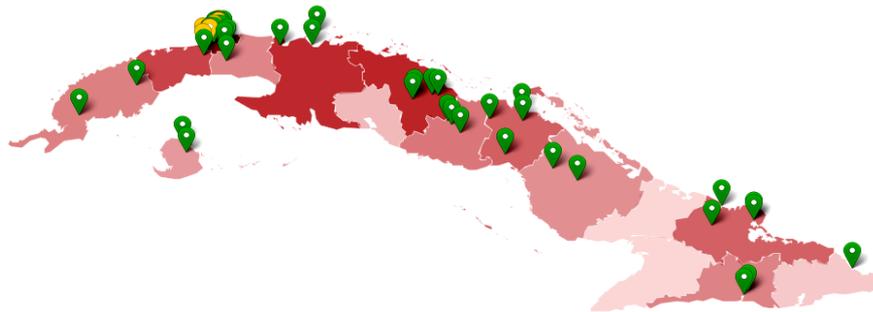
- El componente crítico del enfoque es usar saliva en lugar de hisopos respiratorios, lo que permite un muestreo frecuente no invasivo y reduce la necesidad de profesionales de la salud capacitados durante la recolección.
- Simplifican la prueba de diagnóstico al no requerir conservantes de ácido nucleico en la recolección de muestras, reemplazar la extracción de ácido nucleico con una simple proteinasa K y etapa de tratamiento térmico, y analizar muestras con una PCR de transcripción inversa cuantitativa dualplex (RT-qPCR) ensayo.
- Se valida Saliva Direct con reactivos e instrumentos de múltiples proveedores para minimizar el riesgo de problemas en la cadena de suministro. Independientemente de la combinación probada de reactivos e instrumentos de diferentes proveedores.
- Encuentran que Saliva Direct es altamente sensible con un límite de detección de 6-12 copias de SARS-CoV-2 /  $\mu\text{L}$ .
- Al comparar los hisopos nasofaríngeos emparejados y las muestras de saliva utilizando el kit combinado ThermoFisher Scientific TaqPath COVID-19 autorizado y el protocolo SalivaDirect, encuentran un alto acuerdo en los resultados de las pruebas (> 94%).
- Al ser flexible y económico (\$ 1.29- \$ 4.37 / muestra), SalivaDirect es una opción viable y accesible para ayudar a aliviar las demandas de pruebas de SARS-CoV-2.
- El 14 de julio de 2020 los autores presentaron Saliva Direct como prueba desarrollada en laboratorio a la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- Para Autorización de Uso de Emergencia, y los detalles actuales se pueden revisar el sitio web ([covidtrackerct.com/about-salivadirect/](https://covidtrackerct.com/about-salivadirect/)).



<b>2 726</b>	<b>240</b>	<b>2 396</b>	<b>88</b>
Casos confirmados por laboratorio	Casos hospitalizados	Pacientes recuperados	Muertes asociadas a la enfermedad

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

PR	Artemisa	La Habana	Mayabeque	Mtzas	Cienfuegos	Villa Clara	S.S	Ciego Ávila	Camagüey	Las Tunas	Granma	Holguín	SC	Gtnamo	La Isla
62	143	<b>1 526</b>	57	207	28	224	71	98	50	19	17	96	60	23	43

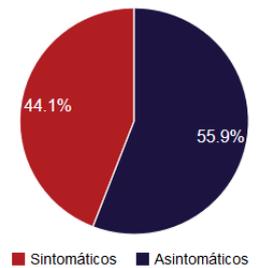


TASA	Días último fallecido
2,47 (por 100 mil) últimos 15 días	1

0 casos ■ ■ ■ ■ ■ 1526 casos  
 Eventos de transmisión local activos 📍 Eventos de transmisión local cerrados 📍

**Casos acumulados** 2 726

**Casos en el día** 25



<https://salud.msp.gob.cu/>

- Para COVID-19 se estudiaron 3 mil 732 muestras resultando 25 muestras positivas. El país acumula 281 mil 595 muestras realizadas y 2 mil 726 positivas (0,97%).
- Los 25 casos diagnosticados son cubanos, 21 (84%) fueron contacto de casos confirmados, en dos (8%) no se precisa la fuente de infección y dos (8%) con fuente de infección en el extranjero.
- De los 25 casos confirmados, 16 (64%) fueron hombres y nueve (36%) mujeres. Los grupos de edad afectados fueron: de 20 a 39 años y de 40 a 60 años, 11 cada uno para un 44% respectivamente, menores de 20 años dos (8%) y más de 60 años uno (4%). El 60% (15) de los casos positivos fueron asintomáticos.
- De los 2 mil 726 pacientes diagnosticados con la enfermedad, se mantienen ingresados confirmados 240 (8,8%), 238 el 99,2% presentan evolución clínica estable. Se reportan 88 fallecidos (ninguno del día), dos evacuados y se acumulan 2 mil 396 pacientes recuperados (88%) (14 altas del día).
- Se reportan dos pacientes en estado grave.