

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 95 - Marzo de 2020

Pandemia de COVID-19 (datos al 19 de marzo de 2020)
COVID-19: preguntas frecuentes

STAFF

Departamento de
Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. SOLEDAD LLARRULL

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

www.escalainicial.com.ar

Twitter: @escalainicial

FUNCEI

French 3037

C1425AWK, CABA (Argentina)

Tel.: 4809 4242; info@funcei.org.ar

www.funcei.org.ar

FIDEC

2050 Coral Way Suite #407

Miami, Florida 33145

Tel.: 305 854 0075

www.fidex-online.org

Pandemia de COVID-19

Aspectos epidemiológicos¹

A fines de diciembre de 2019, la ciudad china de Wuhan, en la provincia de Hubei, con 11 millones de habitantes, se convirtió en el centro de una epidemia de neumonía de causa desconocida con implicancias globales. Las autoridades sanitarias del país llevaron a cabo una investigación inmediata del conglomerado de casos que requirieron atención médica e identificaron a los convivientes y contactos. Este conglomerado de pacientes, en su mayoría, tenían un nexo epidemiológico con un mercado de mariscos y animales vivos: eran clientes o vendedores. Como estrategia de contención, para evitar que la enfermedad se diseminara, se propuso aislar a los pacientes infectados y sospechosos, vigilar a sus contactos y obtener de sus datos clínicos y epidemiológicos.

El 12 de enero de 2020, en solo unos pocos días, China compartió la secuencia del genoma del nuevo virus. Según el análisis filogenético, se trata de un betacoronavirus del mismo subgénero que el virus causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) entre 2002 y 2003. Se lo ha designado, por lo

tanto, SARS-CoV-2. Al comparar las secuencias de estos virus, es muy similar la que corresponde a la región de unión al receptor celular, y se ha demostrado que el SARS-CoV-2 usa el mismo receptor para ingresar en la célula del hospedador: **la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) 2**. Parece ser más lejana la relación filogenética del SARS-CoV-2 con el virus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS, por sus siglas en inglés), otro coronavirus en circulación desde 2012.

La secuencia de ARN tiene más similitud con la de dos coronavirus de murciélagos, y es posible que estos animales sean la fuente principal. Sin embargo, todavía se desconoce si la transmisión al ser humano



Acceda directamente haciendo clic sobre la imagen.

fue directa o por otro mecanismo, como un hospedador intermediario, como ocurrió en los brotes de coronavirus anteriores. Se cree que esta forma de transmisión predominó al inicio de la epidemia en Wuhan. Sin embargo, durante las semanas siguientes, el brote progresó, lo que indicaba una transmisión continua de persona a persona. El virus salió del centro de la epidemia y comenzó a distribuirse en otras ciudades de China y, luego, fuera de ese país, debido al movimiento de viajeros (principalmente, en avión) y al contacto con ellos.

Situación mundial al 19 de marzo de 2020

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la COVID-19 tienen magnitud de **pandemia**², ya que los casos aumentan en forma sostenida y se han registrado en todos los continentes, excepto la Antártida^{1,3} (Figura 1). En el recuadro, se listan los países más afectados y con transmisión comunitaria^{4,5}.

Fases de la pandemia según la Organización Mundial de la Salud⁶

Período interpandémico. No se ha detectado un nuevo subtipo de virus que cause enfermedad en seres humanos; puede estar presente en animales.

- **Fase 1:** el riesgo de infección o enfermedad de seres humanos se considera bajo.

Zonas de riesgo (al 19/03/2020): alta cantidad de casos y transmisión comunitaria^{4,5}

- China.
- Japón.
- Corea del Sur.
- Irán.
- Europa.
- Estados Unidos.
- Chile.
- Brasil.

Toda Europa pasó a considerarse zona de riesgo.

- **Fase 2:** el riesgo de infección o enfermedad de seres humanos se considera importante.

Período de alerta de pandemia. Infección humana con un nuevo tipo viral.

- **Fase 3:** sin transmisión de persona a persona o diseminación a contactos cercanos.
- **Fase 4:** uno o varios conglomerados (*clusters*) pequeños con transmisión interhumana limitada y diseminación sumamente localizada, lo que sugiere que el virus no está bien adaptado a humanos.
- **Fase 5:** gran *cluster*, pero con transmisión interhumana todavía localizada, lo que sugiere que el virus está incrementando su adaptación a seres huma-

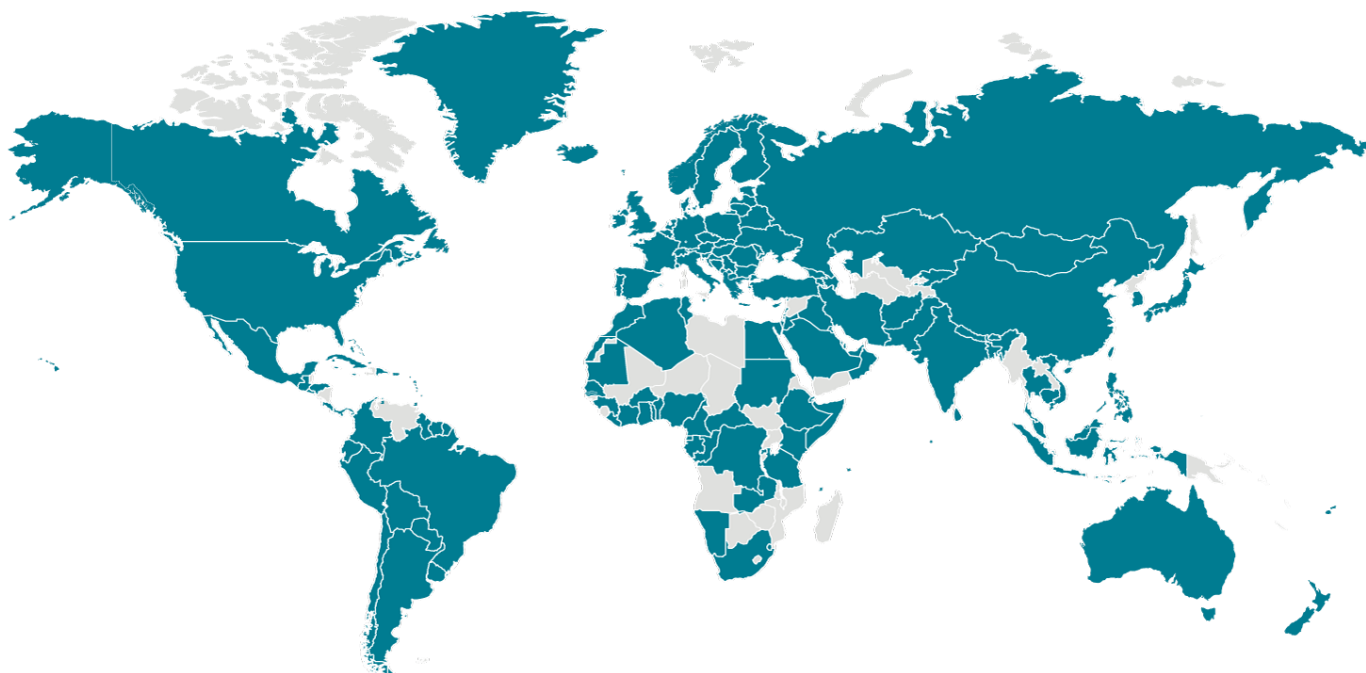


Figura 1. Mapa de países con casos confirmados de COVID-19 (actualizado el 19 de marzo de 2020)³.

nos, aunque sin ser completamente transmisible (importante riesgo de pandemia).

Período pandémico (fase 6). Transmisión incrementada y sostenida en la población general.

Período pospandémico. Regreso al período interpandémico.

Dinámica de una epidemia⁷

Durante una epidemia, la cantidad de casos aumenta de forma exponencial con el tiempo. Al inicio, la mayoría de la población es susceptible de contagiarse el virus; pero, con el transcurso de los días, el número de susceptibles va disminuyendo, ya que parte de la población se cura, otra genera inmunidad posinfección, y otra fallece.

Cuando el virus se encuentra con menos individuos susceptibles, capaces de ser infectados, se pone fin a la epidemia o se puede utilizar el concepto de **límite de densidad: número mínimo de individuos para que la epidemia siga en progreso**. Alcanzado este límite, el patógeno ya no puede transmitirse con eficacia, por lo que finaliza el brote.

Si la cantidad de afectados es elevada y se va incrementando en poco tiempo (Figura 2, curva en rojo), hay riesgo grave de colapso del sistema de salud: falta de insumos, de personal de salud, de atención adecuada. Como consecuencia, se produce una mayor cantidad de muertes. En cambio, si **se implementan y cumplen las medidas de contención en tiempo y forma adecuada**, se logra “ganar tiempo” para que el número de casos disminuya o bien se logre retrasar la cantidad de infectados, lo que se visualiza es una curva aplanada (Figura 2, curva en azul).

Cómo evitar que colapse el sistema de salud

- Proteger a las personas vulnerables, es decir, con más riesgo de padecer la enfermedad (mayores de 60 años; embarazadas; pacientes inmunocomprometidos; tabaquistas; personas con afecciones respiratorias, renales, diabetes o hipertensión arterial).
- Detectar los casos sospechosos (por ej., viajeros o personas con antecedente de contacto con un enfermo).
- Aislar el caso sospechoso.
- Seguir contactos y convivientes del caso índice.
- Cuarentenas sociales.

Las medidas deben ser eficaces y sostenidas en el tiempo.

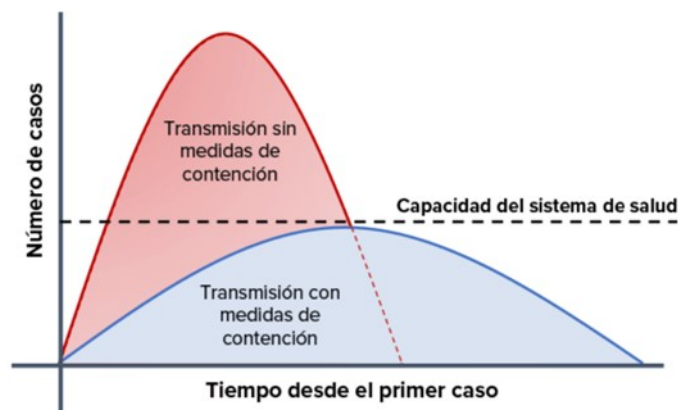


Figura 2. Dinámica de una epidemia si se implementan y cumplen las medidas de contención (curva azul) o en ausencia de estas (curva roja)⁷.

Diferentes escenarios en una epidemia

Peor escenario. Se presentan muchos casos en poco tiempo, la población se desplaza y disemina el virus de zonas con circulación a zonas donde no existía. La curva será en pico (Figura 2, curva en rojo, transmisión sin medidas de contención), el sistema sanitario colapsará, y, por lo tanto, aumentará la mortalidad.

Mejor escenario. Se logran detectar los casos sospechosos en etapas tempranas, se hace el seguimiento de sus convivientes y contactos. Se imponen cuarentenas y distanciamiento social. No hay desplazamiento de la población. Los casos van durante un período más extenso, y la curva es, entonces, más achatada (Figura 2, curva en azul, transmisión sin medidas de contención).

Parámetros que estiman la magnitud del riesgo de la pandemia

Existen tres parámetros que permiten evaluar la magnitud del riesgo que implica este nuevo coronavirus: tasa de transmisión (R_0), tasa de letalidad (en inglés, *case fatality rate*) y transmisión asintomática⁸.

Medición de la intensidad del brote (factor R_0)^{8,9,10}

El factor R_0 indica la tasa de transmisión de un virus. Es el número de casos, en promedio, que van a ser causados por una persona infectada durante el período de contagio. Es decir, la cantidad promedio de personas a las que un único individuo les transmitirá el virus. Con este número básico de reproducción, se puede anticipar el alcance de una epidemia.

Al comienzo, representa el número de casos secundarios generados por el caso índice y refleja el máximo

Cuadro 1. Tasa de transmisión (factor R0) en orden decreciente de algunas enfermedades infecciosas¹⁰.

Enfermedad infecciosa	R ₀ del virus
Sarampión	De 12 a 18
VIH	De 4,2 a 10,6
Gripe española (pandemia de 1918)	De 3 a 4
Gripe	De 2 a 3 ^a
Hepatitis C	De 2,1 a 3,9
SARS	De 2,2 a 2,6 (al fin de la epidemia, descendió a 1)
COVID-19	De 1,5 a 3,5
Ébola en África occidental	De 1,1 a 1,9

^a La gripe no causa brotes tan violentos como los de sarampión, pero persiste por su capacidad de mutar y de evadir el sistema inmunitario.

potencial epidémico del patógeno. A medida que la epidemia progresa, el R₀ va disminuyendo por la disminución de la cantidad de individuos susceptibles y por las medidas de contingencia establecidas.

El R₀ depende de varios factores:

- La susceptibilidad de la población para contagiarse (relacionada con la prevalencia de enfermedades asociadas, la alimentación, la proporción de personas inmunocomprometidas, etc.).
- Las propiedades del patógeno (virulencia, infectividad, potencial pandémico).
- Los factores demográficos (densidad de población, esperanza de vida).
- Condiciones climáticas y ambientales.

El efecto de la estacionalidad en la transmisión viral se desconoce; pero, hasta la fecha, se sabe que, aunque se alcanzara un R₀ de 2-3 durante los meses cálidos en el hemisferio norte, la transmisión del SARS-CoV-2 no se reduciría como ocurre con la del virus de la gripe, cuyo R₀ en verano vería de 1,1-1,5. En el Cuadro 1, se comparan los R₀ de virus que causan diferentes infecciones.

El demógrafo Alfred Lotka sugirió en la década de 1920 las siguientes relaciones:

- Si **R₀ < 1**, la enfermedad va a desaparecer de la población porque, en promedio, una persona infectada va a contagiar a menos de una persona susceptible.
- Si **R₀ > 1**, la enfermedad se va a diseminar.

Se estima que, en el caso de la COVID-19, el tiempo promedio que tarda una persona infectada en contagiar a otras varía de 4,4 a 7,5 días (similar al SARS), pero fue menor para la pandemia de gripe AH1N1 (alrededor de un día hasta el estado infeccioso y unos pocos días de un pico de contagio a los demás)¹¹.

Tasa de mortalidad

Es la posibilidad que tiene un paciente infectado de morir a causa de la infección. Para la COVID-19, un estudio sugiere que estaría entre el 0,3 % y el 1 %, que es superior al 0,1 % de la gripe A estacional¹¹. Datos del Centro Chino para la Prevención y Control de Enfermedades (véase “Características de los pacientes con COVID-19”) indican una tasa de mortalidad del 2,3 %¹². Otras estimaciones llegan al 3-4 %¹³.

Importante:

- China demostró que **la cuarentena, el distanciamiento social y el aislamiento** de las personas infectadas pueden **contener la epidemia**¹¹.
- Los países que recién comienzan con los primeros casos deben **seguir este ejemplo**¹¹.

Características de los pacientes con COVID-19

El Centro Chino para la Prevención y Control de Enfermedades recopiló los datos de 72.314 enfermos hasta el 11 de febrero del 2020, de los cuales 44.672 (61,8 %) eran casos confirmados de COVID-19, 16.186 (22,4 %) eran casos sospechosos, y 889 (1,2 %) eran portadores asintomáticos del SARS-CoV-2. Brindaron así los primeros datos con evidencia científica del comportamiento de la enfermedad¹².

Los principales hallazgos son los siguientes¹²:

- La epidemia de COVID-19 se propagó de la provincia de Hubei al resto de China en solo 30 días.
- La tasa global de mortalidad fue del 2,3 % (2,9 % en Hubei; 0,4 % en otras provincias). La tasa de mortalidad es mayor en los hombres (2,8 %), que también se ven más afectados por la COVID-19 que las mujeres (51,4 % vs. 48,6 %, respectivamente).
- El grupo de mayor riesgo son las personas de 60 años o más (en especial, las mayores de 80 años) o con enfermedades subyacentes (cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedad respiratoria crónica).
- La mayoría de los casos confirmados (80,8 %) fueron leves y correspondieron a personas que tenían entre 30 y 69 años.

- Solo el 13,8 % de los pacientes presentaban afectación grave con disnea, taquipnea, saturación arterial de O₂ < 93 %, PaO₂/FiO₂ < 300, infiltrados pulmonares en 24-48 h en el 50 % de los casos.
- Todas las muertes ocurrieron en pacientes en estado crítico: insuficiencia respiratoria, *shock*, fallo multiorgánico en el 4,7 % de los casos con una mortalidad > 50 %.
- Fallecieron 5/1716 profesionales de la salud (corresponde al 0,3 %).

Comparación con otras epidemias^{8,13}

Gripe. La pandemia de gripe A(H1N1) durante 2009 afectó a 400.000 personas, y murieron 18.300. Duró 10 meses, y la mortalidad fue del 11-21 % (baja mortalidad para la alta transmisión). Cada año, se estiman entre 290.000 y 650.000 muertes en el mundo debidas a las complicaciones de la gripe estacional. En promedio, son entre 795 y 1781 muertes diarias. En el Cuadro 2, se comparan gripe y COVID-19.

SARS (de noviembre de 2002 a julio de 2003). Causado por un coronavirus que se originó Beijing

(China) y se diseminó a 29 países. Afectó a 8096 personas, con 774 fallecimientos y una tasa de mortalidad de 9,6 %.

MERS (2012). Se infectaron 2494 personas con 858 muertes. La tasa de mortalidad fue del 34,4 %. El virus sigue en circulación.

Diseminación/transmisión

- Por contacto con animales enfermos.
- Por contacto **directo de persona a persona** mediante gotas de *flugge*, tos, estornudos, aerosoles respiratorios.
- Por contacto **indirecto**, debido a la permanencia viral en superficies porosas.
- Por la ingesta de animales pocos cocidos.
- Existiría un riesgo de transmisión fecal-oral.

Importante:

La **distancia ideal** entre dos personas para disminuir las posibilidades de transmisión del virus es de **entre 1 y 2 metros**.

Cuadro 2. Diferencias entre la gripe y la COVID-19¹³.

Características	COVID-19	Gripe
Velocidad de propagación	Más lenta para COVID-19 que para la gripe.	
Mediana del período de incubación	Más prolongado para COVID-19 que para la gripe.	
Transmisión	<p>Los síntomas pueden aparecer en un período de 2 a 14 días, durante el cual la persona contagia aun sin síntomas.</p> <p>Algunos casos pueden transmitir de 24 h a 48 h antes de que aparezcan síntomas.</p>	De 3 a 5 días después del inicio de los síntomas, pero puede transmitirse antes de la aparición de los síntomas.
Poder de contagio	Mayor infectividad del SARS-CoV-2 (R₀ de 2,0 a 2,5^a) que del virus de la gripe.	
Evolución clínica	<p>Enfermedad leve o asintomática: 80 % de los casos.</p> <p>Enfermedad grave: 15 %.</p> <p>Enfermedad mortal: 5 %.</p>	La proporción de enfermedades graves y mortales es menor.
Grupos de riesgo	Adultos mayores de 60 años, personas con enfermedades asociadas.	Niños, embarazadas, adultos mayores de 65 años, personas con enfermedades asociadas o inmunocomprometidas.
Tratamiento	Aún no se han licenciado vacunas ni tratamientos específicos.	Disponibilidad de vacunas y antivirales.
Mortalidad	3-4 %	Menor del 0,1 %

^a Valores incluidos dentro del rango de la estimación informada previamente (véase "Medición de la intensidad de un brote [factor R₀]").

Cuadro 3. Comparación de los períodos de incubación de algunas enfermedades respiratorias¹⁵.

Virus	Período de incubación (días)
COVID-19	De 2 a 14 (estimación oficial según OMS) De 0 a 24 (según un estudio¹⁶ de 1324 casos^a)
SARS	De 2 a 7 (hasta 10)
MERS	De 2 a 14 (en promedio, 5)
Gripe A(H1N1)	De 1 a 4 (hasta 7)
Gripe estacional	De 1 a 4 (en promedio, 2)

^a Según la OMS, un período de incubación muy prolongado podría deberse a una doble exposición¹⁵.

En el Cuadro 3, se comparan los períodos de incubación de algunas infecciones respiratorias¹⁵.

Definiciones utilizadas en la pandemia de COVID-19 y seguimiento de los casos

Al hacer clic en el texto del siguiente recuadro, se accede a la página del Ministerio de Salud argentino en la que se presentan las definiciones¹⁴.

Definiciones vigentes¹⁴

Caso sospechoso
Caso probable
Caso confirmado

La definición de caso es dinámica y puede variar según la situación epidemiológica.

Ante la presencia de un caso sospechoso, se procede del siguiente modo:

1. Medidas de aislamiento (en caso de exposición o de enfermedad)

- Paciente: uso de barbijo.
- Aislamiento en habitación privada o en área destinada a tal fin.
- Profesional de la salud: equipo de protección personal (camisolín, barbijo, antiparras, guantes).

2. Evaluación del estado clínico

- Presencia de fiebre.
- Presencia de tos o acortamiento de la respiración.

3. Notificación al departamento de salud

- Reporte de casos sospechosos y de pacientes en riesgo.
- Test diagnóstico.

4. Evolución

- Alta y egreso al domicilio si no requiere internación.
- Aislamiento en el hogar, evitar el contacto con personas sanas

Importante:

La decisión de discontinuar las precauciones de contacto con el paciente hospitalizado requiere **resultados negativos de la RT-PCR en dos muestras consecutivas con > 24 h de diferencia.**

Diagnóstico

- **Cuadro clínico compatible:** fiebre (≥ 38 °C), tos, odinofagia, disnea, cefalea, en algunos casos síntomas gastrointestinales.
- **Antecedente** de viaje al exterior, sobre todo, zonas de circulación viral o contacto con casos, según la definición vigente.
- TAC con infiltrados bilaterales e imágenes en vidrio esmerilado. Su sensibilidad es de 88 %.
- Panel respiratorio negativo.
- RT PCR positiva. Su sensibilidad es del 60 % al 70 %, con buena especificidad.
- Alteraciones en los análisis clínicos: linfopenia < 1500 células, LDH elevada, tiempo de protrombina prolongado.

Situación en la Argentina

El 2 de marzo de 2020 se notificó al sistema de vigilancia nacional un caso sospechoso, que luego fue confirmado, con antecedente de viaje a algunos países de Europa. Hasta el 19 de marzo, se registraron los siguientes datos¹⁷:

- Casos confirmados: 128.
- Distritos afectados: CABA y provincias de Buenos Aires, San Luis, Chaco, Córdoba, Santa Fe, Río Negro, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se notificó al 19 de marzo un caso correspondiente a un profesional de la salud (en Chaco). Hasta la misma fecha, hubo tres fallecimientos, hombres mayores de 60 años con enfermedades asociadas.

Importante:

Al cierre de este boletín (19 de marzo de 2020), se había establecido, mediante el DNU 297/2020, el **aislamiento social, preventivo y obligatorio** hasta el 31 de marzo de 2020 para **todas las personas que se encontraran en el país.**

Recomendaciones argentinas de tratamiento¹⁸

Provisoriamente, hasta que se elaboren las guías definitivas de tratamiento, la Sociedad Argentina de Infectología emitió las recomendaciones que se resumen a continuación.

Lopinavir y ritonavir. Medicación antirretroviral (inhibidor de proteasas). Su mecanismo de acción en la COVID-19 es la inhibición de la proteasa 3CLpro y del citocromo CYP3A, lo cual logra aumentar la concentración de lopinavir, mientras que ritonavir inhibe al citocromo CYP3A aumentando las concentraciones del lopinavir. En estudios realizados en pacientes con MERS, el personal de salud con alta exposición a pacientes infectados sería de utilidad para la profilaxis posexposición: limita el contagio y reducción del riesgo de contagio del 40 %.

Cloroquina e hidroxicloroquina. Fármacos utilizados para tratar la malaria y diferentes tipos de artritis. Recomendado por el consenso del Departamento de Ciencia y Tecnología de China para casos leves, moderados y graves de neumonía por coronavirus .

Corticoides. Uso controvertido. En casos de gripe grave, aumentaría la mortalidad. Utilizado en forma temprana en pacientes que requiere ventilación mecánica (VM) mejoraría la saturación de oxígeno y la ventilación sin modificar la mortalidad; pero, en fases graves con SDRA (síndrome de distress respiratorio del adulto), podría inhibir la respuesta inflamatoria de las citoquinas y evitar el daño multiorgánico y el shock.

Plasma de convalecientes. No existe evidencia clínica, pero sí experiencia de uso en otras enfermedades, como SARS, MERS y ébola.

Otros fármacos. Litio, teicoplanina, baricitinib, tocilizumab, nitazoxanida, ribavirina e interferón en forma inhalada.

Bibliografía

1. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate, 19 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>.
2. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020, 11 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
3. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). World map. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/locations-confirmed-cases.html#map>.
4. OMS. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, 19 de marzo de 2020. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200319-sitrep-59-covid-19.pdf?sfvrsn=c3dcdef9_2.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Reporte Diario Nro. 15. Situación de COVID-19 en Argentina, 19 de marzo de 2020. Disponible en file:///C:/Users/Sole/Desktop/19-03-20-reporte-diario-covid-19.pdf.
6. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Plan de respuesta integrada para pandemia de influenza. Disponible en <https://www.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/INFLUENZA/nipp20argentina.pdf?ua=1>.
7. Medscape en español: <https://espanol.medscape.com/>.
8. Worldometer. COVID-19 Coronavirus Outbreak, 20 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.worldometers.info/coronavirus/#repro>.
9. Eisenberg J. Coronavirus : que es el factor R) con el que se mide la intensidad de un brote como el coronavirus y su potencial pandémico, 12 de febrero de 2020. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51469198>.
10. Criado MA. La ratio de contagion del ébola es inferior a la del sarampión o el VIH, 8 de octubre de 2014. Disponible en https://elpais.com/elpais/2014/10/08/ciencia/1412767267_324704.html.
11. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? Lancet. Com. publicada online el 6 de marzo de 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).
12. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China, 9 de febrero de 2020. Disponible en <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.06.20020974v1>.
13. Carlson R. 7 Differences Between Coronavirus and Influenza, 7 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.precisionvaccinations.com/covid-19-disease-mortality-rate-significantly-greater-influenza-virus>.
14. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Nuevo coronavirus COVID-19. Definición de caso, 16 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>.
15. Worldometer. COVID-19 Coronavirus / Incubation, 12 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-incubation-period/>.
16. Wei-jie Guan, Zheng-yi Ni, Yu Hu, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China, 9 de febrero de 2020. Disponible en <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.06.20020974v1>. Publicado luego como Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. NEJM. 2020 (28 de feb.). doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
17. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Nuevo coronavirus COVID-19. Informe diario. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario>.
18. Sociedad Argentina de Infectología. Recomendaciones para el abordaje terapéutico de COVID19 - Ministerio de Salud de la Nación, marzo de 2020. Disponible en <https://www.sadi.org.ar/boletines-y-reportes/item/949-recomendaciones-para-el-abordaje-terapeutico-de-covid19-ministerio-de-salud-de-la-nacion>.

COVID-19: preguntas frecuentes

1 ¿Por cuánto tiempo permanece el virus en el aire y en las diferentes superficies?

Una comunicación reciente informó los hallazgos preliminares resumidos en el Cuadro 4¹. Se han publicado también datos correspondientes a otros coronavirus (SARS-CoV-1, MERS-CoV y coronavirus humano endémico o HCoV), que indican que pueden persistir en superficies de metal, vidrio o plástico hasta 9 días, pero que pueden ser inactivados eficazmente mediante procedimientos de desinfección con las siguientes soluciones²:

- etanol 62-71 %;
- peróxido de hidrógeno 0,5 %;
- hipoclorito de sodio 0,1 %.

2 ¿A quiénes se les recomienda usar barbijo para prevenir la COVID-19?

Según los CDC, no existen recomendaciones para que las personas que no están enfermas lo usen. Solo deben utilizar barbijo el personal de la salud, los casos sospechosos y confirmados, y quienes convivan con ellos y deban cuidarlos. El objetivo es proteger a los demás del riesgo de enfermarse³.

3 ¿Existe riesgo de contraer el virus a través de paquetes o productos que se envíen desde China u otros países con transmisión comunitaria sostenida?

Por lo general, debido a la poca capacidad de supervivencia de estos coronavirus en superficies, es probable que haya un riesgo muy bajo de propagación a través de los envases o productos que son transportados por períodos de varios días o semanas a temperatura ambiente. Hasta el momento, no existe evidencia que respalde la transmisión asociada a productos importados³.

4 ¿Debería preocuparme por el virus y las mascotas u otros animales?

El virus se transmite de persona a persona. No existen motivos para pensar que algún animal o mascota podría ser una fuente de infección³.

5 Si estoy enfermo, ¿debería evitar el contacto con mascotas u otros animales?

Mientras esté enfermo, se recomienda no manipular ni tocar mascotas u otros animales. Aunque no ha habido informes de que mascotas u otros animales hayan contraído la COVID-19, varios tipos de coronavirus pueden causar enfermedades en animales y propagarlas entre animales y personas. Hasta que se sepa más, se recomienda que las personas enfermas no tengan contacto con animales y usen barbijo si deben estar cerca de ellos o cuidar a una mascota³.

6 ¿El tiempo cálido detendrá el brote?

Aún no se sabe si el tiempo y la temperatura afectarán la propagación viral. Algunos otros virus (gripe, virus sincicial respiratorio, adenovirus) se propagan más durante los meses fríos, pero eso no significa que sea imposible enfermarse a causa de estos virus durante otros meses³.

Bibliografía

1. van Doremalen N, Morris DH, Holbrook MG, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 (Correspondence). NEJM. 2020 (17 de marzo). doi: 10.1056/NEJMc2004973. Información complementaria disponible en https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMc2004973/suppl_file/nejmc2004973_appendix.pdf.
2. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J. Hosp Infection. 2020;104(3):246-51.
3. CDC. Respuestas a las preguntas más frecuentes, 20 de febrero de 2020. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq-sp.html>.

Cuadro 4. Estabilidad en aerosoles y sobre superficies del SARS-CoV-2¹.

Material	Vida media (horas)		
	Mediana	IC 95 %	
		2,5 %	97,5 %
Aerosoles	1,09	0,64	2,64
Cobre	0,774	0,427	1,19
Cartón	3,46	2,34	5
Acero inoxidable	5,63	4,59	6,86
Plástico	6,81	5,62	8,17