

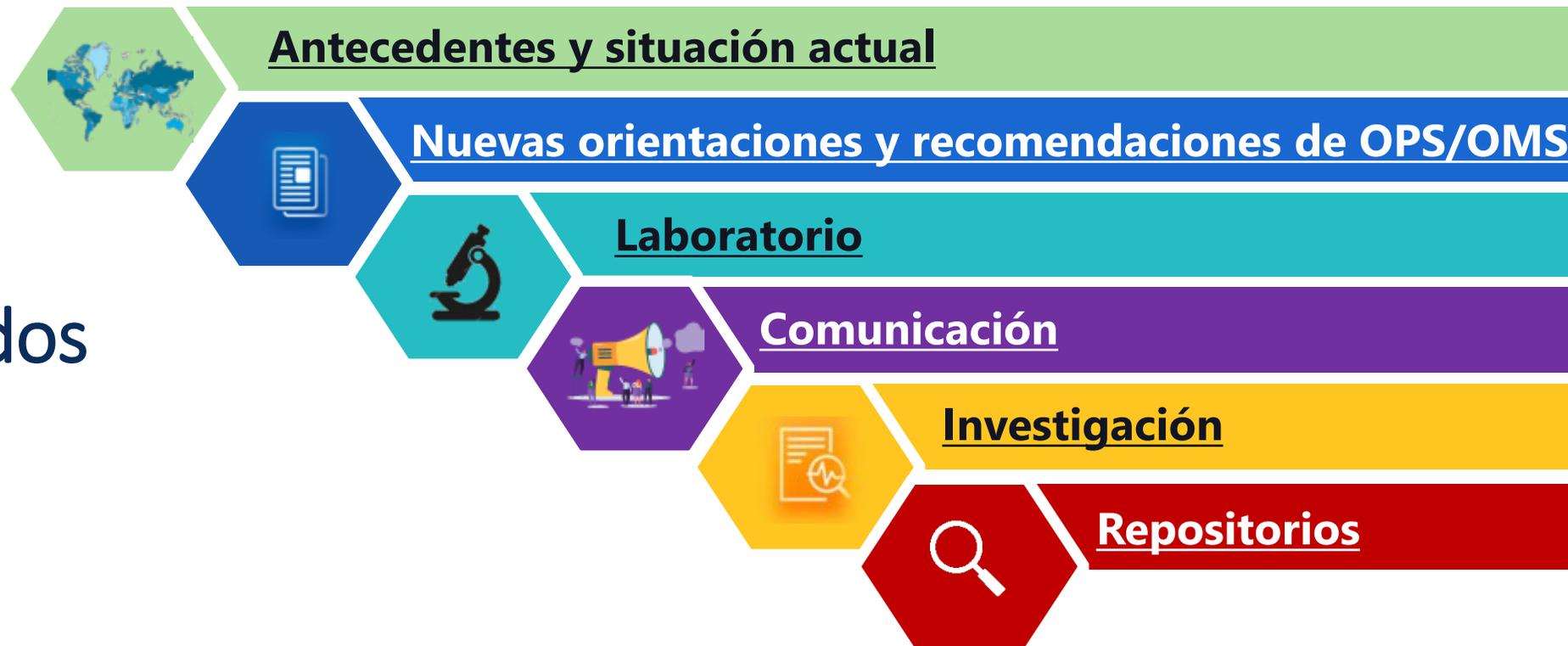
COVID-19

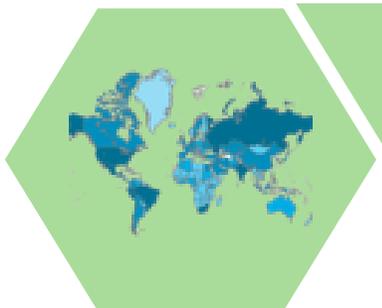


Novel Coronavirus 2019

Representación OPS/OMS Argentina
Actualización 30-11-2020 – 2 PM (GMT-3)
<http://www.paho.org/arg/coronavirus>

Contenidos

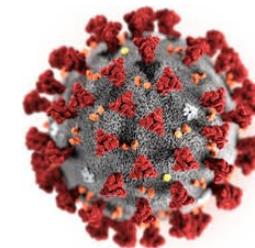




Antecedentes y situación actual

[\[volver al índice\]](#)

Cronología



China reportó casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan, Hubei

1º caso importado afuera de China (Tailandia)

1º Reunión del Comité de Emergencia (CE) de la OMS

La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia

3º Reunión CE. La OMS acepta la tarea de identificar la fuente animal del virus, entre otras recomendaciones

4º Reunión CE. Se recomienda a los países prepararse para la introducción de la vacuna, entre otros

31/12/19

12/01/20

13/01/20

20-21/01/20

22-23/01/20

30/01/20

11/03/20

24/04/20

30/04/20

15/07/20

31/07/20

29/10/20

Nuevo coronavirus (2019-nCoV) fue identificado y se comparte la secuencia genética

1º Misión de la OMS a china

2º Reunión del CE. La OMS declara el brote un ESPII

La OMS lanza ACT-Acelerador para COVID-19

172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del mecanismo COVAX

5º Reunión CE. Recomendaciones sobre tráfico internacional, vigilancia, entre otros

Mensaje de la Directora de la OPS/OMS

*“La pandemia **COVID-19** es una crisis que tendrá efectos que perdurarán por años. Y si hay algo que **hemos aprendido**, es que **la salud mental está intrínsecamente vinculada a la salud física**, especialmente cuando se trata de garantizar que las comunidades estén mejor equipadas para hacer frente a los desafíos que plantea esta pandemia.*”

Instamos a los países a cumplir su promesa a las personas con enfermedades mentales y a quienes luchan contra los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, para que reciban los recursos y el apoyo que necesitan ahora y en el futuro, a medida que abordamos los efectos a largo plazo de la pandemia.”

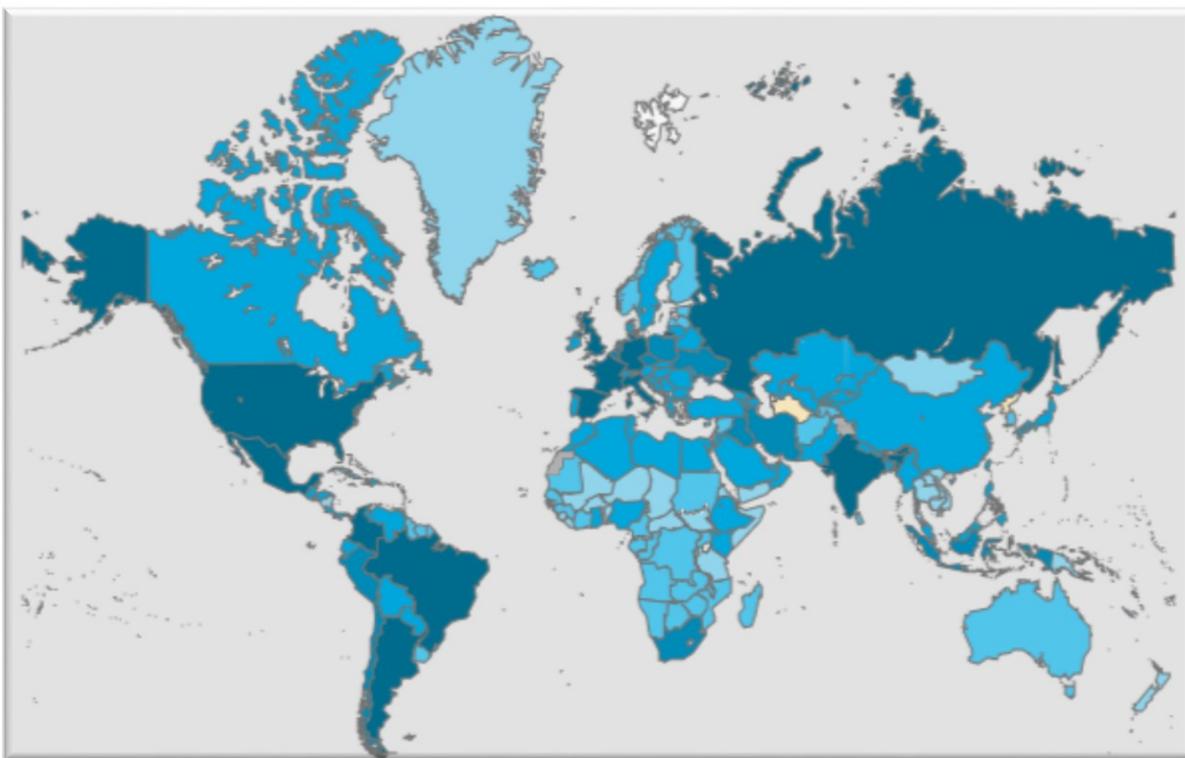


Dra. Carissa Etienne

Situación global: COVID-19

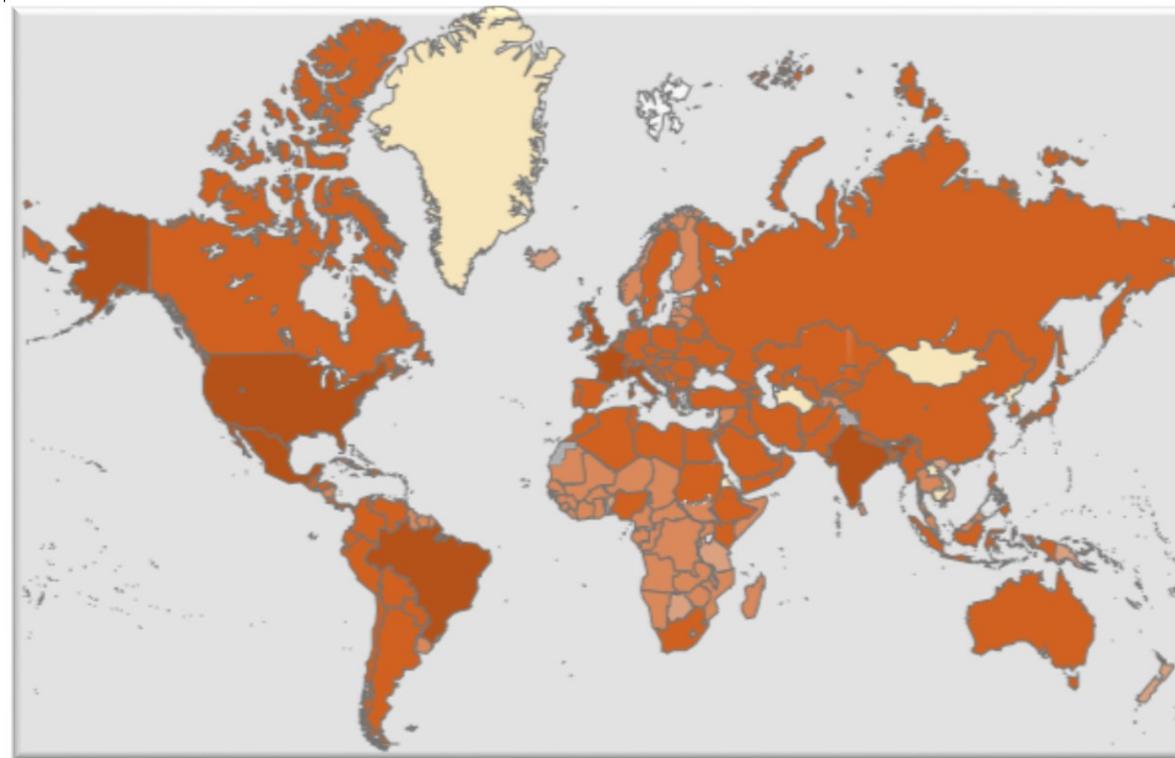
29 de noviembre de 2020

Distribución geográfica de casos



61.869.330 casos

Distribución geográfica de muertes

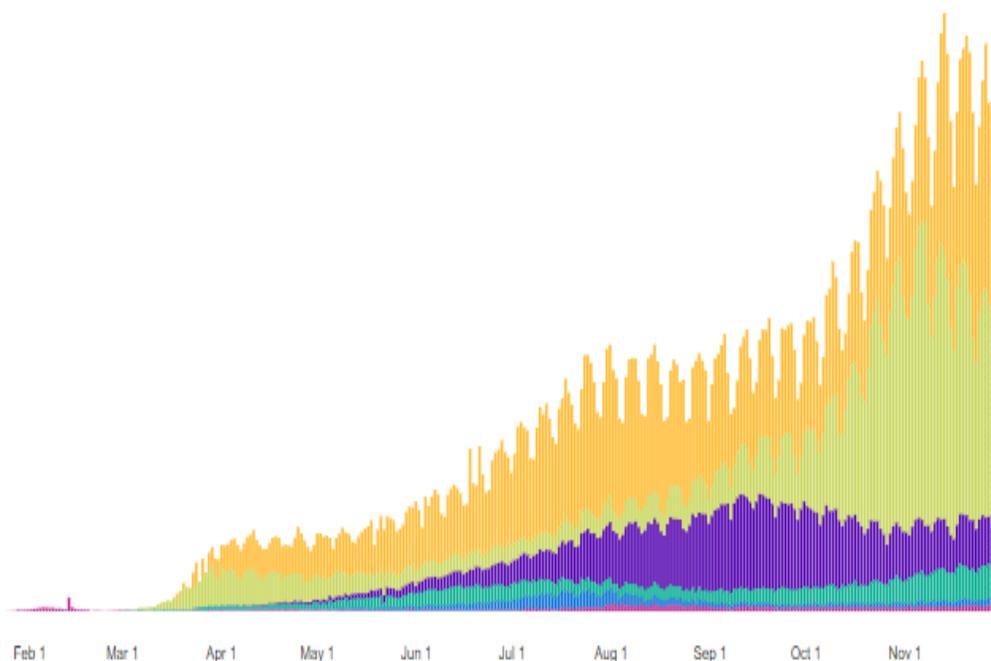


1.448.896 muertes

Situación global: COVID-19

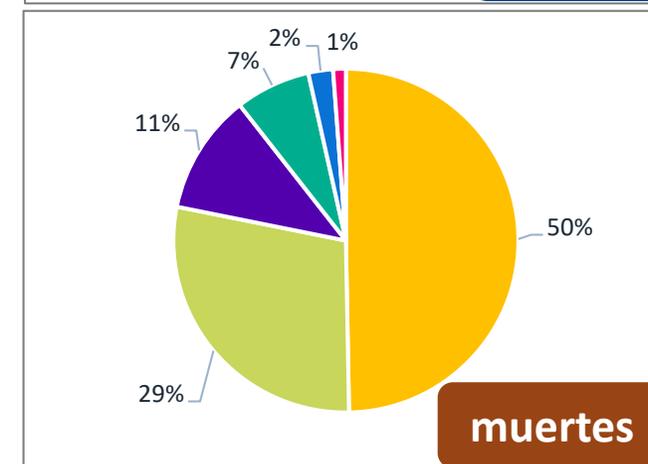
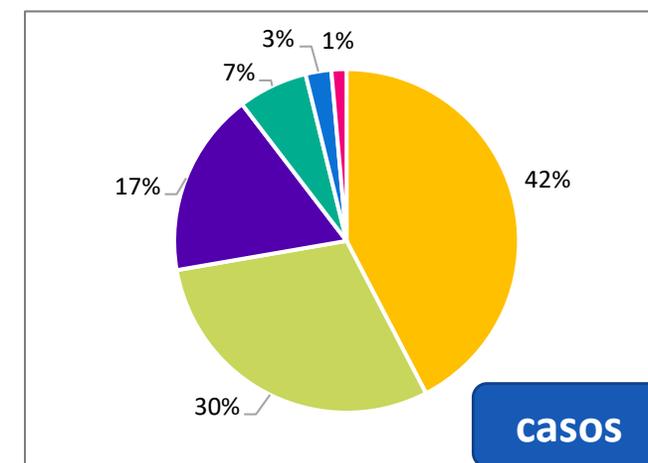
29 de noviembre de 2020

Curva epidémica COVID-19

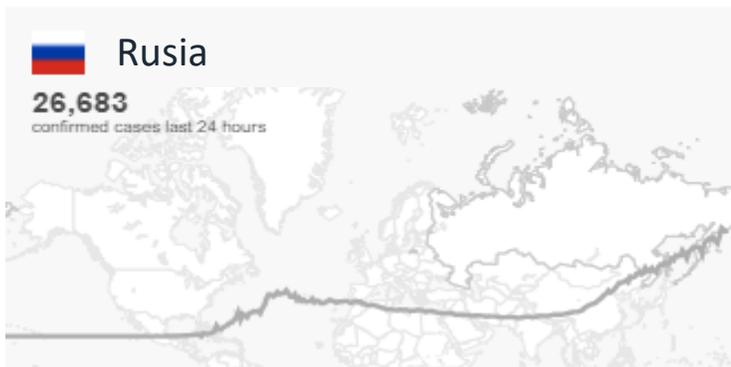
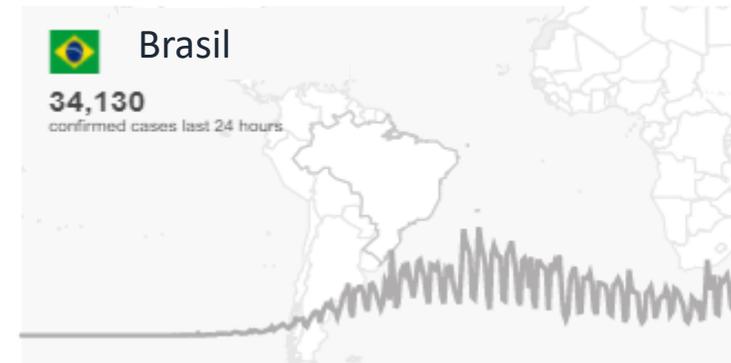


- América
- Europa
- Asia Sudoriental
- Mediterráneo Oriental
- África
- Pacífico Occidental

Porcentaje de casos y muertes por Regiones OMS

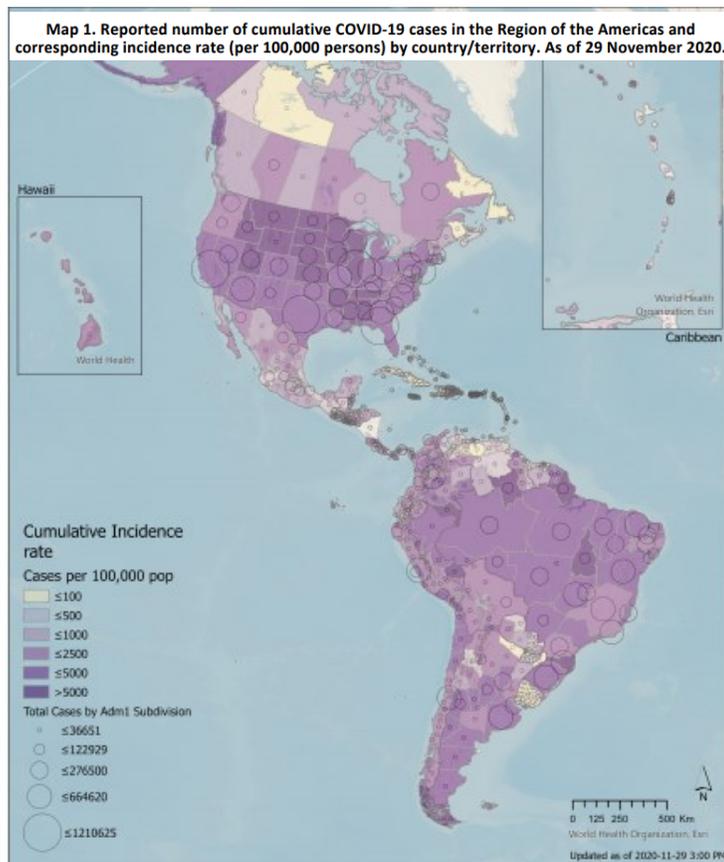


Países con mayor número de casos reportados en las últimas 24 horas:



Situación regional

Distribución geográfica del brote de la enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) en las Américas, 29-11-20



Casos confirmados
26.452.055
Muertes
723.180

País	Casos	Muertes	Tasa cruda de letalidad
EEUU	13.082.877	263.946	2%
Brasil	6.290.272	172.561	3%
Argentina	1.413.375	38.322	3%
Colombia	1.299.613	36.401	3%
México	1.100.683	105.459	10%
Perú	960.368	35.879	4%
Chile	550.430	15.356	3%
Canadá	364.810	11.976	3%
Ecuador	192.117	13.423	7%
Panamá	163.453	3.039	2%
Bolivia	144.592	8.949	6%

- 32 países reportan transmisión comunitaria.

Vigilancia de la COVID-19: Definiciones.

<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/390>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333912>

Definiciones Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Identificacion-y-seguimiento-de-contactos>



Nuevas orientaciones y recomendaciones de OPS/OMS

[\[volver al índice\]](#)

Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

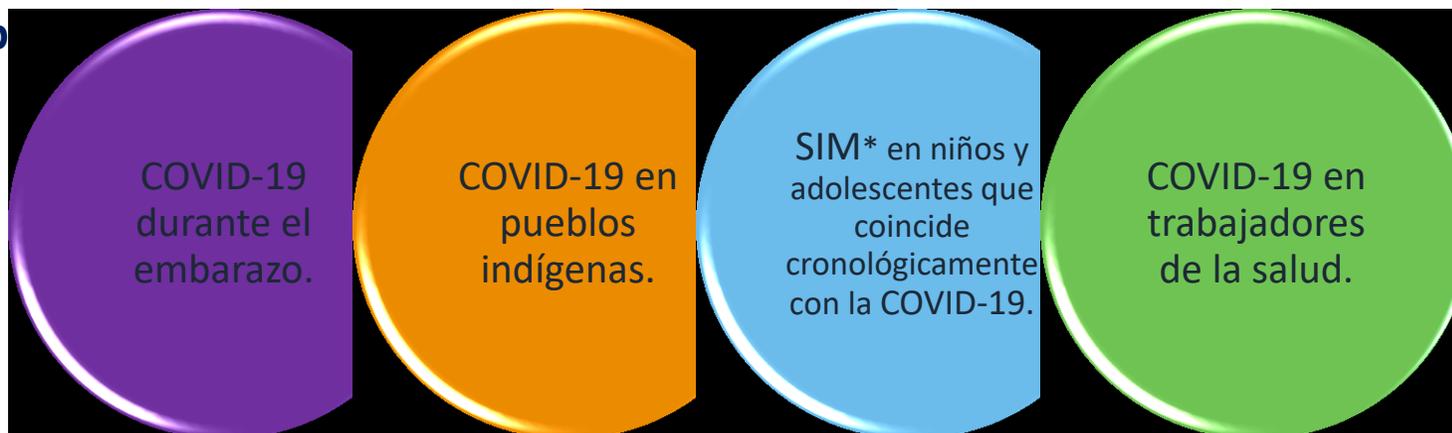
09 de noviembre de 2020

➤ Este documento brinda un resumen de la situación epidemiológica por COVID a nivel:

Global
Regional (Américas)
Sub-Regional

Incluye:

➤ Aspectos destacados sobre:



*Síndrome inflamatorio multisistémico

➤ Orientaciones para las autoridades nacionales.

Aspectos destacados: COVID-19 durante el embarazo.

Número de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, defunciones y razón de mortalidad materna, según país. Región de las Américas. 1 de enero al 5 de noviembre* de 2020.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Razón de Mortalidad Materna¥
Argentina	5.368	29	3.8
Bolivia**	341	13	5.3
Belice	45	1	12.5
Brasil**	2.256	135	4.7
Chile	6.929	2	0.9
Colombia	4.746	45	6.1
Costa Rica	204	3	7.8
Ecuador	1.336	24	6.8
Estados Unidos de América	34.968	50	N/D
Guatemala	501	5	1.0
Haití**	213	3	1.1
México&	7.319	159	9.4
Panamá&	903	4	5.5
Paraguay	372	1	0.7
Perú&	32.830	54	9.4
República Dominicana	267	17	8.3
Uruguay	20	0	0.0
Venezuela	149	4	0.8
Total	98.767	549	

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Notas de la tabla:

N/D: Datos no disponibles.

* El 5 de noviembre corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización desde la publicación de la [Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus](#).

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

¥ Corresponde a la razón de mortalidad materna específica para COVID-19 en este grupo de mujeres, por 100.000 recién nacidos vivos. El número de recién nacidos vivos se obtuvo de la publicación de la OPS/OMS [Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas](#) (datos estimados por la División de Población de las Naciones Unidas).

Aspectos destacados: COVID-19 en pueblos indígenas.

Casos confirmados y defunciones por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas, 1 de enero al 5 de noviembre* de 2020.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia	3.451	151
Brasil	32.041	471
Canadá	1.728	15
Colombia	23.479	794
Ecuador	3.141	103
Estados Unidos de América	75.546	N/D
Guatemala	14.616	321
Guyana	95	6
México	10.419	1.494
Panamá**	2.841	53
Paraguay	235	23
Perú	28518	95
Suriname	424	12
Venezuela	861	34
Total	187.095	3.572

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Notas de la tabla:

N/D: datos no disponibles.

* El 5 de noviembre corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización desde la publicación de la [Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus](#).

Aspectos destacados: Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19.

Casos y defunciones confirmados de SIM en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas, al 6 de noviembre* de 2020.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	61	1
Brasil	496	34
Canadá	3	0
Chile	139	1
Costa Rica	11	0
Colombia	3	0
Cuba	2	0
Ecuador	8	0
El Salvador	17	0
Estados Unidos de América	1.163	20
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	29	3
República Dominicana	86	3
Total	2.032	63

Notas de la tabla:

* El 6 de noviembre corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-noviembre-2020>

Aspectos destacados: COVID-19 en trabajadores de la salud.

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en la Región de las Américas hasta el 1 de noviembre, se notificaron **851.868 casos confirmados**, incluyendo **2.503 muertes** (0,3%) **en trabajadores de salud** (TS) de 27 países y territorios, de los cuales se dispone de información.

Un estudio realizado en **Estados Unidos de América** analizó la información de **438 adultos hospitalizados** entre el 1/03 al 31/05 2020 que cumplían con la definición de personal sanitario.

- El 72 % eran mujeres.
- Mediana de edad: 49 años [RI: 38-57 años].
- 52 % eran negros no hispanos, 27 % blancos no hispanos, 9 % hispanos o latinos.
- 67 % trabajaba en ocupaciones en las que generalmente se esperaba que tuvieran contacto directo con pacientes.
- El 36 % realizaba una ocupación relacionada con la enfermería y 7 % eran auxiliares de pacientes y cuidadores.
- El 90 % tenía al menos una afección médica subyacente: 73 % obesidad, 41 % hipertensión y 31 % diabetes.
- El 28 % ingresó en una unidad de cuidados intensivos, 16 % requirió ventilación mecánica invasiva y 4 % falleció durante la hospitalización.

En **Paraguay**, entre el 13/03 y el 2/11 de 2020, se notificaron 15.486 exposiciones a casos de COVID-19 en TS, de los cuales:

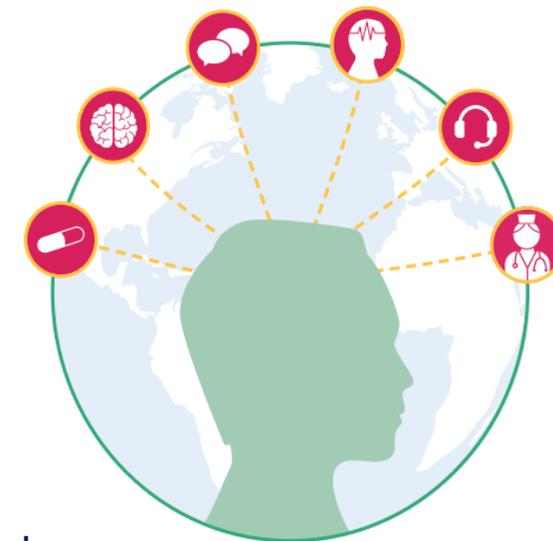
- **4.176 fueron confirmados para COVID-19**, incluyendo 16 fallecidos. De estos casos, 3.998 se recuperaron.

Del total de defunciones,

- 8 corresponden a personal de enfermería, 4 a médicos/as y los 4 restantes a personal de servicios generales.
- 6 estaban en el rango etario entre 40 y 50 años, 4 entre 51 y 61 años, 3 eran ≥ 62 años, 2 entre 29-39 años y 1 entre 18 y 28 años.
- 8 (50%) eran hombres.
- 5 de la región sanitaria Alto Paraná, 5 de la región Central, 4 de Capital, 1 de Concepción y 1 de Itapúa.

El impacto del COVID-19 en los servicios de salud mental, neurológicos y por uso de sustancias en las Américas: Resultados de una evaluación rápida

- ❖ Este informe presenta los resultados de la **primera evaluación rápida a nivel mundial del impacto de la pandemia de COVID-19 en la prestación de servicios para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (MNS) para la Región de las Américas.**
- ❖ Los datos se recopilaron a través de una encuesta en línea completada por los puntos focales de salud mental de los ministerios de salud entre junio y agosto de 2020.
- ❖ El cuestionario relevó información sobre:
 - La existencia y financiación de planes de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS),
 - La presencia y composición de plataformas de coordinación de SMAPS,
 - El grado de continuación y las causas de la interrupción de los diferentes servicios de MNS
 - Los enfoques utilizados para superar estas interrupciones y
 - Los mecanismos de vigilancia e investigación sobre los datos de MNS.
- ❖ En total, 29 Estados Miembros de la OPS respondieron la encuesta de los 35 a los que fue enviada.





Conclusiones:

SMAPS es reconocido por los países como un componente de su respuesta al COVID-19

- La gran mayoría de los países informaron que SMAPS es parte de sus planes de respuesta a la COVID-19.
- Sin embargo, la mayoría de los países reportaron como obstáculos limitaciones de financiación y falta de recursos humanos.
- Aunque la mayoría de los países tiene una plataforma de coord. multisectorial de SMAPS para COVID-19, su membresía carece a menudo de actores clave, incluyendo los usuarios del servicio.

En muchos países se vieron afectados los servicios esenciales de MNS¹

- La COVID-19 ha tenido un impacto significativo en los servicios MNS en la Región de las Américas y el grado de su interrupción es muy variable.
- La mayoría de los países informó que los servicios para pacientes ambulatorios, así como los basados en la comunidad, y para grupos en situación de vulnerabilidad fueron significativa / gravemente afectados.

Nuevos enfoques y sistemas de información / registro

- Los países están utilizando enfoques innovadores como la telemedicina y líneas de ayuda para satisfacer la demanda de los servicios de SMAPS durante la pandemia.
- La encuesta reveló que es necesario un uso más eficiente de los recursos escasos.
- Casi la mitad de los ministerios de salud informó que no están recopilando ni cotejando datos sobre trastornos o manifestaciones MNS en personas con COVID-19.

Recomendaciones

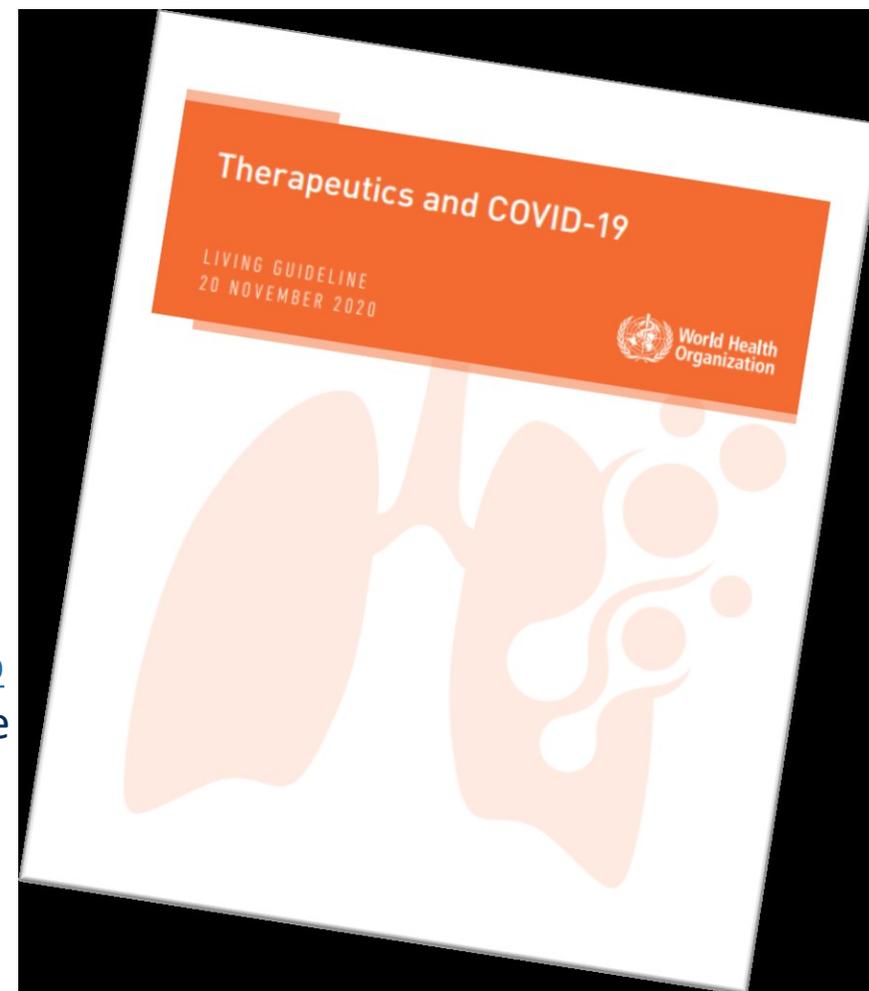
- Las estrategias e intervenciones de SMAPS deben ser producto de la coordinación intersectorial, adaptarse a los contextos socioculturales, basarse en la evidencia y en un enfoque de DDHH.
- Durante la pandemia, las intervenciones de SMAPS deben enfocarse en las necesidades de diferentes grupos, asegurar la inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad y deben ser monitoreadas y evaluadas.
- Es crítico realizar un esfuerzo inmediato para ampliar la respuesta en SM² para abordar la crisis actual y posterior a la COVID-19.

¹Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

² Salud Mental.

Terapéutica y COVID-19

- Pregunta clínica:** ¿Cuál es el papel de los medicamentos en el tratamiento de pacientes con COVID-19?
- Público objetivo:** Médicos y responsables de la toma de decisiones sobre la atención médica.
- Práctica actual:** Es variable, lo que refleja una incertidumbre a gran escala. Esta versión de la guía contiene nueva información y recomendaciones sobre remdesivir. Sigue a la publicación preimpresa de los [resultados del ensayo Solidarity](#) de la OMS, la cual también informó resultados sobre hidroxiclороquina y lopinavir-ritonavir.



Evidencia:

La recomendación sobre remdesivir se basó en los resultados de una revisión sistemática y un metaanálisis en red que agruparon los datos de cuatro ensayos aleatorios con 7.333 participantes hospitalizados por COVID-19. El resumen de evidencia GRADE resultante sugirió que remdesivir:

- **Posiblemente no tenga ningún efecto sobre la mortalidad** (odds ratio 0,90, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,70 - 1,12; estimación del efecto absoluto 10 muertes menos por 1000 pacientes, IC del 95% de 29 menos - 11 muertes más por 1000 pacientes; evidencia de certeza baja); y
- **Posiblemente no tenga ningún efecto sobre los otros resultados importantes** identificados por el panel, con una certeza de evidencia similar de baja a muy baja.

El panel consideró que la credibilidad general de los análisis de subgrupos que evalúan las diferencias en la mortalidad por gravedad de la enfermedad es insuficiente para hacer recomendaciones de subgrupos.

Recomendaciones:

- ❖ **Recomendación condicional** contra el uso de remdesivir en pacientes hospitalizados con COVID-19, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

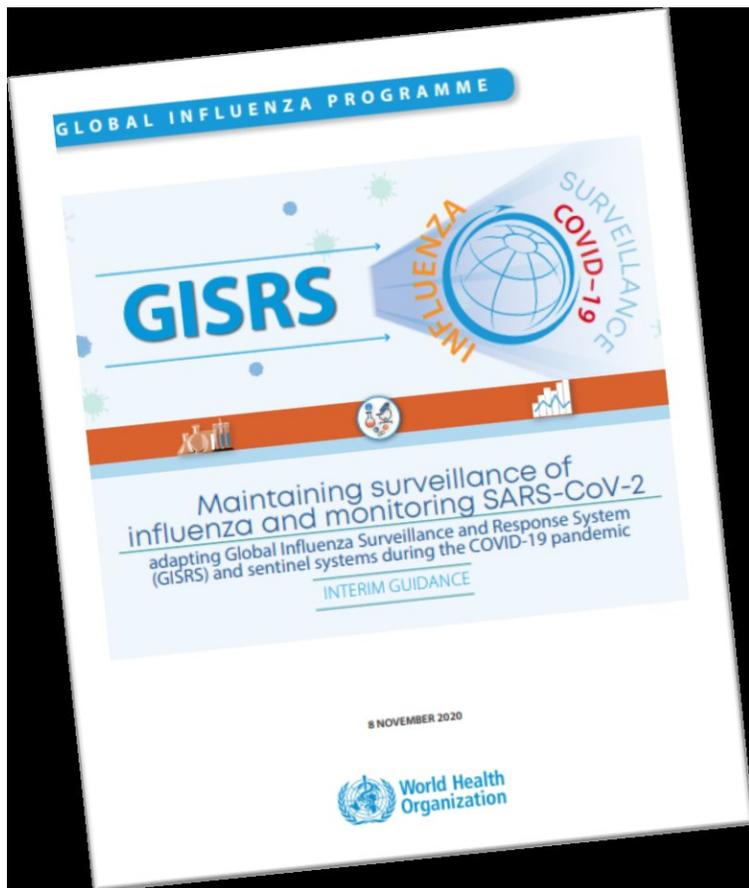
Esta guía se suma a las recomendaciones publicadas en la versión anterior:

- ❖ **Recomendación fuerte** para los corticosteroides sistémicos en pacientes con COVID19 grave y crítico.
- ❖ **Recomendación condicional** contra los corticosteroides sistémicos en pacientes con COVID-19 **no** grave.

Mantener la vigilancia de la influenza y monitorear el SARS-CoV-2: Adaptar el Sistema Global de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS) y los sistemas centinela durante la pandemia COVID-19

08 de noviembre de 2020

- ❖ Este documento es una actualización de la guía provisional [Consideraciones operativas para la vigilancia de COVID-19 mediante GISRS](#) y de la guía provisional [Preparación de GISRS para las próximas temporadas de influenza durante la pandemia de COVID-19](#).
- ❖ Esta versión incorpora:
 - ❑ Consideraciones adicionales para **evaluar y abordar las interrupciones en los sistemas de vigilancia centinela de influenza y extender dicha vigilancia a COVID-19**.
 - ❑ **Algoritmos actualizados para las pruebas de vigilancia de la influenza y el SARS-CoV-2**, que permitirían **monitorear la posible cocirculación** de estos virus durante la próxima temporada de influenza y **detectar coinfecciones** con el SARS-CoV-2 e influenza u otros virus respiratorios.
- ❖ Se basa en la evidencia publicada y en las lecciones aprendidas de los países a fin de aprovechar el GISRS para la vigilancia de la COVID-19.



Mensajes clave

1

Persiste la amenaza de epidemias y pandemias de influenza. Es imperativo que el GISRS mantenga una vigilancia significativa de la influenza en todo el mundo y que los países permanezcan atentos mientras se adaptan para cumplir con los objetivos de vigilancia de COVID-19.

2

Se aconseja a los países que primero evalúen y aborden las interrupciones de los sistemas de vigilancia centinela de la influenza al implementar la vigilancia centinela de COVID-19.

3

Las muestras de sitios centinela deben analizarse para detectar virus de influenza y SARS-CoV-2. Si es posible, se deben seleccionar ensayos de PCR multiplex para la detección simultánea de virus de influenza y SARS-CoV-2 para el uso eficiente de reactivos, consumibles y tiempo práctico.

4

Es importante enviar oportunamente los virus de la influenza representativos y / o las muestras clínicas de muestras positivas a los centros colaboradores de la OMS, de acuerdo con las pautas existentes de la OMS.

5

La notificación de la vigilancia centinela agregada semanal es un componente crítico de la vigilancia.

6

A pesar de los grandes desafíos impuestos por la pandemia de COVID-19, esta brinda la oportunidad de fortalecer las capacidades básicas de vigilancia que pueden brindar beneficios para la salud pública durante y mucho más allá de esta emergencia.

Orientación sobre el desarrollo de un plan nacional de implementación y vacunación para las vacunas COVID-19

16 de noviembre de 2020



Este documento tiene como objetivo **guiar a los gobiernos nacionales en el desarrollo y actualización de su plan nacional de implementación y vacunación para las vacunas COVID-19.**



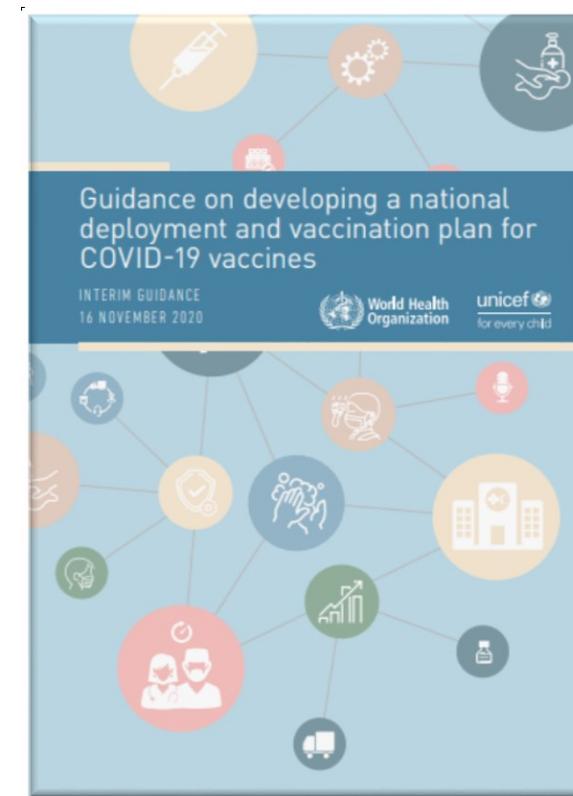
Se basa en documentos existentes y los principios básicos del [marco de valores del SAGE*](#), la [hoja de ruta de priorización](#) y el [mecanismo de asignación justa de vacunas COVID-19 a través de COVAX Facility](#). Será moldeado por las recomendaciones específicas de la vacuna.



Debido al entorno incierto actual para el desarrollo de la vacuna COVID-19, esta guía se basa en supuestos clave, los mejores disponibles a la fecha. Existe una alta probabilidad de que estos supuestos requieran ser actualizados debido a la evolución de la situación.



Este documento estará disponible en el sitio web de la OMS y de TechNet-21 como un documento modular y se actualizará a medida que haya nueva información disponible.



*Grupo Asesor Estratégico de Experto de la OMS

La inmunización como servicio de salud esencial: Principios rectores para las actividades de inmunización durante la pandemia de COVID-19 y otras épocas de graves perturbaciones

01 de noviembre 2020

- Este documento proporciona **principios rectores** para **ayudar a los países a tomar decisiones con respecto a la provisión o reanudación de los servicios de inmunización** durante eventos perturbadores graves como la COVID-19.
- Incorpora los principios de la Agenda 2030 de Inmunización.
- **Principios rectores** que todos los países deben abordar en el mantenimiento de las actividades de inmunización durante tiempos de graves perturbaciones/interrupciones:



Principios de sistemas de Salud y políticas.

Principios de prestación de servicios.

Estrategia de vacunación de puesta al día.

Campaña de vacunación masiva.

Vigilancia de VPD y seguimiento de cobertura.

Cadena de suministro para inmunización, control de infecciones y gestión de residuos.

Estrategias de comunicación.

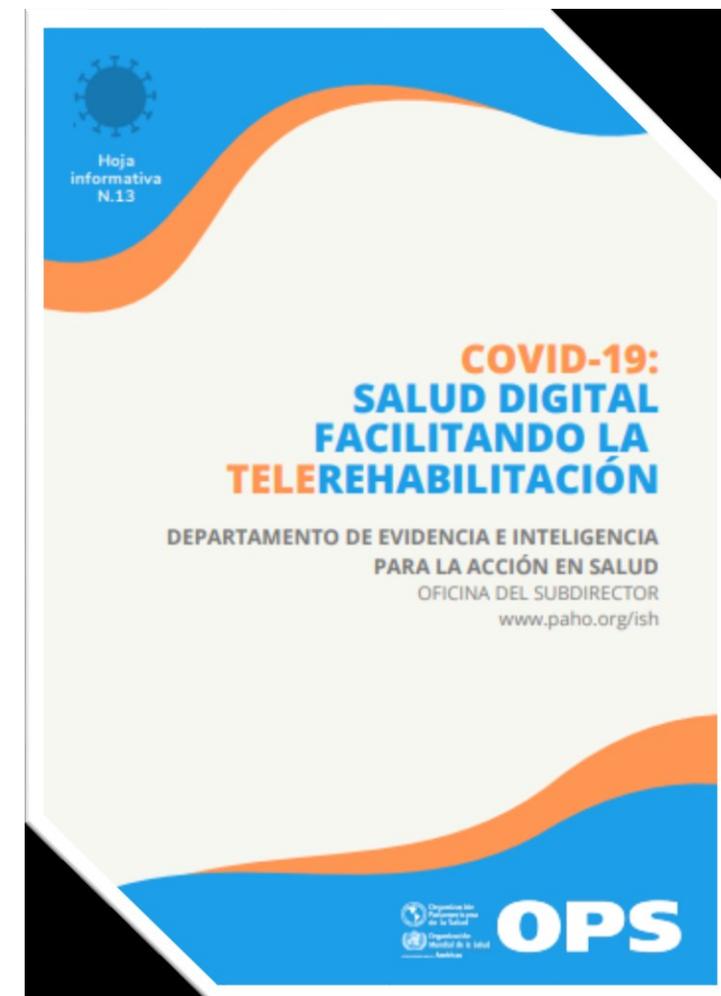
Recuperación y reconstrucción del programa de inmunización.

COVID-19: Salud Digital facilitando la **Telerehabilitación**

17 de noviembre de 2020

La **telerehabilitación** se incorpora a la respuesta a la pandemia de COVID-19 a fin de **facilitar la continuidad de la atención de los pacientes** que puedan beneficiarse de consultas remotas y de **garantizar así una mayor protección de los grupos en situación de vulnerabilidad**.

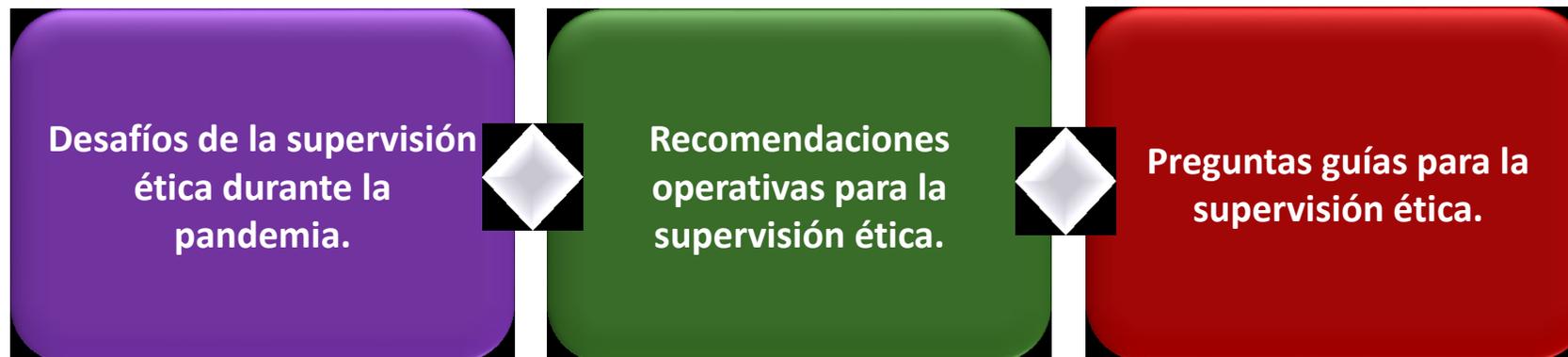
- ❖ Este documento brinda información sobre:
 - ✓ Qué es la **telerehabilitación**.
 - ✓Cuál es la diferencia entre la **telerehabilitación** física y mental.
 - ✓ Por qué es esencial durante la pandemia.
 - ✓ Cuáles son los requisitos mínimos para realizarla.
 - ✓ Qué disciplinas incluye.
 - ✓ Cuáles son sus limitaciones.
 - ✓ Qué aspectos deben tenerse muy presentes.



Orientación para la supervisión ética de las investigaciones sobre COVID-19 ante la generación de nueva evidencia

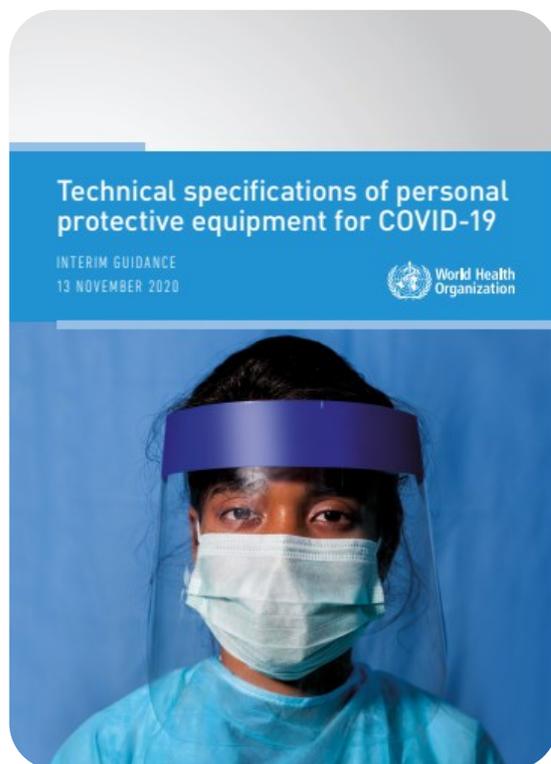
16 de noviembre de 2020

- La investigación relacionada con la salud de seres humanos es un componente esencial de la respuesta a la pandemia de la COVID-19.
- **Toda investigación debe ser revisada y aprobada por un comité de ética de investigación** antes de su inicio para **garantizar su valor social y científico** y, en general, su **realización ética**, que incluye el respeto a los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes.
- Este documento tiene como objetivo **orientar el análisis ético y los procedimientos a seguir para las supervisiones de las investigaciones relacionadas con la COVID-19** en base a los siguientes ejes:



Especificaciones técnicas del equipo de protección personal para COVID-19

13 de noviembre de 2020



- Este documento proporciona una guía provisional sobre la **calidad**, **características de rendimiento** y los **estándares** relacionados del **equipo de protección personal (EPP)** que se utilizará en el contexto de la COVID-19.
- Incluye los siguientes dispositivos médicos prioritarios de la OMS:
 - ✓ Máscaras quirúrgicas, no quirúrgicas y máscaras N95,
 - ✓ Guantes,
 - ✓ Gafas protectoras,
 - ✓ Protectores faciales,
 - ✓ Batas.
- Está dirigido a agencias de adquisiciones, departamentos de salud ocupacional, de prevención y control de infecciones o puntos focales, administradores de establecimientos de salud, ingeniería biomédica y de materiales, fabricantes de EPP y autoridades de salud pública tanto a nivel nacional como de establecimientos.

Lista de dispositivos médicos prioritarios para la respuesta COVID-19 y especificaciones técnicas asociadas

19 de noviembre de 2020

- ❖ Este documento describe los **dispositivos médicos necesarios para el manejo clínico de COVID-19**, seleccionados y priorizados de acuerdo con las últimas pruebas disponibles y las pautas provisionales.
- ❖ Incluye información sobre:
 - Terapia de oxígeno, oxímetros de pulso, monitores de paciente, termómetros, bombas de infusión y succión, escáneres de rayos X, ultrasonido, CT y equipo de protección personal.
 - Las **características técnicas y de rendimiento, estándares relacionados, accesorios y consumibles** para facilitar el acceso a dispositivos médicos prioritarios de calidad garantizada.
- ❖ Está **dirigido a** los responsables de la formulación de políticas y los funcionarios de planificación de los ministerios de salud, agencias reguladoras y de adquisiciones, agencias intergubernamentales e internacionales, así como la industria de dispositivos médicos.
- ❖ Constituye una actualización de la [Lista de dispositivos médicos prioritarios para el manejo de casos de COVID-19](#) y las [Especificaciones técnicas para ventiladores invasivos y no invasivos para COVID-19](#).





Laboratorio

[\[volver al índice\]](#)

Detección de antígenos en el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 mediante inmunoanálisis rápidos

11 de septiembre 2020

Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays



World Health Organization

Interim guidance
11 September 2020

background

Since the beginning of the COVID-19 pandemic, laboratories have been using nucleic acid amplification tests (NAATs), such as real time reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) assays, to detect SARS-CoV-2, the virus that causes the disease. In many countries, access to this form of testing has been challenging. The search is on to develop reliable but less expensive and faster diagnostic tests that detect antigens specific for SARS-CoV-2 infection. Antigen-detection immunoassays are designed to directly detect SARS-CoV-2 proteins produced by replicating virus in respiratory secretions and have been developed as both laboratory-based tests, and for near-patient use, so-called rapid diagnostic tests, or RDTs. The diagnostic landscape is dynamic, with nearly a hundred companies developing or manufacturing rapid tests for SARS-CoV-2 antigen detection (1).

This document offers advice on the potential role of antigen-detecting RDTs (Ag-RDT) in the diagnosis of COVID-19 and the need for careful test selection. The information on Ag-RDTs in this document updates guidance that was included in the Scientific Brief entitled *WHO Advice on Use of Point-of-Care Immunodiagnostic Test for COVID-19* published on 5 April 2020. Guidance on the use of Ag-RDTs will be regularly updated as new evidence becomes available.

Most Ag-RDTs for COVID-19 use a sandwich immunoassay method employing a simple-to-use lateral flow test format commonly employed for HIV, malaria and influenza testing. Ag-RDTs are usually comprised of a plastic cassette with sample and buffer wells, a nitrocellulose matrix strip, with a test line with antibody specific for conjugated target antigen-antibody complex and a control line with bound antibody specific for conjugated-antibody. In the case of SARS-CoV-2 RDTs the target analyte is often the virus' nucleocapsid protein, preferred because of its relative abundance. Typically, all materials that are required to perform the test, including sample collection materials, are provided in the commercial kit, with the exception of a timer.

After collecting the respiratory specimen and applying it to the test strip, results are read by the operator within 10 to 30 minutes with or without the aid of a reader instrument. The use of a reader standardizes interpretation of test results, reducing variance in assay interpretation by different operators, but requires ancillary equipment. Most of the currently manufactured tests require nasal or nasopharyngeal swab samples, but companies are carrying out studies to assess the performance of their tests using alternative sample types such as saliva, oral fluid and urine. Automated systems to potentially expand options for use and to facilitate safe and efficient testing. Generally, the ease-of-use and rapid turnaround time of Ag-RDTs offers the potential to expand access to testing and decrease delays in diagnosis by shifting to decentralized testing of patients with early symptoms. The trade-off for simplicity of operation of Ag-RDTs is a decrease in sensitivity compared to NAAT. Very few of the SARS-CoV-2 Ag-RDTs have undergone stringent regulatory review. Only four tests have received United States Food and Drug Administration (FDA) Emergency Use Authorization (EUA), and another two tests have been approved by Japan's Pharmaceutical and Medical Devices Agency. Only three companies have submitted documents toward WHO's Emergency Use Listing (EUL) procedure (2, 3).

Data on the sensitivity and specificity of currently available Ag-RDTs for SARS-CoV-2 have been derived from studies that vary in design and in the test brands being evaluated. They have shown that sensitivity compared to NAAT in samples from upper respiratory tract (nasal or nasopharyngeal swabs) appears to be highly variable, ranging from 0-94% (4-13) but specificity is consistently reported to be high (>97%). Although more evidence is needed on real-world performance and operational aspects, Ag-RDTs are most likely to perform well in patients with high viral loads (Ct values <25 or >10⁶ genomic virus copies/mL) which usually appear in the pre-symptomatic (1-3 days before symptom onset) and early symptomatic phases of the illness (within the first 5-7 days of illness) (14, 15). This offers the opportunity for early diagnosis and interruption of transmission through targeted isolation

- Este documento ofrece recomendaciones sobre el papel potencial de las **pruebas de diagnóstico rápido detectoras de antígenos (Ag-RDT)** en el diagnóstico de COVID-19 y remarca la **necesidad la selección cuidadosa de las mismas.**
- El mismo actualiza la información publicada en el reporte **“Consejos sobre el uso de la prueba de inmunodiagnóstico en el lugar de atención para COVID-19”** y ofrece:
 - ❑ Recomendaciones generales sobre los Ag-RDT.
 - ❑ Orientaciones y especificaciones sobre:
 - La selección de SARS-CoV-2 Ag-RDTs para su adquisición e implementación.
 - El rol de las Ag-RDT para la gestión de casos y la vigilancia de COVID-19.
 - Las situaciones en las cuales NO debe utilizarse SARS-CoV-2 Ag-RDTs de acuerdo a la evidencia vigente.
 - Los factores que influyen el desempeño de estos test.

SARS-CoV-2 Ag-RDTs : Recomendaciones generales



1

Las SARS-CoV-2 Ag-RDT que cumplen los requisitos mínimos de rendimiento de $\geq 80\%$ de sensibilidad y $\geq 97\%$ de especificidad en comparación con un ensayo de NAAT* se pueden utilizar para diagnóstico en una variedad de entornos donde NAAT no está disponible o cuando los tiempos de respuesta prolongados impidan su utilidad clínica.



2

Entre los escenarios apropiados para su uso se encuentran: 1) Respuesta a un brote por COVID-19 en entornos remotos, instituciones y comunidades semi cerradas donde NAAT no se encuentra inmediatamente disponible; 2) Apoyo en la investigación de brotes; 3) Monitoreo de tendencia en la incidencia de la enfermedad en comunidades, entre otros.



3

Para la introducción inicial de Ag-RDT en uso clínico, se debe seleccionar algunos entornos donde las pruebas de confirmación de NAAT están disponibles para que el personal pueda ganar confianza en los ensayos, confirmar su rendimiento y solucionar cualquier problema de implementación.



4

En situaciones donde las pruebas de confirmación con NAAT no son factibles, cualquier indicio de que los resultados pueden ser incorrectos debe levantar sospechas sobre la validez.



5

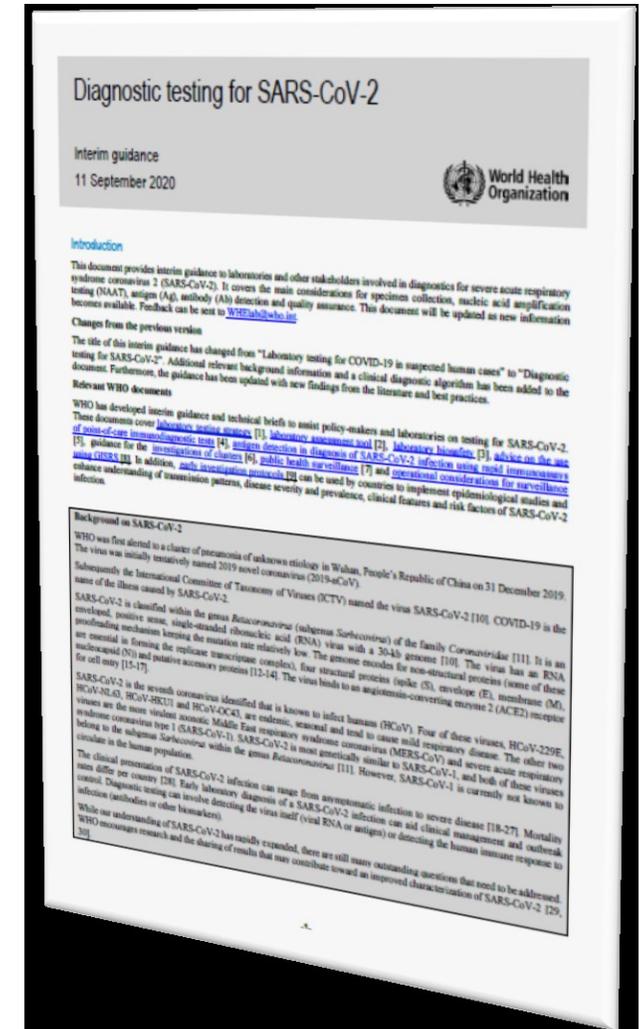
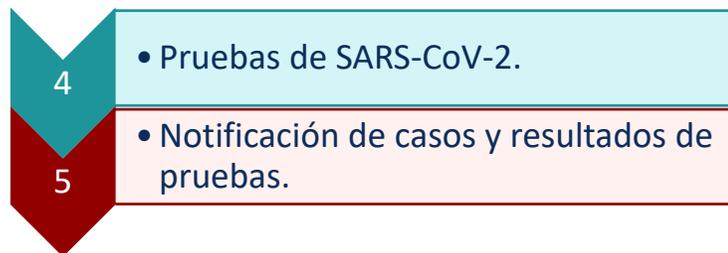
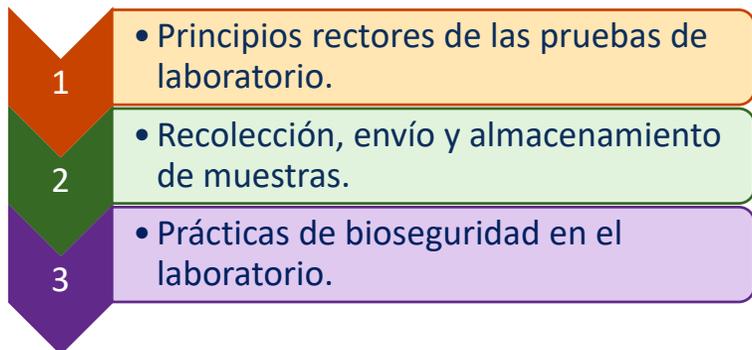
No se recomienda el uso de Ag-RDT en entornos o poblaciones con una baja prevalencia esperada de la enfermedad, especialmente si su confirmación por NAAT no se encuentra disponible.

* NAAT: pruebas de amplificación de ácido nucleico.

Pruebas de diagnóstico para SARS-CoV-2

11 de septiembre 2020

- Este documento proporciona una **guía provisional para los laboratorios y otras partes interesadas involucradas en el diagnóstico de SARS-CoV-2.**
- El mismo constituye una actualización de la guía provisional “Pruebas de laboratorio para COVID-19 en casos presuntos humanos”.
 - Los principales cambios incluyen la incorporación de información adicional relevante y de un algoritmo de diagnóstico clínico.
 - Su actualización fue realizada en base a nuevos hallazgos de la literatura y las mejores prácticas.
- La guía abarca las principales consideraciones sobre:





Comunicación

[\[volver al índice\]](#)

Comunicación

Un componente clave de la preparación y respuesta es garantizar información en tiempo real de fuentes confiables a personas en riesgo ➡ Comunicación de riesgos.



1. Construir o mantener la CONFIANZA

2. ANUNCIO temprano

3. TRANSPARENCIA

4. ESCUCHA

5. PLANIFICACIÓN

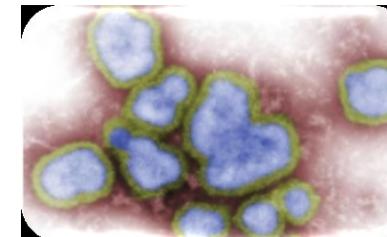
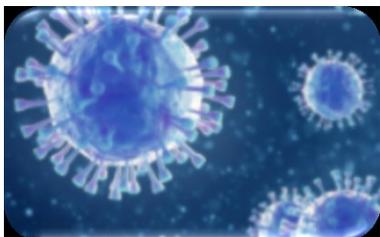


Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) Guía del plan de acción COVID-19
[https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)

COVID-19: Cursos en línea disponibles

A su propio ritmo

Español



Virus respiratorios emergentes, incluido el COVID-19: Métodos de detección, prevención, respuesta y control.

ePROTECT Infecciones Respiratorias (ES).

Directrices de planificación operativa para la COVID-19 y plataforma de los asociados para apoyar la preparación y la respuesta de los países ante la COVID-19.

Diseño de centros para el tratamiento de los síndromes respiratorios agudos graves.

Curso corto de capacitación de la OMS para manejo clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave.

Introducción a Go.Data – Recolección de datos de campo, cadenas de transmisión y seguimiento de contactos.

Específico para brotes

Intervención

Intervención y respuesta

Logística

Intervención

Herramientas digitales



Videos informativos

Consejos de prevención para viajar en
transporte masivo



¿Qué debo hacer si estoy organizando una
celebración o reunión pequeña y quiero minimizar
el aglomeramiento de personas?



Volante informativo

Nuevo diagnóstico COVID-19 PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE ANTIGÉENOS

Representación de la OPS en Venezuela | Noviembre 2020



¿Cuándo usar las nuevas pruebas?

Las pruebas de antígenos se recomiendan para diagnosticar infecciones en casos sintomáticos, en entornos donde las pruebas moleculares (PCR) son limitadas o no están disponibles, o donde están disponibles, pero los tiempos de respuesta son prolongados.

Al proporcionar resultados rápidamente, la nueva prueba permite a los trabajadores de salud de primera línea manejar mejor los casos, porque pueden aislar a los pacientes para evitar una mayor propagación y comenzar el tratamiento de inmediato. Esto contribuye a la interrupción de la transmisión comunitaria de la COVID-19.



RESULTADOS EN 15-30 MINUTOS

Las pruebas de antígenos, que examinan si una persona está infectada en este momento, utilizan normalmente muestras obtenidas con hisopos nasofaríngeos, en las que luego se analiza la presencia de proteínas del virus (antígenos). Se obtienen los resultados en un plazo de 15 a 30 minutos.

¿Qué diferencia a estas nuevas pruebas de las anteriores?

Hasta el momento, las pruebas rápidas que estaban disponibles para la COVID-19 en América Latina y el Caribe eran pruebas de anticuerpos. Aunque las pruebas de anticuerpos pueden mostrar si una persona ha tenido una infección, generalmente son negativas en las primeras fases de la enfermedad (hasta que el organismo ha comenzado a producir anticuerpos, lo cual sucede un poco más tarde).

Esto significa que, en lugar de adoptar medidas para aislarse, una persona con COVID-19 podría continuar presentando resultados negativos de la prueba y seguir con su vida normal, con la posibilidad de infectar a otras personas.

En cambio, las nuevas pruebas son un tipo de prueba de antígenos; es decir, que detectan proteínas específicas del virus (los antígenos) mientras estas continúan estando presentes y, por consiguiente, pueden detectar a alguien que esté infectado en ese momento por el virus de la COVID-19.



¿Reemplazarán las pruebas de antígenos a las PCR?

Las PCR son, y continuarán siendo, el método de referencia para las pruebas de la COVID-19.

Las nuevas pruebas para la detección de antígenos constituyen un punto de inflexión porque proporcionan resultados diagnósticos inmediatos, incluso en zonas de difícil acceso.

Sin embargo, la prueba mediante PCR continúa siendo la que tiene un mayor grado de sensibilidad (capacidad de detectar la infección incluso antes de que aparezcan los síntomas o cuando no hay ningún síntoma).

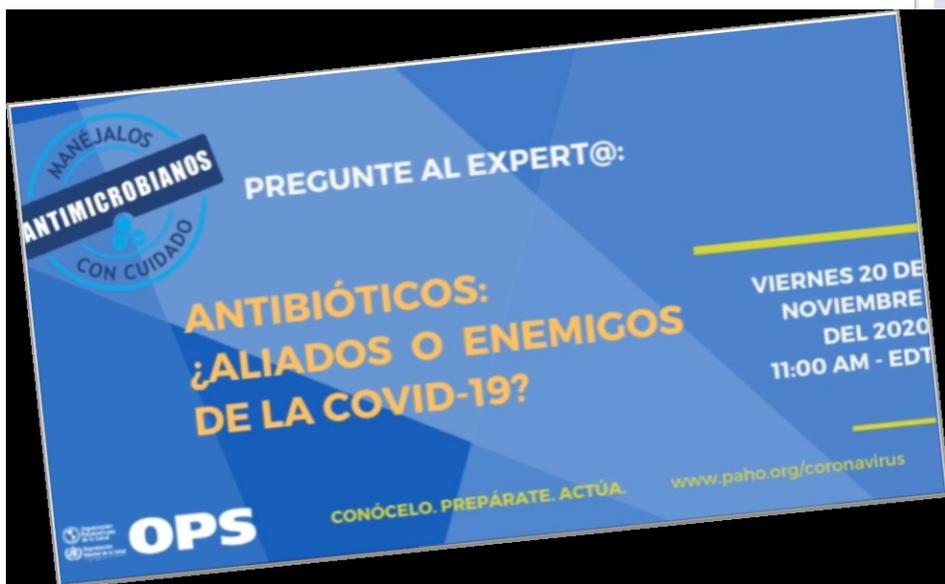
¿Cuánto cuestan las pruebas de antígenos?

Cuestan entre 5 y 6 dólares por medio del Fondo Estratégico de la OPS (se prevé que este costo se reduzca a medida que se produzca una mayor cantidad de pruebas). Actualmente, las nuevas pruebas cuestan una tercera parte de lo que cuestan las pruebas mediante PCR (cuyo costo es de 15 a 20 dólares). El Fondo Estratégico es un mecanismo regional de cooperación

técnica para la compra mancomunada de suministros y medicamentos esenciales, y constituye un elemento central de la estrategia de la OPS para avanzar hacia la salud universal. La OPS distribuirá también más de 1.5 millones de pruebas de forma gratuita a los países de la Región de las Américas, cuando sus sistemas de vigilancia enfrenten dificultades a causa del aumento del número de casos.



Facebook live: Antibióticos ¿Aliados o enemigos de la COVID-19?



Conducción: Sebastián Oliel – Comunicación OPS.

Expertos:

- Dra. Pilar Ramón-Pardo – Coordinadora del Programa Especial de Resistencia a los Antimicrobianos, OPS/OMS.
- Dr. René Santos Herrera – Estuvo a cargo del Programa Nacional de Control de Infecciones y Resistencia a los Antibióticos, Salvador.
- Dra. Laura Barcelona – Jefa del Servicio de Infectología del Hospital Bernardo Houssay, Argentina.

Tema: Antibióticos en tiempos del nuevo coronavirus.

- ¿Qué riesgos puede traer aparejado el mal uso de los antibióticos?
- ¿Hay que recetar antibióticos si uno es profesional de la salud para tratar los síntomas de la COVID-19?
- ¿Hay que tomar antibióticos si uno tiene síntomas de COVID-19?



Investigación

[\[volver al índice\]](#)

Actualización continua de las terapias potenciales para COVID-19: Resumen de revisiones sistemáticas rápidas

13 de noviembre 2020

En esta revisión se incluyen 55 posibles intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19.

• Mensajes claves:



Esteroides

- La evidencia muestra que la administración de dosis bajas a moderadas probablemente reducen la mortalidad en pacientes con infección grave por COVID-19 (10 estudios controlados y aleatorizados - ECA). Estos resultados fueron uniformes luego de agregar al análisis estudios en los que pacientes con SDRA de otras etiologías fueron aleatorizados a recibir corticosteroides o manejo estándar.



Remdesivir

- En el estudio WHO-solidarity, no tuvo un efecto relevante desde el punto de vista clínico sobre la mortalidad global, la necesidad de ventilación mecánica invasiva o el tiempo de estadía hospitalaria. Al combinar dichos resultados con los de 3 ECA, remdesivir podría reducir la mortalidad, los requerimientos de ventilación mecánica invasiva y mejorar el tiempo hasta la resolución de los síntomas. **La certeza en la evidencia es baja.**



Hidroxiclороquina, Interferón beta 1-a y y Lopinavir-Ritonavir

- El cuerpo de la evidencia no muestra beneficios en la reducción de la mortalidad, requerimientos de ventilación mecánica invasiva o en el plazo necesario para la mejoría clínica. Incluso el cuerpo de evidencia sobre hidroxiclороquina sugiere que su utilización probablemente genere un incremento en la mortalidad. 6 estudios que evaluaron la hidroxiclороquina en personas expuestas a la COVID-19 mostraron una tendencia no estadísticamente sig. hacia una reducción en el riesgo de infección. Más información de estudios con diseño adecuados es necesaria para confirmar/descartar estas conclusiones.

- Mensajes claves (cont.):



Uso de plasma de convaleciente

- Los resultados de 7 ECA mostraron una tendencia no estadísticamente sig. hacia una reducción en la mortalidad y la necesidad de ventilación mecánica invasiva. Sin embargo, el único estudio en el que tanto pacientes como personal de salud estuvieron ciegos a las intervenciones no mostró reducción en la mortalidad. La certeza en la evidencia es muy baja.



Tocilizumab

- los resultados de 3 ECA sugieren ausencia de beneficios en la mortalidad con una tendencia hacia la reducción en los requerimientos de ventilación mecánica e incremento en la velocidad de resolución de los síntomas. La certeza en la evidencia es baja.



Ivermectina, Colchicina y Famotidina

- La evidencia es de muy baja certeza, por lo que sus efectos son inciertos.



AINES

- No se observa una asociación con un incremento en la mortalidad. Sin embargo, la certeza en la evidencia es muy baja.



Ivermectina, antivirales e inmunomoduladores, entre otros

- Su uso debería realizarse solo en el ámbito de estudios clínicos diseñados para evaluar su eficacia y seguridad, éticamente aprobados y con previo consentimiento de los pacientes.

Desarrollo de vacunas, actualizada al 12 de noviembre 2020

Fase de evaluación clínica: 48 candidatas

Plataforma	N° de candidatas
Vacuna de vector viral no replicativa	9
Vacuna de vector viral replicativa	4
Vacuna RNA	6
Inactivada	7
Vacuna DNA	5
Subunidad de proteínas	15
Vacuna derivada de plantas - VPL	2
Total	48

Fase de investigación preclínica: 164 candidatas

En el siguiente link puede consultar la lista de vacunas candidatas, incluyendo su tipo, el/los desarrolladores y la etapa actual de la evaluación clínica: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

Vacunas candidatas en fase III al 02/10

- Los ensayos de fase III generalmente requieren 30.000 o más participantes.
- Todas las principales vacunas candidatas son para inyección intramuscular.
- La mayoría están diseñadas para dos dosis (Las excepciones están marcadas con un *)

Vacunas candidatas en fase II – Evaluación clínica	Plataforma de la vacuna	Lugar donde se esta desarrollando el estudio
III CLINICAL EVALUATION		STUDIES
Sinovac	Inactivated virus	Brazil
Wuhan Institute of Biological Products / Sinopharm	Inactivated virus	United Arab Emirates
Beijing Institute of Biological Products / Sinopharm	Inactivated virus	China
University of Oxford / AstraZeneca	Viral vector *	United States of America
CanSino Biological Inc. / Beijing Institute of Biotechnology	Viral vector *	Pakistan
Gamaleya Research Institute	Viral vector	Russia
Janssen Pharmaceutical Companies	Viral vector	USA, Brazil, Colombia, Peru, Mexico, Philippines, South Africa
Novavax	Protein subunit	The United Kingdom
Moderna / NIAID	RNA	USA
BioNTech / Fosun Pharma / Pfizer	RNA	USA, Argentina, Brazil



Repositorios

[\[volver al índice\]](#)

Fácil acceso a todos los documentos técnicos de la OPS - COVID-19

Adultos mayores

Agua y saneamiento

Alistamiento
prehospitalario

Alistamiento en hospitales

Bioseguridad

Certificación y codificación
de muertes por COVID-19

Comunicación de riesgo

COVID-19 y comorbilidades

Desastres naturales

Detección y diagnóstico

Discapacidad

Dispositivos Médicos

Distanciamiento social y
viajes

Equipos Médicos de
Emergencia

Ética

Indígenas y
afrodescendientes

Infodemia y desinformación

Igualdad de género

Manejo clínico

Medicamentos esenciales

Pautas de modelado
COVID-19

Prevención y control de
infecciones

Salud de los trabajadores

Salud Mental

Servicios de salud

Servicios de sangre

Trabajador de la salud

Vigilancia

Vigilancia de exceso de
mortalidad

Documentos técnicos de la OMS - COVID-19

(en inglés)

Prevención y Control de Infecciones



[Transmisión de COVID-19](#)

[Uso de mascarillas](#)

[IPC en cuidado de la salud](#)

[Cuidado domiciliario](#)

[Trabajadores de la salud](#)

[Uso racional de EPP](#)

[WASH e Higiene de manos](#)

[Consideraciones para la cuarentena](#)

[Servicios de cuidados a largo plazo](#)

[Produciendo un Handrub](#)

[Manejo de cuerpos de personas fallecidas](#)

[Desinfección de superficies](#)

Manejo Clínico



[Alta de aislamiento](#)

[Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños/as](#)

[Manejo clínico de casos](#)

[Herramienta: Atención clínica de SARI](#)

[Configuración del centro SARI TTT](#)

[Pre-hospital EMS](#)

[Formularios de reporte de caso](#)

[Mantenimiento del Suministro de Sangre](#)

[Uso de imágenes de tórax](#)

[SHW](#)

Laboratorio



[Estrategia de testeo](#)

[Herramientas de evaluación para laboratorios](#)

[Bioseguridad laboratorial](#)

[Test de Inmunodiagnóstico](#)

[Ensayos moleculares internos](#)

[Laboratorios de referencia](#)

[Envío](#)

Soporte operativo & Logística

[Herramienta de pronóstico y FAQs](#)

[Paquete de productos críticos](#)

Vigilancia



[Ajustando Medidas de Salud Pública](#)

[Mortalidad- Certificación, Codificación y Reporte](#)

[Guía en Vigilancia Global](#)

[Guía en Vigilancia Nacional](#)

[Rastreo de contactos](#)

[Consideraciones sobre investigación](#)

[Tecnología digital para el rastreo de contactos](#)

[Protocolos de investigación](#)

Recursos

El Observatorio COVID-2019 sobre las acciones en curso a nivel nacional para enfrentar la pandemia

Base de datos de evidencias OPS/OMS

Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias

HUB de conocimientos sobre COVID-19 GOARN/OMS

Laboratorio jurídico sobre la COVID-19

Vitrinas del conocimiento BIREME/OPS/OMS