

THE CONVERSATION

Rigor académico, oficio periodístico



Shutterstock/totojang1977

COVID-19: por qué los países deben informar sobre el número de pruebas realizadas

9 marzo 2020 21:58 CET •Actualizado 9 marzo 2020 23:13 CET

La detección temprana de la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 es una estrategia indispensable para controlar, o al menos contener, la actual epidemia de COVID-19. Las pruebas de detección no solo permiten identificar a las personas infectadas y evitar que infecten a otras. Si un país informa con transparencia del número de pruebas realizadas (y del número de casos detectados), aporta valiosa información sobre la intensidad y evolución de la epidemia, ayuda a estimar la verdadera tasa de letalidad del virus y refuerza la confianza de los ciudadanos.

Sin embargo, en lo que llevamos de epidemia, esta importantísima información no siempre ha estado disponible ni ha sido comparable entre países.

La prueba para detectar la infección se basa en la amplificación de secuencias génicas del virus mediante la técnica de PCR. Su aplicación a gran escala en tiempo récord ha sido posible gracias a la secuenciación y publicación del genoma del nuevo coronavirus pocas semanas después de los primeros casos en Wuhan (China).

Solo una semana más tarde, científicos europeos publicaron el protocolo para detectar la presencia de dos genes virales. La prueba proporciona un resultado entre 24 y 48 horas después de la recogida de

Autor



Antoni Plasencia Taradach

Epidemiólogo. Director del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)-Hospital Clínic-Universitat de Barcelona, Universitat de Barcelona

muestras de frotis nasal y faríngeo. Aunque este método es el más adoptado a nivel mundial, no todos los países lo están empleando. Es el caso, por ejemplo, de los Estados Unidos, donde su Centro de Control de Enfermedades (CDC) desarrolló un método propio, sin diferencias aparentes en cuanto a su validez y aplicación, pero que tuvo una serie de problemas al inicio, lo cual limitó el número de pruebas y el número de laboratorios que podían realizarlas.

En general, estas pruebas diagnósticas se realizan en laboratorios centralizados, a nivel nacional o regional, y en centros sanitarios de referencia. La rápida extensión de la epidemia plantea la necesidad de hacer la prueba más accesible, capacitando a más laboratorios para su realización. También ha abierto la carrera para desarrollar un test comercial que se pueda hacer en el momento y que dé el resultado en tiempo real, acelerando las decisiones clínicas y de salud pública.

Muchas diferencias entre países

A fecha de hoy, los criterios generales de realización de dichas pruebas se limitan a personas con sintomatología sospechosa, incluyendo sospecha de neumonía, pero no se recomienda ni a los contactos asintomáticos de casos confirmados, ni a grupos específicos o vulnerables de la población general, ni a la población general. Sin embargo, los datos disponibles a 2 de marzo de 2020 sobre el número de pruebas practicadas indican que estos criterios varían ampliamente.

Coronavirus Testing: Criteria and Numbers by Country

As of March 2, 2020

Country	Tests Performed	Tests per Million People	Population	
South Korea	109,591	2,138	51,269,185	source
Italy	23,345	386	60,461,826	source
Austria	2,120	235	9,006,398	source
Switzerland	1,850	214	8,654,622	source
UK	13,525	199	67,886,011	source
Finland	130	23	5,540,720	source
Vietnam	1,737	18	97,338,579	source
Turkey	940	11	84,339,067	source
United States	472*	1	331,001,651	source

* as of March 1. On March 2, the "[Total tested](#)" figure was removed from [CDC's website](#).

En Corea del Sur se han practicado más de 100 000 tests, más de 23 000 en Italia, y parece que unos pocos miles en Estados Unidos. La interpretación de esta variación es compleja, ya que no solo refleja diferencias en el tamaño de la población, sino también en la situación y gestión de la epidemia entre países, así como en el acceso a las pruebas de diagnóstico.

Así pues, y con la prudencia de los datos provisionales, vemos cómo la tasa de pruebas es muy diversa: entre 2 130 pruebas por millón de habitantes en el caso de Corea del Sur, de 200 a 400 por millón de habitantes en distintos países europeos, o 1 por millón en el caso de Estados Unidos. En la provincia de Cantón (China), la tasa se situaría en casi 3 000 pruebas por millón de habitantes.

En suma, existe un rango de variación muy amplio entre países en su esfuerzo de diagnóstico temprano, sin que se pueda afirmar que las diferencias se deban simplemente al número de casos.

Como resultado, las cifras de positividad al SARS-CoV2 varían considerablemente: 0,2 % de resultados positivos en el Reino Unido y 5 % en Italia, por ejemplo. Llama la atención el relativo alto porcentaje de positividad (un 3 %) en Estados Unidos, con una de las tasas más bajas de pruebas

realizadas, lo que indica que la detección precoz se ha focalizado en casos altamente sospechosos. Lo mismo podría decirse de países como Rusia o India, con una elevada población pero con muy pocos casos notificados, donde no se dispone de datos sobre el número de pruebas realizadas.

Mientras la epidemia no se convierta en pandemia, siguen teniendo sentido las medidas de contención, que incluyen el acceso a las pruebas de detección temprana en apoyo a la vigilancia epidemiológica y al control de la transmisión. Uno de los indicadores de la intensidad de la respuesta es la prevalencia poblacional de pruebas diagnósticas.

Por ello, es altamente recomendable que este dato se recoja y notifique sistemáticamente en todos los países afectados. La rapidez con la que se diseñó y se puso a disposición del mundo una prueba fiable de diagnóstico no puede verse ahora afectada por la lentitud de algunos países en asegurar un acceso racional y equitativo a la misma.



Coronavirus: cómo puede lastrar el crecimiento económico mundial

Por qué no hay que tomar decisiones sobre el coronavirus con pánico

Retos del teletrabajo en tiempos de coronavirus

El coronavirus es un campo abonado para los ‘conspiranoicos’

