



COVID-19 Task Force SV

Boletín informativo Número 9, 5 Junio 2020.

CONTENIDOS.

- Editorial: Hidroxicloroquina: ¿Y ahora en qué mentiras vamos a creer?
- El rol de la vitamina D en la prevención y mortalidad de la infección COVID-19.
- Revisión de artículo: Hidroxicloroquina y su rol profiláctico en COVID-19.
- Cuarentena: Pros y contras durante pandemia por COVID-19.
- Imagen de la semana: ¿Quién quiero ser durante la pandemia COVID-19?

EDITORIAL: HIDROXICLOROQUINA: ¿Y AHORA EN QUÉ MENTIRAS VAMOS A CREER?

Editor: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.

Cuando una de las revistas médicas de mayor prestigio y poder de impacto se retracta de la publicación de un artículo (ver Figura), las alarmas de toda la comunidad científica mundial se disparan: Eso ha ocurrido hace apenas 24 horas y ha causado revuelo más allá del ámbito científico. Mehra et al, de la rancia aristocracia del Brigham & Women Hospital de Boston, habían publicado un ambicioso y aparentemente lapidario estudio en Lancet, ejecutado en 6 continentes, con decenas de miles de pacientes: Hidroxicloroquina (HCQ) y cloroquina con o sin asociación a un macrólido no solo resultaba inútil para la mejoría clínica en COVID-19, de hecho, según sus hallazgos, causaban una inaceptable letalidad por arritmias (*Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis*; [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31180-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31180-6.pdf)). De inmediato grandes gurús de la cardiología mundial alzaron la voz para pronunciar el panegírico en el funeral de la HCQ, no sin ocultar gran satisfacción (Milton Packer y Steve Nissen, entre otros) y reduciéndola, casi en sentido literal, a un veneno, al menos en este escenario. La Organización Mundial de la Salud suspendió un estudio en curso (SOLIDARITY) y sugirió a otros investigadores proceder del mismo modo. En todo el mundo los protocolos de tratamiento se vieron afectados, sin que El Salvador fuera excepción.

Pero para muchos expertos de diferentes disciplinas algunos datos no parecían encajar. El 28 de mayo, 6 días después de la publicación, Watson J y 200 expertos de distintas disciplinas publicaron una carta abierta a Mehra y a Richard Horton, editor de Lancet, expresando seria preocupación respecto a la falta de revisión ética, mal ajuste de factores de confusión, la falta de acceso a bases de datos, supuesto uso de cloroquina en países donde no estaba disponible (Australia), dosis medias supuestamente usadas en EE.UU. diferentes a las protocolizadas, muy poca variabilidad de datos entre continentes, reportes de arritmias en hospitales africanos asociados, con capacidad

tecnológica, pero con números aparentemente excesivos... Se exigió una apertura de los datos para que un comité ajeno al estudio revisara la información, así como acceso a los comentarios de los pares revisores que autorizaron la publicación. Cuando se intentó hacer un escrutinio independiente (pedido por los mismos autores) la compañía de investigación a cargo (Surgisphere) declaró que por diferentes razones, incluyendo acuerdos de confidencialidad, los datos no estarían disponibles para análisis. Las consecuencias están a la vista. Los autores han declarado: “Nunca podemos olvidar la responsabilidad que tenemos como investigadores de asegurar escrupulosamente que dependemos de fuentes de datos que cumplan con nuestros altos estándares. Con base a este desarrollo, ya no podemos garantizar la veracidad de las fuentes primarias de datos. Debido a este desafortunado desarrollo, los autores solicitan que se retire el artículo... Todos ingresamos a esta colaboración para contribuir de buena fe y en un momento de gran necesidad durante la pandemia de COVID-19. Le pedimos disculpas profundamente a usted, a los editores y a los lectores de la revista por cualquier vergüenza o inconveniente que esto pueda haber causado”

También se había publicado el 1 de mayo, en *New England Journal of Medicine* un reporte preliminar (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2007621?query=recirc_curatedRelated_article), que también fue retractado, a petición de los mismos autores.



Estas revistas son reverenciadas con un respeto casi bíblico. Millones de hombres de ciencia buscan soporte en sus páginas para apuntalar una práctica excelente, basada en evidencia de primera calidad, revisada por los editores de más categoría. El impacto no es calculable: ¿se ha sacrificado un tratamiento útil que podría estar en suspenso mientras se pierden miles de vidas cada día? ¿Acaso los resultados son reales, pero al no ser verificables carecen de toda credibilidad? ¿Hay agenda política? Al caer HCQ comienzan las alabanzas para remdesivir, droga extremadamente costosa y aplaudida a pesar de resultados nulos en mortalidad... Si la HCQ es útil o no en COVID-19 es algo aún no determinado, este tropiezo no debe interpretarse como un permiso para su uso fuera de protocolos de investigación, al menos a la fecha, porque la seguridad de los antimaláricos con o sin macrólidos sigue siendo una legítima preocupación para los clínicos: No se ha demostrado su eficacia. Como Fox Mulder dijo, en un episodio de la serie “Expedientes Secretos X” (tan secretos como las bases de datos del estudio): “¿Y ahora en qué mentiras vamos a creer?”

EL ROL DE LA VITAMINA D EN LA PREVENCION Y MORTALIDAD DE LA INFECCION POR COVID-19.**Colaboración: Dra. Ana Jense Villatoro, médica internista y endocrinóloga.**

Resumen. Se sospecha alta prevalencia de bajos niveles de vitamina D en población adulta salvadoreña. Se revisan posibles mecanismos involucrados en la patogénesis de SARS-CoV-2 y las potenciales acciones inmunomoduladoras de la vitamina D: Efecto de “regulación a la baja” en la síntesis, liberación y/o función de interleucinas (IL), factor de necrosis tumoral alfa (FNT- α) y enzimas con actividad proinflamatoria (ciclooxigenasa-2, lipoxigenasa) y cambios de la respuesta de linfocitos T *helper* 17 (Th17) sobre la regulación del fenotipo de células T. Se reconoce que se requiere mayor número de estudios para poder concluir si existe real protección de la vitamina D en la infección, enfermedad y muerte causada por SARS-CoV-2.

Estudios observacionales reportan asociaciones independientes entre niveles séricos de 25-hidroxi-vitamina D (25-OHD) y susceptibilidad a infecciones respiratorias agudas. Antes de entrar en materia se aportan datos de un estudio en El Salvador, retrospectivo, observacional, descriptivo, fechado 2012, de la Dra. Rosa Lorena Alvarenga, endocrinóloga del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), quien revisó datos de 41 pacientes con hipocalciuria y/u osteoporosis con niveles séricos de 25-OHD: Apenas un 12.2% de pacientes (n=5) tenía niveles normales (>30 ng/ml), 53.66% tenían niveles insuficientes (20-30 ng/ml) y 34.15% (n=14) tenía deficiencia (<20 ng/ml); el valor sérico medio de vitamina D en pacientes con niveles subnormales fue 21.52 ng/ml; debe aclararse que la Asociación Europea de Tejido y Calcificación ha definido como deficiencia severa a niveles <12 ng/ml. Llamó la atención que el 77% de pacientes ya recibía análogos orales de vitamina D antes de la determinación sérica ([Diagnóstico y seguimiento de pacientes con deficiencia de vitamina D en el Consultorio de Especialidades del ISSS entre 2012 y 2013](#)). Esto refleja que, probablemente, hay alta prevalencia de deficiencia de vitamina D en la población adulta salvadoreña, algo relevante en la actualidad porque, por primera vez, se ha postulado el rol potencial de las vitaminas A, D, E y C modulando y atenuando la respuesta inflamatoria inapropiada y exuberante causada por el SARS-CoV-2.

Se han reportado los siguientes efectos moduladores/reguladores por dos mecanismos:

- **Especies reactivas de oxígeno.** *In vitro*, vitamina D y succinato de vitamina E aplacan especies reactivas de oxígeno (ROS), previenen activación de una amplia serie de genes y la modificación de vías de enzimas citoplásmicas; la vitamina C atenúa la injuria por ROS en mitocondrias y protege, así, contra el daño mediado por oxidación.
- **Inhibición de FN- $\kappa\beta$.** Todos los ácidos trans-retinoicos han demostrado efecto antiinflamatorio significativo en modelos de adipocitos humanos, inhibiendo al factor de transcripción nuclear kappa-beta (FN- $\kappa\beta$) y la producción de citocinas y quimiocinas proinflamatorias. También *in vitro*, la 1- α -25 dihidroxi-vitamina D3 regula a la baja la unión del FN- $\kappa\beta$, con moderada represión transcripcional y disminución de síntesis de IL-2, IL-6, IL-7, IL-8 y COX-2.

Evidencia publicada.

- El estudio SENECA mostró una media de niveles de vitamina D de 26 nmol/L en España, 28 nmol/L en Italia y 45 nmol/L en países nórdicos, en población de edad avanzada. En Italia hasta el 70 % de mujeres arriba de 70 años tienen niveles circulantes de menos de 30 nmol/L (valores de menos de 12 ng/ml); estos son los países con mayor número de decesos por COVID-19; las personas de edad avanzada son el grupo de mayor riesgo de morbimortalidad por SARS-CoV-2.
- En una revisión sistemática y un metaanálisis de 25 estudios controlados aleatorizados (Ilie et al, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40520-020-01570-8.pdf>) se concluye que la vitamina D protege contra todas las infecciones del tracto respiratorio. Respecto a COVID-19, el mismo grupo evaluó los datos promedio de valores de vitamina D descritos para países europeos y versus el número de casos totales y fatales por COVID-19 por millón de habitantes, al 8 de abril

de 2020. Se observó una correlación negativa modesta entre niveles promedio de Vitamina D y número de casos totales y fatales) por COVID 19 por millón de habitantes: $r=-0.4435$; $p=0.05$, $r=-0.4378$; $p=0.05$, respectivamente (**Figura 1**).

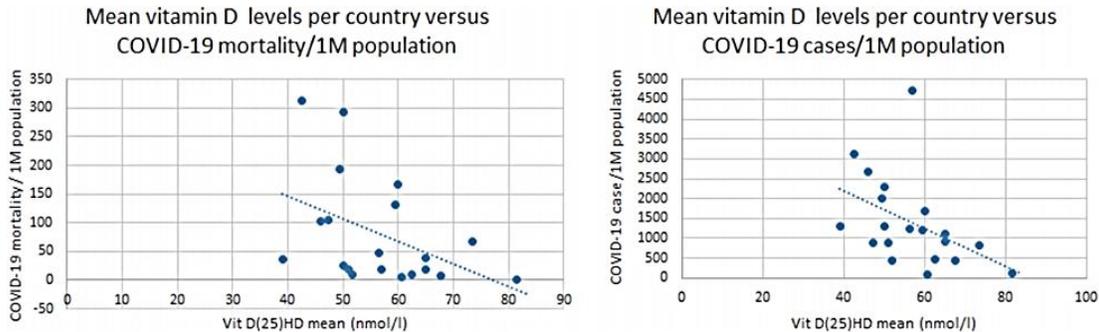


Figura 1: Niveles medios de vitamina D por país vs casos y mortalidad/1M hab. por COVID-19. Referencia en el texto.

- En un estudio en formato de reporte preliminar, retrospectivo, de dos cohortes (activos y fallecidos) realizado en Indonesia con 780 casos de enfermedad confirmada por SARS-CoV-2 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3585561) se valoraron edad, sexo, comorbilidad, niveles de vitamina D y mortalidad; cuando se ajustaron las variables citadas, el nivel de vitamina D estuvo fuertemente asociado con mortalidad por COVID-19 (ver **Tabla 1**).
- Puede haber relación entre proteína C reactiva, riesgo de tormenta de citocinas y niveles bajos de vitamina D (Daneshkha A et al). <https://europepmc.org/article/ppr/ppr149846>

Tabla 1.

| Estatus de vitamina D y mortalidad por edad, sexo y comorbilidades. | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| Estatus Vitamina D | Odds Ratio (OR) | Valor de p |
| Normal | - | - |
| Deficiente | 7.63 | <0.001 |
| Insuficiente | 10.12 | <0.001 |

Ver referencia en el texto.

Lo ya descrito vuelve racional el uso de micronutrientes como parte de las estrategias de multitratamiento contra la infección por SARS-CoV-2. Este abordaje podría tener efectos benéficos en ciertos grupos de población, sobre todo ancianos, y puede ser considerado para propósitos de prevención. Tomando ventaja de estas consideraciones y asumiendo efectos inmunopatogénicos, con el soporte de las observaciones epidemiológicas y clínicas, un posible abordaje para el efectivo manejo de COVID-19 sería dividir los pacientes de 2 grupos:

- 1. Pacientes con enfermedad infecciosa aguda**, requiriendo tratamiento antiviral efectivo, inmunomoduladores y la administración de vitaminas hidrosolubles y liposolubles; y
- 2. Población general sin infección aguda:** Incluyendo gente adulta mayor sana y jóvenes con enfermedades crónicas; podrían recibir dosis de vitaminas A, D, E y C (Ilie et al, ya citado). Debería obviarse la medición de niveles séricos de hidrox-vitamina D3 y suplementar con dosis de 800-1000 U al día si sospechamos deficiencia, o dosis de 400-800 U en la población general.

No hay estudios aleatorizados-controlados, se requiere de estudios bien diseñados para confirmar estas hipótesis: no existe suficiente evidencia que soporte la recomendación de vitamina D para reducir el riesgo de COVID-19 (McCall B., <https://www.medscape.com/viewarticle/930660>).

REVISIÓN DE ARTÍCULO: HIDROXICLOROQUINA Y SU ROL PROFILÁCTICO EN COVID-19.**Colaboración: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.**

Hasta el 3 de junio del 2020 no se tenía información respecto a si la hidroxicloroquina (HCQ) para uso profiláctico, posterior a exposición a casos positivos de COVID-19, tenía alguna eficacia. El manejo ha consistido hasta ahora en observación y cuarentena a falta de algo mejor, por lo que los ensayos clínicos podrían aportar pautas novedosas, en especial para personas con elevado riesgo ocupacional. Revisaremos brevemente el estudio de Boulware et al, publicado en NEJM ese mismo día: aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, en adultos, abarcando Estados Unidos y Canadá (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2016638?query=recirc_curatedRelated_article).

Datos relevantes:

- Criterio de inclusión: exposición a un caso confirmado de COVID-19 sin protección adecuada por al menos diez minutos, a menos de 6 pies; sin mascarilla ni protección ocular (alto riesgo), o sin protección ocular (moderado riesgo).
- Pacientes reclutados online y aleatorizados a HCQ o placebo 1:1 dentro de los 4 días post exposición. HCQ: 800 mg de inicio, 600 mg 6-8 horas después; luego 600 mg cada día por 4 días adicionales (tratamiento enviado vía postal).
- Objetivo primario: Caso nuevo confirmado o compatible con COVID-19 a 14 días de seguimiento.
- Se enrolaron 821 pacientes asintomáticos, 87.6% con contacto de alto riesgo. Seguimiento telefónico o por redes sociales.
- No diferencia significativa entre HCQ y placebo: 11.8 de pacientes con HCQ y 14.3% con placebo presentaron COVID-19 o cuadro compatible certificado por equipo de 4 infectólogos en consenso, ajenos a los casos ($p=0.35$).
- Efectos adversos: 40.1% con HCQ, 16.8% con placebo, ningún evento serio: dos pacientes requirieron hospitalización (uno por grupo), no hubo ningún fallecimiento.
- Se concluyó que no hay evidencia que HCQ tenga un rol en la profilaxia de COVID-19 post exposición a pacientes con enfermedad confirmada.

Comentarios del Editor. El atractivo de la HCQ en el tratamiento (y profilaxis) de COVID-19 se basa en su efecto antiviral demostrado in vitro y una demostrada capacidad de impedir dificultar la unión del SARS-CoV-2 al receptor ECA-2; de hecho estudios pequeños de cohorte resultaban prometedores (Lee SH et al <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305587/>). Hay que señalar, sin embargo, importantes limitantes en este estudio:

- La principal es que solo un mínimo porcentaje de pacientes catalogados como casos de COVID-19 en el seguimiento tuvieron un test confirmatorio de RT-PCR: 2.7% en el grupo HCQ y 2.2% en el grupo placebo. No hay manera de confirmar cuántos pacientes se infectaron durante el seguimiento sin presentar síntomas ni cuántos enfermaron por otros patógenos respiratorios, aunque los autores asuman que, en este último punto, no esperarían diferencias entre grupos.
- Otro factor a considerar es que 10.7% de pacientes se perdieron en seguimiento, sin diferencias entre brazos y, otra vez, según los autores, esto no repercutiría en las conclusiones.
- No hubo seguimiento con chequeo presencial, no hubo electrocardiogramas, no hay forma de certificar de manera absoluta el apego óptimo al tratamiento.
- Finalmente, administrar HCQ en los primeros 4 días posterior a la exposición no parece, según el editor de NEJM, una estrategia eficaz para evitar infección, sino para reducir los síntomas de la misma.

Es importante recordar que la profilaxia recomendada por el Ministerio de Salud en El Salvador es una estrategia pre exposición y no post exposición; se usa una dosis de carga de hidroxicloroquina (400 mg de hidroxicloroquina, dos dosis el primer día) seguida de dosis semanales de 400 mg por 12 semanas, como mínimo. No se puede inferir si este esquema es eficaz con base en el artículo que hemos revisado.

Conclusión preliminar: La HCQ no es efectiva en el escenario de este estudio, pero hay más ensayos en curso y no se ha dicho la última palabra sobre el tema; por el momento no hay una recomendación firme para el esquema post exposición propuesto por los autores.

CUARENTENA: PROS Y CONTRAS DURANTE PANDEMIA POR COVID- 19.

Colaboración: Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista.

Resumen. Hasta que tengamos una alternativa significativa, la cuarentena es lo único que podemos hacer para prevenir una mayor propagación catastrófica del virus, dice Edward R. Melnick. Pero John PA Ioannidis argumenta que cualquier beneficio del bloqueo depende de su efectividad y de la carga del COVID-19, y que los daños son múltiples.

Este artículo es la síntesis traducida de una publicación comisionada por el British Medical Journal (BMJ) a los profesores Edward R Melnick (Universidad de Yale) y John PA Ioannidis (Universidad de Stanford). El objetivo, hacer un artículo “*head to head*” sobre pros (Melnick) versus contras (Ioannidis) de la prolongación de encierros o cuarentenas decretadas por muchos gobiernos para prevenir la propagación del SARS-CoV-2 ([BMJ 2020; 369 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m1924](https://doi.org/10.1136/bmj.m1924) Published 03 June 2020).

¿Deberían los gobiernos continuar la cuarentena para frenar la propagación de COVID-19?

Sí: Edward R Melnick.

- La infraestructura sanitaria se ha visto abrumada, en parte por la rápida transmisión por pacientes asintomáticos o presintomáticos.
- A pesar de que se ha sobreestimado la estimación de mortalidad por COVID-19, podría ser al menos 10 veces superior a la de la gripe estacional.
- La alta transmisión causa centenares de miles de muertes en todo el mundo y ha gravado sustancialmente los recursos y la capacidad de atención médica. Incluso las predicciones más conservadoras muestran que las muertes de COVID-19 pueden superar a las de cualquier otra enfermedad infecciosa en nuestras vidas. Y, al momento de escribir esto, la mayoría de la población mundial probablemente sigue siendo susceptible a COVID-19.
- En ausencia de una vacuna, tratamiento o profilaxis segura y efectiva, las intervenciones no farmacéuticas son las únicas opciones disponibles para retrasar la propagación: distanciamiento físico, higiene, máscaras, aislamiento de personas infectadas y sus contactos, y cuarentenas: cierres de escuelas, negocios y prohibiciones de reuniones públicas y viajes.
- La mejor estrategia es detección agresiva y temprana con aislamiento de infectados, muy difícil, probablemente por la demora entre la infección y la manifestación de síntomas graves y la falta de tests. Las estrategias han pasado entonces de la contención a la mitigación, dando paso a cuarentenas a una escala sin precedentes en la conciencia colectiva moderna.

- Las cuarentenas son la intervención más draconiana. Durante la pandemia de gripe de 1918-19 la implementación más temprana y los bloqueos más largos se asociaron con una mortalidad total reducida.
- Las cuarentenas no están exentas de costos, riesgos o daños en lo económico, social y emocional, catastróficos y vastos. Las consecuencias son aumento de muertes por evitar la búsqueda de atención médica, con exceso de morbimortalidad por afecciones no infecciosas.
- Las restricciones no se pueden levantar de manera segura sin la capacidad de realizar tests masivos, seguimiento de contactos y protección para poblaciones de alto riesgo (casas de ancianos, prisiones, albergues). De lo contrario, la propagación de COVID-19 podría acelerarse en comunidades que aún no han experimentado el pico máximo de casos, y las segundas oleadas podrían ser más letales en las comunidades que se han reabierto después de cuarentenas exitosas.
- No se sabe si ocurrirá una segunda ola o qué tan grave puede ser. Si ocurre, la preparación es esencial. Con suerte, las intervenciones no farmacéuticas menos contundentes (como máscaras, pruebas y rastreo y distanciamiento social) serán adecuadas para contenerla. Mientras no emerja una estrategia mejor, las cuarentenas seguirán siendo esenciales para mitigar la creciente pandemia.

¿Deberían los gobiernos continuar la cuarentena para frenar la propagación de COVID-19?

NO: John PA Ioannidis.

- La cuarentena se justificó inicialmente, cuando los anuncios declararon un nuevo virus contagioso con una tasa de mortalidad del 3,4% y sin infecciones asintomáticas. La posibilidad de 50 millones de muertes coincidía con la de la pandemia de gripe de 1918. Sin embargo, sabemos que las infecciones no detectadas son la gran mayoría. Las personas infectadas superan en número a las confirmadas por las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa, desde cinco veces (Gangelt, Alemania) hasta más de 500 veces (Kobe, Japón).
- La tasa de mortalidad por infección es mucho más baja que la documentada. Además, la mayoría de las muertes de COVID-19 afectan a personas con una esperanza de vida limitada, pero la edad promedio de muerte en la pandemia de gripe de 1918 fue de 28 años. La pérdida esperada de años de vida ajustados por calidad, incluso sin medidas de cuarentena agresiva, es de 100 a 1000 veces menor que en 1918, quizás comparable con (si no menor) que la gripe estacional típica, que mata a 34,800 niños todos los años con infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, en contraste con COVID-19, que abrumadoramente perdona a los niños.
- COVID-19 puede ser devastadora en entornos específicos. Las masacres en hospitales desbordados con personal contaminado y en hogares de ancianos representan la mayor parte de las muertes. La preparación hospitalaria, la detección universal del personal, el control de infecciones y el distanciamiento social en estos lugares son indispensables.
- El cierre ciego de poblaciones enteras tiene beneficios adicionales cuestionables. Bloquear a personas sanas y sin riesgo y transferir pacientes de COVID-19 a hogares de ancianos es absurdo. Los defensores de "cuarentena para aplanar la curva" deben reconocer que esto gana tiempo para la preparación hospitalaria, pero que la mayoría, si no todas, las muertes de COVID-19 aún ocurrirán cuando las medidas se relajen, a menos que surjan tratamientos y/o vacunas efectivas.
- Las cuarentenas tienen múltiples componentes. Algunos, como evitar reuniones masivas, pueden funcionar; otros puede que no. Algunos incluso pueden aumentar el número de muertes; por ejemplo, el cierre de escuelas puede aumentar la exposición de los familiares frágiles a los niños. Las cuarentenas traen daños múltiples más allá de los relacionados con el

virus SARS-CoV-2: disfunción del sistema de salud y daños prolongados que erosionan la salud, la economía y la sociedad en general.

- Las cuarentenas durante alta actividad infecciosa obligarán a las personas infectadas a pasar más tiempo con familiares frágiles en espacios reducidos. Los trabajadores esenciales con bajos salarios adoptan riesgos más altos, y los refugios para personas sin hogar vulnerables se convierten en puntos críticos de infección, mientras que los ciudadanos ricos y saludables pueden quedarse en casa. El estrés también puede afectar nuestras respuestas inmunes a las infecciones respiratorias. Y, con el horror agregado difundido por los medios, los bloqueos representan experiencias excepcionalmente estresantes.
- En cuarentena muchos pacientes con afecciones agudas y tratables (como los síndromes coronarios) evitan buscar atención médica: hay exceso de muertes acumuladas. Los pacientes con cáncer cuyo tratamiento se retrasa tienen peores resultados. Cuando los pacientes evitan los hospitales, muchos sistemas de salud sufren financieramente, suspenden personal y reducen servicios. COVID-19 ha abrumado a unas pocas docenas de hospitales, pero las contramedidas ya han puesto en peligro a miles de ellos.
- Las cuarentenas prolongadas alimentan la depresión económica, creando desempleo masivo. Los desempleados pueden perder el seguro de salud, poblaciones enteras pueden perder calidad de vida y salud mental. Las ventas de armas en los EE.UU. Han aumentado considerablemente desde que comenzó el cierre, con secuencias impredecibles.
- Las poblaciones desfavorecidas y las personas necesitadas se ven más afectadas por las crisis. Las personas en riesgo de morir de hambre en todo el mundo ya han superado los mil millones. Hay riesgo de más suicidios, violencia doméstica y abuso infantil. El malestar y la desintegración social también pueden avanzar, con consecuencias caóticas como disturbios y guerras.
- ¿Y cuánto tiempo es suficiente un bloqueo? Si abrimos ahora, ¿se repetirá el cierre en otoño? ¿El próximo año?
- Las cuarentenas eran opciones desesperadas y defendibles cuando sabíamos poco sobre COVID-19. Ahora que sabemos más, debemos evitar la exageración. Debemos eliminar cuidadosa y gradualmente las medidas de bloqueo, con retroalimentación basada en datos sobre la capacidad de la cama y los indicadores de prevalencia/incidencia. De lo contrario, las cuarentenas prolongadas pueden convertirse en suicidio masivo.

Nota del redactor: En este resumen se han intentado replicar, en forma condensada, con la máxima fidelidad posible, los puntos de vista de los interlocutores, que no reflejan una postura oficial del BMJ ni de nuestro Task Force. Cada lector saque sus propias conclusiones e incline su opinión a la versión que le parezca más convincente.

**IMAGEN DE LA SEMANA.
¿QUIÉN QUIERO SER DURANTE LA PANDEMIA COVID-19?**

Colaboración: Dr. Manuel López Granados, médico internista y endocrinólogo.

Aunque todos migramos de forma dinámica a diferentes zonas del gráfico, luchemos por llegar y mantenerlos al máximo en la zona de crecimiento, donde las ideas se vuelven mágicas porque la creatividad no florece en un ambiente de miedo... La búsqueda de la felicidad es un derecho de todos, pero no la encontraremos fuera de nosotros mismos.

