

COVID-19 Research Watch Español

1 al 7 de junio

Recursos adicionales

[UCSF Library COVID-19 Research and Information Resources](#)
[UCSF Institute for Global Health Sciences COVID-19 Resources](#)
[UC Davis One Health Institute COVID-19 FAQs](#)

EPIDEMIOLOGÍA

Global: En todo el mundo hay actualmente **más de 6.5 millones de casos reportados de COVID-19 y 385,000 muertes**. Estados Unidos continúa siendo el epicentro mundial de la pandemia que amenaza a millones de personas en múltiples continentes en todo el mundo, el viernes pasado Estados Unidos se retiró de la Organización Mundial de la Salud. En [Estados Unidos](#) hay más de 1.8 millones de casos reportados y más de 108,000 muertes. Esta semana millones de personas en todo el país protestan contra la brutalidad policial y el racismo estructural. La pandemia COVID-19 continúa destacando las disparidades de salud en el país. El 48% de los casos reportados en San Francisco se encuentran entre latinos (15% de la población); en Chicago, las tasas de casos reportadas son 3.8 veces más altas entre latinos y 2.4 veces más altas entre las poblaciones negras en comparación con las poblaciones blancas; y en Minnesota, el 22% de los casos reportados están entre negros (6.6% de la población) y el 20% entre hispanos (5.5% de la población). Después de Estados Unidos, por número de casos se encuentran: Brasil, Rusia, Reino Unido, India, España, Italia, Perú, Francia y Alemania.

Latinoamérica: **Brasil**, se ha convertido en el segundo país con mas casos después de EUA con 672,846 casos y ocupa el tercer lugar en número de muertes detrás de EUA y El Reino Unido con 35,930 fallecidos. Brasil ha dejado de publicar un total acumulado de muertos e infectados del nuevo coronavirus, en una [decisión extraordinaria](#) que las voces críticas describieron como un intento de ocultar el alcance real de la enfermedad en el país. **Perú** es el octavo país con más casos, con 196,515. **Chile** reporta 134, 000 contagios y debajo de Chile, en el lugar 14 está México.

México, donde actualmente se han reportado más de 113,600 casos y casi 13,500 muertes, comenzó a reabrir su economía el lunes el mismo día que reportó el mayor total diario de nuevas infecciones. Los hospitales en la Ciudad de México operan actualmente al [80% de capacidad](#) hay preocupaciones de que el aumento de casos podría abrumar al sistema. A pesar de que le gobierno asegura que hay capacidad hospitalaria, un reporte reciente señaló que ["casi 8 de cada 10 pacientes que mueren por COVID-19 no llegaron a terapia intensiva ni fueron intubados"](#), esto podría explicar porque en el país sigue habiendo lugar para pacientes graves, nada más no llegan.

NOTA A LOS LECTORES:

Dos artículos que resumimos el 6 y el 27 de mayo se han retirado debido a preocupaciones con respecto a la validez de los datos. Esto incluye "Enfermedades cardiovasculares, farmacoterapia y mortalidad en COVID-19" publicado en el New England Journal of Medicine y "Hidroxicloroquina o cloroquina con o sin un macrólido para el tratamiento de COVID-19: un análisis de registro multinacional" en The Lancet. Los comentarios respectivos de la revista sobre las retracciones se pueden encontrar [aquí](#) y [aquí](#).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

[Características Fenotípicas y Pronóstico de pacientes hospitalizados con COVID-19 y Diabetes: El estudio CORONADO](#) (1)

CORONADO es un estudio observacional multicéntrico a nivel nacional en Francia que evalúa los factores asociados con la gravedad de la enfermedad y el riesgo de mortalidad en personas con diabetes hospitalizadas por COVID-19. Este documento es una mirada temprana a 1,317 pacientes elegibles hospitalizados entre el 10 y el 31 de marzo. Los autores encontraron que el 20.3% de la población del estudio requirió intubación traqueal y el 10.6% falleció siete días después del ingreso. Entre los pacientes mayores de 75 años, la muerte en el día 7 fue más frecuente que la intubación. El uso de metformina se asoció con un menor riesgo de muerte prematura, lo que probablemente refleja una etapa menos avanzada de diabetes con menos comorbilidades. No se encontró asociación entre el resultado primario y los niveles de HbA1c, ni entre los medicamentos reductores de glucosa y la infección o el pronóstico de COVID-19. No se identificaron muertes en participantes con diabetes tipo 1 menores de 65 años.

Un estudio prospectivo de trombosis venosas entre pacientes críticos con COVID-19

Múltiples informes han sugerido que COVID-19 está asociado con un mayor riesgo de eventos tromboticos venosos y arteriales, aunque los mecanismos subyacentes siguen siendo inciertos. Es de destacar que el SDRA y la enfermedad crítica se han asociado con la coagulopatía, y los [informes](#) durante la epidemia de influenza H1N1 documentaron una incidencia sustancial de tromboembolismo venoso (TEV). Con el fin de cuantificar la carga de TEV entre los pacientes de la UCI con COVID-19, se llevo a cabo un [estudio](#) prospectivo de 34 pacientes ingresados en una UCI francesa. Todos se sometieron a ultrasonidos de rutina de las extremidades inferiores al momento de la admisión en la UCI, y los estudios se repitieron después de 48 horas si no se encontraron trombos inicialmente. Los investigadores encontraron que el 65% de los participantes tenían TVP de extremidades inferiores al momento de la admisión en la UCI, aumentando al 79% de los participantes en 48 horas después de la admisión en la UCI. Dieciocho pacientes (53%) tenían trombosis bilateral y 9 pacientes (26%) tenían trombosis proximal. Conclusión: el TEV es muy común entre las personas en estado crítico con COVID-19, pero no todos los trombos venosos son necesariamente clínicamente significativos. Se necesitan estudios controlados aleatorios para determinar si sería beneficiosa más que la profilaxis de TEV de rutina.

[Descripción de COVID-19 en individuos infectados con VIH: Una cohorte prospectiva de un solo centro](#) (2)

Este estudio de cohorte prospectivo observacional realizado en Madrid, España, encontró una incidencia de SARS-CoV-2 de 1.8% (IC 95% 1.3-2.3%) entre individuos infectados con VIH. Las comorbilidades, que incluyen hipertensión, IMC alto y diabetes, así como el uso previo de Tenofovir se asociaron con el diagnóstico de COVID-19. No se encontraron diferencias significativas en las características clínicas y los resultados entre individuos con recuentos recientes de CD4 por debajo vs por encima de 200 células / μ L. La tasa de mortalidad informada para los individuos coinfectados con VIH-SARS-CoV-2 fue más baja que la de la población general, pero las tasas de enfermedad grave y de ingreso en la UCI fueron más altas para la población coinfectada. No hubo diferencias en las características clínicas, anormalidades de laboratorio y cambios radiográficos entre pacientes con VIH y aquellos sin VIH de otras series. Pacientes con VIH con recuentos de CD4 <200 células / mm³ no exhibieron diferencias en los resultados clínicos en comparación con aquellos con recuentos de CD4 más altos. El régimen de ART no cambió el riesgo de COVID-19 leve, moderado o severo. Conclusión: la mayoría de los datos hasta la fecha sugieren que las personas con VIH no tienen un mayor riesgo de susceptibilidad a COVID-19 o enfermedad grave; sin embargo, los estudios son pequeños como este. Sigue siendo una pregunta abierta si existe algún régimen de tratamiento antiretroviral protege contra COVID-19. Los autores sugieren que las personas infectadas con VIH deben ser tratadas por COVID-19 con el mismo estándar de atención aplicado a la población general.

¿Qué tan comunes son las coinfecciones en pacientes con COVID-19?

Los [primeros datos](#) de China sugirieron que la co-infección con otros patógenos respiratorios era rara en pacientes con COVID-19. Una [revisión sistemática](#) reciente y un metanálisis (pre-impreso, no revisado por pares) de treinta estudios que incluyeron a 3,834 pacientes con COVID-19 demostraron que la co-infección bacteriana estaba presente en el 7% de los pacientes hospitalizados y que las tasas eran más altas en la UCI en comparación a no UCI (14% frente a 4%). La proporción de co-infecciones virales mixtas en este estudio fue del 3%, siendo el RSV y la influenza A los patógenos más comunes. Otro [estudio](#) reciente examinó muestras nasofaríngeas de 1,206 pacientes en el norte de California y encontró que en 116 casos confirmados por laboratorio de COVID-19, 24 muestras (20.7%) tenían co-infección viral; RSV y rinovirus / enterovirus fueron los co-patógenos más comunes. Conclusión: Las tasas de coinfección bacteriana en pacientes con COVID-19 son en general bajas, lo que tiene implicaciones importantes para la administración de antibióticos en el hospital. Las tasas de coinfección viral difieren ampliamente entre los estudios, lo que probablemente refleja diferencias en el tamaño de la muestra, así como las tendencias estacionales y geográficas.

[Impacto clínico de COVID-19 en pacientes con cáncer \(CCC19\): Un estudio de cohorte](#) (3)

Este estudio de cohorte se realizó entre pacientes con COVID-19 + Neoplasia hematológica actual/pasada o tumores sólidos invasivos en los EE. UU., Canadá y España. Se excluyeron los pacientes con cánceres no invasivos, incluido el cáncer de piel no melanomatoso, el carcinoma in situ o las neoplasias hematológicas precursoras. Se inscribieron un total de 928 pacientes con una edad media de 66 años (30% con de edad >75 años) y 50% de hombres. El estudio encontró que un aumento de la edad (por 10 años; odds ratio ajustado [aOR] 1.84), sexo masculino (aOR 1.63), ex fumador (aOR 1.60), 2 o más comorbilidades (aOR 4.50), ECOG de 2 o más (aOR 3.89), cáncer activo (aOR 5.20) y el tratamiento con azitromicina más hidroxiquina (aOR 2.93) se asociaron con un aumento de la mortalidad a los 30 días entre pacientes con COVID-19. La raza y el origen étnico, la obesidad, el tipo de malignidad, el tipo de terapia contra el cáncer y la cirugía reciente no se asociaron con la mortalidad por todas las causas a los 30 días. Los hallazgos del estudio destacan los efectos cada vez más negativos de COVID-19 en los resultados entre los pacientes con cáncer, pero recomiendan estudios más grandes con un seguimiento más largo para proporcionar una descripción más definitiva en dichos pacientes.

Comentario: Conocimiento actualizado del impacto de COVID en pacientes con cáncer

Los pacientes con cáncer parecen tener un mayor riesgo de COVID-19, así como complicaciones graves. Informes anteriores de China demostraron una [mayor prevalencia de malignidad entre los pacientes con COVID-19](#) y [COVID-19 entre los pacientes con cáncer](#). Estudios posteriores más grandes de [China](#), los [EE. UU.](#) (Incluida la ciudad de Nueva York) y el [Reino Unido](#) también han encontrado que los pacientes con cáncer y COVID-19 tienen un mayor riesgo de enfermedad grave (que requieren cuidados intensivos o ventilación mecánica) y muerte con casos fatales reportados tasas que van del [20](#) al [29%](#). Entre esta población, el [mayor riesgo de enfermedad grave y mortalidad](#) incluyó pacientes con otros factores de riesgo conocidos de complicaciones COVID-19 (edad avanzada, género masculino, hipertensión, enfermedad cardiovascular), neoplasia maligna avanzada, quimioterapia reciente y neoplasia hematológica. Conclusión: Los pacientes con cáncer y COVID-19 tienen un mayor riesgo de enfermedad grave. Se necesitan más estudios para determinar si los factores de riesgo conductuales (exposición frecuente a la atención médica) versus factores clínicos (mielosupresión / inmunosupresión) están más asociados con estos malos resultados.

¿Cuáles son los resultados de los pacientes sometidos a cirugía con COVID-19 perioperatorio?

Un reciente [estudio internacional de cohorte multicéntrico](#) examinó la mortalidad a 30 días y la tasa de complicaciones pulmonares en una cohorte de 1128 pacientes diagnosticados con

COVID-19 en los 7 días anteriores (26.1%) o 30 días después (71.5%) de la cirugía. La mayoría de las operaciones (74%) fueron emergentes y el 74.6% fueron clasificadas como importantes. La mortalidad a 30 días fue del 23.8% y las complicaciones pulmonares ocurrieron en el 51.2%, lo que representa el 82.6% de las muertes. Los factores de riesgo de mortalidad incluyeron sexo masculino, edad 70, malignidad y cirugía emergente o importante. Las limitaciones de este estudio son: 1) no hubo grupo control; 2) la falta de pruebas universales puede haber sesgado la cohorte hacia aquellos con COVID-19 más grave o sintomático; 3) muchos centros limitaron las cirugías electivas de bajo riesgo durante este período de tiempo, sesgando hacia tener más riesgos de morbilidad y mortalidad. Conclusión: Los pacientes con COVID-19 perioperatorio parecen tener un mayor riesgo de mal pronóstico que lo que generalmente se reporta para la mayoría de las cirugías. Las decisiones sobre el retraso de la cirugía deben tener en cuenta este riesgo, pero también deben equilibrar los riesgos de progresión de la enfermedad subyacente. Los estudios de resultados en pacientes con infecciones asintomáticas sometidas a cirugía serán informativos.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Un ensayo aleatorizado de hidroxicloroquina (HCQ) como profilaxis posterior a la exposición para COVID-19 no muestra ningún beneficio

Un [ensayo controlado aleatorizado](#) utilizó las redes sociales para reclutar a 821 sujetos asintomáticos con exposición familiar u ocupacional autoinformada a un caso confirmado de COVID-19. Los participantes fueron asignados al azar a un curso de 5 días de HCQ versus placebo dentro de los 4 días de una exposición de riesgo alto o moderado; no hubo diferencias significativas entre los grupos (11.8% vs 14.3%) en el desarrollo de una enfermedad compatible con COVID-19 en el día 14. Los eventos adversos de gravedad leve fueron más frecuentes en el grupo de HCQ (40.1%) en comparación con el placebo (16.8%). Las limitaciones del estudio incluyeron monitoreo (todo hecho de forma remota por autoinforme); solo el 18.7% de las infecciones fueron confirmadas por PCR; el intervalo relativamente largo entre la exposición y el inicio de HCQ (>3 días en la mayoría de los sujetos, que algunos sostienen que es demasiado tarde); y su cohorte joven (mediana de edad 40). Conclusión: la profilaxis posterior a la exposición con HCQ no impidió el desarrollo de síntomas compatibles con COVID-19. Otros ensayos en curso determinarán si HCQ tiene un lugar en el tratamiento de COVID-19. HCQ solo debe usarse para el tratamiento con COVID-19 en el contexto de un ensayo clínico a la luz de la acumulación de datos.

[Efecto de la terapia de plasma convaleciente en el tiempo hasta la mejoría clínica en pacientes con COVID-19 grave y potencialmente mortal Un ensayo clínico aleatorizado](#) (4)

Entre 103 pacientes con COVID-19 grave o potencialmente mortal, la adición de la terapia de plasma convaleciente al tratamiento estándar no mejoró significativamente el tiempo de mejoría clínica dentro de los 28 días. La adición de la terapia de plasma convaleciente al tratamiento estándar tampoco mejoró significativamente la mortalidad dentro de los 28 días. Los autores reconocen que el ensayo puede tener poca potencia para detectar una diferencia clínicamente importante y los resultados y la interpretación de este estudio son limitados debido a la terminación temprana del ensayo.

[Remdesivir durante 5 o 10 días en pacientes con Covid-19 grave](#) (5)

En este ensayo aleatorizado, abierto, de fase 3, 397 pacientes con Covid-19 grave confirmado que no requirieron ventilación mecánica, recibieron Remdesivir intravenoso en un curso de 5 o 10 días. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a estos dos grupos de tratamiento y el estado clínico se evaluó el día 14 utilizando una escala ordinal de 7 puntos. Los autores encontraron que no hubo diferencias significativas en el estado clínico en el día 14 entre los grupos de tratamiento de 5 días y 10 días después del ajuste inicial. Sin incluir un grupo de control con placebo, los autores señalan que el beneficio de Remdesivir no puede determinarse a partir de estos resultados.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

[Distanciamiento físico, máscaras faciales y protección ocular para evitar la transmisión de persona a persona del SARS-CoV-2 y COVID-19: una revisión sistemática y metanálisis](#) (6)

Esta revisión sistemática y el metanálisis se realizaron para determinar la distancia óptima para la prevención de la transmisión del virus de persona a persona, así como la eficacia de las máscaras faciales y la protección ocular para la transmisión del virus. La búsqueda arrojó 172 estudios observacionales en entornos en 16 países y seis continentes. Cuarenta y cuatro (44) estudios comparativos se incluyeron en un metanálisis, que representan 25,697 pacientes infectados con SARS-CoV-2, SARS-CoV-1 o MERS-CoV. Los hallazgos de la revisión sugieren que el distanciamiento físico de 1 metro o más resultó en tasas de transmisión de virus más bajas en comparación con el distanciamiento de menos de 1 metro (OR ajustado 0.18, IC 95% 0.09, 0.38). Además, el uso de máscaras faciales redujo en gran medida el riesgo de infección, especialmente cuando se usan máscaras N95 en comparación con las máscaras quirúrgicas desechables o las máscaras reutilizables. La protección ocular, que incluye viseras, caretas y gafas, también se asoció con tasas de infección más bajas.

TRABAJADORES DE LA SALUD

[Resultados en Salud Mental entre trabajadores de atención médica de primera y segunda línea durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 \(COVID-19\) en Italia](#) (7)

Basado en un cuestionario en línea difundido a través de las redes sociales utilizando una técnica de bola de nieve, este estudio transversal encontró problemas sustanciales de salud mental entre los trabajadores de atención médica. Aproximadamente el 50% de los 1379 encuestados respaldaron los síntomas de estrés postraumático (PTSS) y el 25% mostraron síntomas de depresión. Todos los resultados investigados, excepto el insomnio, se asociaron significativamente con la edad más joven y el sexo femenino. Ser un trabajador de atención médica de primera línea se asoció significativamente con PTSS, con un cociente de probabilidades de 1.37, lo que llevó a los autores a sugerir la implementación de intervenciones específicas para prevenir consecuencias de salud mental a largo plazo.

PATRONES DE TRANSMISIÓN

[Infecciones y transmisión presintomática de SARS-CoV-2 en un centro de enfermería especializada](#) (8)

Los investigadores intentaron evaluar la idoneidad de la detección basada en síntomas para identificar infecciones en residentes de un centro de enfermería especializada en el condado de King, Washington. Realizaron dos encuestas de prevalencia de puntos en serie con 1 semana de diferencia para hacerle una prueba para SARS-CoV-2 mediante rRT-PCR en muestras de hisopos nasos y orofaríngeos. A pesar de la adopción temprana de medidas de control de infecciones, la prevalencia de SARS-CoV-2 entre los residentes fue del 64%, con una tasa de letalidad del 26%. Tomó 3.4 días duplicar el número total de casos en la instalación en comparación con 5.5 días en la comunidad circundante. Más de la mitad de todos los residentes que dieron positivo eran asintomáticos en el momento de la prueba, lo que sugiere que las estrategias de control de infecciones basadas en síntomas no fueron suficientes para prevenir la transmisión. Además, 26 (19%) miembros del personal fueron diagnosticados con SARS-CoV-2, destacando la importancia del uso de mascarillas.

[Impacto de la etnicidad en los resultados clínicos en COVID-19: una revisión sistemática](#) (9)

Pan et al realizaron una revisión sistemática, utilizando bases de datos y artículos, preimpresiones y literatura gris, para evaluar la relación entre COVID-19 y el origen étnico. Muy pocos artículos en búsquedas en bases de datos y revistas médicas informaron datos sobre el origen étnico, y de los que lo hicieron, un total de 5 informaron que no hay asociación entre el origen étnico y la mortalidad. De las preimpresiones, 13 artículos de los 34 que informaron sobre el origen étnico encontraron que los individuos negros, asiáticos y de minorías étnicas (NAME) tenían un mayor riesgo de infección por COVID-19, y 12 encontraron que los pacientes NAME tenían peores resultados clínicos en comparación con

los pacientes blancos, incluida la admisión a la unidad de terapia intensiva (ITU) y los resultados de mortalidad. Siete (7) de los 12 informes de literatura gris documentaron peores resultados clínicos, incluida la admisión a la UCI, la hospitalización y la mortalidad entre los grupos NAME en comparación con los grupos blancos.

[Hospitalización y mortalidad entre pacientes negros y pacientes blancos con Covid-19](#) (10)

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para evaluar las diferencias raciales y étnicas en los resultados de salud de los pacientes con COVID-19 en Luisiana. La hospitalización y las muertes en el hospital se evaluaron entre los pacientes con COVID-19 tratados en un gran sistema de entrega integrado con sede en Nueva Orleans. La población total atendida por este sistema de salud es 31% negra no hispana y 65% blanca no hispana. Entre los pacientes incluidos en este análisis, el 76.9% de los pacientes que fueron hospitalizados con COVID-19 y el 70.6% de los que murieron de COVID-19 eran negros. Después de ajustar las diferencias sociodemográficas, la raza negra no se asoció independientemente con una mayor mortalidad, en comparación con la raza blanca. Las diferencias raciales observadas para COVID-19 pueden reflejar diferencias en la prevalencia de afecciones crónicas como la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

TENDENCIAS NO CLÍNICAS

[Asociación del brote de la enfermedad por coronavirus 2019 \(COVID-19\) con la inscripción a ensayos clínicos de cáncer](#) (11)

La inscripción en ensayos clínicos es necesaria para avanzar en los tratamientos contra el cáncer; sin embargo, COVID-19 ha causado serias interrupciones en la inscripción a ensayos clínicos. Los autores realizaron un estudio de cohorte para evaluar la inscripción inicial en estudios coordinados por la Red de Investigación del Cáncer SWOG entre el 1 de enero y el 25 de abril de 2020. Los autores encontraron que se inscribieron un total de 1.870 pacientes durante las semanas 1-11, y 439 se inscribieron durante las semanas 12-17; la inscripción en ensayos de control y prevención disminuyó más que en los ensayos de tratamiento. En respuesta a esta disminución en la inscripción de ensayos, el Instituto Nacional del Cáncer y la Administración de Alimentos y Medicamentos emitieron directrices para proporcionar una mayor flexibilidad en la inscripción para limitar el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 durante la pandemia, como permitir el consentimiento remoto y las visitas virtuales.

[Patrones de llenado de recetas para medicamentos de uso común durante la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos](#) (12)

Utilizando datos de farmacias de EE. UU. de 14,421 códigos postales en 50 estados, las tendencias en las recetas semanales medias y la dispensación de hidroxycloroquina / cloroquina, azitromicina y otros 10 medicamentos se compararon entre febrero - abril de 2020 y febrero - abril de 2019. El estudio encontró que el aumento en 2020 con los rellenos de hidroxycloroquina / cloroquina fueron los más altos, aumentando en 1977% para el refill de 28 pastillas, 179% para el refill de 28 a 60 pastillas y 182% para el refill de más de 60 pastillas. Además, el uso de inhibidores de la ECA (lisinopril) y ARB (losartán) no disminuyó sustancialmente en comparación con otros medicamentos comúnmente recetados para afecciones crónicas, a pesar de los temores iniciales de que estos medicamentos causen una mayor susceptibilidad al COVID-19.

REFERENCIAS

1. Cariou B, Hadjadj S, Wargny ; Matthieu, *et al.* Phenotypic characteristics and prognosis of inpatients with COVID-19 and diabetes: the CORONADO study. *Diabetologia* 2020; **IN PRESS**: 1–16.
2. Vizcarra P, Pérez-elías MJ, Quereda C, *et al.* Articles Description of COVID-19 in HIV-infected individuals : a single-centre , prospective cohort. 2020; **3018**: 1–11.
3. Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, *et al.* Articles Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. 2020; 6736: 1–13.
4. Li L, Zhang W, Hu Y, *et al.* Effect of Convalescent Plasma Therapy on Time to Clinical Improvement in Patients With Severe and Life-threatening COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020; published online June 3. DOI:10.1001/jama.2020.10044.

5. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, et al. Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med* 2020; : NEJMoa2015301.
6. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; **0**. DOI:10.1016/S0140-6736(20)31142-9
7. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw open* 2020; **3**: e2010185.
8. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020; published online April 24. DOI:10.1056/nejmoa2008457.
9. Pan D, Sze S, Minhas JS, et al. The impact of ethnicity on clinical outcomes in COVID-19: A systematic review. *EClinicalMedicine* 2020; **0**: 100404.
10. Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020; : NEJMsa2011686.
11. Unger JM, Blanke CD, LeBlanc M, Hershman DL. Association of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak With Enrollment in Cancer Clinical Trials. *JAMA Netw open* 2020; **3**: e2010651.
12. Vaduganathan M, van Meijgaard J, Mehra MR, Joseph J, O'Donnell CJ, Warraich HJ. Prescription Fill Patterns for Commonly Used Drugs During the COVID-19 Pandemic in the United States. *Jama* 2020; **921**: 5–7.