

Jornada conjunta Centro Nacional de Epidemiología-Sociedad Española de Epidemiología para repasar el estudio ENE-COVID

| 28/11/2020 |



De arriba a abajo y de izquierda a derecha: Marina Pollán, Elena Vanesa Martínez, Roberto Pastor y Beatriz Pérez-Gómez, durante la jornada.

Esta semana se ha celebrado la IX Jornada conjunta del **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)** y la **Sociedad Española de Epidemiología (SEE)**, en formato online y centrada en el papel de la epidemiología en el **Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID**. Presentada por Marina Pollán, Beatriz Pérez-Gómez y Roberto Pastor -directora e investigadores, respectivamente, del CNE- la jornada fue inaugurada por Raquel Yotti, directora del ISCIII, y Elena Vanesa, presidenta de la SEE.

Marina Pollán, directora del CNE y también directora científica de ENECOVID, señaló que el estudio ha sido posible gracias al esfuerzo de muchos implicados desde el Ministerio de Sanidad, el ISCIII y los Servicios de Salud autonómicos, y gracias al apoyo del INE. Para remarcar este carácter coral, por primera vez la jornada CNE-SEE contó con tres ponentes: la propia Marina Pollán (introducción y conclusiones); Roberto Pastor Barriuso (diseño y métodos epidemiológicos) y Beatriz Pérez Gomez (principales resultados).

La directora del CNE presentó el estudio ENE-COVID, el contexto en el que surgió, cómo se organizó y las personas que trabajaron para hacerlo posible. Su principal objetivo era calcular la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en España en la primera onda pandémica a través de tres rondas sucesivas realizadas entre el 27 de abril y el 22 de junio.

- **[Consulta toda la información del estudio ENE-COVID](#)**

Roberto Pastor explicó el diseño muestral y las estrategias usadas para garantizar la representatividad hasta el nivel provincial; después, resaltó las altas tasas de participación y describió los test serológicos que se usaron en el estudio, junto con la información sobre sensibilidad y especificidad de los mismos. Se invitó a participar a más de 90 mil sujetos, residentes en hogares de 1500 secciones censales, y el 70% de los elegibles, es decir, 68.291 personas no institucionalizadas, colaboraron en alguna ronda.

Beatriz Pérez-Gómez presentó los principales resultados de ENECOVID, explicados en más detalle en los dos artículos de libre acceso ya publicados , uno en el Lancet y otro en BMJ, y en los informes -nacionales y por comunidad- que están disponibles [en la web del estudio](#).

Entre estos resultados hay que destacar que la proporción de infectados por SARS-Cov-2 en España era de un 5% con el test rápido, sin grandes cambios en las rondas, y la gran variabilidad geográfica, con tasas mucho mayores en el centro de España y en Barcelona que en el noreste, sur y este del país o en las islas. No había diferencias entre hombres y mujeres, aunque la prevalencia aumentaba con la edad si se utilizaban los resultados del test rápido. La proporción de infectados era mayor en personal sanitario y sociosanitario, y una de cada diez personas que reportaban contacto con un caso confirmado, y uno de cada tres convivientes con éste eran seropositivas.

Curiosamente, no se vieron diferencias según la renta media de la sección censal de residencia, si bien la prevalencia era mayor en las grandes ciudades que en los municipios pequeños o en los pueblos. Otros resultados relevante fueron la estimación de la proporción de personas asintomáticas entre los positivos, que rondaba el 33%, y la constatación de que el síntoma más específico fue anosmia/ageusia, con cerca de 40% positivos en el test rápido.

Gracias al carácter longitudinal del estudio, se pudieron estimar la proporción de nuevos infectados en España 0.9% y 0.7% en sucesivas rondas (1-2, y 2-3), y la proporción de positivos que seronegativizaron entre la primera y tercera

ronda (menos de 2 meses), que fue de un 14% en menos de 2 meses.

Estimación sobre letalidad

Finalmente, el estudio ha proporcionado **estimaciones de letalidad de la infección en población no institucionalizada en España**, que se detallan en el artículo de BMJ: 0.8% (si se usan las cifras de mortalidad de la RENAVE) o 1.1% (con los datos de exceso de mortalidad del MoMo). Los hombres infectados mueren más que las mujeres, y la letalidad aumenta de forma exponencial con la edad.

Marina Pollán finalizó la presentación con las conclusiones de ENECOVID, incluyendo algunas limitaciones y fortalezas del estudio. Una de las más importantes es que, al estudiar hogares, el estudio excluyó del análisis a las personas que viven en residencias, donde la epidemia tuvo un impacto muy grande; este entorno necesita diseños específicos, y los datos de ENECOVID no son extrapolables a él. Como fortalezas, su tamaño muestral, su representatividad, con muy altas tasas de participación, su carácter longitudinal y la calidad de la información que se ha aportado en aspectos claves de la epidemiología de COVID-19.

Además, remarcó que el ENECOVID refleja de la potencialidad que tiene el SNS para realizar estudios ambiciosos y necesarios, de referencia mundial, con coordinación y colaboración para un objetivo común en situaciones tan complejas como la que se vivió en España en la primavera de 2020. Todo esto fue posible por un equipo

coordinado por el Ministerio de Sanidad e ISCIII, con una intensa y comprometida participación de los Servicios de Salud de todas las comunidades autónomas, y gracias a los 68.000 participantes, a los que se ha dedicado uno de los contenidos explicativos en la web.

En el debate posterior, con preguntas dirigidas a los ponentes, se abordaron aspectos metodológicos y de la muestra, la no inclusión de las residencias, la importancia de expandir este tipo de estudios a otras enfermedades, la futura accesibilidad a los microdatos y otras aclaraciones o comentarios sobre resultados, reinfecciones, letalidad, falsos negativos, presupuesto del proyecto, entre otras.