



Reporte Epidemiológico de Córdoba

17 DE JUNIO
2020
REC 2.330

ARGENTINA

- Vigilancia de leishmaniosis visceral
- Promulgaron la ley que establece el programa de protección al personal de la salud ante la pandemia de COVID-19
- Estudian endurecer los controles en el AMBA por la COVID-19

AMÉRICA

- Situación epidemiológica del dengue y otras arbovirosis

- Estados Unidos: Tras los nuevos picos de casos de COVID-19, puede que la normalidad no vuelva hasta 2021

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- España: Confirmaron un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Salamanca
- España: El mosquito *Aedes japonicus* ya está establecido en la Península
- Etiopía: Un brote de malaria complica la situación sanitaria

- India: Las enfermedades del monzón se suman a la crisis sanitaria

- República Democrática del Congo: El nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola ya causó 11 muertes
- El uso generalizado de mascarillas puede evitar nuevas olas de COVID-19
- Una mutación en el SARS-CoV-2 muestra un aumento significativo en la infectividad
- La inmunidad cruzada puede brindar una posible protección contra el SARS-CoV-2

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // GUILLERMO CUERVO // FANCH DUBOIS // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ÁNGELA GENTILE // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // TOMÁS ORDUNA // DOMINIQUE PEYRAMOND // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

Adherentes



Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL

05/05/2020

Provincia/Región	2019		2020	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	—	1	—
Buenos Aires	6	1	—	—
Entre Ríos	3	—	4	—
Santa Fe	1	—	—	—
Centro	14	1	5	—
San Luis	—	—	1	—
Cuyo	—	—	1	—
Chaco	1	—	—	—
Corrientes	1	1	—	—
Formosa	4	—	—	—
Misiones	13	1	2	1
Noreste Argentino	19	2	2	1
Catamarca	—	—	1	—
Jujuy	3	—	—	—
Salta	6	1	5	1
Tucumán	1	—	—	—
Noroeste Argentino	10	1	6	1
Total Argentina	43	4	14	2

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2019/2020, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

 Boletín Oficial
de la
República Argentina

PROMULGARON LA LEY QUE ESTABLECE EL
PROGRAMA DE PROTECCIÓN AL PERSONAL DE
LA SALUD ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

08/06/2020

Con su publicación en el Boletín Oficial, el Gobierno Nacional promulgó la Ley 27.548 que establece el Programa de Protección al Personal de la Salud ante la pandemia de COVID-19.

Conocida como “Ley Silvio” en conmemoración de Silvio Cufre, el primer trabajador de la salud víctima de la COVID-19 en la provincia de Buenos Aires, había sido aprobada por la

Cámara de Diputados en la primera sesión que se realizó de manera virtual luego de más de un mes y medio de inactividad parlamentaria debido a la cuarentena. Su sanción definitiva se dio el 21 de mayo en el Senado.

En efecto, el 8 de junio se hizo oficial la declaración de interés nacional “la protección de la vida y la salud del personal del sistema de salud argentino y de los trabajadores y voluntarios que cumplen con actividades y servicios esenciales durante la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19”.

En ese sentido, se creó el Programa de Protección al Personal de la Salud, cuya aplicación obligatoria alcanzará a todo el personal médico, de enfermería, de dirección y administración, logístico, de limpieza, gastronómico, ambulancieros y demás, que presten servicios en establecimientos de salud donde se efectúen prácticas destinadas a la atención de casos sospechosos, realización de muestras y testeos, y/o atención y tratamiento de COVID-19, cualquiera sea el responsable y la forma jurídica del establecimiento.

El artículo 4 de la norma que establece el Principio de Bioseguridad, aclara que los establecimientos de salud deben garantizar medidas en ese aspecto; priorizar las áreas de los establecimientos dedicadas específicamente a la atención y toma de muestras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, como así también en aquellas áreas en las que haya un mayor riesgo de contagio.

La autoridad de aplicación de la presente ley será definida por el Poder Ejecutivo, pero la misma tendrá las facultades y obligaciones de:

- a) Establecer protocolos obligatorios de protección del personal de salud, guías de práctica de manejo y uso de insumos, y toda otra reglamentación que estime necesaria, que tenga como objetivo minimizar los riesgos de contagio ante la atención de casos sospechosos, toma de muestras y testeos, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.
- b) Coordinar con las jurisdicciones provinciales, municipales y con la Superintendencia de Servicios de Salud la realización de capacitaciones obligatorias para todo el personal alcanzado por la presente ley.
- c) Coordinar con empresas, universidades, sindicatos y organizaciones civiles la realización de capacitaciones obligatorias.
- d) Establecer un equipo permanente de asesoramiento digital en materia de protección del personal de salud, a los establecimientos que lo requieran ante la emergencia sanitaria.
- e) Implementar un protocolo de diagnóstico continuo y sistemático focalizado en el personal de salud que preste servicios en establecimientos donde se realice atención de casos sospechosos, realización de muestras o testeos, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19, o que se encuentren dentro de zonas de circulación comunitarias del virus. El análisis de las pruebas diagnósticas del personal de salud tendrá prioridad absoluta en su realización y notificación por parte de los laboratorios autorizados.
- f) Llevar el Registro Único de Personal de Salud contagiado por COVID-19 bajo la órbita del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, con el objetivo de mantener actualizada la información sobre los contagios en el personal de salud en tiempo real. En el mismo deberá indicarse la actividad del personal contagiado, detallando servicios y guardias, tipo de establecimiento donde prestó servicios y toda otra información de utilidad para identificar nexo epidemiológico y posibles contactos.
- g) Colaborar con la compra de equipos de protección personal e insumos críticos de acuerdo a la situación epidemiológica de cada jurisdicción.

Con respecto a los protocolos para trabajadores y voluntarios que no pertenezcan al sector de la salud, la autoridad de aplicación junto con los demás ministerios y órganos del Gobierno, sindicatos, empresas, universidades y organizaciones sociales, debe establecer protocolos de protección y capacitaciones destinados a la prevención del contagio de aquellas personas que cumplan con actividades y servicios esenciales que impliquen exposición al contagio de COVID-19.¹

infobae

ESTUDIAN ENDURECER LOS CONTROLES
EN EL AMBA POR LA COVID-19

16/06/2020

Los ministros de Salud Ginés Mario González García (de Argentina), Fernán González Bernaldo de Quirós (de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA) y Daniel Gustavo Gollán (de la provincia de Buenos Aires) analizaron la evolución de la crisis sanitaria, habilitaron la creación de una mesa de trabajo técnica para compartir información y seguir el avance de la COVID-19 en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y coincidieron en endurecer mucho más los controles de la movilidad y el transporte público interjurisdiccional. El 15 de junio, el AMBA concentró 93% de los casos reportados de COVID-19.

No hubo, en ese sentido, definiciones de relevancia: podría haber novedades más cerca del fin de semana, con la evolución de los casos de estos días. “Ahí se juega el partido, entre el 17 y el 19 de junio”, explicó una fuente oficial que participó de la reunión.

El 18 de junio podrían volver a encontrarse Alberto Ángel Fernández, Horacio Antonio Rodríguez Larreta y Axel Kicillof, a pesar de que esta etapa del aislamiento recién vence el 28 de junio. Pero la multiplicación de los casos en el AMBA acelera la resolución de los pasos a seguir.

Durante el encuentro de hoy hubo obvios intercambios en torno a la habilitación del ejercicio al aire libre en la CABA, que había concentrado fuertes presiones por parte de la Provincia. Incluso, el gobernador bonaerense se mostró muy crítico: “¿Se puede salir a correr, que no es de vida o muerte, y no se puede salir a buscar el mango?”, se preguntó.

Sin embargo, no hay por ahora definiciones al respecto: en privado, los funcionarios de las tres administraciones reconocieron que es una cuestión más simbólica que de la actividad en sí y su eventual incidencia en términos epidemiológicos y en la circulación del virus.

“No nos preocupa particularmente, pero no es una imagen demasiado buena”, remarcó por caso, después de la reunión, González García.

Es, justamente, lo que se quiere atacar a partir de ahora de forma coordinada: unificar el mensaje de cara a un endurecimiento de los controles, en especial en los ingresos y egresos a la CABA, con foco en el transporte público. “Hay más gente en las calles de la que se quisiera ver”, resaltó una fuente que participó del cónclave.

¹ Puede consultar el texto completo de la Ley 27548 'Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de COVID-19' haciendo clic [aquí](#).

“Hubo coincidencia en que hay que tener un escenario armado para tomar medidas, en el sentido de que debe haber consenso social: no sirve anunciar cosas si la gente no las va a respetar”, abundaron tras el encuentro.

Gollán llegó al despacho de González García con la idea de buscar consenso para endurecer aún más el aislamiento. Es que en el Gobierno provincial preocupa la evolución de los contagios, en especial en los barrios populares.

El ministro de Salud bonaerense propuso entonces empezar a compartir la información y armar una mesa de trabajo para que el AMBA sea considerada desde ahora “una sola región”, una idea que fue avalada por el resto de los participantes y que se pondrá en marcha desde el 17 de junio, a pesar de que la información epidemiológica seguirá siendo comunicada por separado por los distritos.

Funcionarios de la CABA aseguraron que cuando se planteó la misma hoja de ruta hace un tiempo, cuando los casos eran mayores en el territorio porteño, no fue aceptada por la Provincia. La situación cambió ahora que los contagios empezaron a crecer en el Gran Buenos Aires.

Los funcionarios coincidieron en la preocupación por el transporte: reconocen que hubo cierto relajamiento en los controles interjurisdiccionales. Ahora quieren limitarlo lo más posible a los trabajadores esenciales. Las imágenes de algunas formaciones de trenes sin distanciamiento social entre los pasajeros alertaron a las autoridades.

El 12 de junio, la intendente de Quilmes, Mayra Soledad Mendoza, publicó en sus redes sociales una imagen de la peatonal Rivadavia de su distrito abarrotada de vecinos. “Me cuesta creer que todos los vecinos que estuvieron ahí salieron por alguna razón realmente imprescindible”, deslizó Mendoza.

Desde la administración de Rodríguez Larreta creen que se hizo demasiado hincapié en el descontrol del primer día de habilitación de ejercicio al aire libre y que, por el contrario, no se pone la lupa en el Gran Buenos Aires. “Hay distritos del Gran Buenos Aires en los que casi no hay cuarentena”, reconocen incluso desde Casa Rosada.

El 17 de junio, el jefe de la Ciudad tiene previsto detallar la estrategia de testeos y búsqueda de contactos estrechos. Desde el Gobierno porteño dicen que la evolución de los contagios sigue “controlada”.

Por el contrario, la Provincia es de la idea, y así lo planteó Gollán en la reunión, según trascendió, “de volver atrás con un tiempo determinado de principio y fin”. Una idea que la CABA no comparte: creen que no hay margen social para un endurecimiento. Por ahora, el aumento en los casos no tiene su correlato en una ocupación sustancial de las camas de terapia. Los próximos días son claves.

Las últimas cifras

El Ministerio de Salud de la Nación informó el 16 de junio que durante las últimas 24 horas se registraron 24 muertes y 1.374 nuevos casos de COVID-19. Con estos datos, el total de infectados en todo el país asciende a 34.159 y las víctimas fatales suman 878.

Del total de esos casos, 1.030 (3,0%) son importados, 13.340 (39,1%) son contactos estrechos de casos confirmados, 13.602 (39,8%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15.770	315	512,74	2,00
Buenos Aires	14.545	391	82,92	2,69
Córdoba	498	35	13,24	7,03
Entre Ríos	100	—	7,22	—
Santa Fe	288	5	8,14	1,74
Centro	31.201	746	106,49	2,39
Mendoza	115	9	5,78	7,83
San Juan	7	—	0,90	—
San Luis	11	—	2,16	—
Cuyo	133	9	4,06	6,77
Chaco	1.387	80	123,75	5,77
Corrientes	105	—	8,72	—
Formosa	33	—	5,45	—
Misiones	38	2	3,01	5,26
Noreste Argentino	1.563	82	37,29	5,25
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	8	1	1,04	12,50
La Rioja	64	8	16,26	12,50
Salta	21	—	1,47	—
Santiago del Estero	22	—	2,25	—
Tucumán	56	5	3,30	8,93
Noroeste Argentino	171	14	3,01	8,19
Chubut	64	1	10,34	1,56
La Pampa	6	—	1,67	—
Neuquén	240	6	36,14	2,50
Río Negro	581	28	77,71	4,82
Santa Cruz	51	—	13,95	—
Tierra del Fuego	149	—	85,91	—
Sur	1.091	35	37,26	3,21
Total Argentina	34.159	878	75,28	2,57

Tabla 2. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 16 de junio. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

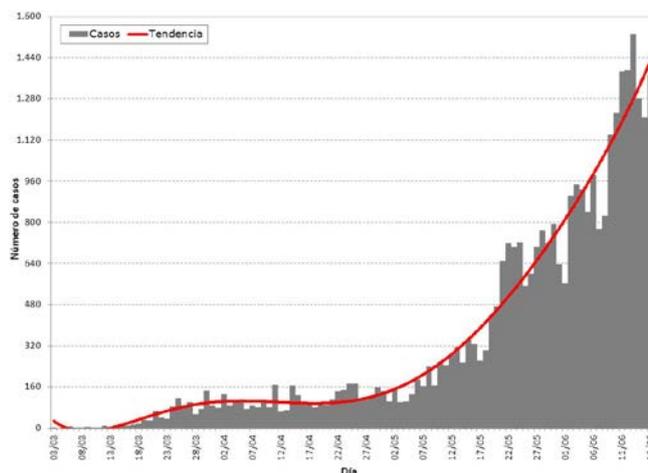


Gráfico 1. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Del 3 de marzo al 16 de junio de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Las 24 nuevas muertes se registraron en la CABA (10 muertes) y en las provincias de Buenos Aires (7), Chaco (5), Neuquén (1) y Santa Fe (1)

El 15 de junio se realizaron 5.118 nuevas pruebas diagnósticas para detectar esta enfermedad, 245.059 desde el inicio del brote, lo que equivale a 5.400,5 muestras cada millón de habitantes. A la fecha, 10.174 personas recibieron el alta.

El número de casos descartados hasta el 15 de junio es de 169.443 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico). La franja etaria más afectadas es la de 20 a 59 años, siendo la edad promedio de 36 años.

La secretaria de Acceso de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, destacó que no hay nuevas áreas de transmisión comunitaria en el país pero sí casos en nuevos departamentos y en conglomerados.

Uno de estos focos se dio en Chubut “a partir de una situación laboral que involucra a cuatro ciudades” y se está trabajando junto a la provincia “en la investigación y el control del brote”. En Chaco, por otra parte, se han implementado “mayores restricciones a la circulación, se fortalece la implementación del Detectar y esta recomendación tan importante de aislar en algún sitio intermedio a los casos positivos aunque tengan síntomas leves, para la minimización de la transmisión”, sostuvo Vizzotti.

Respecto del Detectar, Vizzotti destacó que

“la detección precoz, el aislamiento precoz de los casos confirmados, el seguimiento de los contactos y el aislamiento de los sospechosos y los contactos estrechos, se realiza desde el primer día” de la pandemia en las jurisdicciones. En el caso de un resultado negativo, la persona puede retornar a sus actividades y, en caso de dar positivo, se busca “aislarlo para disminuir la circulación en el barrio y poder seguir a los contactos estrechos”.

Resumen de la situación

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 21 de 2020, se notificaron 1.645.678 casos de arbovirosis. Del total de casos, 1.600.947 (97,3%) fueron casos de dengue, 37.279 casos de fiebre chikungunya y 7.452 casos de fiebre zika.

El número de casos de arbovirosis notificados en 2020 hasta la SE 21, representa aproximadamente una reducción de 10% comparado con el mismo periodo de 2019, que fue un año epidémico.

Dengue

En el año 2020, hasta la SE 21, se notificó un total de 1.600.947 casos de dengue en la Región de las Américas, con una tasa de incidencia acumulada de 164,18 casos cada 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia acumulada más altas se observaron en las siguientes Subregiones, en orden decreciente: Cono Sur (412,8 casos cada 100.000 habitantes), Subregión Andina (123,2), Caribe No Latino (62,9), Istmo Centroamericano y México (43,2).

En el año 2020, hasta la SE 21, la más alta proporción de casos de dengue en la Región se observó en los siguientes países: Brasil (1.040.481 casos, 65%), Paraguay (218.798 casos, 14%), Bolivia (82.460 casos, 5%), Argentina (79.775 casos, 5%) y Colombia (54.192 casos, 3%).

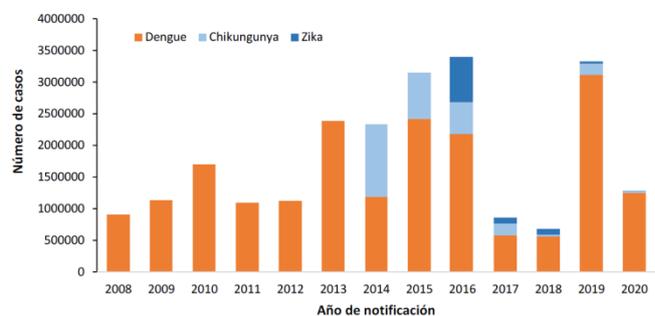


Gráfico 2. Casos de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika por año de notificación. Región de las Américas. Año 2008-2020 (hasta semana epidemiológica 21 de 2020). Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

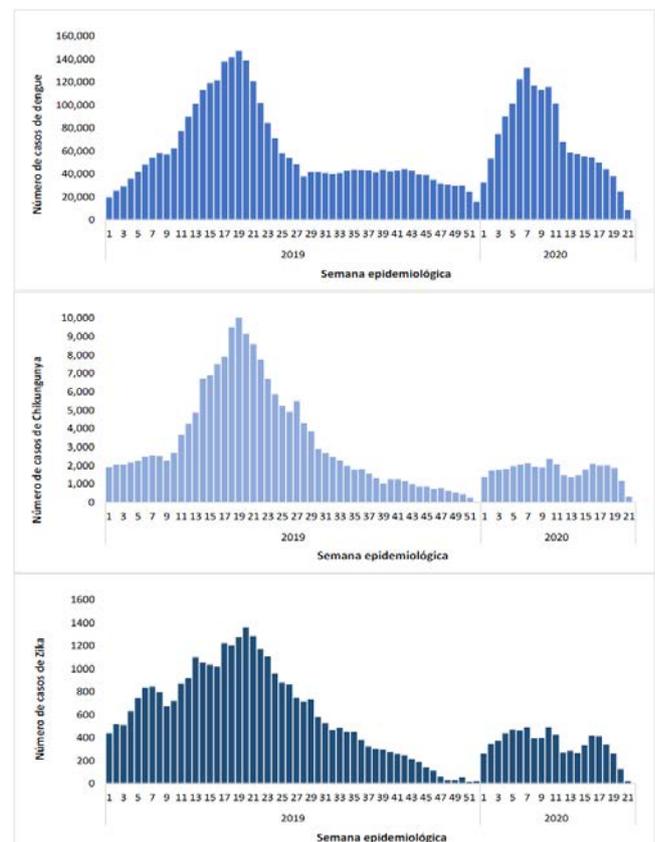


Gráfico 3. Distribución de casos de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika por semana epidemiológica. Región de las Américas. Años 2019-2020 (hasta la semana epidemiológica 21 de 2020). Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Hasta la SE 21 de 2020, del total de casos notificados en la Región, 668.099 (42%) fueron confirmados por laboratorio y 3.313 (0,21%) fueron clasificados como dengue grave. El número más alto de casos de dengue grave se observó en los siguientes países: Honduras (1.169 casos), Colombia (600) y Brasil (585). Adicionalmente, en el mismo periodo, se notificó un total de 553 muertes en la Región (tasa de letalidad de 0,034%).

Los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4) están presentes en la Región de las Américas. En 2020, se ha detectado la circulación simultánea de todos ellos en Brasil, Colombia y México; mientras que, en Guatemala, Guadalupe, Guayana Francesa y Saint Martin circulan los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3; y en Argentina y Paraguay, los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-4.

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica en países seleccionados de las Subregiones con mayor tasa de incidencia acumulada en 2020.

Subregión del Cono Sur

Los países con tasas de incidencia más altas son: Paraguay (660,05 casos cada 100.000 habitantes), Brasil (370,4), y Argentina (111).

- **Paraguay:** Entre las SE 1 y 22 de 2020 se notificaron 218.744 casos de dengue, incluidas 72 defunciones. Del total de casos notificados, 1.553 (0,7%) fueron confirmados por laboratorio mediante la técnica de reacción en cadena de la

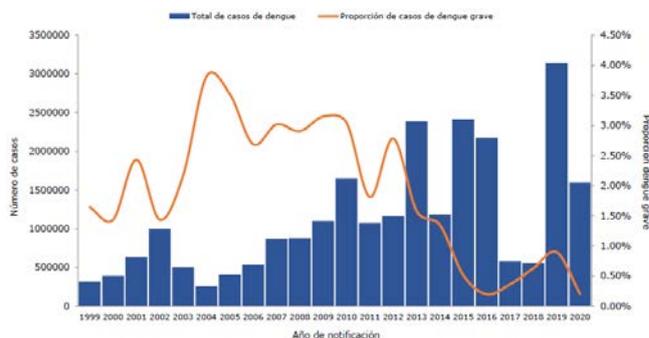


Gráfico 4. Casos notificados de dengue y proporción de dengue grave según año de notificación. Región de las Américas. Años 1999-2020 (hasta la SE semana epidemiológica 21 de 2020). Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), 47.692 (22%) fueron clasificados como casos probables y 167 (0,08%) como dengue grave. En las primeras SE de 2020 se observó una tendencia ascendente de los casos notificados con un pico en la SE 6; desde la primera SE de enero se observó un comportamiento por encima del umbral epidémico. El 86% de los casos confirmados se presentaron en dos regiones sanitarias, Asunción (63%) y Central (24%).

La tasa de incidencia acumulada de casos de dengue a nivel nacional para 2020 es de 660,05 casos cada 100.000 habitantes, superior a lo registrado en el mismo periodo de 2019 (66,27). De las 19 Regiones Sanitarias, las que presentaron la mayor tasa de incidencia son: Asunción (5.906,33 casos cada 100.000 habitantes) y Boquerón (1.605,43).

En 2020, las tasas de incidencia más altas por grupos etarios se observaron en el grupo de 20 a 39 años (813,60 casos cada 100.000 habitantes) y el de 15 a 19 años (720,92).

La tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,14%. Los departamentos donde ocurrieron las defunciones son: Central (35), Asunción (13), Concepción (5), San Pedro (5), Paraguari (4), Caaguazú (2), Cordillera (2), Presidente Hayes (2), Alto Paraná (1), Alto Paraguay (1), Amambay (1) y Guarirá (1).

Hasta la SE 21 de 2020, entre los casos confirmados con información de serotipo, se identificaron los serotipos DENV-1 (0,06%), DENV-2 (8,37%) y DENV-4 (91,56%), con predominio de este último.

- **Brasil:** Entre las SE 1 y 21 de 2020 se notificaron 1.040.481 casos de dengue. Del total de casos notificados, 532.076 (51%) fueron confirmados por laboratorio o criterio clínico-epidemiológico, incluidas 342 defunciones confirmadas, y 20.986 casos se encuentran en

investigación. Del total de casos confirmados, 585 (0,05%) fueron clasificados como dengue grave.

En 2020, la tasa de incidencia acumulada de los casos probables a nivel nacional fue de 370,4 casos cada 100.000 habitantes. A continuación, se presentan las tasas de incidencia por regiones geográficas, en orden descendente: Región Centro-Oeste (928,1 casos cada 100.000 habitantes), Región Sur (867,2), Sureste (311), Nordeste (132,6) y Norte (90,6). En la Región Sureste, se concentró 35,3% (274.808 casos) del total de casos probables notificados en el país.

En 2020, las tasas de incidencia más altas por grupos etarios se observaron en los siguientes grupos en orden descendente: 20 a 24 años (459,2 casos cada 100.000 habitantes), de 25 a 29 años (431,0) y de 30 a 34 años (416,7).

La tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 es de 0,04%. Del total de defunciones notificadas en 2020, 342 defunciones fueron confirmadas por laboratorio o criterio clínico-epidemiológico y 253 continúan en investigación. Las mayores tasas de letalidad se observaron en las regiones Norte y Sur (ambas 0,06%) seguidas de Centro-Oeste (0,05%), Sureste (0,04%) y Nordeste (0,02%).

Hasta la SE 21 de 2020 se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus.

- **Argentina:** Entre las SE 1 y 20 de 2020 se notificaron 79.775 casos con sospecha de dengue, de los cuales 50.385 (63,1%) fueron confirmados por laboratorio o criterio clínico-epidemiológico; de ellos, 81 (0,16%) fueron clasificados como dengue grave y se notificaron 25 defunciones confirmadas. Entre las SE 1 y 11 de 2020 se observó una tendencia ascendente de casos notificados, registrándose el mayor número de casos en el periodo entre las SE 11 y 17; posteriormente se observa una tendencia descendente, pero se mantiene por encima de lo observado en los últimos dos periodos epidémicos (2017-2018 y 2018-2019).

Hasta la SE 20 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 111 casos cada 100.000 habitantes. Las 24 jurisdicciones han notificado casos, pero en seis de ellas solo se registraron casos importados (sin circulación viral autóctona). Las tasas de incidencia más elevadas se registraron en las regiones del Noroeste Argentino (345 casos cada 100.000 habitantes) y Noreste Argentino (248); aunque el mayor número de casos se registró en la región Centro, con 19.414 casos autóctonos.

Las tasas de incidencia más altas de casos confirmados por grupos etarios en 2020 se observaron en el grupo de 20 a 24 años (131,6 casos cada 100.000 habitantes) y el de 25 a 34 años (129,3).

La tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,049%. De las 36 defunciones notificadas, 25 fueron confirmadas por laboratorio y 11 continúan en investigación.

Hasta la SE 20 de 2020 se identificó la circulación de los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-4, con predominancia del DENV-1.

Subregión Andina

Los países con tasas de incidencia más altas son: Bolivia (735,20 casos cada 100.000 habitantes), Colombia (207,8) y Perú (81,36).

- **Bolivia:** Entre las SE 1 y 21 de 2020 se notificaron 82.460 casos de dengue, incluidas 19 defunciones. Del total de casos notificados, 14.469 fueron confirmados por laboratorio y

215 fueron clasificados como dengue grave. En las primeras semanas de 2020 se observó una tendencia ascendente en los casos notificados, por encima del umbral epidémico.

Hasta la SE 21 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 735,20 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una variación porcentual de 966,5% respecto del mismo periodo de 2019 (76,07 cada 100.000 habitantes). En el mismo periodo la tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,023%.

Hasta la SE 21 de 2020, se identificó la circulación de los serotipos DENV-1 y DENV-2.

- **Colombia:** Entre las SE 1 y 22 de 2020 se notificaron 55.585 casos de dengue; de estos, 24.342 fueron confirmados por laboratorio, incluidos 600 casos fueron clasificados como dengue grave y 28 defunciones confirmadas. Entre la SE 8 de 2019 y la SE 11 de 2020 se observó un comportamiento por encima del umbral epidémico, comparado con su comportamiento histórico (2013-2019).

Hasta la SE 22 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional fue de 207,8 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una variación porcentual de 58,4% respecto del mismo periodo de 2019 (170,9 casos cada 100.000 habitantes). De las 36 entidades territoriales del país, 14 presentaron tasas de incidencia por encima de la tasa nacional. Los tres departamentos con más alta tasa de incidencia en orden decreciente son: Valle de Cauca (817,4 casos cada 100.000 habitantes), Huila (756,3) y Caquetá (547,8).

En 2020, las tasas de incidencia más altas por grupos etarios se observaron en el grupo de 5 a 9 años (366,2 casos cada 100.000 habitantes), el de 10 a 14 años (351,5), el de 0 a 4 años (251,8) y el de 15 a 19 años (238).

Hasta la SE 22 de 2020, la tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,05%. De las 106 defunciones notificadas, 28 fueron confirmadas por laboratorio, 33 fueron descartadas y 45 continúan en investigación.

Hasta la SE 22 de 2020 se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus.

- **Perú:** Entre las SE 1 y 22 de 2020 se notificaron 26.543 casos de dengue; de estos, 52,2% fueron confirmados por laboratorio, incluyendo 116 casos clasificados como dengue grave y 36 defunciones. Entre las SE 39 de 2019 y la 10 de 2020 se observó un comportamiento epidémico, principalmente en la región de selva (llano amazónico y selva centro y sureste); posteriormente se observó una tendencia descendente con un pico en la SE 16 de 2020; el promedio de casos en las tres últimas semanas a nivel nacional es de 769 casos por semana.

Hasta la SE 22 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional fue de 81,36 casos cada 100.000 habitantes, mayor a lo observado en el mismo periodo de 2019 (13,32 casos cada 100.000 habitantes). De los 24 departamentos del país, ocho presentaron tasas de incidencia por encima de la tasa nacional. Los tres departamentos con más alta tasa de incidencia, en orden decreciente, son: Madre de Dios (1.913,57 casos cada 100.000 habitantes), Loreto (669,45) e Ica (566,87).

En 2020, las tasas de incidencia más altas por grupos etarios se observaron en el grupo de 12 a 17 años (119,8 casos cada 100.000 habitantes), el de 18 a 29 años (107,11) y el de 0 a 11 años (74,95).

La tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,14%. Los departamentos donde ocurrieron las defunciones son: Loreto (16), Madre de Dios (9), Ica (3), San Martín (3), Ucayali (2), Ayacucho (1), Cusco (1) y Piura (1).

Hasta la SE 22 de 2020 se identificó la circulación de los serotipos DENV-1 y DENV-2. El serotipo DENV-2 genotipo Cosmopolita fue identificado en la región de Madre de Dios.

Subregión del Istmo Centroamericano y México

Los países con tasas de incidencia más altas son: Nicaragua (411,81 casos cada 100.000 habitantes) y Honduras (140,16).

- **Nicaragua:** Entre las SE 1 y 22 de 2020 se notificó un total de 25.882 casos sospechosos de dengue, de los cuales 694 (2,7%) fueron confirmados por laboratorio; no se notificaron defunciones. Del total de casos sospechosos, 25 (0,1%) fueron clasificados como dengue grave.

Hasta la SE 22 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 411,81 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo, se identificó el serotipo DENV-2.

- **Honduras:** Entre las SE 1 y 21 de 2020 se notificó un total de 13.030 casos sospechosos de dengue, de los cuales 75 (0,6%) fueron confirmados por laboratorio, incluyendo nueve defunciones. Del total de casos sospechosos, 1.169 (9%) fueron clasificados como dengue grave.

Hasta la SE 21 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 140,16 casos cada 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia más altas se observaron en los siguientes departamentos: Gracias a Dios (308,59 casos cada 100.000 habitantes), El Paraíso (299,10), Islas de la Bahía (271,62), Yoro (240,77), Francisco Morazán (211,53), Colón (172,01), Cortés (157,55) y Atlántida (150,29).

La tasa de letalidad a nivel nacional para 2020 fue de 0,07%. Los departamentos donde ocurrieron las defunciones son: Cortés (4), Francisco Morazán (4) y El Paraíso (1).

Hasta la SE 21 de 2020, se identificaron los serotipos DENV-1 y DENV-2.

Subregión del Caribe No Latino

Los territorios con tasas de incidencia más altas son: Saint Martin (4.462,5 casos cada 100.000 habitantes), Saint Barthélemy (3.566,7), Guadeloupe (1.396) y Martinique (1.160).

- **Saint Martin:** Entre las SE 3 y 22 de 2020, se notificaron 1.415 casos sospechosos de dengue; de estos, 353 fueron confirmados por laboratorio, incluyendo un caso de dengue grave (fatal). Se observó una tendencia estable de la epidemia por varias semanas.

En 2020, tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 4.215 casos cada 100.000 habitantes, superior a lo observado en el mismo periodo de 2019 (76 casos cada 100.000 habitantes), y superó lo observado en los cinco años previos. Se identificaron tres conglomerados activos de casos de dengue en las siguientes áreas: Cul-de-Sac, Orient Bay y Bay Nettle. Hasta la SE 21 de 2020 se identificaron los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3, con predominio de DENV-1.

- **Saint Barthélemy:** Entre la SE 49 de 2019 y la SE 22 de 2020, se notificaron 392 casos sospechosos de dengue, de los cuales 133 casos fueron confirmados por laboratorio, no se notificaron casos de dengue grave ni fallecidos. Se observó una tendencia ascendente desde la SE 49 de 2019.

En 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 3.645 casos cada 100.000 habitantes; se notificaron muy pocos casos en los cuatro años previos. Se identificaron cuatro conglomerados activos de casos de dengue en las siguientes áreas: Gustavia, Vittet,

Grand Cul de Sac y Saline. En 2020 se identificaron los serotipos DENV-1 y DENV-2, con predominio de DENV-2.

- **Guadeloupe:** Entre la SE 42 de 2019 y la SE 22 de 2020, se notificaron 8.560 casos de dengue; no se han notificado casos de dengue grave ni defunciones. Se observa una tendencia ascendente por encima del umbral epidémico desde la SE 42 de 2019 y una tendencia estable por encima del umbral epidémico desde hace varias semanas.

Hasta la SE 21 de 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 1.396 casos cada 100.000 habitantes, superior a lo observado en el mismo periodo de 2019 (84) y por encima de lo observado en los últimos cinco años. Cinco municipios –Petit-Bourg, Le Gosier, Saint-François, Vieux-Habitants y Bouillante– presentaron tasas de incidencia por encima de 1.000 casos clínicos cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo, se identificaron los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3, con predominio de DENV-2.

- **Martinique:** Entre la SE 45 de 2019 y la SE 22 de 2020, se notificaron 5.200 casos sospechosos de dengue, incluyendo cinco casos de dengue grave y una defunción. Se observó una tendencia ascendente por encima del umbral epidémico desde la SE 45 de 2019.

En 2020, la tasa de incidencia acumulada a nivel nacional es de 1.160 casos cada 100.000 habitantes, superior a lo observado en el mismo periodo de 2019 (117) y por encima de lo observado en los últimos cinco años. Las tasas de incidencia más altas se observaron en nueve municipios: Marin, Sainte-Anne, Sainte-Luce, Rivière-Salée, Trois-Ilets, Trinité, Schoelcher, Bellefontaine y Morne-Vert; cinco de estos municipios se encuentra en el Sur de la isla. En 2020, se identificaron los serotipos DENV-2 y DENV-3, con predominio de DENV-3.

Fiebre chikungunya

Entre las SE 1 y 21 de 2020, se notificó un total de 37.279 casos de fiebre chikungunya en 11 de los 24 países y territorios de la Región de las Américas. La mayoría de los casos (95%) fueron notificados por Brasil, con 35.447 casos. En el mismo periodo, la tasa de incidencia acumulada en la Región es de 3,82 casos cada 100.000 habitantes. Los países con las tasas de incidencia más altas fueron Brasil (17 casos cada 100.000 habitantes) y Bolivia (13,3).

Hasta la SE 21 de 2020, se notificaron 10 casos importados de fiebre chikungunya en la Región de las Américas, todos por Estados Unidos. En el mismo periodo, se notificaron ocho defunciones atribuidas a fiebre chikungunya, todas en Brasil.

Fiebre zika

Entre las SE 1 y 21 de 2020, se notificó un total de 7.452 casos de fiebre zika, incluyendo un fallecido (notificado en Brasil) en la Región de las Américas.

Las más altas proporciones de casos en la Región se notificaron en los siguientes países: Brasil (6.387 casos, 86% de los casos en la Región), Bolivia (537 casos, 8,4%) y Guatemala (133 casos, 2%). Desde la primera detección en Brasil en marzo de 2015, se ha confirmado transmisión local en todos los países y territorios de las Américas, excepto Chile continental, Uruguay y Canadá. En 2016, se notificó un total de 651.590 casos y se observó una reducción significativa de la transmisión en los siguientes años.²

² Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



Un regreso a la normalidad después de la pandemia de COVID-19 podría llegar dentro de un año, pero la población necesita reducir sus expectativas de viajes y actividades típicas de verano, dijo el Dr. Anthony Stephen Fauci.

Esta estimación llega justo después de una semana en la que los casos en Estados Unidos superaron los 2 millones. Los casos han aumentado en 18 estados durante la semana pasada, y seis estados informaron un aumento de más de 50%. Esto ha llevado a algunos funcionarios del gobierno y de salud a detenerse en los esfuerzos de reapertura.

Más de 115.000 personas han muerto por COVID-19 en Estados Unidos hasta el 15 de junio.

“Va a ser realmente esperar y ver. Mi sensación, al observar lo que está sucediendo con la tasa de infección, es que lo más probable es que se mida en meses en lugar de semanas”, dijo Fauci, refiriéndose a la línea de tiempo para reducir las restricciones.

A medida que los expertos en salud continúan aprendiendo más sobre el virus, está claro que aún se desconoce un marco de tiempo para cuándo la situación se considerará bajo control.

Hospitalizaciones en algunos estados

El número de hospitalizaciones, un indicador clave para medir el impacto del virus, ha aumentado en algunos estados, incluidos Texas y Oregon. Las autoridades dicen que sus sistemas están siendo impactados nuevamente por el virus.

En Phoenix, la alcaldesa Kate Gallego dijo que estaba preocupada por la capacidad hospitalaria ya que el número de casos continúa creciendo.

“Desde mi punto de vista, hemos tenido muchos más registros de COVID-19 de lo que hubiéramos deseado. Abrimos demasiado temprano y por eso nuestros hospitales están realmente en problemas”, dijo Gallego la semana pasada.

Al menos cuatro estados, Arkansas, Alabama, Oregon y South Carolina, también han reportado más casos diarios recientemente.

Fauci dijo el 12 de junio que el gran aumento en los casos no fue necesariamente un “segundo pico”, y agregó que una “segunda ola” anticipada en el otoño podría evitarse si se manejan adecuadamente los repuntes como los vistos esta semana.

“No es inevitable que tengamos una ‘segunda ola’ en el otoño o incluso un aumento masivo si se lo aborda de la manera adecuada. Sin embargo, cuando empieza a haber aumentos en la hospitalización, es una situación a la que se debe prestar mucha atención”, dijo.

Impacto de las protestas en los números de casos

La gobernadora de Oregon, Katherine Brown, anunció el 12 de junio que el estado necesitaba pausar nuevas reaberturas y que no revisaría ninguna solicitud nueva del condado para pasar a la siguiente fase durante al menos siete días debido a los recientes picos en los casos. El número de casos recientemente reportados aumentó en 75% en el mismo período de tiempo, dijo el director de la Autoridad de Salud de Oregon, Patrick Allen.

Pero dijo que era demasiado pronto para saber si las recientes manifestaciones contribuyeron a los nuevos casos. Agregó que actualmente están rastreando contactos e intentando determinar cuándo y cómo los nuevos infectados contrajeron el virus.

La gobernadora Brown señaló que el vínculo con las protestas sería una fuente poco probable para todos los casos, ya que el aumento fue tanto rural como urbano.

A pesar de que nadie ha vinculado directamente el reciente aumento en los casos a las protestas en todo el país, dadas las actividades involucradas en algunas de las manifestaciones, Fauci advirtió a los participantes que usaran protección facial cuando sea posible.

“Diría que la gente no debería congregarse en una multitud y manifestarse”, dijo Fauci, señalando que la gente continuará reuniéndose a pesar de las advertencias de los funcionarios de salud. “Si igualmente va a hacerlo, no debe quitarse la mascarilla mientras está cantando y gritando, y haciendo cualquier otra cosa en una manifestación”, dijo.

Fauci y otros funcionarios han instado a los asistentes a hacerse la prueba, y algunas agencias de salud ofrecen pruebas gratuitas para SARS-CoV-2 a los manifestantes.

Recomendaciones para detener la propagación

A medida que aparecen nuevos casos, algunos municipios han decidido cancelar grandes reuniones para asegurarse de que las personas no se pongan a sí mismas ni a otras en riesgo.

Chicago canceló todos los grandes eventos al aire libre para el verano, incluidos Lollapalooza y el Festival de Jazz de Chicago.

En South Carolina, donde los casos se han duplicado diariamente en ciertas áreas desde el fin de semana del Día de los Caídos, Myrtle Beach, Folly Beach, Patriots Point, North Charleston e Isle of Palms anunciaron la cancelación de eventos del 4 de julio como fuegos artificiales a la luz del aumento de casos.

Para aquellos que ya hayan estado expuestos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) ahora recomiendan que cualquier persona en contacto con un caso positivo se haga una prueba, incluso si no presenta ningún síntoma.

Otra forma de continuar protegiéndose a sí mismo y a los demás es usar una mascarilla. El 14 de junio, el director general de Sanidad de Estados Unidos rechazó la idea de que el uso de mascarillas le quitaba la libertad a los estadounidenses e insistía en que proporcionaba más libertad.

“Algunos sienten que las protecciones faciales infringen su libertad de elección, pero si los usamos más, tendremos más libertad para salir”, dijo el Dr. Jerome Adams.

El 14 de junio, Fauci expresó optimismo acerca de una vacuna, o varias vacunas, que pronto podrían tener éxito. “Tenemos vacunas potenciales que están haciendo un progreso significativo. Tenemos quizás cuatro o cinco”, dijo.

“Nunca se puede garantizar el éxito con una vacuna, es una tontería hacerlo, hay tantas posibilidades de que las cosas salgan mal”, explicó. “Pero con todo lo que hemos visto en los primeros resultados, es concebible que obtengamos dos o tres vacunas que tengan éxito”.

Si bien los científicos continúan trabajando en una posible vacuna contra el virus, los altos funcionarios de salud siguen alentando el distanciamiento social, las prácticas frecuentes de higiene y el uso de cubiertas faciales para mitigar la transmisión.

China cierra el mayor mercado de Beijing por un nuevo brote

Las autoridades de Beijing advirtieron el 16 de junio sobre la situación epidémica “extremadamente grave” en la capital china, donde desde la semana pasada se detectó un nuevo foco de COVID-19 y hay ya más de un centenar de casos registrados.

Beijing empezó a hacer test a decenas de miles de personas a pesar de que la enfermedad, que apareció en el país a finales de 2019, había prácticamente desaparecido.

El ministro de Sanidad anunció que son 106 los casos registrados desde hace cinco días en la ciudad, donde desde hacía dos meses no había contagiados.

El nuevo brote surgió en el inmenso mercado al por mayor de Xinfadi, en el sur de la capital, donde se detectó la COVID-19 la semana pasada. También se registraron varios casos en otros mercados, ahora cerrados.

Desde el 30 de mayo, unas 200.000 personas visitaron el mercado de Xinfadi, donde el virus fue descubierto en planchas donde se cortaba salmón importado. El mercado, situado en el suroeste de Beijing, aporta 90% de la fruta y verdura fresca de la ciudad, por 18.400 millones de dólares, lo que le convierte en el principal mercado agrícola al por mayor del país. Más de 8.000 empleados del lugar pasaron el test y luego fueron puestos en cuarentena.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	2.116.894	116.368	640,27	5,50
Brasil	888.271	43.959	418,49	4,95
Rusia	544.725	7.274	373,30	1,34
India	343.091	9.900	24,91	2,89
Reino Unido	298.136	41.969	439,62	14,08
España	244.328	27.136	522,61	11,11
Italia	237.500	34.405	392,70	14,49
Perú	232.992	6.860	708,59	2,94
Francia	189.670	29.375	290,70	15,49
Irán	192.439	9.065	229,69	4,71
Alemania	188.252	8.817	224,83	4,68
Chile	184.449	3.383	966,54	1,83
Turquía	181.298	4.842	215,42	2,67
México	150.264	17.850	116,79	11,88
Pakistán	148.921	2.839	67,68	1,91
Arabia Saudí	136.315	1.052	392,76	0,77
Canadá	99.765	8.257	264,80	8,28
Bangladesh	94.481	1.262	57,48	1,34
China	83.221	4.634	5,79	5,57
Qatar	82.077	80	2.858,43	0,10
Sudáfrica	73.533	1.568	124,29	2,13
Bélgica	60.155	9.663	519,49	16,06
Belarús	55.369	318	585,92	0,57
Suecia	53.323	4.939	528,63	9,26
Colombia	53.211	1.808	104,80	3,40
Países Bajos	49.087	6.070	286,60	12,37
Ecuador	47.322	3.929	269,04	8,30
Egipto	46.289	1.672	45,41	3,61
Emiratos Árabes Unidos	42.982	293	435,62	0,68
Singapur	40.969	26	701,37	0,06
Indonesia	40.400	2.231	14,80	5,52
Portugal	37.336	1.522	365,95	4,08
Kuwait	36.958	303	867,95	0,82
Ucrania	33.209	922	75,85	2,78
Argentina	32.785	862	72,67	2,63
Suiza	31.154	1.954	360,49	6,27
Polonia	30.195	1.272	79,77	4,21
Filipinas	26.781	1.103	24,50	4,12
Afganistán	26.310	491	67,90	1,87
Irlanda	25.334	1.709	514,20	6,75
Omán	25.269	114	497,36	0,45
República Dominicana	23.686	615	218,78	2,60
Irak	22.700	712	56,69	3,14
Rumania	22.415	1.437	116,37	6,41
Panamá	21.422	448	498,03	2,09
Israel	19.338	302	224,11	1,56
Bolivia	19.073	632	163,84	3,31
Bahrein	19.013	47	1.125,45	0,25
Japón	18.193	947	14,38	5,21
Armenia	17.489	293	590,42	1,68
Austria	17.189	681	191,07	3,96
Nigeria	16.658	424	8,12	2,55
Kazajistán	15.192	88	81,10	0,58
Serbia	12.426	256	142,11	2,06
Otros 164 países y territorios	334.490	9.690	—	—
Total	8.084.344	438.668	103,91	5,43

Tabla 3. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 16 de junio de 2020, 13:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100,000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
América	3.918.492	206.333	383,73	5,27
Europa	2.480.115	189.510	265,39	7,64
Mediterráneo Oriental	808.409	17.796	111,02	2,20
Sudeste Asiático	492.060	13.495	24,70	2,74
Pacífico Occidental	201.421	7.254	10,13	3,60
África	183.847	4.280	16,47	2,33
Total	8.084.344	438.668	103,91	5,43

Tabla 4. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 16 de junio de 2020, 13:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

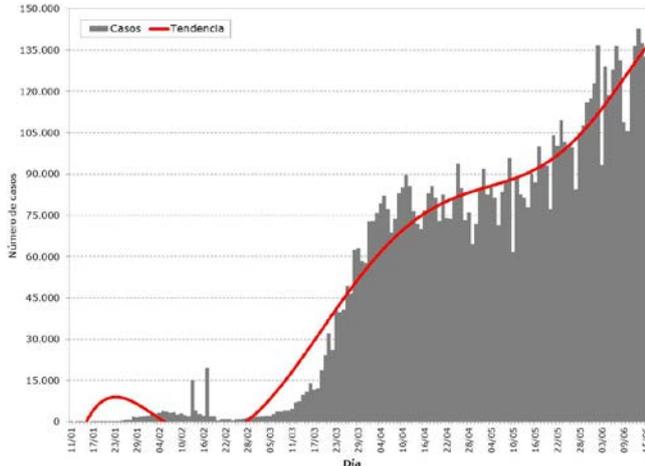


Gráfico 5. Casos confirmados de COVID-19 a nivel global, y línea de tendencia. Del 11 de enero al 16 de junio de 2020. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

“carrera contrarreloj” contra la COVID-19.

La epidemia hace temer sin embargo una segunda ola. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó seguir “de muy cerca” la situación y habló de enviar más expertos a Beijing.

Los responsables municipales quieren testear a todos los vendedores de los mercados y a los responsables de restaurantes. La ciudad de Beijing, con 21 millones de habitantes, tiene capacidad para testear a más de 90.000 personas cada día.

El 15 de junio el ayuntamiento decidió cerrar los lugares deportivos y culturales. Y varias ciudades chinas anunciaron la puesta en cuarentena de viajeros procedentes de Beijing.

Vietnam sin casos autóctonos en 60 días

Vietnam cumplió el 15 de junio dos meses sin casos autóctonos de COVID-19, solo le quedan 11 enfermos activos y se mantiene libre de fallecidos por esa causa.

Si el país no se declaró ya completamente libre de la enfermedad es porque el gobierno cumplió la promesa de no dejar abandonado a nadie y trajo de regreso a los nacionales que por diversas razones (estudio, trabajo, visitas familiares, turismo) fueron sorprendidos por la COVID-19 en otras naciones.

Así, las últimas 194 personas que dieron positivo para el SARS-CoV-2 desde el 16 de abril son repatriados desde territorios donde la situación epidemiológica fue o aún es complicada, como Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Corea del Sur, China, Italia, España y Francia.

El proceso de repatriación complicó las tareas de prevención y control, pero el gobierno tomó todas las previsiones y ninguno de los retornados originó un nuevo brote.

A fin de descartar estos riesgos, los recién llegados son sometidos a minuciosos chequeos en cuanto ponen pie en los aeropuertos, y den positivo o no, cumplen una cuarentena

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de China afirmó el 15 de junio que la cepa descubierta en el mercado corresponde a una cepa frecuente en Europa. Pero esto “significa que proviene de productos del mar de importación”, dijo el epidemiólogo jefe del CDC, Wu Zunyou. “Solo pudo venir de una persona infectada”, aseguró.

En total el ayuntamiento ordenó el confinamiento de unas 30 zonas residenciales. Sus miles de habitantes no tienen derecho a salir de ellas pero pueden recibir comida. El responsable del distrito, Chu Junwei, aclaró que los barrios están afectados en “modo de emergencia bélica”, los transportes públicos han sido cancelados y la zona entera ha sido acordonada por la policía.

“La situación epidémica en la capital es extremadamente grave”, dijo Xu Hejian, un portavoz del ayuntamiento, que habló de

preventiva de dos semanas. Otro tanto se hace con diplomáticos, asesores, especialistas y técnicos extranjeros que trabajan en el país. En este momento están bajo aislamiento preventivo más de 9.000 personas, casi todos venidos del exterior.

A la fecha, Vietnam registra 334 casos desde la llegada del virus hace más de cuatro meses y medio, de los cuales 323 están totalmente restablecidos.

Chile extiende el estado de catástrofe por 90 días

Chile extendió el 15 de junio el estado excepcional de catástrofe que rige desde mediados de marzo por otros 90 días, en momentos que la pandemia de COVID-19 somete al sistema de salud a una fuerte demanda por los crecientes contagios.

El 15 de junio, las autoridades sanitarias reportaron que el brote ya dejó 3.362 muertos y casi 180.000 contagios.

“El Presidente de la Republica, Miguel Juan Sebastián Piñera Echenique, decidió prorrogar el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe, por calamidad pública, por un plazo adicional de 90 días”, dijo un breve comunicado divulgado por el gobierno.

El país reportó el primer caso el 3 de marzo y a mediados de ese mes el gobierno decretó estado de catástrofe por tres meses, anunció el cierre de fronteras, la aplicación de cuarentenas progresivas y suspendió clases, entre varias otras medidas.

Los casos, sin embargo, mostraron un aumento explosivo en mayo y actualmente casi la mitad del país de más de 18 millones habitantes está bajo cuarentena.

“La razón por la cual se renueva el estado de catástrofe es para proteger la vida y la salud de nuestros compatriotas”, dijo el ministro de Defensa, Alberto Miguel Espina Otero, para que las Fuerzas Armadas “puedan seguir trabajando en conjunto con las policías en la fiscalización de las normas sanitarias que son fundamentales para enfrentar esta pandemia”.

Chile experimenta un alza sostenida en los casos. El 13 de junio, Piñera reemplazó al ministro de Salud en medio de controversias y críticas por el manejo de la pandemia y la publicación de información oficial.

Bangladesh sufre la mayor cifra de muertes en un día

Al menos 3.862 personas se infectaron con la COVID-19 y 53 pacientes murieron en Bangladesh durante las últimas 24 horas, en el mayor número de decesos causados por la pandemia en un día en este país.

Los casos confirmados en Bangladesh suman 94.481 y los muertos ascienden a 1.262, según aseveró la subdirectora general de la Dirección General de Servicios de Salud, Nasima Sultana. La funcionaria también informó que 2.237 personas se recuperaron de la enfermedad, para elevar el total de pacientes curados a 36.264.

Bangladesh comunicó su primer caso de la enfermedad el pasado 8 de marzo y la primera muerte unos 10 días después.

Este país surasiático reanudó el 16 de junio las operaciones de vuelo internacionales después de más de dos meses de suspensión debido a la crisis que desató la actual pandemia.

Previamente, el 1 de junio, la autoridad de Aviación Civil permitió la operación de los vuelos nacionales manteniendo el distanciamiento social y siguiendo las directrices de salud.

Uruguay inició la segunda fase del regreso a clases

Uruguay inició la llamada fase 2 del retorno progresivo a las clases presenciales, en la que abrieron sus puertas 156 escuelas técnicas, alrededor de 200 liceos y más de 1.000 escuelas, tras la suspensión de las actividades en las aulas por la propagación de la COVID-19.

El 15 de junio se produjo el retorno más masivo, dado que 480.000 alumnos fueron habilitados para volver a los colegios. El foco de atención estuvo puesto en los 197 jardines de infantes públicos y también algunos privados que abrieron sus puertas en todo el país.

A lo largo de esta semana, seguirá volviendo de forma escalonada la actividad de primera infancia, educación inicial pública y privada de todo el país, así como las escuelas primarias urbanas comunes, de práctica y de tiempo extendido públicas y privadas, excepto las de Montevideo, Canelones y áreas metropolitanas.

En cuanto a la enseñanza secundaria, reanudan el ciclo básico general y tecnológico, público y privado, y la formación profesional básica, también con excepción de esas tres regiones del país.

Las autoridades confirmaron que las vacaciones de julio están suspendidas y que en la segunda quincena del mes las autoridades se reunirán para analizar cuándo se reprogramarán.

La tercera y última etapa del retorno a las aulas será a partir del próximo 29 de junio. Esa fase incluye la reapertura en todo el país de todos los demás centros de educación primaria, secundaria y técnica, tanto público y privadas. Desde esa semana sí están incluidos establecimientos de Montevideo, el Área Metropolitana y Canelones.

	<p style="text-align: right;"><i>ESPAÑA</i></p> <p style="text-align: center;">CONFIRMARON UN CASO DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO EN SALAMANCA</p> <p style="text-align: right;"><i>11/06/2020</i></p>
---	---

La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Epidemiología, confirmó un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

Se trata de un varón que permanece ingresado en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca desde hace un dos días y que sufrió la picadura de una garrapata en una zona de pinares de la



provincia salmantina a fines de mayo. El proceso infeccioso le ocasionó fiebre elevada, por lo que acudió a su médico de Atención Primaria, quien sospechó que pudiera tratarse de una infección transmitida por garrapatas y lo puso bajo tratamiento. Al no presentar mejoría se le realizaron análisis y se decidió su traslado hospitalario, con la sospecha de que pudiera tratarse de un cuadro de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

El paciente está ingresado en el Servicio de Enfermedades Infecciosas en una habitación con las medidas de aislamiento previstas en estos casos y su estado clínico es estable dentro de la gravedad que esta patología implica.

Desde Salud Pública y en coordinación con el ámbito asistencial, tan pronto como se estableció la sospecha de este posible caso, se ha puesto en marcha el protocolo de actuación y coordinación entre las autoridades sanitarias del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Ante esta situación, se han remitido muestras de sangre del paciente al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud 'Carlos III', el que confirmó la infección por el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Asimismo se han adoptado las oportunas medidas de protección de los profesionales sanitarios.

La Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de la Junta de Castilla y León, en colaboración con los profesionales sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, identificó los contactos de la persona afectada para indicarles el seguimiento a realizar. En los contactos estrechos, éste consiste en vigilar periódicamente su temperatura corporal y comunicar a su epidemiólogo de referencia cualquier cambio en su estado de salud.

La Dirección General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León mantiene información disponible para la población y profesionales sanitarios sobre los riesgos, con el fin de evitar en la medida de lo posible nuevas infecciones.

Este es el quinto caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo que se registra en España desde que se identificó por primera vez el virus en 2010 en garrapatas de la especie *Hyalomma lusitanicum* recogidas en una finca de Extremadura.

No obstante, no se produjo hasta septiembre de 2016 el diagnóstico del primer caso autóctono en España. El paciente, un varón de 64 años que falleció, produjo un caso secundario en una de las enfermeras que le atendió mientras estuvo ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital 'Infanta Leonor' de Madrid; posteriormente se han confirmado otros dos casos autóctonos en el país, ambos producidos en agosto de 2018 pero sin relación aparente.³

³ La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (CCHF) es una enfermedad zoonótica causada por el virus de la CCHF y transmitida por garrapatas. La CCHF es endémica en toda África, Balcanes, Península Ibérica, Medio Oriente y Asia Occidental. Los casos suelen ser esporádicos, aunque se han producido pequeños brotes nosocomiales cuando no se han mantenido las prácticas de control de la infección adecuadas. Se han descrito unos 500 casos por año en el mundo, aunque se carece de una vigilancia sistemática.

El virus de la CCHF es miembro de la familia *Bunyaviridae*, género *Nairovirus*. El virus se mantiene en la naturaleza en un ciclo entre pequeños mamíferos y garrapatas, principalmente del género *Hyalomma*. Las garrapatas también propagan el virus de la CCHF al ganado doméstico, que se convierte en portador vírémico transitorio y asintomático. Los humanos se infectan por la picadura de garrapatas o por la exposición a sangre o excrementos contaminados de reservorios o de animales domésticos que sean portadores vírémicos transitorios. Las personas en situación de mayor riesgo son los granjeros, trabajadores de mataderos y veterinarios. La transmisión humano-humano se produce a través del contacto directo con sangre o fluidos corporales de personas infectadas.

El periodo de incubación es normalmente de 3-7 días desde la exposición al animal y 1-3 días desde la picadura de una garrapata. Los pacientes normalmente presentan un inicio abrupto de signos y síntomas no específicos que incluyen fiebre, malestar, dolor de cabeza, dolor en el pecho, y mialgia/artralgia seguido rápidamente por síntomas gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos) y, en casos graves, erupciones. Los casos graves desarrollan sangrado (equimosis, hemorragia subconjuntival y gastrointestinal), afectación neurológica (desorientación, convulsiones, coma), shock, y fallo multiorgánico.

La tasa de letalidad es de 15-30%. El pronóstico es desfavorable si se dan: shock, sangrado, manifestaciones neurológicas, viremia elevada, niveles aumentados de aspartato aminotransferasa y embarazo. Aunque la convalecencia puede durar hasta un año, los supervivientes no suelen padecer secuelas duraderas.

Aedes albopictus fue el primer mosquito del género *Aedes* en mudarse a la Península Ibérica. Este insecto, ya habitual incordio veraniego, sobre todo en el litoral mediterráneo, fue detectado por primera vez en España en 2004, en la provincia de Barcelona. Su expansión desde entonces ha sido a velocidad de crucero, y puede que no sea el único en seguir su vuelo: Asturias y Cantabria acogen desde 2018 a otro mosquito invasor, *Aedes japonicus*. Aunque es más discreto que *Ae. albopictus*, porque evita los espacios urbanos y prefiere los pastos con ganado, tiene un potencial de diseminación incluso mayor.



Ejemplar de mosquito *Aedes japonicus*

“*Ae. japonicus* nos sorprendió porque ni lo vimos venir ni sabemos cómo irrumpió aquí”, explicó Javier Lucientes Curdi, catedrático de la Universidad de Zaragoza y responsable del proyecto de vigilancia entomológica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Este verano está programado un nuevo estudio de campo para evaluar su nivel de expansión en Asturias y en Cantabria, aunque también se contempla que haya entrado en Galicia. Lucientes afirmó que ya es tarde para erradicarlo y que la probable expansión en los próximos años será “en forma de mancha de aceite” hacia Castilla y León, Euskadi y Navarra.

Su crecimiento puede ser mayor que el de *Ae. albopictus*, porque se adapta mejor a temperaturas invernales y porque puede criar en una amplia gama de hábitats acuáticos, incluidos charcos, neumáticos, envases de leche, cubos; tiene menos exigencias en comparación con *Ae. albopictus*, lo que facilitaría su expansión. Frederic Bartumeus Ferré, investigador del Centro de Estudios Avanzados de Blanes, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CEAB-CSIC), comentó que *Ae. albopictus* se disemina apareciendo de manera abrupta, sobre todo siguiendo las principales rutas de carretera, trasladado dentro de vehículos; *Ae. japonicus*, en cambio, avanza en “pequeños saltos”.

Presente desde principios del actual siglo en el centro de Europa, los científicos se maravillaron por la capacidad de ganar territorio de *Ae. japonicus*. “Se identificó en Suiza en 2008 y encuestas posteriores revelaron que había colonizado una zona de 1.400 kilómetros cuadrados”, describe un informe de 2018 del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Este organismo, responsable del control de los mosquitos como vectores de enfermedades, resumía en aquel documento que *Ae. japonicus* es originario del Este Asiático y que se propagó a nivel global a partir de la década de 1990, con el comercio internacional de neumáticos usados. A diferencia de otras especies de su género, no solo pone las larvas en el agua sino también en superficies secas que luego acumulan agua, como es el caso de los neumáticos. “La forma de un neumático permite que si llueve, concentre agua en su interior, sea cual sea su posición. Es entonces cuando nacen las larvas”, según Lucientes. Este entomólogo resaltó que otro medio de introducción de mosquitos invasores es la importación de plantas.

El Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) comunicó que una decena de países europeos tienen introducido o estabilizado a *Ae. japonicus*. Asturias aparecía en el mapa del ECDC de agosto de 2019 como punto en el que el animal se había introducido. Lucientes confirmó que ahora ya se ha estabilizado en Asturias y en Cantabria. El primer aviso de la presencia del mosquito la dio en julio de 2018 un vecino del concejo de Siero, cerca de Oviedo. Este hombre compartió una imagen del insecto en Mosquito Alert, una aplicación científica de móvil de participación ciudadana. Mosquito Alert está en servicio desde 2014, gestionado por el Centro de Investigación Ecológica y Aplicaciones Forestales (CREAF), el CEAB-CSIC y la Institución Catalana de Investigación y Estudios Avanzados (ICREA). La principal finalidad de Mosquito Alert es el seguimiento del mosquito *Ae. albopictus* en España mediante la observación de las más de 74.000 personas que han descargado la aplicación. Frederic Bartumeus, que es el director de Mosquito Alert, informó que la detección de potenciales invasores *Aedes* –ya hay cinco especies presentes en Europa– es una prioridad para el proyecto, con especial atención en una posible aparición del mosquito *Aedes aegypti*.

El virus del Nilo Occidental

Ae. japonicus presenta un riesgo menor para los humanos, a diferencia de *Ae. aegypti*, principal vector del virus del dengue, que se ha conseguido mantener fuera de España. El Ministerio de Sanidad concluía en 2018 que el riesgo de transmisión de enfermedades de *Ae. japonicus* es “muy bajo”, aunque concedía que puede ser un vector del dengue o de la fiebre chikungunya: “En un escenario de distribución amplia con afectación urbana, no puede descartarse la transmisión autóctona de enfermedades”. Lucientes describió que *Ae. japonicus* es un vector importante del virus del Nilo Occidental, presente en España y transmitida por mosquitos autóctonos.

Ae. japonicus, a diferencia de *Ae. albopictus* y de *Ae. aegypti*, prefiere zonas naturales y periurbanas con abundante vegetación. “Una ventaja es que al desarrollarse en ambientes de tipo boscoso, puede tener más depredadores en los lugares de cría”, dijo Miguel Ángel Miranda Chueca, profesor de Zoología de la Universidad de las Islas Baleares. La primera localización en la región de Santander, donde ya está establecido, la realizó Miranda en 2018, y por casualidad. “Me lo encontré en un abrevadero de piedra frente a una ermita”, recordó Miranda: “Visitábamos la zona con mi familia y mientras comíamos algo, dando una vuelta por el lugar, localicé unas larvas que me llamaron la atención. Los entomólogos estamos siempre en guardia”.

En las dos misiones de inspección de campo realizadas por el equipo de Lucientes y de Mosquito Alert, lo que más asombró es la predilección de *Ae. japonicus* por habitar en fuentes para el ganado. “Les encanta criar en bañeras recicladas para dar de beber a los animales”. Bartumeus indicó que es obligación de los ayuntamientos informar a la población y tomar medidas de control, como limpiar los abrevaderos o aplicar larvicidas, con el objetivo de controlar su avance. “Erradicarlos, como se ha demostrado en otros países de Europa, es muy difícil”, corroboró Bartumeus. “Es vital controlar los lugares de cría, determinar la expansión en la zona buscando larvas y capturando adultos mediante trampas o cebo humano, y confirmar su establecimiento y extensión”, dijo Miranda.

Miranda compartió con Bartumeus que “este tipo de acciones dependen de los municipios o gobiernos regionales”: “Hasta la fecha no se ha realizado ninguna acción en ese sentido”. Una portavoz de la consejería de Salud de Asturias resumió que el Servicio de Vigilancia Epidemiológica llevó a cabo en 2019 un trampeo para detectar focos del mosquito *Ae.*

albopictus, y casualmente encontraron ejemplares de *Ae. japonicus* en abrevaderos de vacas. Los técnicos del Principado “descartaron que tuviera interés desde el punto de vista sanitario”, indicó esta portavoz. Su presencia en España es demasiado reciente, opinó Lucientes.



ETIOPÍA

UN BROTE DE MALARIA COMPLICADA
LA SITUACIÓN SANITARIA

15/06/2020

El Ministerio de Salud de Etiopía identificó un brote de malaria en tres estados regionales que hasta hoy causó la muerte de 10 personas y complica sobremanera la situación sanitaria.

Durante los últimos nueve meses murieron 207 ciudadanos a causa de esa enfermedad, incluidas una decena de fallecimientos en los estados de Amhara, Oromia y la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur.

Las tres cuartas partes de la geografía etíope son consideradas endémicas para la malaria y más de 60 millones de individuos corren riesgo de contraerla, aunque su prevalencia descendió en años recientes, de acuerdo con informes oficiales.

Al parecer, negligencias de la población contribuyeron a la reciente propagación de la enfermedad, el cual provoca fiebre alta, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fatiga y dolores musculares, generalmente semanas después de la picadura del mosquito transmisor.

Para la autoridad sanitaria etíope, el brote sucede en un momento complicado, toda vez que la actual temporada de lluvias favorece la reproducción de los mosquitos, incluso los *Anopheles*, cuyas hembras transmiten la enfermedad.

A ello debe agregarse la situación por la COVID-19 en Etiopía, donde hay documentados 3.345 contagios, pero los 14 primeros días del presente mes de junio fueron detectados 2.180, más de 65% del total.

Pese a los esfuerzos gubernamentales, la COVID-19 está aumentando de manera exponencial, lo que afecta a todos los programas de salud. Mientras que la COVID-19 obliga al distanciamiento y a quedarse en casa, el mejor proceder ante los síntomas de la malaria es acudir con urgencia a los centros de salud, y esa contraposición agrava toda la situación.

La distribución de mosquiteros tratados con insecticidas, la fumigación con productos químicos y la realización de testeos casa por casa, son algunas de las acciones iniciadas para contener la malaria en los estados afectados y prevenirla en otros vulnerables.

Aunque la COVID-19 sea rápida, incontrolada y mortal, la causa de más muertes en África es la malaria, que comenzó a aumentar en los últimos dos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 2020 podrían morir hasta 769.000 personas por malaria en África Subsahariana, alertó la OMS, y Etiopía trabaja para no engrosar la estadística, tal como lo aseveró el Ministerio de Salud del estado.

Con pocas camas de hospital y escaso personal sanitario debido a la virulencia de la epidemia de la COVID-19, India teme que se agrave su crisis sanitaria con el monzón de cada año y su secuela de enfermedades.

Más de medio millón de personas contraen en India cada año enfermedades favorecidas por las lluvias, como el dengue y la malaria, durante el gran monzón que se abate sobre este país del sur de Asia, de junio a septiembre. Se trata de infecciones que presentan síntomas casi idénticos a los de la COVID-19: fiebre, dificultad para respirar, pérdida de apetito...

“Vamos a tener que tratar a la gente como si estuviera afectada por la COVID-19”, explicó Vidya Thakur, doctora del Hospital General Municipal ‘Seth V.C.Gandhi & M.A Vora’ de Rajawadi, en Mumbai, con más de tres décadas de experiencia como médica.

“La COVID-19 nos ha dejado desprotegidos, y el monzón hará las cosas más difíciles” dijo.

India registró hasta el 16 de junio 9.900 muertes por COVID-19 y 343.091 casos confirmados, pero el balance humano se agrava y los expertos estiman que lo peor está por venir en este país de 1.300 millones de habitantes, que sale de dos meses de draconiano confinamiento.

Solo en New Delhi, el gobierno local espera que habrá más de medio millón de pacientes con COVID-19 a fines de julio, una multiplicación por 20 en menos de dos meses.

En el hospital de 580 camas donde trabaja Vidya Thakur en Mumbai, cada centímetro cuadrado está ya destinado a la gestión de la pandemia. Las camas invaden los pasillos, las salas de almacenamiento se han convertido en habitaciones y el personal está abrumado de trabajo.

Proliferación de mosquitos

Pero el personal sanitario no es el único que está agotado. El confinamiento también ha provocado una penuria de agentes de mantenimiento en Mumbai, que no pudieron hacer su trabajo por falta de medios de transporte.

La fumigación efectuada desde marzo por la municipalidad para eliminar a los mosquitos, principales vectores de enfermedades en tiempos de monzón, se ha retrasado dos meses.

En un barrio de asentamientos informales de esta ciudad de 18 millones de habitantes, los agentes equipados con mascarillas y guantes fumigan y evacúan las aguas estancadas, donde se reproducen los mosquitos.

“Varios de nuestros hombres hacen dos turnos seguidos, trabajando 14 horas sin interrupción” indicó Rajan Naringrekar, director del departamento municipal encargado del control de insectos.

“Nos preocupa contraer el coronavirus, pero debemos hacer nuestro trabajo y tomar el máximo de precauciones posible”, aseguró.

Mumtaz Kanojia recordó con estremecimiento las tres semanas en las que la malaria la mantuvo en cama, diez años antes. “Mi hija y yo misma estábamos gravemente enfermas,

teníamos fiebre, no podíamos tragar nada, ella incluso perdió un momento el conocimiento” relató esta habitante de una pequeña morada de este barrio.

Pero cuando el monzón se abate sobre Mumbay, la COVID-19 y las demás enfermedades dejan de ser la única preocupación de esta mujer de 53 años. “El agua se infiltra por todas partes, y luego llegan los mosquitos”.

Sus vecinos y ella se ven obligados a usar lonas para proteger el techo, aunque los charcos que se pueden formar en sus pliegues pueden convertirse en un enjambre de mosquitos. Pero sin esas lonas, “el techo vuela en cuanto llueve un poco fuerte”, dijo.

“Nosotros tenemos que hacerlo todo. Nadie del gobierno ha venido nunca a ayudarnos”, aseguró.

europa
press

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

EL NUEVO BROTE DE ENFERMEDAD POR EL
VIRUS DEL ÉBOLA YA CAUSÓ 11 MUERTES

15/06/2020

Las autoridades de la República Democrática del Congo elevaron el 15 de junio a 11 los fallecidos a causa del nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) declarado en la provincia de Équateur, al tiempo que cifró en 14 el total de casos detectados hasta la fecha.

El Comité Nacional Multisectorial de Respuesta al Ébola indicó que desde el 1 de junio se han detectado 17 casos, si bien tres de ellos son probables, y agregó que ocho de los fallecidos han sido confirmados, mientras que tres son probables.

Asimismo, señaló que en el caso del brote en el este del país –con epicentro en las provincias de Nord-Kivu e Ituri– no ha habido casos confirmados desde hace 47 días, por lo que las autoridades están ya en la cuenta regresiva para declarar el fin del mismo.

El organismo señaló que hasta la fecha se han detectado 3.463 casos –3.317 confirmados y 146 probables–, con 2.280 fallecidos –2.134 confirmados y 146 probables– y 1.171 recuperados.

Por otra parte, pidió a la población que respete las medidas de higiene y que busque atención en caso de llegar desde una zona afectada por el brote o haber estado en contacto con una persona que haya resultado contagiada por el virus para ser vacunada.

En este sentido, detalló que 9.560 personas han sido vacunadas entre el 14 de febrero y el 10 de abril con la segunda vacuna desarrollada por Johnson&Johnson, mientras que 20.339 lo han sido hasta el 29 de febrero con la primera vacuna de esta empresa.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó la semana pasada que no existe vínculo alguno entre los dos brotes de EVE actualmente activos en la República Democrática del Congo y agregó que ambos virus son “diferentes”.

Las autoridades del país declararon el 1 de junio su undécimo brote de EVE tras una serie de casos detectados en la provincia de Équateur, tras lo que los análisis de la secuencia genética indicaron que el virus es diferente del que afecta a la zona este del país desde 2018 y también del que afectó a esa misma zona en ese mismo año.

“No nos sorprende no encontrar un vínculo entre el brote actual en Mbandaka y los dos previos. Los brotes de EVE activos están alejados y hay una prohibición de vuelos a causa de la COVID-19”, sostuvo la directora de la OMS para África, Matshidiso Moeti.

Moeti destacó además que “la EVE es endémica en reservorios animales en la República Democrática del Congo, por lo que se esperaba que surgieran nuevos casos”, y añadió que “si bien el nuevo brote en Mbandaka supone un desafío, es uno para el que estamos preparados”. “Con cada experiencia respondemos de forma más rápida y efectiva”, destacó.

PROCEEDINGS
OF THE ROYAL
SOCIETY A
MATHEMATICAL, PHYSICAL
AND ENGINEERING SCIENCES

EL USO GENERALIZADO DE MASCARILLAS
PUEDE EVITAR NUEVAS OLAS DE COVID-19

10/06/2020

El uso generalizado de mascarillas entre la población podría reducir la transmisión del SARS-CoV-2 a niveles controlables y podría evitar nuevas olas de la enfermedad pandémica en combinación con las cuarentenas.

Una reciente investigación sugiere que los confinamientos por sí solos no detendrán el resurgimiento del SARS-CoV-2, pero que incluso las mascarillas caseras pueden reducir drásticamente los índices de transmisión si un número suficiente de personas las usan en público.



La combinación del uso generalizado de mascarillas con el distanciamiento social y otras medidas de confinamiento, sería una forma aceptable de gestionar la pandemia y reabrir la actividad económica antes de que se desarrolle una vacuna eficaz contra la COVID-19.

Por ello, los autores hacen un llamamiento a que se divulguen campañas de información tanto en países ricos como en otros en vías de desarrollo con mensajes como: “mi mascarilla te protege, la tuya me protege”.

Al comienzo de la pandemia, las pruebas científicas sobre la eficacia de las mascarillas para retardar la transmisión de enfermedades respiratorias eran limitadas, y no había datos sobre la COVID-19, ya que se trataba de una enfermedad previamente desconocida.

Sin embargo, ante los estudios publicados en las últimas semanas, el 5 de junio la Organización Mundial de la Salud recomendó que todo el mundo utilice mascarillas de tejido en público para tratar de reducir la propagación de la enfermedad.

El SARS-CoV-2 se trasmite al respirar partículas que contienen el virus que exhalan personas infectadas cuando hablan, tosen o estornudan.

En este estudio, se vinculó la dinámica de la propagación entre las personas con modelos a nivel de población para evaluar el efecto en el número reproductivo básico (R_0) de la enfermedad, en diferentes escenarios de adopción de mascarillas combinados con períodos de confinamiento.

El R_0 mide el número medio de personas a las que una persona infectada transmitirá la enfermedad. Un valor R_0 superior a 1 puede conducir a un crecimiento exponencial.

El estudio concluyó que si la gente usa mascarillas cuando está en público es dos veces más eficaz para reducir el valor R_0 que si las mascarillas se usan solo después de que aparecen los síntomas.

En todos los escenarios analizados por el estudio, el uso rutinario de mascarillas en 50% o más de la población redujo la propagación de la COVID-19 a un R_0 inferior a 1, aplanando las futuras ondas de la enfermedad y permitiendo un confinamiento menos riguroso.

Se encontró que si 100% de la población combina su uso en público con otras medidas intermitentes de confinamiento se evita el resurgimiento del virus durante los 18 meses requeridos para dar con una posible vacuna.

Se detectó que incluso las mascarillas caseras, hechas de camisetas de algodón o trapos de cocina son 90% efectivas a la hora de prevenir la transmisión.

El estudio sugiere que si toda la población llevara mascarillas con 75% de efectividad, se podría reducir un número R_0 muy elevado de 4,0 hasta debajo del 1,0, incluso sin medidas de confinamiento.

Existe la percepción común de que llevar una mascarilla implica que se considera a los demás un peligro cuando, de hecho, principalmente quien la usa está protegiendo a los otros de sí mismo.⁴



UNA MUTACIÓN EN EL SARS-CoV-2 MUESTRA UN
AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LA INFECTIVIDAD

12/06/2020

Una pequeña mutación genética en la variante del SARS-CoV-2 que circula en Europa y Estados Unidos aumenta significativamente la capacidad del virus para infectar células, según muestran recientes experimentos de laboratorio realizados.

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Los virus con esta mutación fueron mucho más infecciosos que aquellos sin la mutación en el sistema de cultivo celular utilizado.

La mutación tuvo el efecto de aumentar notablemente el número de picos funcionales en la superficie viral. Esos picos son los que permiten que el virus se una e infecte las células. El número, o densidad, de picos funcionales en el virus es 4 o 5 veces mayor debido a esta mutación.

Los picos le brindan al SARS-CoV-2 su apariencia de corona y le permiten adherirse a los receptores de células objetivo, llamados ACE2. La mutación, llamada D614G, proporciona una mayor flexibilidad a la “columna vertebral” del pico.

Los picos más flexibles permiten que las partículas virales recién producidas se desplacen desde la célula productora a la célula objetivo completamente intactas, con menos tendencia a colapsar prematuramente. Los datos indicarían que el virus se vuelve mucho más estable con la mutación.

Se ha debatido mucho sobre por qué los brotes de COVID-19 en Italia y New York han saturado tan rápidamente los sistemas de salud, mientras que los brotes tempranos en lugares como San Francisco y el estado de Washington se manejaron con mayor facilidad, al menos inicialmente. ¿Fue algo sobre esas comunidades y su respuesta, o el virus cambió de alguna manera?

Todos los virus adquieren pequeños cambios genéticos a medida que se reproducen y se propagan. Esos cambios rara vez afectan la aptitud física o la capacidad de competir. La variante de SARS-CoV-2 que circuló en los primeros brotes regionales carecía de la mutación D614G que ahora domina en gran parte del mundo.

La investigación se realizó utilizando virus inofensivos diseñados para producir proteínas clave de SARS-CoV-2. Si los cambios que se observaron también se traducen en una mayor transmisibilidad en el mundo real requiere estudios epidemiológicos adicionales.

Pero, afortunadamente, se descubrió que los factores inmunes del suero de las personas infectadas funcionan igualmente bien contra los virus diseñados con y sin la mutación D614G. Esa es una señal de esperanza de que los candidatos a vacunas en desarrollo serán útiles contra variantes con o sin esa mutación.

Los autores de este trabajo han estudiado los coronavirus durante casi 20 años, desde el primer brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), un virus similar. Fueron los primeros en descubrir en 2003 que el virus del SARS se unía al receptor ACE2 en las células. Otros experimentos han demostrado que el SARS-CoV-2 se une al mismo receptor ACE2.

Pero observaron una diferencia estructural clave entre las proteínas del pico en el virus del primer SARS y esta nueva cepa pandémica. En ambos, bajo microscopio electrónico, el pico tiene forma de trípode, con sus tres segmentos unidos en un andamio similar a una columna vertebral. Pero el SARS-CoV-2 es diferente. Su trípode está dividido en dos segmentos discretos, S1 y S2.

Inicialmente, esta característica inusual produjo picos inestables. Solo alrededor de una cuarta parte de los cientos de picos en cada virus SARS-CoV-2 mantienen la estructura que necesitan para infectar con éxito una célula objetivo. Con la mutación, el trípode se rompe con mucha menos frecuencia, lo que significa que más de sus picos son completamente funcionales.

La adición de la mutación D614G hace que el aminoácido en esa ubicación cambia de ácido aspártico a glicina, lo que lo hace más flexible. La evidencia de su éxito se puede ver en las

cepas secuenciadas que los científicos de todo el mundo están contribuyendo a bases de datos, incluido el GenBank. En febrero, ninguna secuencia depositada en la base de datos GenBank mostró la mutación D614G. Pero para marzo, apareció en una de cada cuatro muestras. En mayo, apareció en 70% de las muestras.

Con el tiempo, el virus ha descubierto cómo aguantar mejor y no colapsar hasta que sea necesario. Bajo la presión de la selección, el virus, se ha vuelto más estable.

Todavía se desconoce si esta pequeña mutación afecta la gravedad de los síntomas de las personas infectadas o si aumenta la mortalidad. Si bien los datos de las unidades de cuidados intensivos de New York y otros lugares informan una preponderancia de la nueva variante D614G, se necesitan muchos más datos, idealmente bajo estudios controlados.⁵



LA INMUNIDAD CRUZADA PUEDE BRINDAR UNA
POSIBLE PROTECCIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2

14/05/2020

Un reciente estudio ha documentado una robusta respuesta inmunológica antiviral al SARS-CoV-2 en un grupo de 20 adultos que se habían recuperado de la enfermedad. Los hallazgos muestran que el sistema inmunológico del cuerpo es capaz de reconocer al SARS-CoV-2 de muchas maneras, lo que disipa los temores de que el virus pueda eludir los esfuerzos para crear una vacuna eficaz.

Además, se ha detectado una importante reactividad cruzada en individuos no expuestos, lo que sugiere que las personas que han pasado un resfrío provocado por otros tipos de coronavirus también podrían tener cierta protección contra el SARS-CoV-2.

Al examinarse la respuesta de las células T en muestras de sangre que se habían recogido entre 2015 y 2018, antes de que el SARS-CoV-2 comenzara a circular, se encontró que muchos de estos individuos tenían una importante reactividad de células T frente al SARS-CoV-2, aunque nunca habían estado expuestos a este virus. Pero es casi seguro que todos habían sido infectados por al menos tres de los cuatro coronavirus causantes del resfrío común, lo que podría explicar la reactividad cruzada observada.

Sin embargo, todavía no está claro si la reactividad cruzada observada proporciona al menos algún nivel de inmunidad preexistente contra el SARS-CoV-2 y, por lo tanto, podría explicar por qué algunas personas o lugares geográficos se ven más afectados por la COVID-19.

Dada la gravedad de la actual pandemia, cualquier grado de inmunidad contra el SARS-CoV-2 por reacción cruzada podría tener un impacto muy sustancial en el curso general de la pandemia y es un detalle clave que deben tener en cuenta los epidemiólogos al tratar de determinar la gravedad que tendrá la COVID-19 en las comunidades en los próximos meses.

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#). Esta investigación se considera preliminar hasta que sea publicada en una revista revisada por profesionales.

Científicos de todo el mundo se apresuran a desarrollar una vacuna para proteger contra la enfermedad, y los epidemiólogos tratan de predecir cómo se desarrollará la pandemia hasta que dicha vacuna esté disponible. Sin embargo, ambos están rodeados de una incertidumbre sin resolver sobre si el sistema inmunológico puede desarrollar una respuesta sustancial y duradera contra el SARS-CoV-2 y si la exposición a los coronavirus del resfrío común circulante proporciona algún tipo de inmunidad protectora.

Si se hubieran observado sólo respuestas inmunológicas marginales, sería preocupante. Pero lo que se encontró es una respuesta muy robusta de las células T contra la proteína punta, que es el objetivo de la mayoría de los esfuerzos en curso contra la COVID-19, así como de otras proteínas virales. Estos hallazgos son realmente buenas noticias para el desarrollo de una vacuna.

Un estudio anterior había utilizado herramientas bioinformáticas para predecir qué fragmentos del SARS-CoV-2 son capaces de activar las células T humanas. En esta nueva investigación, se probó si las células T aisladas de adultos que se habían recuperado de la COVID-19 sin mayores problemas, reconocían los fragmentos de proteína predichos, o los llamados péptidos, del propio virus.

Los científicos reunieron los péptidos en dos grandes grupos: el primer llamado mega grupo incluía péptidos que cubrían todas las proteínas del genoma viral, excepto la proteína punta del SARS-CoV-2. El segundo mega grupo se centró específicamente en la proteína de punta que se encuentra en la superficie del virus, ya que casi todas las vacunas que se están desarrollando en la actualidad se centran en esta proteína de punta del coronavirus.

Los científicos eligieron específicamente estudiar a personas que tenían un curso normal de la enfermedad y no requerían hospitalización para proporcionar un punto de referencia sólido de cómo es una respuesta inmunológica normal, ya que el virus puede tener una presentación inusual en algunas personas.

Los investigadores encontraron que todos los casos de COVID-19 presentaban una sólida respuesta de células T CD4, o 'ayudantes', que ayudan a la producción de anticuerpos. Casi todos los pacientes habían producido células T CD8 específicas del virus, o 'asesinas', que eliminan las células infectadas por el virus. Los datos muestran que el virus induce lo que se esperaría de una respuesta antiviral típica y exitosa.

Y, aunque estos resultados no excluyen que la respuesta inmune al SARS-CoV-2 pueda ser perjudicial, proporcionan un importante punto de partida contra el cual se pueden comparar las respuestas inmunes de los individuos.

Se trata de una sólida base de partida para preguntar ahora si existe una diferencia en el tipo de respuesta inmunológica en las personas que tienen resultados severos y requieren hospitalización frente a las personas que pueden recuperarse en su casa o que incluso son asintomáticas. Además, brinda una importante herramienta para determinar si la respuesta inmunológica en las personas que han recibido una vacuna experimental se asemeja a lo que se esperaría ver en una respuesta inmunológica protectora a la COVID-19, en contraposición a una respuesta insuficiente o perjudicial.⁶

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Arte relacionado con la salud



Mural pintado por el colectivo Undu Graff, en los suburbios de Dakar (Senegal), donde gran parte de su población no sabe leer o apenas tiene acceso a la televisión y a internet.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.