



Reporte Epidemiológico de Córdoba

19 DE JUNIO
2020
REC 2.331

ARGENTINA

- Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años
- Se confirmaron 1.958 casos de COVID-19 en la jornada con la cifra más alta de contagios
- Chubut: Confirmaron un caso de hantavirus en Epuyén

AMÉRICA

- América Latina: Cinco factores que contribuyeron a convertir la región en el epicentro de la pandemia

- Colombia: Alerta epidemiológica por leishmaniosis visceral en Huila

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Australia: Aumentaron los casos de fiebre del Río Ross en New South Wales
- Estonia: Alertan sobre el posible aumento de enfermedades transmitidas por garrapatas
- Gabón: Reportaron un caso de fiebre amarilla en la provincia de Nyanga

- Sri Lanka: Se registraron más de mil casos de leptospirosis durante mayo

- Taiwán: Los casos de gonorrea alcanzan el máximo de los últimos cinco años

- Primer caso de VIH resistente a todas las combinaciones de antirretrovirales

- La lucha contra la COVID-19 está acelerando la propagación de otras enfermedades

PUNTO DE VISTA

- Por qué el SARS-CoV-2 no desaparecerá, como sí lo hizo el SARS-CoV-1

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



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



Comité Nacional
de Infectología
SAP



Rev. Panam. de
Enf. Infecciosas



**Vacunas
SADI 2019**

GEMICOMED
seimc.org



Provincia/Región	2014/2019		2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	29.329	5.866,86	3.119	3.792,84	415	508,56
Buenos Aires	147.406	4.250,32	17.918	3.145,63	4.695	829,36
Córdoba	20.508	2.901,92	2.541	2.147,45	387	327,11
Entre Ríos	10.461	3.927,20	1.535	3.449,81	516	1.160,50
Santa Fe	11.259	1.746,17	1.648	1.534,47	266	248,33
Centro	218.963	3.919,93	26.761	2.902,27	6.279	684,30
Mendoza	10.774	2.666,06	2.213	3.306,44	811	1.216,44
San Juan	14.184	8.857,71	2.515	9.407,92	725	2.710,32
San Luis	2.731	2.805,00	618	3.764,25	237	1.438,60
Cuyo	27.689	4.185,09	5.346	4.856,45	1.773	1.613,37
Chaco	18.076	6.660,33	4.003	8.862,94	1.513	3.361,80
Corrientes	7.076	2.900,48	1.325	3.261,59	416	1.027,50
Formosa	9.695	7.063,05	1.165	5.109,29	260	1.144,93
Misiones	9.926	3.413,48	1.011	2.099,65	362	754,87
Noreste Argentino	44.773	4.745,87	7.504	4.787,47	2.551	1.633,62
Catamarca	2.964	3.605,68	738	5.367,43	223	1.623,05
Jujuy	14.371	8.965,71	3.115	11.621,57	1.140	4.256,53
La Rioja	3.051	3.952,07	728	5.535,11	355	2.683,54
Salta	29.924	9.086,71	6.775	12.362,06	1.902	3.478,39
Santiago del Estero	25.881	12.171,32	3.697	10.292,09	1.243	3.450,78
Tucumán	27.972	7.771,96	6.717	11.161,96	1.041	1.731,15
Noroeste Argentino	104.163	8.527,07	21.770	10.639,82	5.904	2.885,83
Chubut	2.715	2.218,48	437	2.133,79	185	903,18
La Pampa	2.152	3.276,83	368	3.365,16	178	1.629,86
Neuquén	4.317	3.120,95	572	2.514,29	192	849,02
Río Negro	4.849	3.358,68	750	3.109,19	454	1.883,25
Santa Cruz	2.887	3.764,57	432	3.312,48	134	1.020,25
Tierra del Fuego	1.353	4.164,51	273	4.846,27	105	1.837,85
Sur	18.273	3.150,91	2.832	2.920,72	1.248	1.286,95
Total Argentina	413.861	4.602,35	64.213	4.308,25	17.755	1.195,47

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2020, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 20, se notificaron a la vigilancia clínica 17.755 casos, cifra equivalente a 27,65% de lo notificado en 2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del año 2019.

Asimismo, la incidencia del año 2020, hasta la SE 20, equivale a 25,98% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019 (ver Tabla 1).

En base a los datos de las primeras 20 semanas de los últimos siete años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y

continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a subir en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado hasta el momento en 2020.

En el corredor endémico semanal, se observa que los casos de 2020 transitan por la zona de éxito durante las semanas analizadas; sin embargo, a partir de la semana epidemiológica 11 se observa un descenso muy por debajo de lo esperado, aún mayor que el de los demás eventos bajo vigilancia.

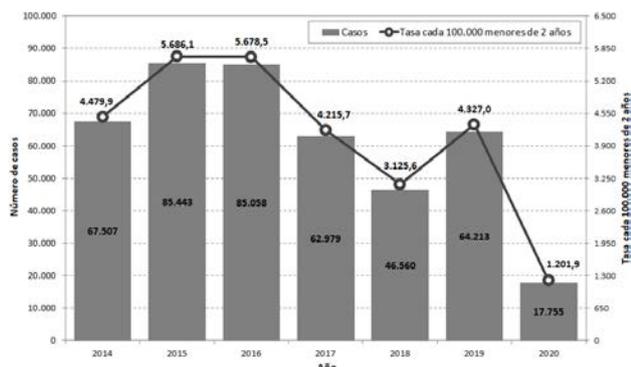


Gráfico 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2020, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

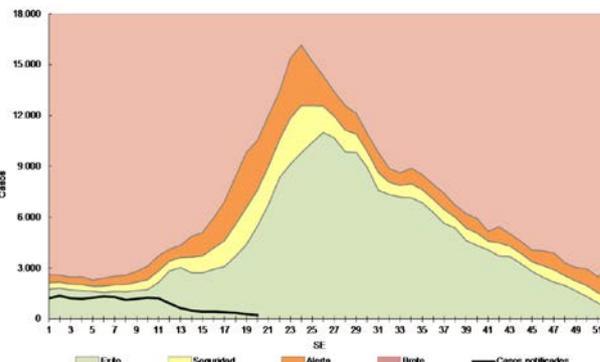


Gráfico 2. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

infobae

SE CONFIRMARON 1.958 CASOS DE COVID-19 EN LA JORNADA CON LA CIFRA MÁS ALTA DE CONTAGIOS

18/06/2020

El ministerio de Salud de Argentina informó el 18 de junio que en las últimas 24 horas hubo 1.958 nuevos casos de COVID-19 y que fallecieron 35 personas a causa de la enfermedad, en la jornada con la cifra más alta de contagios desde el comienzo de la pandemia. Con estos números, el total de infectados en el país llegó a 37.510, mientras que el total de fallecidos es de 948.

Los nuevos casos fueron confirmados en de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (692 casos), y en las provincias de Buenos Aires (1.106), Chaco (68), Río Negro (27), Neuquén (16), Santa Fe (11), Chubut (10), Córdoba (9), Entre Ríos (6), Formosa (4), Mendoza (3), Jujuy (3), Corrientes (1) y Tucumán (1).

Del total de esos casos, 1.049 (2,8%) son importados, 14.420 (38,4%) son contactos

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16.984	345	552,21	2,03
Buenos Aires	16.451	421	93,79	2,56
Córdoba	513	35	13,64	6,82
Entre Ríos	111	—	8,01	—
Santa Fe	301	4	8,51	1,33
Centro	34.360	805	117,27	2,34
Mendoza	119	9	5,98	7,56
San Juan	7	—	0,90	—
San Luis	11	—	2,16	—
Cuyo	137	9	4,18	6,57
Chaco	1.475	79	131,60	5,36
Corrientes	108	—	8,97	—
Formosa	37	—	6,11	—
Misiones	39	2	3,09	5,13
Noreste Argentino	1.659	81	39,58	4,88
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	12	1	1,56	8,33
La Rioja	64	8	16,26	12,50
Salta	21	—	1,47	—
Santiago del Estero	22	—	2,25	—
Tucumán	58	5	3,42	8,62
Noroeste Argentino	177	14	3,12	7,91
Chubut	82	1	13,25	1,22
La Pampa	6	—	1,67	—
Neuquén	267	7	40,21	2,62
Río Negro	622	31	83,20	4,98
Santa Cruz	51	—	13,95	—
Tierra del Fuego	149	—	85,91	—
Sur	1.177	39	40,20	3,31
Total Argentina	37.510	948	82,66	2,53

Tabla 2. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 18 de junio. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

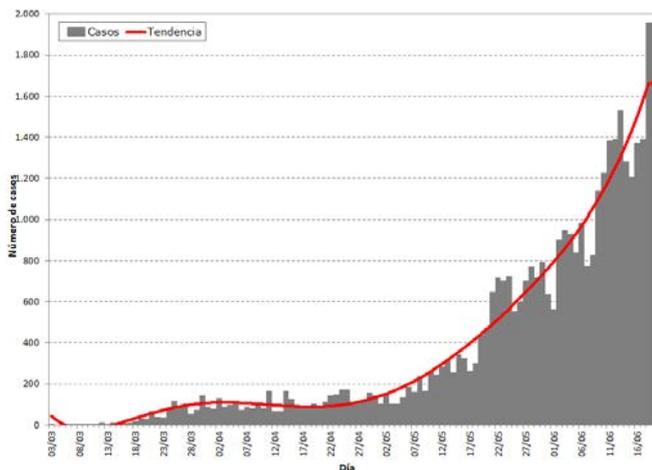


Gráfico 3. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Del 3 de marzo al 18 de junio de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. de personas.

estrechos de casos confirmados, 15.347 (40,9%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Las 35 muertes se registraron en la CABA (15 casos) y en las provincias de Buenos Aires (13), Río Negro (3), Chaco (2) y Neuquén (1).

El 95% de los casos nuevos se concentra en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Por ese motivo, las autoridades nacionales pusieron allí el foco para restringir lo máximo posible la circulación

“Crece el movimiento de gente y crece el contagio. Esto pasa en la CABA y en la provincia de Buenos Aires. Eso es lo que nos llevó a ver de qué modo podemos ponerle un freno ya a la mayor circulación que se está observando”, sostuvo el 17 de junio el presidente Alberto Ángel Fernández.

En la mañana del 18 de junio, funcionarios de la provincia de Buenos Aires y la CABA evidenciaron las diferencias de criterios que existen respecto de la próxima etapa de la cuarentena. Diego César Santilli, vicedirector de Gobierno de la CABA, aseguró que el crecimiento de la curva de contagios está controlado, y que no se ven motivos en la ciudad para endurecer las condiciones de confinamiento. Nicolás Kreplak, viceministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, fue más drástico: pidió adoptar una decisión inmediata.

Kreplak es el mismo funcionario que proyectó que el aislamiento continuará al menos hasta el 15 de septiembre. Esa estimación fue luego desacreditada por el presidente Fernández, quien imagina una liberación más cercana en el tiempo.

En la CABA, a partir del 19 de junio, habrá nuevas pautas para las personas que pretendan salir a realizar ejercicio físico. El jefe de Gobierno de la Ciudad, Horacio Antonio Rodríguez Larreta, anunció que se ampliará el rango dos horas, de 19:00 a 09:00 horas, y se dividirán las habilitaciones en virtud del número del documento nacional de identidad de los vecinos, con esquema idéntico al que rige para los porteños que realizan compras en comercios no esenciales.

“El nivel de contagio al aire libre es menor que en los lugares cerrados”, dijo Rodríguez Larreta, y reiteró que ante el aumento de los casos se tomarán medidas preventivas.

La medida llega después de que el Presidente y el gobernador bonaerense, Axel Kicillof, cuestionaron la cantidad de gente que salió a correr por diferentes plazas y parques de la CABA.

Un cosechero que realizaba trabajos en Epuayén fue diagnosticado con hantavirosis y “está internado con asistencia respiratoria en el Hospital de Esquel”, confirmó Fabián Puratich, ministro de Salud de Chubut.

Se trata de un joven de 20 años, de nacionalidad paraguaya, que estaba trabajando en el campo en la zona conocida como El Coihue. Ante la alerta de sus compañeros de trabajo por los síntomas, el paciente “fue derivado luego a la localidad de Epuayén y desde allí al Hospital de Esquel”, confirmaron fuentes oficiales.



Ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*)

El joven tiene cuatro contactos en la localidad de Epuayén, que ya se encuentran aislados. “Se trata del primer caso desde la contingencia que terminó en marzo de 2019”, dijo Puratich.

Indicó que el caso ocurre en una época inusual del año: “El hantavirus está siempre, pero en esta época generalmente no se realiza el tipo de actividades que hacía este joven, la cosecha de rosa mosqueta. Por eso, la mayoría de los casos se presenta en primavera y verano”, dijo.

El paciente está internado en la sala de aislamiento a la espera de los resultados pertinentes. Estaba trabajando en la zona alta del río Minas en la cosecha de rosa mosqueta. Allí, junto a sus compañeros había armado un campamento en el galpón de un poblador del sector, donde ahora se investiga si pudo ser el foco de contagio con roedores.

Según testigos, el cosechero estuvo descompuesto y con fiebre durante tres días hasta que pidieron ayuda para sacarlo rumbo al centro asistencial de Epuayén. Hasta el lugar llegó una dotación despachada del cuartel de bomberos voluntarios, que estuvo a cargo de la derivación. Una vez en la guardia hospitalaria, los médicos resolvieron su urgente traslado a Esquel en función de la sintomatología que presentaba.

Los contactos estrechos del joven fueron puestos en cuarentena, al igual que el equipo vinculado al rescate, ante la posibilidad de contagio de persona a persona.

El caso encendió la alerta en la cordillera de Chubut, que tuvo un brote de hantavirosis en diciembre de 2018. En aquel entonces, la primera víctima fatal se registró el 3 de diciembre y, en el transcurso del verano, se registraron 11 personas fallecidas, 34 casos confirmados y 159 pacientes que debieron ser aislados. La cadena de contagios se inició en una fiesta de cumpleaños a la cual asistieron unos cien invitados, entre ellos el llamado paciente cero.

El inicio del contagio se produjo en la misma zona en donde se registró el caso actual. El primer contagiado habría estado recolectando hongos en la zona del camino al paraje El Colihue.

El hantavirus es transmitido por el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*) y, en algunos casos, se transmite entre humanos, cuando una persona infectada mantiene contacto estrecho con otra durante los primeros días de los síntomas.

Separada por miles de kilómetros de distancia del foco original en China y con un océano de por medio con el entonces vapuleado sur de Europa, América Latina disponía de algunas ventajas para gestionar la pandemia de la COVID-19.

La región registró oficialmente su primer caso el 26 de febrero y, un mes más tarde, cuando Italia ya superaba los 60.000 contagios y los 6.000 muertos, el país latinoamericano más golpeado era Brasil, con apenas 25 fallecidos.

Ese mes, casi al mismo tiempo que lo hacía España, varios gobiernos de la región como los de Argentina, Chile, Colombia, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela, entre otros, empezaron a aplicar fuertes medidas de distanciamiento físico y de restricción de la movilidad de los ciudadanos para evitar los contagios.

Tres meses más tarde, sin embargo, cuando los países en Europa están levantando las limitaciones y comienzan a entrar en la “nueva normalidad”, la mayor parte de los países de América Latina no solo están lejos de poder hacer lo mismo sino que se han convertido en el nuevo epicentro de la pandemia. Al 17 de junio, entre los 15 países del mundo con mayor número de casos confirmados hay cuatro latinoamericanos: Brasil, Perú, Chile y México.

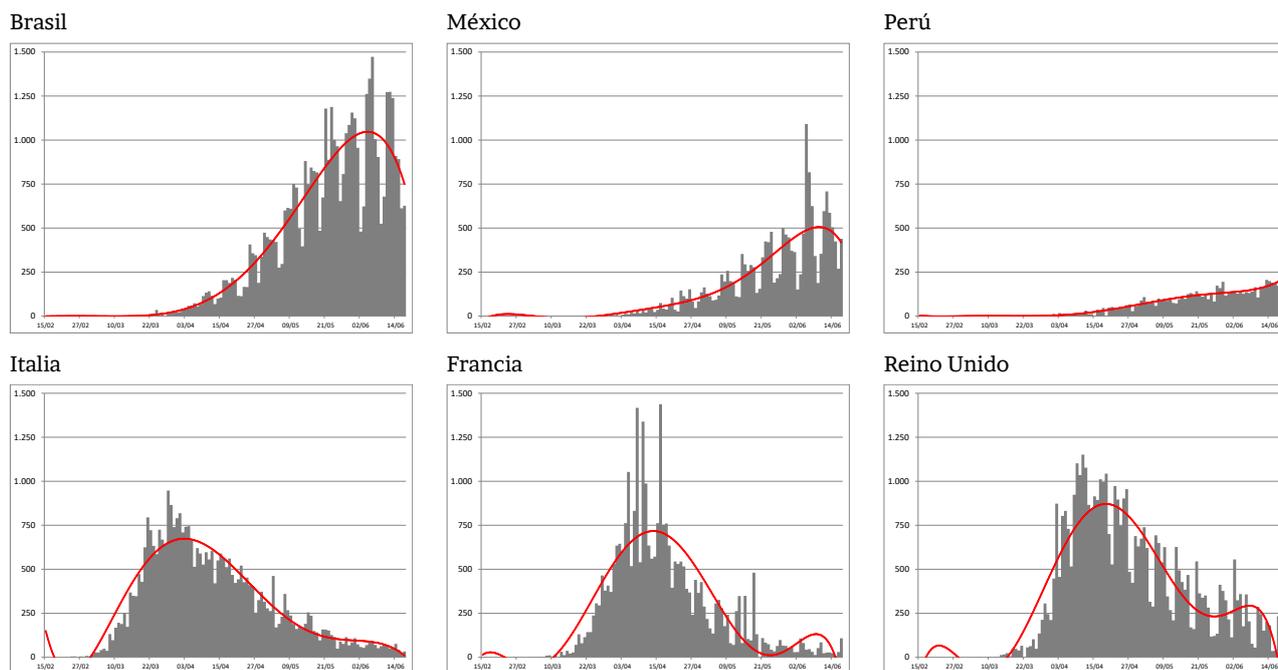


Gráfico 4. Número de muertes diarias por COVID-19. Países seleccionados. Año 2020, del 15 de febrero al 17 de junio. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El incremento de nuevos contagios, de hecho, llevó durante los últimos días a los gobiernos de Chile, Perú y Ecuador a extender nuevamente sus medidas de confinamiento.

Estados como Paraguay, Uruguay y Costa Rica, que registran un número bajo de contagios confirmados y no llegan a la treintena de muertos, son excepciones a la tendencia general de la región que apunta al alza y aún está lejos del aplanamiento de la curva.

¿Qué ha pasado? Estos cinco factores pueden haber puesto a América Latina en el centro de la pandemia de COVID-19.

1. ¿Cuarentenas mal sincronizadas?

La mayor parte de los gobiernos de América Latina fueron diligentes en la aplicación de confinamientos forzados para evitar la propagación del virus. Sin embargo, para que estas medidas resulten plenamente eficaces deben usarse en el momento adecuado.

“Si en un país no está circulando el SARS-CoV-2, no tiene sentido aislarse, porque no se logra nada. Y, al contrario, si espero hasta tener muchos casos circulando en las calles, costará mucho más trabajo contener la propagación cuando ya está disperso”, señaló Carlos Arturo Álvarez Moreno, médico infectólogo y profesor de la Universidad Nacional de Colombia.

El experto afirmó que hubo países como Brasil y México que tomaron estas medidas de forma tardía pero que también hubo otros que las quisieron aplicar al mismo tiempo que en Europa, cuando en la región apenas la situación estaba en una etapa incipiente.

“Y ahora vuelve a pasar, pero al contrario. Se quiere hacer el desconfinamiento como se está haciendo en Europa, pensando que estamos en otra etapa de la pandemia y no es así”, apuntó.

Álvarez subrayó que el confinamiento sirvió para reducir el número de contagios en algunos países, como Colombia, pero que en la medida en la que comienza a levantarse también se produce un aumento de casos.

Jarbas Barbosa da Silva Jr., subdirector de la Organización Panamericana de la Salud, valoró positivamente estas acciones preventivas aplicadas en la región, pues consideró que durante muchas semanas fueron útiles para evitar que hubiera una explosión de casos como ocurrió en Italia o en New York.

“Estas medidas fueron importantes para evitar la sobrecarga de los servicios de salud y que se produjeran defunciones por falta de acceso a unidades de terapia intensiva y a ventiladores”, dijo.

2. Contagios importados

La fuerza con la que irrumpió el coronavirus en Europa –principalmente en Italia y España– generó un fuerte temor entre muchos latinoamericanos que residían en el Viejo Continente,

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
Ecuador	47.322	3.929	269,04	22,34
Perú	232.992	6.860	708,59	20,86
Brasil	888.271	43.959	418,49	20,71
Chile	184.449	3.383	966,54	17,73
México	150.264	17.850	116,79	13,87
Panamá	21.422	448	498,03	10,42
Saint Martin	42	3	108,99	7,79
Islas Virgenes Estadounidenses	72	6	68,93	5,74
República Dominicana	23.686	615	218,78	5,68
Bolivia	19.073	632	163,84	5,43
Puerto Rico	5.951	147	207,00	5,11
Martinique	202	14	53,82	3,73
Colombia	53.211	1.808	104,80	3,56
Guadeloupe	171	14	42,74	3,50
Honduras	9.178	322	92,96	3,26
Guatemala	10.272	399	57,55	2,24
Argentina	32.785	862	72,67	1,91
El Salvador	3.941	76	60,82	1,17
Guayana Francesa	1.326	3	446,28	1,01
Nicaragua	1.464	55	22,15	0,83
Cuba	2.273	84	20,07	0,74
Haití	4.441	76	39,04	0,67
Uruguay	848	23	24,43	0,66
Belice	21	2	5,30	0,50
Costa Rica	1.744	12	34,30	0,24
Paraguay	1.296	12	18,21	0,17
Venezuela	3.062	26	10,76	0,09
Dominica	18	–	25,02	–
Grenada	23	–	20,46	–
Islas Malvinas	13	–	375,72	–
Saint Barthélemy	6	–	60,78	–
Total	1.699.820	81.620	263,36	12,65

Tabla 3. Casos, muertes y tasa de incidencia y mortalidad cada 100.000 habitantes, según país o territorio. América Latina. Datos al 16 de junio de 2020, 13:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

quienes optaron por regresar masivamente a sus países de origen y, en algunos casos, trajeron el virus con ellos.

“Durante la crisis en Europa, muchos peruanos que estudian y trabajan allá regresaron al país, así como lo hicieron después desde Estados Unidos. Así arribó la primera ola importante de infectados”, explicó José Eduardo Gotuzzo Herencia, profesor emérito de la Universidad ‘Cayetano Heredia’ de Lima y ex director del Instituto de Medicina Tropical de esa institución.

El especialista afirmó que en el caso de la COVID-19, las evaluaciones en los aeropuertos no son eficaces, pues hay muchos infectados que son asintomáticos pero pueden transmitir el virus. “Estas personas se reunían con sus familiares y amigos, lo que creó una primera ola de contagios y desde allí pasó a las comunidades”, agregó.

Gotuzzo señaló que luego, con las medidas de cierre de la economía, también se daría un desplazamiento masivo de personas hacia otras zonas del país, donde hubo gran mortalidad.

3. Fallas en el sistema de salud

Aunque muchos gobiernos latinoamericanos utilizaron los confinamientos para ganar tiempo y tratar de poner a punto sus sistemas de salud –en muchos casos pobremente dotados–, se trataba de un objetivo cuesta arriba.

“Hay países que han fortalecido su capacidad hospitalaria y diagnóstica, otros no han podido adaptarse a la velocidad a la que está creciendo el virus. Eso puede suceder en Brasil o México, que creo que no están haciendo la cantidad de pruebas que se esperaría”, señaló Álvarez.

“En Colombia también ha habido demoras en hacer la ampliación de las pruebas de diagnóstico. El problema es que para hacer pruebas moleculares se necesita cierta infraestructura, y el rezago de varios años no se puede superar en unos meses”, agregó.

Gotuzzo, por su parte, indicó que a la limitación de que en Perú no tenían gran cantidad de pruebas moleculares, se sumaba el hecho de que solamente había un laboratorio que podía realizarlas.

“Eso ya lo habíamos criticado cuando la pandemia de influenza A(H1N1). Había un laboratorio, con pocas pruebas, lo que creó una gran dificultad para diagnosticar la enfermedad”, apuntó.

En contraste, Álvarez destacó el caso de Chile como un ejemplo positivo en términos de la gran cantidad de pruebas diagnósticas que está realizando, uno de los argumentos que explicaría por qué ese país aparece como el tercero de la región con mayor número de casos confirmados.

“Una ventaja que tiene Chile es que hacen muchos diagnósticos y, claro, mientras más diagnósticos se hacen, más casos se detectan. Quien no hace diagnóstico, no detecta”, señaló el experto.

En términos de acceso a materiales de laboratorio, respiradores y equipos de protección personal, los expertos destacaron que América Latina enfrentaba una dificultad adicional debido a que debe importar estos insumos.

Y, en el contexto de una pandemia global, la región tuvo que competir con países que no solamente disponen de un mayor músculo financiero sino además que tienen el poder –como Estados Unidos– de prohibirle a las empresas fabricantes la exportación de estos bienes.

4. Un mensaje poco claro

Mantener a la población bien informada con mensajes claros y coherentes es, según los expertos, un elemento fundamental para que la lucha contra la pandemia funcione.

Sin embargo, al parecer, ese no siempre ha sido el caso. Gotuzzo, por ejemplo, señaló que en Perú había personas que no sabían cómo usar las mascarillas o lo hacían de forma descuidada, por lo que estas no cumplían su función.

Lo mismo vale para las instrucciones relacionadas con la necesidad de guardar distanciamiento físico o de evitar aglomeraciones, pues muchas personas seguían haciendo reuniones con sus familiares y amigos.

En otros países, han sido las propias autoridades las que han transmitido un mensaje desacertado.

“En algunos casos se minimizó el virus y se le envió a la población un mensaje equívoco”, dijo Álvarez en referencia a las declaraciones en las que el presidente de Brasil, Jair Messias Bolsonaro, decía que la COVID-19 era una “gripecita”.

“El mensaje debe ser homogéneo, sin maximizar pero tampoco sin minimizar la pandemia. Este virus no es el del Ébola, pero tampoco es una gripe. Tiene una tasa de letalidad importante, sobre todo en las personas mayores de 70 años”, afirmó el especialista.

5. Una economía precaria

El estado precario de la economía de los países latinoamericanos es para los expertos un elemento central a la hora de explicar por qué en la región las duras medidas de confinamiento no han tenido los mismos resultados que en Europa.

“Muchos países están experimentando un aumento muy importante de casos. Esto probablemente tiene que ver con los retos que enfrentan los países de América Latina con la pobreza, la economía informal y las dificultades para aplicar las medidas de distanciamiento físico”, dijo Jarbas Barbosa, subdirector de la OPS.

Carlos Arturo Álvarez señaló que las medidas de confinamiento son muy difíciles de cumplir en América Latina. “Muchos de los empleos son informales y la gente no se puede quedar en su casa a esperar a que les llegue el salario. Al mismo tiempo, los gobiernos de la región no tienen la capacidad para implementar una estrategia para sostener económicamente a la población, como ocurre en otras partes del mundo”, afirmó.

Gotuzzo destacó cómo, paradójicamente, en Perú el pago de una ayuda social a las familias más pobres pudo haber servido para expandir los contagios, pues las personas debían acudir a sucursales bancarias para hacer efectivo el cobro.

El experto consideró que los grandes mercados populares también se convirtieron en centros de contagio pues los trabajadores informales –sin ahorros para quedarse en casa– debían salir cada día a trabajar, pero también a comprar lo que necesitaban, y en esas grandes aglomeraciones se infectaban y luego contagiaban a sus familias.

El problema, claro está, es que para esas poblaciones necesitadas, quedarse en casa tampoco era una posibilidad real.



SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL DEL HUILA

COLOMBIA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR
LEISHMANIOSIS VISCERAL EN HUILA

12/06/2020

La Secretaría de Salud de Huila emitió una alerta epidemiológica en 13 municipios del departamento por un caso de leishmaniosis visceral en un niño de 17 meses de edad y que involucra los municipios de Gigante y Neiva.

La Secretaría de Salud Departamental informó a la red prestadora de servicios de la identificación del caso, luego de efectuar la toma de muestras para el diagnóstico, que se ha enviado para su confirmación al Instituto Nacional de Salud.

La alerta epidemiológica por leishmaniosis visceral fue extendida a los municipios de Agrado, Aipe, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Iquira, Neiva, Paicol, Palermo, Rivera, Santa María, Tello y Tesalia, considerados como endémicos por la presencia del flebótomo *Lutzomyia*, vector de la enfermedad, para que se active la ruta de atención para el abordaje integral de la leishmaniosis.

Según el contexto histórico del evento en el departamento de Huila, se han notificado un total de 26 casos confirmados de leishmaniosis visceral en el periodo comprendido entre 2009 y 2018.

El caso probable de leishmaniosis visceral se encuentra bajo atención hospitalaria. El periodo de incubación de la enfermedad involucra directamente a los municipios de Gigante y Neiva.

Debido a la presencia de *Lutzomyia longipalpis*, el Instituto Nacional de Salud de Colombia considera a la capital de Huila de alto riesgo, ya que es el principal foco de área urbana del país donde se han encontrado casos en diferentes comunas.

“Esta alerta significa convocar a todos los actores institucionales y comunitarios para actuar de manera coordinada en la búsqueda y eliminación del vector de la enfermedad, por esta razón se llama a activar las acciones de vigilancia epidemiológica y notificación inmediata de casos sospechosos” indicó César Alberto Polanía Silva, secretario de Salud departamental.



18/06/2020

Brote masivo en un matadero alemán

La cifra de infectados por COVID-19 entre los trabajadores de un matadero en la ciudad alemana de Gütersloh superó los 650 positivos el 17 de junio, desatando la alarma y llevando al distrito a decretar el cierre de escuelas y guarderías.

De los 983 test realizados hasta el momento han dado positivo 657, aunque no se descarta que el número pueda aumentar, ya que en las instalaciones de la empresa cárnica Tönnies han trabajado hasta 7.000 personas en los últimos tiempos.

Tönnies anunció el 17 de junio el cierre total de la planta para evitar nuevas infecciones, mientras que los trabajadores contagiados y las personas con las que han estado en contacto –tanto compañeros de trabajo como familiares– tendrán que guardar cuarentena.

Además, todos los colegios y guarderías cerrarán, aunque no se producirá un confinamiento generalizado, afirmó el jefe de distrito, Sven-Georg Adenauer.

Muchos de los empleados de la planta cárnica de Gütersloh proceden del este de Europa y están alojados en instalaciones comunales, aunque los estudios científicos han demostrado que el virus se transmite con más facilidad en entornos refrigerados.

No se trata del primer brote de estas características en un matadero alemán: el 8

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	2.167.407	117.871	655,55	5,44
Brasil	955.377	46.510	450,10	4,87
Rusia	560.321	7.650	383,99	1,37
India	366.946	12.237	26,64	3,33
Reino Unido	300.469	42.288	443,06	14,07
España	245.268	27.136	524,62	11,06
Perú	240.908	7.257	732,66	3,01
Italia	238.159	34.514	393,79	14,49
Chile	220.628	3.615	1.156,12	1,64
Irán	197.647	9.272	235,91	4,69
Francia	190.107	29.540	291,37	15,54
Alemania	189.512	8.874	226,33	4,68
Turquía	182.727	4.861	217,12	2,66
Pakistán	160.118	3.093	72,77	1,93
México	159.793	19.080	124,19	11,94
Arabia Saudí	145.991	1.139	420,64	0,78
Bangladesh	102.292	1.343	62,24	1,31
Canadá	101.629	8.358	269,74	8,22
China	83.293	4.634	5,79	5,56
Qatar	84.441	86	2.940,75	0,10
Sudáfrica	80.412	1.674	135,92	2,08
Bélgica	60.348	9.683	521,16	16,05
Belarús	56.657	331	599,55	0,58
Suecia	56.043	5.053	555,60	9,02
Colombia	55.083	1.887	108,49	3,43
Países Bajos	49.319	6.078	287,95	12,32
Egipto	49.219	1.850	48,28	3,76
Ecuador	49.097	4.087	279,13	8,32
Emiratos Árabes Unidos	43.752	298	443,42	0,68
Indonesia	42.762	2.339	15,67	5,47
Singapur	41.473	26	709,99	0,06
Portugal	38.089	1.524	373,33	4,00
Kuwait	38.074	308	894,16	0,81
Argentina	35.552	929	78,81	2,61
Ucrania	34.833	976	79,56	2,80
Suiza	31.200	1.956	361,02	6,27
Polonia	31.015	1.316	81,93	4,24
Filipinas	27.799	1.116	25,44	4,01
Afganistán	27.532	546	71,05	1,98
Omán	26.818	119	527,85	0,44
Irak	25.717	856	64,22	3,33
Irlanda	25.355	1.714	514,62	6,76
República Dominicana	24.645	635	227,64	2,58
Rumania	23.080	1.473	119,82	6,38
Panamá	22.597	470	525,35	2,08
Bolivia	20.685	679	177,69	3,28
Bahrein	19.961	53	1.181,56	0,27
Israel	19.894	303	230,56	1,52
Armenia	18.698	309	631,23	1,65
Japón	18.300	948	14,46	5,18
Nigeria	17.735	469	8,65	2,64
Austria	17.223	688	191,45	3,99
Kazajistán	15.877	100	84,76	0,63
Otros 165 países y territorios	362.443	10.289	—	—
Total	8.400.320	450.440	107,97	5,36

Tabla 4. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 18 de junio de 2020, 14:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

de mayo, una planta en la localidad de Coesfeld cerró tras detectar 129 casos de COVID-19.

La pandemia ha puesto de manifiesto la dificultad de cumplir las medidas de distancia e higiene en el contexto de las condiciones laborales existentes en el sector cárnico, lo que el mes pasado llevó al gobierno a anunciar una reforma estructural del ramo, caracterizado por la mano de obra temporal e inmigrante.

Terminó el estado de emergencia en Hungría

El 18 de junio entró oficialmente en vigor la ley por la que termina formalmente en Hungría el estado de emergencia por la COVID-19, vigente desde mediados de marzo, y por la que el Ejecutivo devuelve al Parlamento los poderes extraordinarios con los que ha gobernado este tiempo sin control del Legislativo.

Además, se ha eliminado las restricciones de movimiento para los mayores de 65 años, que sólo podían acudir a los comercios y farmacias entre las 09:00 y las 12:00 horas, informó el ministro de Gobernación, Gergely Gulyás.

También han quedado autorizados los eventos públicos, como conciertos, de menos de 500 personas, pero se mantiene la obligación de usar mascarilla en los comercios y en el transporte público.

Tras el fin del estado de emergencia, Hungría mantendrá la alerta epidemiológica, ante la posibilidad de una segunda ola de contagios, adelantaron las autoridades del país.

El impacto de la pandemia ha sido moderadamente bajo en Hungría, con 4.079 casos y 568 fallecidos hasta ahora.

Falleció el jefe indígena amazónico Paulinho Paiaikã

Paulinho Paiaikã, de 66 años de edad, jefe de la comunidad indígena Kayapó de Brasil, falleció el 17 de junio en Redenção, una ciudad en el estado de Pará, en el sur de Brasil.

Varios ancianos tribales han muerto a causa de la COVID-19 en el estado, donde la enfermedad se ha extendido entre las comunidades indígenas.

Paiaikã era conocido por su activismo ambiental, particularmente por llamar la atención sobre el costo de construir la central hidroeléctrica Belo Monte en el río Xingu del Amazonas en la década de 1980.

“Su legado deja en la historia y en la vida de los pueblos mucha fuerza. Reconocido internacionalmente como un gran defensor del bosque y sus pueblos, Paiaikã fue una fuente de inspiración en la lucha para todos nosotros”, dijo la Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil (APIB) en un comunicado.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
América	4.105.902	212.817	402,08	5,18
Europa	2.517.293	190.973	269,37	7,59
Mediterráneo Oriental	849.424	18.810	116,66	2,21
Sudeste Asiático	527.391	16.024	26,48	3,04
Pacífico Occidental	203.325	7.270	10,23	3,58
África	196.985	4.546	17,65	2,31
Total	8.400.320	450.440	107,97	5,36

Tabla 5. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 18 de junio de 2020, 14:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

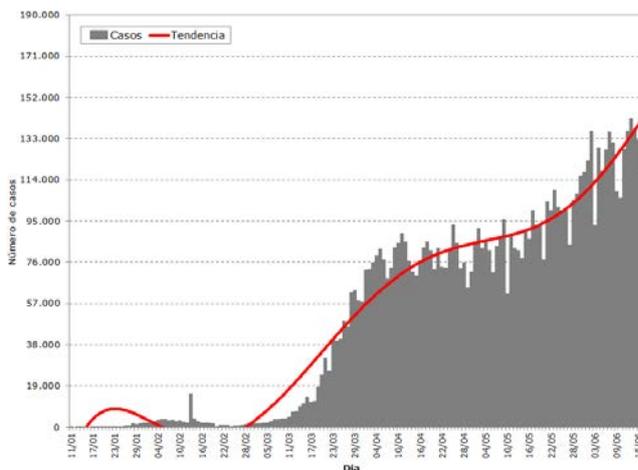


Gráfico 5. Casos confirmados de COVID-19 a nivel global, y línea de tendencia. Del 11 de enero al 18 de junio de 2020. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Los pueblos indígenas de Brasil están muriendo por la COVID-19 a un ritmo alarmante. La tasa de mortalidad es el doble que la del resto de la población del país, según la APIB, que rastrea el número de casos y muertes entre los 900.000 indígenas brasileños.

Aseguran que el brote en Beijing ya está controlado

El jefe de epidemiología del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China, Wu Zunyou, afirmó el 18 de junio que el brote de COVID-19 detectado el 11 de junio en Beijing “está controlado” gracias a las medidas adoptadas para contenerlo.

“En los próximos días seguiremos viendo nuevos casos, pero la transmisión del virus está bajo control, con lo que la curva se irá aplanando poco a poco. El 13 de junio se llegó al pico de transmisiones en la ciudad”, afirmó Wu. El brote ha afectado hasta ahora a 158 personas en la capital.

Beijing aumentó el 16 de junio el nivel de respuesta a emergencias por la COVID-19 en un intento de frenar la propagación del brote, y continúa realizando pruebas a sus residentes, incluyendo los empleados de todos los restaurantes, universidades y mercados de la ciudad.

Además, no pueden abandonar la ciudad personas que hayan dado positivo para la COVID-19, contactos cercanos, casos asintomáticos, personas que muestren síntomas, aquellos que hayan tenido contacto con el mercado y residentes en zonas de riesgo alto y medio.

Hasta ahora, sólo el barrio de Huaxiang, donde se encuentra el mercado, se considera zona de alto riesgo –la única en este momento en toda China– mientras que se han declarado 32 áreas de riesgo medio a lo largo de la ciudad.

La subsecretaria general del Gobierno municipal, Chen Bei, anunció el 16 de junio que la ciudad pasaba del tercer al segundo nivel de emergencia. Pero aunque este segundo nivel no lo incluye, se han suspendido los vuelos interprovinciales, se han cancelado todas las clases presenciales y se aconseja a los residentes que trabajen desde su casa.

Sudáfrica relaja nuevamente el confinamiento

Con un total de 80.412 casos confirmados de COVID-19 y 1.674 muertes relacionadas, Sudáfrica efectúa con cautela desde el 18 de junio un nuevo relajamiento en las medidas de confinamiento que permita cierta reactivación económica.

Sudáfrica mantiene una tasa de letalidad de 2,08%, muy por debajo de la media mundial, que es de 5,37%. En tanto, el número de recuperaciones sigue aumentando también en el país, con un total hasta la fecha de 44.331, lo que representa una tasa de recuperación de 55,13%. Actualmente, Sudáfrica registra 34.407 casos activos de COVID-19.

En las tres semanas previas a la implementación del confinamiento nacional, el 27 de marzo, el número de infecciones se duplicaba cada dos días. Durante el nivel cinco de Alerta, implantado en esa fecha, el tiempo de duplicación aumentó a 15 días. Y en los niveles cuatro y el actual tres, el tiempo de duplicación ha sido de alrededor de 12 días.

“Pero, aunque es de esperar que en los próximos meses aumente drásticamente el número de infectados, el gobierno ha decidido relajar parcialmente el actual Nivel Tres de Confinamiento”, explicó el presidente sudafricano, Matamela Cyril Ramaphosa.

Ello se realiza dadas las apremiantes necesidades económicas, sobre todo de las personas de menos ingresos, las más afectadas por la pandemia.

A partir de ahora se autorizan la reapertura de restaurantes para comer en el lugar, y los alojamientos debidamente acreditados y con licencia. También la realización de conferencias y reuniones con fines comerciales, y en línea con las restricciones a las reuniones públicas, y la asistencia a cines y teatros, respetando el distanciamiento físico.

Reinician también sus actividades, siempre bajo medidas preventivas, los casinos, los servicios de cuidado personal, incluyendo peluquería y atención de belleza. En cuanto a los deportes se permite la realización de aquellos sin contacto físico como golf, tenis, cricket y otros. Respecto de los de contacto, solo se permitirán los entrenamientos.

La COVID-19 volvió a Montenegro tras un partido de fútbol

Montenegro contabilizó nuevos casos de COVID-19, dos semanas después de haberse proclamado libre de la enfermedad, siendo los nuevos casos, en su mayoría, ciudadanos que asistieron en Beograd, la capital de Serbia, a un partido de fútbol que reunió a miles de personas.

Las autoridades montenegrinas habían declarado el 2 de junio que el pequeño país de los Balcanes, donde no se habían detectado nuevos contagios autóctonos desde el 5 de mayo, no registraba ya casos activos de la COVID-19.

Pero el director del Centro Clínico de Podgorica, Jevto Erakovic, anunció el 18 de junio nueve casos importados, denunciando el “comportamiento de ciertos individuos irresponsables”.

Entre estos nuevos casos, siete son ciudadanos montenegrinos que acudieron la semana pasada a la capital serbia para asistir al llamado ‘Derbi Eterno de Beograd’ entre el Partizan y el Estrella Roja, los dos grandes rivales de la ciudad.

El partido, una de las semifinales de la Copa de Serbia, se disputó ante 16.000 espectadores, ya que el país había autorizado, desde el final del confinamiento, las reuniones a cielo abierto de un número ilimitado de personas.

“Está claro que el desplazamiento de nuestros ciudadanos al derbi provocó la situación actual”, deploró el médico, que espera “un número más elevado de nuevos casos en el curso de los próximos días”.

El pequeño país de 620.000 habitantes, último de la región en verse afectado por la epidemia de COVID-19, contabiliza hasta ahora nueve muertos y 333 contagios.

Montenegro reabrió sus fronteras el 1 de junio a los ciudadanos de países con tasas de incidencia de menos de 25 casos cada 100.000 habitantes. Serbia, con una tasa de 144,28 casos, no figura en esa lista.

Chile informó más de 31.000 casos no contabilizados

Chile sumará más de 31.000 casos confirmados de COVID-19 no contabilizados por diferencias en sus bases de datos, en momentos en que el país registra un sostenido aumento en los contagios y en que las cifras oficiales del Ministerio de Salud son cuestionadas.

El país sumaba hasta el 16 de junio 184.449 casos y 3.383 fallecidos luego de que en mayo se dispararan los contagios, a lo que se sumaron desde el 17 de junio inconsistencias detectadas por un comité de expertos que asesora al gobierno nacional.

“Hemos detectado que existe un número importante de personas que no fueron notificadas o que su estado no fue procesado y continúan como pendientes”, detalló el médico Rafael Ignacio Araos Bralic, miembro del comité.

“Este grupo de personas no notificadas, o sospechosas o pendientes, han sido positivos en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y constituyen de esa manera casos confirmados” de COVID-19”, agregó al detallar que el número asciende a 31.412 personas. Esta cifra de contagiados no notificados equivale a 17% del total de infecciones reportadas a la fecha en Chile: 184.449. Así, el país llegará a los 215.861 casos positivos.

El experto subrayó que los casos ocurrieron a lo largo de todo el período pandémico en Chile, que empezó a inicios de marzo, y principalmente son contagios en la Región Metropolitana de Santiago.

El Ministerio de Salud chileno ha sido blanco de críticas por reiterados ajustes de metodología para contabilizar contagios y decesos debido a la COVID-19, que incluso llevaron al reemplazo del ministro Jaime José Mañalich Muxi durante el fin de semana.

Chile extendió a partir del 16 de junio, y por 90 días, el estado excepcional de catástrofe que rige desde mediados de marzo debido al avance de la crisis sanitaria, mientras el gobierno lanzó un nuevo plan de emergencia económica para contrarrestar los efectos del confinamiento por la COVID-19.

macquarie
portnews

AUSTRALIA

AUMENTARON LOS CASOS DE FIEBRE
DEL RÍO ROSS EN NEW SOUTH WALES

19/05/2020

Ha habido un incremento en el número de casos reportados de fiebre del río Ross, una infección viral transmitida por mosquitos, en la Costa Norte Central de New South Wales. Este aumento es lo suficientemente importante como para justificar una advertencia por parte de la Unidad de Salud Pública de la Costa Norte para tomar las medidas apropiadas para evitar las picaduras de mosquitos.



Aedes vigilax, uno de los mosquitos más comunes y de importancia para la salud pública en las regiones costeras de New South Wales.

La fiebre del río Ross es la enfermedad transmitida por mosquitos más comúnmente reportada en Australia. Hay alrededor de 40 especies diferentes de mosquitos implicadas en su transmisión y se clasifica como una enfermedad de declaración obligatoria. Se estima que se producen alrededor de 5.000 casos de esta enfermedad en todo el país y entre 500 y 1.500 casos por año en New South Wales. Sin embargo, es probable que haya muchas más personas que experimenten una enfermedad mucho más leve y nunca se hagan el análisis de sangre para confirmar la infección.

El Distrito de Salud local ha sido identificado como un punto crítico, con tasas de transmisión de fiebre del río Ross y de fiebre del bosque de Barmah que se han duplicado respecto de 2019.

El Dr. Cameron Webb, experto en mosquitos y que trabaja para la Universidad de Sydney y New South Wales Salud, tiene más de 20 años estudiando el impacto de la urbanización y la salud de las vías fluviales en las poblaciones de mosquitos. “Una de las cosas únicas de la Costa Norte Central y otras partes de la costa de New South Wales es que presentan una amplia gama de hábitats adecuados para los mosquitos”, dijo Webb.

“En New South Wales existen más de 60 tipos diferentes de mosquitos y la mayoría de ellos tienen poca importancia para la salud pública. Pero media docena representan una preocupación real y se encuentran en tipos específicos de entornos”.

“Alrededor de Port Macquarie hay ambientes influenciados por las mareas, como marismas, bosques costeros y pantanos de árboles de té. Cuando estos se combinan, hay mosquitos que emergen de varios hábitats diferentes en el área”.

“Esta temporada ha sido única. Ha habido lluvias excepcionales después de un largo período de sequía, lo que es una tormenta perfecta para los mosquitos, y han persistido durante más tiempo que lo normal en otoño”.

Webb trabaja con las autoridades gubernamentales locales y estatales en los alrededores de Byron Bay y Ballina para integrar mejor el manejo de mosquitos en las estrategias generales de desarrollo urbano. Esto incluye la construcción y rehabilitación de humedales, así como elementos de diseño urbano.

“En Sydney hay una alta concentración de mosquitos, un síntoma de la mala salud de los humedales. La rehabilitación de esos humedales puede reducir la cantidad de mosquitos. Pero como también abrimos las zonas costeras al desarrollo urbano, las personas viven más cerca de los humedales que antes. Además, las personas que se mudan a áreas como esta desde la ciudad, por ejemplo, no comprenden completamente los riesgos para la salud que representan los mosquitos o no toman las medidas adecuadas para evitar ser picados”.

Si bien la fiebre del río Ross no es una enfermedad que pone en peligro la vida, puede ser gravemente incapacitante; algunas personas pueden recuperarse en unas semanas, mientras que otras experimentan síntomas dolorosos durante meses.

“Tanto los consejos locales como el Departamento de Salud tienen un papel que desempeñar para asegurarse de que se compartan mensajes claros y adecuados en la comunidad para evitar las picaduras de mosquitos”, dijo Webb.

“Como cualquier mensaje de salud pública, debemos asegurarnos de que la comunidad reciba el mejor consejo para hacer cambios y evitar las picaduras. Y eso incluye desde elegir el tipo correcto de repelentes hasta reducir las oportunidades de que los mosquitos se reproduzcan en el propio patio trasero”.

Los consejos locales de New South Wales atrapan mosquitos y los envían a New South Wales Salud para realizar análisis semanales desde el comienzo de la primavera hasta mediados de otoño. New South Wales Salud coordina el programa de monitoreo de arbovirus y mosquitos en todo el estado. Los mosquitos se recolectan utilizando trampas con dióxido de carbono.

“Observamos los tipos de mosquitos atrapados en las trampas, los contamos e identificamos y los analizamos para ver si alguno porta virus de importancia para la salud humana”, dijo Webb. “Esos resultados ayudan a dar forma a las medidas en torno al manejo del mosquito y las enfermedades transmitidas por estos insectos”.

Webb opinó que los consejos pueden usar esos datos de muchas maneras, desde incluirlos en la toma de decisiones para nuevos desarrollos urbanos hasta la gestión de riesgos en proyectos de rehabilitación de humedales y campañas de concientización comunitaria.

Es difícil predecir la prevalencia de enfermedades transmitidas por mosquitos en un área debido a la combinación de factores de riesgo complejos y en evolución. “Las poblaciones de mosquitos están determinadas por diferencias estacionales, la lluvia, la temperatura y la inundación por las mareas de los humedales locales”, explicó Webb.

“Lo que sí se sabe es que con el cambio climático se verán más mosquitos a principios de la primavera y hasta el otoño. Pero lo que no se producirá necesariamente es la introducción de mosquitos que propagan más patógenos como los virus Dengue o Zika en New South Wales”.

“La gestión de los cuerpos de agua y humedales costeros siempre tendrá el potencial de cambiar las poblaciones de mosquitos. Una reducción en las poblaciones de mosquitos puede ser un beneficio de las mejoras de las vías fluviales”.

Un mosquito solo propagará el virus del río Ross o el de la fiebre del bosque de Barmah a un humano después de haber picado a un animal infectado, como un canguro o un wallaby. “Eso significa que hay un rompecabezas realmente complejo para armar al momento de predecir brotes. No solo tenemos que preocuparnos por el clima y los humedales, también tenemos que preocuparnos por la vida silvestre que porta esas enfermedades”, dijo Webb.

“Una de las razones por las cuales los programas de vigilancia de los consejos y New South Wales Salud son importantes es porque es un monitoreo en tiempo real”, concluyó.¹

¹ La fiebre del Río Ross es una de las infecciones más comunes y extendidas en Australia. Es una enfermedad viral de resolución espontánea, con un período de incubación de 3 a 14 días, que se caracteriza por artralgias o artritis principalmente de las muñecas, las rodillas y los tobillos y las articulaciones pequeñas de las extremidades, y dura desde unos días hasta varios meses. En muchos enfermos, la artritis inicial va seguida, entre 1 y 15 días después, por una erupción máculopapulosa, no pruriginosa, que afecta, sobre todo, al tronco y las extremidades. Puede haber enantema en la cara interna de las mejillas y el paladar. La erupción cutánea cede en el término de 7 a 10 días. Aparecen con frecuencia adenopatías cervicales, y en un pequeño porcentaje de casos puede haber parestesias y dolor a la palpación de palmas de manos y plantas de pies. La fiebre y otros síntomas constitucionales, son generalmente leves.

La incidencia de infección clínica varía considerablemente entre las zonas endémicas y epidémicas. El cuadro clínico es raro antes de la pubertad, después la enfermedad tiene un patrón similar en todas las edades. La enfermedad puede causar incapacidad para el trabajo de dos a tres meses. Una cuarta parte de los pacientes tienen síntomas reumáticos que persisten por un período de hasta un año, aunque rara vez más.

El agente infeccioso es el virus del Río Ross (RRV). Este virus fue aislado en 1959 en mosquitos *Aedes vigilax*. Fue confirmado como agente causal en 1971 en que se aisló en la madre de un niño aborigen que padecía la enfermedad. También es transmitido por los mosquitos *Culex annulostris* y *Aedes polynesiensis*. No se transmite de persona a persona.

Los canguros y wallabies, y posiblemente otros marsupiales, son reservorios del virus. Se ha demostrado la transmisión transovárica del virus en *Aedes vigilax*, lo que explica la rápida aparición de casos de la enfermedad después de fuertes lluvias.

Se han observado brotes importantes de fiebre del Río Ross en Australia, principalmente de enero a mayo (época de lluvias en la zona del Río Ross). La enfermedad es endémica en toda Australia, Papúa Nueva Guinea, Timor Oriental, las islas adyacentes de Indonesia y las Islas Salomón.

La fiebre del bosque de Barmah lleva el nombre de esta área en el norte de Victoria, Australia, donde se aisló por primera vez en 1974. El primer caso en humanos fue documentado en 1986. La enfermedad es causada por el virus del bosque de Barmah (BFV), un virus ARN del género *Alphavirus*, el segundo arbovirus más frecuente en Australia.

La enfermedad solo se ha registrado en Australia, y se ha extendido gradualmente desde las áreas subtropicales del norte de Victoria a las regiones costeras de New South Wales, Queensland y Western Australia. La fiebre del bosque de Barmah no es mortal y la mayoría de las personas infectadas se recuperan. Las personas tienen más probabilidades de contraer la enfermedad en verano y otoño. Sin embargo, en el suroeste de Western Australia, la enfermedad tiene su mayor incidencia en primavera.

El virus solo puede transmitirse a los humanos por la picadura de mosquitos infectados. Varias especies de mosquitos se han asociado con la vectorización del virus, incluidas las especies *Aedes vigilax* y *Culex annulostris*. El contacto directo con una persona o animal infectado no causa infección. Los principales reservorios del virus son marsupiales, especialmente zarigüeyas, canguros y wallabies.

Los síntomas de la enfermedad incluyen fiebre, malestar, erupción cutánea, artralgia y sensibilidad muscular. La fiebre y el malestar general generalmente desaparecen en unos pocos días a una semana, pero otros síntomas como el dolor en las articulaciones pueden continuar durante seis meses o más. En general, los síntomas son similares a los de la fiebre del río Ross, aunque generalmente persisten por más tiempo en las personas infectadas con este último.

La mayoría de las personas pueden recuperarse en unas pocas semanas, pero en un escaso porcentaje los síntomas pueden persistir durante muchos meses y, en los casos más graves, hasta un año. No se han registrado muertes causadas por la enfermedad, que puede afectar a todas las personas, independientemente de su edad, género o etnia.

Entre los años 1995 y 2008, se registraron 15.592 casos de fiebre del bosque de Barmah en Australia. De estos, Queensland registró más de 50%.

En los últimos años, ha habido una tendencia creciente en el número de casos en Australia. Este aumento podría ser el resultado del desarrollo urbano y los cambios en las prácticas de tierra y riego que finalmente permiten una mayor reproducción de los mosquitos, lo que resulta en más brotes de fiebre del bosque de Barmah.

Dos casos de encefalitis viral transmitida por garrapatas y más de 300 casos de enfermedad de Lyme han sido diagnosticados en Estonia desde el comienzo del año. Irina Dontšenko, asesora de preparación epidemiológica de la Junta de Salud, dijo que la tasa de incidencia de casos es similar a la de años anteriores. Dontšenko describió a las garrapatas como más activas este año.

“El invierno fue relativamente templado y todas quieren alimentarse; especialmente las más pequeñas, que aún no han probado la sangre, están especialmente hambrientas”, dijo.

El profesor Eerik Jõgi, del Tartu Healthcare College, agregó que el invierno templado ayudó a las garrapatas a sobrevivir y que su número, no tanto su actividad, podría ser mayor este año.

“Si el verano es demasiado caluroso y seco, las garrapatas son menos activas porque corren el riesgo de deshidratarse. También permanecen menos activas cuando el verano es demasiado húmedo y frío. Pero a las personas les gusta un verano con un buen equilibrio entre lluvias y calor, y a la garrapatas también”, dijo Jõgi.

La jefa del Departamento de Virología e Inmunología del Instituto Estonio para el Desarrollo de la Salud, Julia Geller, confirmó que la abundancia de garrapatas depende de varios factores.

“Lo que es bueno para una garrapata en el condado de Pärnu y la hace más activa allí, no necesariamente existe en el condado de Viljandi, por ejemplo. Ciertas áreas de riesgo se han desarrollado en Estonia”, dijo Geller.

Irina Dontšenko dijo que si bien hay casos en todos los condados, las tasas de casos de enfermedades transmitidas por garrapatas son mucho más altas en el oeste y sureste de Estonia, en comparación con el resto del país.

“La tasa de incidencia promedio de la encefalitis viral transmitida por garrapatas llegó a 6,3 casos cada 100.000 habitantes el año pasado, pero fue 15 veces mayor que en Hiiumaa, cuatro veces mayor que en Saaremaa y dos veces mayor que en los condados de Pärnu y Põlva. Respecto de la borreliosis, la tasa promedio llegó a 175 casos cada 100.000 habitantes, una tasa seis veces mayor que en Saaremaa, 1,7 veces que en el condado de Pärnu y 1,5 veces que en los condados de Rapla y Võru”, dijo Dontšenko.

Cuanto más garrapatas habitan en un área, mayores serán las posibilidades de contraer enfermedades transmitidas por ellas. “El fenómeno en Estonia occidental es que si bien hay tantas garrapatas portadoras de enfermedades como en cualquier otro lugar, el hecho de que sus números sean de dos a cuatro veces más altos significa que también existe el riesgo de contraer una enfermedad”, explicó.

Los datos del año pasado sugieren que hasta un tercio de las garrapatas podrían ser portadoras de borreliosis o enfermedad de Lyme.

Las personas pueden protegerse contra la encefalitis transmitida por garrapatas con una vacuna, que Dontšenko dijo que se está volviendo más popular. Si bien las personas pueden vacunarse en cualquier momento, la inmunidad tarda un tiempo en desarrollarse.

El 15 de abril de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió información sobre un caso confirmado de fiebre amarilla en la aldea de Magandi, ciudad de Tchibanga, provincia de Nyanga, en el sur de Gabón, a 590 km de la capital, Libreville.

El caso es un hombre de 83 años sin antecedentes conocidos de vacunación contra la fiebre amarilla. Comenzó los síntomas el 30 de enero de 2020 y se presentó en un centro de salud el 2 de febrero con dolor abdominal e ictericia. Entre el 2 de febrero y el 9 de abril, consultó en el Centro de Salud Urbano en Tchibanga, en el Hospital Christian Alliance en Bongolo y en el hospital de la Universidad en la capital, Libreville, donde el caso recibió tratamiento antimalárico y permaneció hospitalizado hasta su muerte el 9 de abril. El 14 de abril se recibieron los resultados del estudio realizado en el Laboratorio de Referencia Regional de la OMS en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' en Dakar, Senegal, que confirmaban la infección por fiebre amarilla, mediante una prueba de seroneutralización. Las pruebas de diagnóstico diferencial adicionales realizadas fueron negativas para dengue, fiebre del Nilo Occidental, fiebre chikungunya, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, fiebre zika y fiebre del Valle del Rift.

El 15 de abril de 2020, el Ministerio de Salud llevó a cabo una investigación multidisciplinaria en Tchibanga con el apoyo técnico de la OMS. Según el informe de investigación de campo, el caso no tenía antecedentes de viaje recientes antes del inicio de la enfermedad y no se encontraron casos adicionales en la comunidad, a pesar de las extensas actividades de búsqueda de casos.

Los últimos casos de fiebre amarilla en Gabón se detectaron en 2019: dos casos confirmados en trabajadores internacionales no vacunados en el distrito sanitario de Mitzic, región de Woleu-Ntem.

La vacuna contra la fiebre amarilla se introdujo en la inmunización de rutina en el año 2000. La cobertura de vacunación contra esta enfermedad es considerada como subóptima (inferior a 85%) en Gabón, según estimaciones de 2018 de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El caso actual corresponde al área sanitaria de Mongo, donde la cobertura de vacunación es de 76% en 2020.

Respuesta de salud pública

- Se desplegó un equipo de investigación de campo el 15 de abril de 2020.
- Se realizó una investigación epidemiológica en la aldea de residencia del caso.
- Se está planificando una inmunización de rutina intensificada.
- Se está planificando una encuesta entomológica.

Evaluación de riesgos de la OMS

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda que tiene el potencial de propagarse rápidamente y causar un grave impacto en la salud pública en poblaciones no vacunadas.

La detección del caso confirmado en la provincia de Nyanga pone de manifiesto la posibilidad de la propagación de la fiebre amarilla selvática en áreas endémicas a personas no vacunadas en un área rural, incluso en el contexto de inmunidad poblacional moderadamente alta (70%). Esto resalta la importancia de lograr y mantener una alta inmunidad de la población en todas las áreas de alto riesgo para fiebre amarilla.

Actualmente existe el riesgo de interrupción de las actividades de inmunización de rutina debido al impacto de la pandemia de COVID-19 en el sistema de salud y una menor demanda de inmunización debido a los requisitos de distanciamiento físico o la renuencia de la comunidad. La interrupción de los servicios de inmunización, incluso por breves períodos, aumentará el número de personas susceptibles y la probabilidad de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación. Hasta el 18 de junio de 2020, ha habido 4.229 casos confirmados de COVID-19 en Gabón, con 30 muertes asociadas.

Advertencias de la OMS

Gabón es un país de alta prioridad para la estrategia Eliminación de las Epidemias de Fiebre Amarilla (EYE). La vacunación es la principal intervención para la prevención y el control de la enfermedad. En los centros urbanos, las medidas específicas de control de vectores también son útiles para interrumpir la transmisión. La OMS y sus asociados continuarán apoyando a las autoridades locales para implementar estas intervenciones para controlar el brote actual.

La OMS recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros internacionales que lleguen a Gabón, a partir de los nueve meses de edad.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura, altamente efectiva y brinda protección de por vida. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la validez del certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla se extiende a la vida de la persona vacunada. No se puede exigir una dosis de refuerzo de la vacuna a los viajeros internacionales como condición de entrada.

La OMS ha publicado principios rectores para las actividades de inmunización durante la pandemia de COVID-19 y ha desarrollado una guía operativa específica para realizar campañas de vacunación masiva en el contexto de la pandemia. La Estrategia EYE apoyará la reanudación rápida de las actividades preventivas de la fiebre amarilla de acuerdo con las orientaciones de la OMS.²

La OMS alienta a sus Estados Miembros a tomar todas las medidas necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas, incluida la vacunación. Los viajeros también deben ser conscientes de los signos y síntomas de la fiebre amarilla y recibir instrucciones de buscar consejo médico rápidamente si experimentan signos y síntomas sugestivos de fiebre amarilla. Los viajeros que regresan a Gabón y que pueden estar infectados de fiebre amarilla pueden representar un riesgo para el establecimiento de ciclos locales de transmisión de la enfermedad en áreas donde el vector competente está presente.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o el comercio con Gabón sobre la base de la información disponible sobre este brote.

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

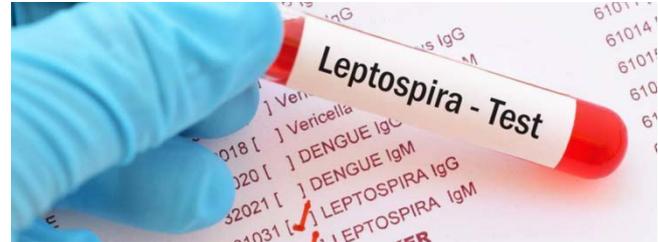


SRI LANKA

SE REGISTRARON MÁS DE MIL CASOS
DE LEPTOSPIROSIS DURANTE MAYO

16/06/2020

La Unidad de Epidemiología de Sri Lanka registró más de mil casos de leptospirosis durante mayo último, un aumento de casi 10 veces en comparación con los 132 de abril.



La leptospirosis, que se propaga principalmente por contacto con el agua o el suelo contaminados por la orina de los animales infectados, afectó a 2.686 personas en lo que va de 2020, según las cifras oficiales.

Sin embargo, las cifras reales podrían ser más elevadas, pues existe una discrepancia entre los registros hospitalarios y los datos de vigilancia de la Unidad de Epidemiología, que registró 1.014 casos en mayo.

Anteriormente, la Unidad de Epidemiología instó a implementar medidas preventivas contra la enfermedad, ya que los agricultores, que son muy susceptibles a la enfermedad, aumentan las labores durante la temporada de cultivo de Yala, entre mayo y agosto.³

Lo anterior incluye la concientización entre los grupos de alto riesgo y la provisión de quimiopprofilaxis con doxiciclina, la droga utilizada para tratar la enfermedad.

No obstante, existe la posibilidad de experimentar un aumento en la incidencia de la leptospirosis, especialmente en las zonas donde están extendidos los cultivos de arroz.



TAIWÁN

LOS CASOS DE GONORREA ALCANZAN EL
MÁXIMO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

16/06/2020

El número de casos de gonorrea en Taiwán alcanzó un máximo de los últimos cinco años entre enero y mayo de 2020.

En esos cinco meses, se confirmaron 2.338 casos de esta infección de transmisión sexual, lo que representa un crecimiento de 37,3% respecto del mismo período del año pasado. Las cifras para el período enero-mayo en los últimos cinco años fueron: 1.726 (2016); 1.943 (2017); 1.719 (2018); 1.703 (2019); y 2.338 (2020).

³ El arroz es el alimento básico de los habitantes de Sri Lanka. Los cultivos de arroz se implantan en humedales de todos los distritos. Se estima que la tierra total dedicada a los arrozales es de unas 708.000 hectáreas en la actualidad. Hay dos estaciones de cultivo: *Maha* y *Yala*, que se corresponden con las dos temporadas monzónicas. La temporada de *Maha* cae durante el “monzón del noreste”, de septiembre a marzo. La temporada de *Yala* tiene lugar entre mayo y fines de agosto.

Entre los pacientes, 202 eran mujeres y 2.136 hombres, según los Centros de Control de Enfermedades de Taiwán (CDC). Los casos masculinos experimentaron un aumento de 34,4% respecto del año pasado, mientras que los casos femeninos registraron un asombroso aumento anual de 77,2%.

Las razones detrás del aumento podrían ser el sexo sin protección y las múltiples parejas sexuales, dijo Lin Yung-ching, médico de los CDC de Taiwán. Alrededor de 75,6% de los casos confirmados en lo que va del año ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 39 años.

Las autoridades sanitarias instaron a la población a mantener relaciones sexuales seguras y utilizar las clínicas de infecciones de transmisión sexual del país para el diagnóstico y la intervención oportunos.

THE LANCET
Microbe

PRIMER CASO DE VIH RESISTENTE A TODAS
LAS COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES

11/06/2020

Ha sido descrito el primer caso de una persona portadora de VIH resistente a las cinco familias de fármacos orales que se usan habitualmente como antirretrovirales, mostrándose insensible a 25 de los 26 medicamentos probados. Para que el tratamiento contra el VIH sea efectivo, es necesaria la acción conjunta de al menos dos fármacos de distintas familias, por lo que el trabajo subraya la importancia de desarrollar nuevos medicamentos que funcionen por vías alternativas y a los que estos virus no hayan desarrollado resistencias. Se destaca también la necesidad de realizar estudios de monitorización que detecten este tipo de casos y eviten su transmisión.

Las resistencias del VIH a los antirretrovirales son causadas por una o más mutaciones en la estructura genética del virus, que afectan a la eficacia de un fármaco –o de una combinación de ellos– a la hora de bloquear la replicación viral. Las resistencias pueden darse en personas en las que el tratamiento no es del todo eficaz, que por diversos motivos no toman el tratamiento de forma continuada o que directamente se infectan con un virus que ya es resistente. En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó que, en algunos países, más de 10% de las nuevas infecciones por VIH se producen con virus que han desarrollado resistencias.

Hasta el momento, la literatura científica había registrado dos casos con resistencias a algunos fármacos de cada una de las cinco familias de antirretrovirales existentes, pero no a todos los medicamentos simultáneamente.

Control parcial de la infección

El caso descrito es el de un hombre diagnosticado con VIH en 1989, a los 41 años. Empezó a tomar tratamiento antirretroviral en la década de 1990, con los primeros medicamentos de baja eficacia, y desde entonces ha tomado 14 fármacos diferentes que solo han conseguido controlar parcialmente la infección. En noviembre de 2015 se le empezó a administrar un

inhibidor de la integrasa de nueva generación, más eficaz y con menos posibilidades de generar resistencias, pero después de una mejoría inicial, el tratamiento volvió a fracasar en junio de 2016.

Mediante técnicas de secuenciación y experimentos en cultivos celulares, se ha demostrado que las muestras de virus de esta persona son resistentes a todos los fármacos de administración oral aprobados, a excepción de uno. Un único medicamento no tiene eficacia contra el VIH porque el virus encuentra fácilmente otras vías de escape. Por eso es necesario administrar terapias que combinen diversas familias y que bloqueen diversas fases del ciclo de infección del virus.

Los análisis sugieren que las resistencias del VIH en este caso se han generado debido a dos motivos: la exposición durante los primeros años a fármacos antirretrovirales que no eran tan eficaces como los actuales y una posible falta de regularidad en la toma de los medicamentos. No se trata de que esté circulando un virus panresistente, sino que se ha generado en este caso concreto.

Evitar la transmisión de virus panresistentes

En este caso concreto, la única alternativa terapéutica sería el uso de anticuerpos que bloqueen el virus o de fármacos con nuevos mecanismos de acción, pero de momento ambas opciones están todavía en fase de desarrollo.

Este caso clínico ilustra el riesgo potencial de las multirresistencias en el campo del VIH, a pesar de la diversidad de antirretrovirales existente. Al no haber opciones terapéuticas disponibles, a excepción de algunos fármacos inyectables que son inviables para el día a día, se pone en evidencia la urgencia del desarrollo de nuevos fármacos antirretrovirales a los que ninguna variante del VIH se haya expuesto nunca, de manera que sea imposible que el virus haya generado resistencias contra ellos.

El trabajo también pone de manifiesto la necesidad de monitorizar los casos de VIH para detectar de manera precoz la aparición de casos resistentes y evitar así su transmisión. En este sentido, la identificación de este caso aislado no supone necesariamente un riesgo para la salud pública, pero enfatiza la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica, porque de la misma forma que ha aparecido uno, pueden aparecer otros. La prevalencia actual del VIH panresistente no se conoce, y es necesario hacerlo para poder detener la cadena de transmisión a tiempo y evitar así infecciones por el VIH sin opciones terapéuticas, como ocurría en la década de 1980.⁴

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

A medida que los países de bajos ingresos de todo el mundo luchan para contrarrestar el avance de la COVID-19, también están contribuyendo involuntariamente a nuevas explosiones de contagios y muertes por otras enfermedades, que son fácilmente prevenibles mediante vacunas.

Esta primavera, después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) advirtieron que la pandemia podría extenderse rápidamente en los centros de vacunación, muchos países los suspendieron. Incluso en los países que intentaron mantenerlos en funcionamiento, la pandemia detuvo los vuelos de carga con suministros de vacunas y los trabajadores de la salud fueron destinados a combatirla.

Ahora, la difteria está surgiendo en Pakistán, Bangladesh y Nepal. El cólera, en Sudán del Sur, Camerún, Mozambique, Yemen y Bangladesh. Y también una cepa mutada de poliovirus ha sido reportada en más de 30 países.

Y el sarampión también se está propagando en todo el mundo, incluyendo Bangladesh, Brasil, Camboya, República Centroafricana, Irak, Kazajistán, Nepal, Nigeria y Uzbekistán.

De los 29 países que han suspendido actualmente las campañas de vacunación contra el sarampión debido a la pandemia, 18 están informando brotes. Otros 13 países están considerando posponer las campañas. Según la Iniciativa contra el Sarampión y la Rubéola, 178 millones de personas corren el riesgo de perder las dosis contra el sarampión en 2020.

El riesgo ahora es “una epidemia que dentro de pocos meses matará a más niños que la COVID-19”, dijo Chibuzo Okonta, presidente de Médicos Sin Fronteras en África Occidental y Central.

Mientras la pandemia persiste, la OMS y otros organismos internacionales de salud pública están instando a los países a reanudar con las precauciones del caso la vacunación mientras luchan contra la COVID-19.

Está en juego el futuro de una colaboración que data de hace 20 años y que ha evitado unas 35 millones de muertes en 98 países por enfermedades inmunoprevenibles, y ha reducido en 44% la mortalidad por esa causa en niños, según un informe de 2019.⁵

“La inmunización es una de las más poderosas y fundamentales herramientas de prevención de enfermedades en la historia de la salud pública”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, en una declaración. “La interrupción de los programas de



Un niño de tres años, que contrajo sarampión, almuerza con su madre en la sala de aislamiento de sarampión en el hospital Boso-Manzi en República Democrática del Congo.

⁵ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Un convoy de motocicletas de Médicos Sin Fronteras portando vacunas contra el sarampión cruza un puente de troncos en la provincia de Mongala, República Democrática del Congo.

inmunización por la pandemia de COVID-19 amenaza con hacer retroceder décadas de progreso contra las enfermedades inmunoprevenibles, como el sarampión”.

Pero los obstáculos para comenzar de nuevo son considerables. Los suministros de vacunas aún son difíciles de conseguir y los trabajadores de la salud están cada vez más ocupados con la COVID-19.

Muchos países aún no han sido golpeados con toda la fuerza de la pandemia, lo que debilitará aún más sus capacidades para

manejar brotes de otras enfermedades.

“Habrá países tratando de recuperarse de la COVID-19 y también haciendo frente al sarampión. Esto exigiría aún más sus sistemas de salud y tendrá graves consecuencias económicas y humanitarias”, dijo el Dr. Robin Nandy, jefe de inmunización del UNICEF, que suministra vacunas a 100 países, llegando a 45% de los menores de 5 años.

La interrupción de las campañas de vacunación también tiene graves implicaciones para la protección contra la misma COVID-19.

En una cumbre mundial celebrada a principios de junio, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), una asociación de salud financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates, anunció que había recibido promesas de donación por 8.800 millones de dólares para vacunas básicas para niños de países de ingresos bajos y medios, y estaba planificando la entrega de vacunas contra la COVID-19, una vez que estén disponibles.

Pero los servicios que colapsan bajo la pandemia, “son los mismos que se necesitarán para administrar la vacuna contra la COVID-19”, advirtió la Dra. Katherine O’Brien, directora de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS.

Luchando contra el sarampión en la República Democrática del Congo

Tres trabajadores de la salud con refrigeradores llenos de vacunas, y con el apoyo de pregoneros y personal administrativo, subieron a una canoa de madera con motor para desplazarse por el ancho río Tshopo en la República Democrática del Congo.

Aunque el sarampión estaba afectando a las 26 provincias del país, la pandemia había hecho cerrar muchos programas de inmunización semanas antes.

La tripulación en la canoa necesitaba encontrar un equilibrio entre evitar la transmisión de un nuevo virus que recién comienza a golpear a África y detener a un viejo y conocido asesino. Pero cuando la larga y estrecha canoa llegó a las comunidades ribereñas, el mayor desafío no resultó ser el protocolo de vacunar a los niños respetando las nuevas restricciones de seguridad de la pandemia. En



Niños esperando ser registrados para recibir la vacuna contra el sarampión en Mbata-Siala, República Democrática del Congo.

cambio, se encontraron con el duro trabajo de persuadir a los aldeanos para que permitan que sus hijos fueran vacunados.

Muchos padres estaban convencidos de que el equipo estaba mintiendo acerca de la vacuna: que no era para prevenir el sarampión, sino que, en secreto, era una vacuna experimental contra la COVID-19, y que sus hijos serían involuntarios conejillos de Indias.

En abril, el África francófona se indignó por una entrevista en la televisión francesa en la que dos investigadores dijeron que las vacunas contra la COVID-19 deberían ser probadas en África, un comentario que reavivó los recuerdos de una larga historia de tales abusos. Y en la República Democrática del Congo, el virólogo a cargo de la respuesta a la COVID-19 dijo que el país había aceptado participar en ensayos clínicos de vacunas este verano. Más tarde, aclaró que en el país no se probaría ninguna vacuna que no haya sido probada en otro lugar. Pero los rumores perniciosos ya se habían extendido.

El equipo convenció a los padres lo mejor que pudo. Aunque los vacunadores en todo Tshopo finalmente inmunizaron a 16.000 niños, 2.000 los evitaron.

Este año la República Democrática del Congo, el segundo país más grande de África, iba a lanzar un programa nacional de inmunización. La urgencia no podría haber sido mayor. La epidemia de sarampión en el país, que comenzó en 2018, aún continúa: desde enero se han registrado más de 60.000 casos y 800 muertes. Y ahora, la enfermedad por el virus del Ébola ha vuelto a surgir, además de la tuberculosis y el cólera, que azotan regularmente al país.

Existen vacunas para todas estas enfermedades, aunque no siempre están disponibles. A fines de 2018, el país comenzó una iniciativa de inmunización en nueve provincias. Fue una hazaña de coordinación e iniciativa, y en 2019, el porcentaje de niños completamente inmunizados aumentó de 42 a 62% en Kinshasa, la capital.

Esta primavera, cuando el programa se estaba preparando para su lanzamiento en todo el país, fue golpeado por la COVID-19. Las campañas de vacunación masiva, que a menudo significan la convocatoria de cientos de niños sentados juntos en patios escolares y mercados, parecían garantizar la propagación de la COVID-19. Incluso la inmunización de rutina, que generalmente se lleva a cabo en clínicas, se volvió insostenible en muchas áreas.

Las autoridades de salud del país decidieron permitir que la vacunación continúe en áreas con casos de sarampión pero sin casos de COVID-19. Pero la pandemia detuvo los vuelos internacionales que traerían suministros médicos, y varias provincias comenzaron a quedarse sin vacunas contra la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis.

Cuando los suministros de inmunización finalmente llegaron a Kinshasa, no pudieron ser distribuidos por todo el país. Los vuelos de cabotaje habían sido suspendidos. El transporte terrestre no era viable debido al mal estado de las carreteras. Finalmente, una misión de fuerzas de paz de la Organización de Naciones Unidas transportó los suministros en sus aviones.

Aun así, los trabajadores de la salud, que no contaban con barbijos, guantes o gel sanitizante, estaban preocupados de infectarse; muchos abandonaron sus trabajos. Otros fueron capacitados para enfrentar la COVID-19.

El impacto acumulado ha sido particularmente grave para la erradicación de la poliomielitis: alrededor de 85.000 niños congoleños no han recibido esa vacuna.

Pero la enfermedad que más preocupa a los funcionarios de salud pública es el sarampión.



Trabajadores de la salud vacunando contra el sarampión en Manila, Filipinas.

Más contagioso que la COVID-19

El virus del sarampión se propaga fácilmente mediante aerosoles –pequeñas partículas o gotitas suspendidas en el aire–, y es mucho más contagioso que el SARS-CoV-2, según los expertos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Si un grupo de personas no vacunadas contra el sarampión entra a una habitación donde dos horas antes estuvo una persona

con esta enfermedad, 100% de esas personas se infectarán”, dijo la Dra. Yvonne Maldonado, experta en infectología pediátrica de la Universidad de Stanford.

En los países de más bajos ingresos, la tasa de mortalidad por sarampión en niños menores de 5 años oscila entre 3 y 6%; condiciones como la desnutrición o la higiene deficiente pueden aumentar esta tasa. Los niños pueden sucumbir a complicaciones tales como neumonía, encefalitis y diarrea severa.

En 2018 –el último año para el que se dispone de datos de todo el mundo– se estima que hubo cerca de 10 millones de casos de sarampión y 142.300 muertes relacionadas. Y entonces, los programas de inmunización global eran más sólidos.

Antes de la pandemia de COVID-19 en Etiopía, 91% de los niños en la capital, Addis Ababa, recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión durante las visitas de rutina, mientras que solo la recibió el 29% en las regiones rurales. (Para prevenir un brote de una enfermedad altamente infecciosa como el sarampión, la cobertura óptima es de 95% o más, con dos dosis de vacuna). Cuando se produjo la pandemia, el país suspendió sus campañas de vacunación contra el sarampión en abril. Pero el gobierno continúa reportando muchos casos nuevos.

“Los agentes patógenos no reconocen las fronteras, especialmente el del sarampión: está en todas partes”, dijo Katherine O’Brien, de la OMS.

Las coberturas de vacunación de los países de mayores ingresos también se han desplomado durante la pandemia. Algunos estados de Estados Unidos reportaron caídas de hasta 70% respecto del mismo período del año anterior, tanto de las vacunas contra el sarampión como contra otras enfermedades.

Una vez que las personas comiencen a viajar nuevamente, aumentará el riesgo de infección. “Este asunto no me deja dormir”, dijo el Dr. Stephen Lee Cochi, asesor principal de la División de Inmunización Global en los CDC. “Estas enfermedades inmunoprevenibles están a solo un viaje en avión”.

Empezando de nuevo

Después de que la OMS y sus asociados publicaran los resultados de una encuesta el mes pasado que mostraba que 80 millones de niños menores de un año corrían el riesgo de perder las vacunas de rutina, algunos países, como Etiopía, República Centroafricana y Nepal, comenzaron a intentar reiniciar sus programas.

Uganda ahora está suministrando motocicletas a los trabajadores de la salud. En Brasil, algunas farmacias ofrecen servicios de inmunización sin tener que bajarse del automóvil. En

el estado indio de Bihar, una trabajadora de la salud de 50 años aprendió a andar en bicicleta en tres días para poder vacunar a familias de áreas apartadas. El UNICEF contrató un vuelo chárter para entregar vacunas a siete países africanos.

Stephen Cochi, de los CDC, que brinda apoyo técnico y programático a más de 40 países, dijo que si tales campañas pueden llevarse a cabo durante la pandemia es una pregunta abierta. “Estarán plagadas de limitaciones. Se trata de países de bajos ingresos donde el distanciamiento social no es una realidad, no es posible”, dijo, citando las favelas brasileñas y las caravanas de migrantes.

Espera que las campañas de vacunación contra la poliomielitis se reanuden rápidamente, temiendo que la pandemia pueda retrasar un esfuerzo global de décadas para erradicar la enfermedad.

Cochi está particularmente preocupado por Pakistán y Afganistán, donde se han reportado 61 casos de poliovirus salvaje tipo 1 este año, y por Chad, Ghana, Etiopía y Pakistán, donde han aparecido casos de poliovirus tipo 2, mutados de la vacuna oral.

Thabani Maphosa, director gerente de GAVI, que está asociada con 73 países para la adquisición de vacunas, dijo que al menos media docena de esos países dicen que no pueden pagar su parte habitual de los costos de las vacunas debido al costo económico de la pandemia.

Si la pandemia desapareciera en tres meses, explicó Maphosa, la comunidad internacional podría ponerse al día con las vacunas durante el próximo año y medio.

“Pero el escenario actual indica que eso no sucederá”, sentenció.



Una trabajadora de salud del Centro de Salud Gamkalé, en Niamey, Níger, que dijo que ha visto una disminución en las visitas de las madres, que tienen miedo de llevar a sus hijos a vacunarse.

Punto de vista

THE CONVERSATION

POR QUÉ EL SARS-CoV-2 NO DESAPARECERÁ,
COMO SÍ LO HIZO EL SARS-CoV-1
AUTOR: CONNOR BAMFORD⁶

05/06/2020

El oncólogo británico, profesor Karol Sikora, afirmó recientemente que la actual pandemia de COVID-19 se “extinguirá por sí sola”. Él piensa que si hay más infecciones de las que se detectan, y que esas infecciones más leves y no registradas dan como resultado una inmunidad robusta, entonces esto conduciría rápidamente a la “inmunidad de rebaño”, dejando al virus sin otro lugar a donde ir, salvo a su extinción. Si se extiende esto a la población mundial, el virus se erradicará a sí mismo.



Pero la idea de dejar al virus actuar sin control para alcanzar rápidamente la inmunidad de rebaño (como se hizo en Suecia, o inicialmente en Reino Unido) es cuando menos poco recomendable. Los resultados de los estudios serológicos sugieren que solo una pequeña proporción de la población ha sido infectada por el SARS-CoV-2: en el Reino Unido, solo 6,8% de las personas han contraído el virus; para Francia, la cifra es solo de 4,4%; en España, 5%; y en Stockholm, la capital sueca, 7,3%.

Esto significa que estamos lejos de alcanzar la inmunidad de rebaño. También sugiere que el virus tiene la tasa de letalidad relativamente alta que se ha estimado.

Esto plantea dudas de que dejar que el virus se extinga por sí solo sea una respuesta sensata, segura y ética al problema de la COVID-19. Sería más seguro imaginar un futuro en el que podamos convivir con el SARS-CoV-2.

Sin embargo, el virus que causó el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) original, el SARS-CoV-1, ya no nos acosa. ¿Qué nos puede decir su desaparición sobre la probabilidad de vivir en un mundo sin el SARS-CoV-2?

Por qué desapareció el SARS original

A principios de 2004, era evidente que el brote de SARS había terminado. Desde 2002, esta epidemia duró aproximadamente un año y medio, infectando al menos a 8.000 personas y

⁶ Connor Bamford es virólogo, con más de una década de experiencia en el estudio de cómo el sistema inmune defiende a los humanos y a otros animales de los patógenos que causan enfermedades como los virus de la hepatitis C, la influenza y el Zika.

matando a 10% de ellas. Aunque afectó principalmente a los países del este de Asia, al final, el SARS se había extendido por todo el mundo.

En medio de la agitación, se temía que SARS pudiera convertirse en una pandemia grave. El virus se contagiaba por transmisión respiratoria, se había extendido internacionalmente y tenía la capacidad de causar una enfermedad severa.

En sus últimos días, el brote saltaba entre humanos y animales en los mercados de animales vivos en toda China. Habría un par de brotes más pequeños relacionados con la transmisión del virus adquirido en el laboratorio, pero nadie moriría por estos últimos.

¿Por qué terminó la epidemia del SARS original? El SARS-CoV-1 no se extinguió por sí solo. Más bien, el brote se controló en gran parte a través de simples medidas de salud pública: los tests a las personas con síntomas (fiebre y problemas respiratorios), aislamiento y cuarentena a los casos sospechosos y las restricciones a los viajes tuvieron un efecto.

El SARS-CoV-1 era más transmisible cuando los pacientes estaban enfermos y, por lo tanto, al aislar a aquellos con síntomas, se podía prevenir eficazmente la propagación. Casi todos en el planeta siguieron siendo susceptibles al SARS en las décadas posteriores a su desaparición.

La llegada de la COVID-19

Está claro que la respuesta al SARS-CoV-1 condujo a la extinción de ese linaje del virus en humanos. Pero también se sabía que seguían existiendo virus muy similares en los murciélagos. Era posible que un virus similar, muy relacionado al del SARS, pudiera surgir en un futuro no muy lejano.



Por supuesto, esto es lo que sucedió a fines de 2019, cuando el SARS-CoV-2 saltó a los humanos. En pocos meses había estallado una pandemia, infectando a millones de personas en todo el mundo y matando a alrededor de 1% de los infectados. Si bien este nuevo coronavirus humano es distinto del virus del SARS original, está relacionado.

En un marco de tiempo similar al del SARS original, el SARS-CoV-2 ha demostrado ser más contagioso pero aparentemente menos

mortal que su primo de hace casi 20 años. Una preocupación adicional –y crítica– es que el SARS-CoV-2 se propaga eficientemente antes que las personas enfermen. Esto hace que las restricciones tradicionales de salud pública basadas en los síntomas, que funcionaron bien para el SARS, sean en gran medida incapaces de contener la COVID-19.

Los desafíos de la erradicación

En esencia, esta facilidad de transmisión significa que el SARS-CoV-2 es infinitamente más difícil de controlar. También se desconoce mucho acerca de si quienes se han recuperado de la COVID-19 pueden volver a contraer el virus y transmitirlo a otros. Juntos, estos factores indican que el SARS-CoV-2 probablemente se establecerá en la población humana, convirtiéndose en un virus endémico como sus primos coronavirus que son las principales causas de resfríos cada invierno.

Si bien no hemos podido observar cómo se desarrolla este escenario “postpandémico” para otros coronavirus humanos (aunque sospechamos que esto ocurrió en un pasado no muy lejano), disponemos de una amplia evidencia de que esto ocurre con otras infecciones virales. En los últimos 100 años han habido cinco pandemias de influenza, y los descendientes del virus de la influenza pandémica más reciente –el A(H1N1) de 2009– continúan circulando en la población más de una década después.

Dado que no se sabe cuánto dura la inmunidad natural a la COVID-19, ni si es capaz de bloquear la infección por completo o solo los síntomas, no está claro que el SARS-CoV-2 pueda extinguirse por sí solo. Por lo tanto, la única opción sigue siendo controlar la COVID-19 tanto como sea posible hasta que se obtenga una vacuna segura y efectiva disponible de manera masiva.

Arte relacionado con la salud



Milano, la capital de Lombardia, la región italiana más afectada por la COVID-19, con 92.302 casos y 16.480 muertos, hasta el 18 de junio, decidió agradecer a su personal médico, en primera línea en esta crisis, ordenando un fresco gigantesco en su honor. “La idea era crear un fresco que durara años y sea como un monumento para las personas que pasan. Por eso se titula ‘Para no olvidar’, (*Per non dimenticare*)” explicó el artista milanés Lapo Fatai, el autor del mural.

El fresco representa a una enfermera con las manos enguantadas, el cabello cubierto con una cofia y un barbijo en el mentón que revela una gran sonrisa. Al lado de su rostro está escrito el mensaje ‘¡Gracias!’ (*Grazie!*). “La enfermera sonríe a pesar de las marcas en su rostro por usar la máscara. Es un símbolo de esperanza y espíritu positivo contra viento y marea”, observó Lapo Fatai, que trabajó de forma gratuita en este proyecto.

“Después de pensarlo, decidí trabajar gratis para rendir homenaje a todos los profesionales de la salud que trabajaron duro durante esta crisis”, confió el artista. Le llevó ocho días completar el trabajo, que finalizó el 3 de abril.

El fresco ocupa un paredón ciego del Ospedale San Luca - Gruppo Istituto Auxologico Italiano, con vista a una calle concurrida en Milano. Hasta ahora, la COVID-19 se ha cobrado 34.448 vidas en Italia, casi la mitad en Lombardia, el corazón económico del país.

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.