



Reporte Epidemiológico de Córdoba

2 DE NOVIEMBRE
2020
REC 2.385

CÓRDOBA

- Situación epidemiológica de la COVID-19

ARGENTINA

- Vigilancia de virus respiratorios
- La COVID-19 ya es la tercera causa de muerte en el país

AMÉRICA

- Las enfermedades no transmisibles impulsan la crisis causada por la COVID-19
- Estados Unidos: Exceso de muertes asociadas con la COVID-19
- Estados Unidos: Reportan dos brotes diferentes de infecciones por *Escherichia coli*
- Perú: Más de 5.300 personas fueron vacunadas alrededor de la vivienda del caso de difteria

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Alemania: Reportan un caso de esquistosomosis importado de Corse, Francia
- Islas Marshall: Los primeros casos de COVID-19 tras ocho meses con las fronteras cerradas
- Europa: La variante 20A.EU1 del SARS-CoV-2 es una de las más frecuentes en la Región
- Una nueva vacuna contra la poliomielitis está a punto de obtener la aprobación de emergencia de la OMS
- Unos 850.000 virus desconocidos podrían causar pandemias si se continúa explotando la naturaleza

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

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



El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba informó que el 1 de noviembre se confirmaron 896 nuevos casos de COVID-19, de los cuales 441 corresponden a la ciudad de Córdoba y 455 al interior provincial.

En la misma fecha se notificaron siete casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), correspondientes a personas con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Luis, La Pampa, Santiago del Estero y Neuquén, pero con domicilio legal en la provincia de Córdoba.

De esta manera, la provincia de Córdoba registra a la fecha un total de 903 casos nuevos y un acumulado de 86.299 casos.

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha, en la provincia de Córdoba se realizaron 390.564 pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Esto resulta en una tasa de 103.860 personas estudiadas cada millón de habitantes.

El 1 de noviembre se realizaron en total 5.685 estudios, de los cuales 2.742 corresponden a pruebas de PCR, 1.174 test antigénico y 1.769 a test serológicos. Los hisopados para PCR son procesados por el Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba y la Red de Laboratorios de Biología Molecular del subsector público y privado.

El 1 de noviembre se notificaron 19 fallecimientos por COVID-19 en la provincia de Córdoba, 10 hombres y nueve mujeres. Todas las personas se encontraban internadas y presentaban patologías previas. Hasta la fecha, se han producido en total 1.325 decesos por esta causa.

La proporción de personas recuperadas en relación con el total de casos confirmados en la provincia de Córdoba es de 76%.

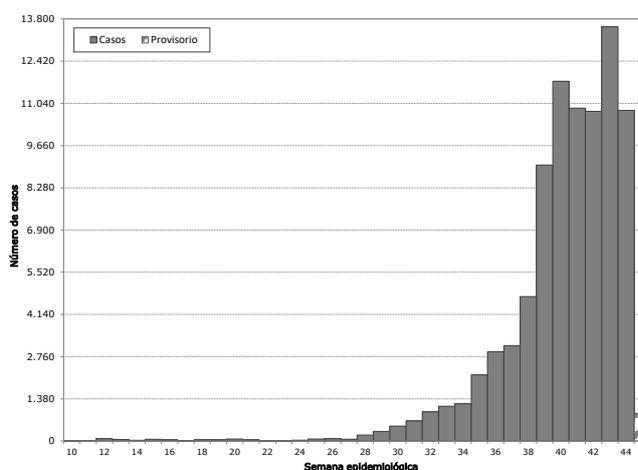


Gráfico 2. Casos confirmados. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 1 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

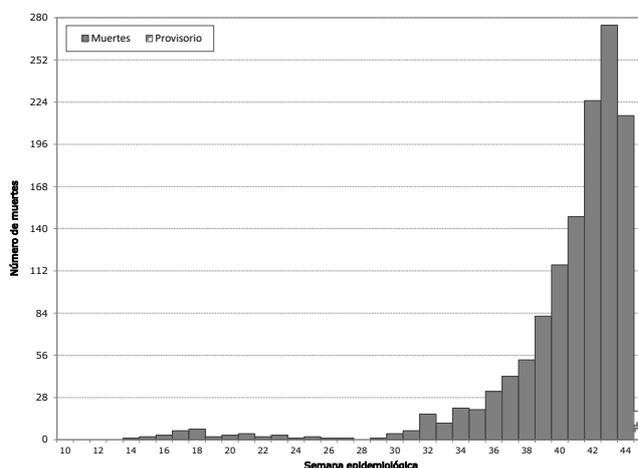


Gráfico 2. Muertes confirmadas. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 1 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

Al 1 de noviembre, se encuentran internadas 1.626 personas en camas de unidades críticas para adultos COVID-19, lo que representa 67,8% del total de camas en la provincia. Del total de personas internadas en camas críticas, 300 se encuentran con asistencia respiratoria mecánica, lo que representa 18,4% del total.

Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS

23/10/2020

Muestras estudiadas y positivas

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 36 se estudiaron 19.768 para virus respiratorios –sin incluir SARS-CoV-2– de las cuales, 1.287 tuvieron resultado positivo para alguno de los virus respiratorios habituales.

Durante el mismo periodo se estudiaron 1.245.330 para SARS-CoV-2, en el marco de la vigilancia de casos sospechosos de COVID-19, de las cuales 478.893 cuentan con resultado positivo (tasa de positividad de 38,46%). En el contexto actual, el número de muestras procesadas para SARS-CoV-2 es aproximadamente 60 veces superior al del resto de los virus respiratorios.

En el año 2020, hasta la SE 36, se registró un promedio de 35.142 muestras semanales para todos los virus respiratorios, con un mínimo de 413 en la SE 9 y un máximo de 134.786 en la SE 36. Sin embargo, ese número de muestras registra un patrón diferencial entre las SE 1 a 10 y las SE 11 a 36. Mientras que en las SE 1-10 hubo un promedio de 517 muestras analizadas para Influenza y otros virus respiratorios, a partir de la SE 11 se registró un promedio de 48.456 muestras, de las cuales 47.895 fueron analizadas para SARS-CoV-2 y 561 muestras, en promedio, para Influenza y otros virus respiratorios.

En la SE 36 el porcentaje de muestras positivas para todos los virus respiratorios (incluyendo SARS-CoV-2) es de 49,29%. Asimismo, el número de muestras procesadas continúa en ascenso al integrar la vigilancia de SARS-CoV-2 a la del resto de los virus respiratorios.

Agentes virales identificados

En el año 2020, hasta la SE 36, de las 480.180 muestras positivas, más de 99% corresponde a SARS-CoV-2. Le siguen en orden de frecuencia relativa Adenovirus, Influenza y Parainfluenza.

Desde la SE 9, la proporción de SARS-COV-2 fue creciendo hasta convertirse en la notificación casi exclusiva de las últimas semanas.

En la SE 36, el virus respiratorio más frecuentes es SARS-CoV-2, seguido por Adenovirus, Influenza A sin subtipificación y Parainfluenza, estos últimos con marcada menor frecuencia absoluta y relativa.

En cuanto a los casos de Influenza, si bien se registran casos durante casi todas las semanas, a partir de la SE 10 –y en concordancia con la primera definición de caso sospechoso de COVID-19, que incluía el estudio de Influenza para los casos con antecedentes de viaje a zona afectada– se acumula el mayor número de casos entre las semanas 10 y 13, a expensas de los casos importados estudiados en el marco de la sospecha de COVID-19.

Las muestras positivas para virus Influenza fueron 419, de las que 237 (56,6%) fueron positivas para Influenza A y 182 (43,44%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 48 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 41 (85%) son Influenza A(H1N1) y 7 (15%) Influenza A(H3). En relación a los virus Influenza B, de 38 muestras estudiadas con identificación de linaje, 25 (66%) fueron B Victoria y 13 (34%) B Yamagata.

En la distribución por grupos de edad se observa que SARS-CoV-2 es el virus prevalente en todos los grupos de edad. Sin embargo, en menores de 5 años también se detectaron casos de Adenovirus, Parainfluenza, Influenza A y B y virus sincicial respiratorio en mayor proporción en menores de 1 año, disminuyendo su peso relativo conforme aumenta la edad.

A partir de los 15 años de edad y, en particular, a partir de los 25 años, es el SARS-CoV-2 el virus respiratorio casi exclusivo, con mayor número de muestras positivas en el grupo etario de 45 a 64 años.

Las jurisdicciones con mayor número de muestras con resultado positivo para SARS-CoV-2 hasta la SE 36 fueron la provincia de Buenos Aires (289.630 casos), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (103.681), Santa Fe (12.945), Córdoba (11.664), Mendoza (10.191) y Jujuy (10.464).

En el año 2020, hasta la SE 36, se registraron ocho casos fallecidos con diagnóstico de Influenza, siete de ellos con Influenza A sin subtipificación y uno con Influenza B. Todos los casos fueron estudiados para SARS-CoV-2, y tres de ellos fueron positivos para Influenza A y SARS-CoV-2.

LA NACION	LA COVID-19 YA ES LA TERCERA CAUSA DE MUERTE EN EL PAÍS <i>28/10/2020</i>
------------------	---

Argentina se convirtió el 28 de octubre en el 12° país del mundo en registrar más de 30.000 muertos por COVID-19. La enfermedad, declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo pasado, ya es la tercera causa de muerte en el país.

Según los [últimos datos disponibles](#) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), que corresponden a 2018, ese año en Argentina murieron 336.823 personas. De ese

total, 314.952 tenían una “causa bien definida”. El 28,7% de las muertes fueron por “enfermedades del corazón y cerebrovasculares”, 19,4% por “tumores malignos” y 10,1% por “neumonía e influenza”. Este año, según datos difundidos por el Ministerio de Salud de la Nación, el virus de la influenza prácticamente no circuló y más de 98% de las personas que contrajeron algún virus respiratorio en el país contrajeron el SARS-CoV-2.



De esta forma, si se proyecta la evolución de los muertos en el país en los primeros 10 meses del año, los fallecidos totales rondarían los 280.600. De ese total, 10,6% son víctimas de la COVID-19.

El exministro de Salud de la Nación, Adolfo Luis Rubinstein, explicó: “Si nos guiamos por la semana epidemiológica 38, la que acaba de pasar, las muertes por COVID-19 están en el primer lugar, con 2.522. La segunda son las enfermedades coronarias, con 873, y la tercera son las infecciones respiratorias bajas como neumonías, bronquitis y bronquiolitis, con 697. En general, las enfermedades respiratorias tienen una presencia estacional muy fuerte en el invierno. Comienzan a bajar en septiembre, y en octubre prácticamente no hay”.

“Lo que sucedió este año fue un reemplazo del virus de la influenza, que prácticamente no circuló, por el SARS-CoV-2”, dijo el exfuncionario, y recordó que esto se debió, entre otros factores, a las medidas de aislamiento y distanciamiento que se tomaron por la pandemia: “Los niños son vectores muy importantes de enfermedades respiratorias como la influenza. Al no circular este año porque no fueron a las escuelas, ayudó a que este virus bajara muchísimo”.

Por su parte, hace tres semanas, Carla Vizzotti, secretaria de Acceso a la Salud de la Nación, habló sobre la vigilancia epidemiológica de virus respiratorios en el país. Allí explicó que a mediados de marzo el SARS-CoV-2 obtuvo una predominancia casi absoluta en el país.

“Hasta la semana epidemiológica 10 teníamos circulación de varios virus respiratorios: el virus parainfluenza, el adenovirus, el metapneumovirus y el sincicial respiratorio. A partir de la semana 10 empieza a predominar el SARS-CoV-2 para desplazar al resto. Tal como sucedió en la pandemia de 2009 con el virus A(H1N1), el virus pandémico desplazó a los otros”, explicó.

Además, dijo que los otros virus circularon especialmente “a expensas de los niños menores de 4 años” y, a partir de los 10 años, el dominante es el SARS-CoV-2. “Por eso volvemos a repetir: la inmensa mayoría de los virus respiratorios que circulan son SARS-CoV-2 y por eso, ante dolor de garganta, tos o febrícula, no hay que subestimar los síntomas y hay que pensar que lo más probable es que el diagnóstico sea COVID-19”, agregó.

Cómo se comportaron las otras principales causas de muerte

“Creo que, cuando se consoliden las estadísticas, también habrá una suba de las muertes por otras patologías como las coronarias, cerebrovasculares y tumores. Los fallecidos por COVID-19 no van a desplazar a las dos primeras causas. Sí creo que superará por mucho a los 32.000 muertos que anualmente hay en el país por enfermedades respiratorias como la influenza. Al final del año, por lo bajo, vamos a superar las 40.000 muertes por SARS-CoV-2 y podemos llegar a muchas más”, analizó Rubinstein.

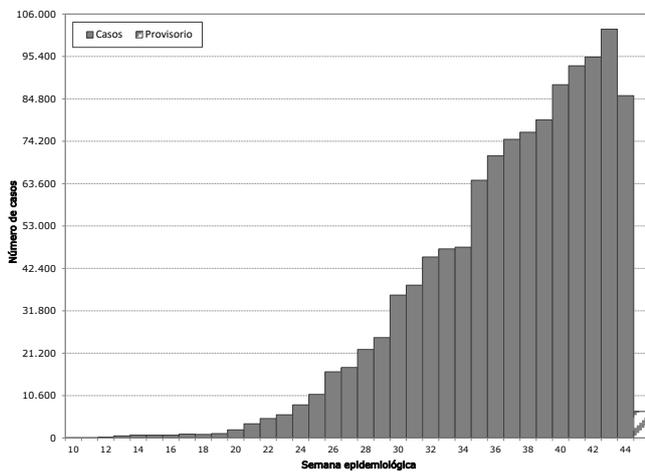


Gráfico 4. Casos confirmados. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 1 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

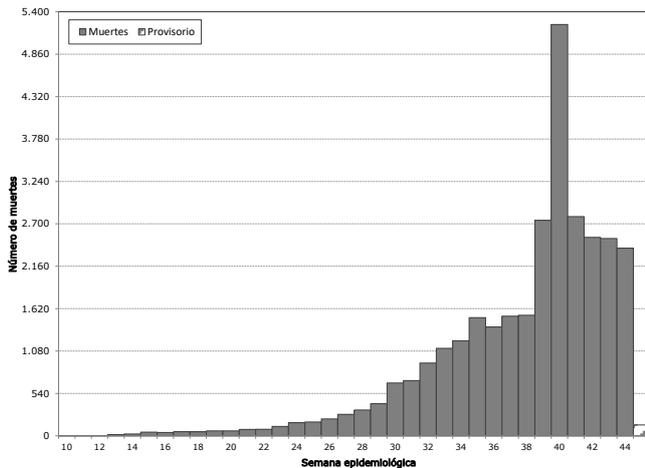


Gráfico 4. Muertes confirmadas. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 1 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

El exfuncionario amplió el concepto y detalló: “Lo que probablemente ocurra es que, a raíz de la caída de consultas para patologías crónicas durante la cuarentena, se disparen también esas muertes. Las bajas en las consultas se debieron a varios factores, que van desde el miedo de las personas a salir de sus casas por el SARS-CoV-2, o porque hubo barreras implícitas y explícitas para la atención de otras patologías fuera de la COVID-19. Incluso, pacientes con enfermedad cardiovascular, cuya complicación supera por mucho el riesgo de contraer COVID-19, retrasaron o dilataron las prestaciones. Por ejemplo, las angioplastias habían caído más de 50%. Esto quiere decir que hay personas que no se trataron un infarto. Lo que puede suceder es que en los próximos meses veamos las consecuencias de la baja de estas prácticas, procedimientos y consultas”.

Sobre este punto, Oscar Méndiz, director del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favalaro, dijo: “Coincidió con esa apreciación, o sospecha. Creo que cuando revisemos la totalidad, encontraremos lo mismo que ha sucedido en otros países. Aumentó la mortalidad, pero los

muertos por COVID-19 no explican la totalidad. La falta y demora en las consultas sobre todo de las emergencias cardio y cerebrovasculares pueden explicar gran parte, pero no todo”.

El titular del Favalaro ejemplificó: “La estenosis aórtica severa sintomática tiene una mortalidad al año de 30% aproximadamente. Si uno espera un año o más para decidir un tratamiento habrá una mortalidad elevada y el riesgo para ese paciente que no se trata puede ser aún mayor que contagiarse COVID-19. Algo similar debe pasar con otras patologías”.

Ante la consulta de si este año habrá más muertes a raíz de la pandemia, Rubinstein dijo que “sin lugar a dudas”. Pero remarcó que no se sabrá este año. “En general hasta que se consolidan los datos de todas las jurisdicciones del país pasa un año. Por eso, recién ahora tenemos los datos de 2018 y no de 2019. Pero cuando se conozca habrá una suba del total. En parte, por las muertes por COVID-19 que van a superar al promedio anual de los fallecidos por enfermedades respiratorias y porque también habrá una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, coronarias y cáncer. Esto es una conjetura, pero tiene que ver con lo que está pasando”, analizó Rubinstein.



Una “tormenta perfecta” de enfermedades crónicas impulsa la crisis de la COVID-19, alertó una reciente investigación sobre salud global.

El [Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad 2019](#) reveló que el alza de la exposición a factores de riesgo como la hipertensión, la hiperglucemia, el índice de masa corporal alto y la hipercolesterolemia, junto con el



incremento de las muertes por enfermedades cardiovasculares, indican que “el mundo podría estar acercándose a un punto de inflexión en el aumento de la esperanza de vida”.

Aunque la cantidad de años que se esperan que una persona tenga buena salud aumentó de manera constante entre 1990 y 2019, en 198 países no lo hizo al ritmo de la esperanza de vida general. Es decir, las personas están viviendo más años con mala salud.

Los factores de riesgo representaron casi 22% de la pérdida total de salud en América Latina en 2019, 50% más que en 1990.

Con las poblaciones más vulnerables es necesario adoptar medidas urgentes para abordar la sindemia –suma de epidemias– de enfermedades crónicas, desigualdades sociales y la COVID-19, y garantizar sistemas de salud más sólidos.

Las llamadas enfermedades no transmisibles (ENT) representan 5,2 millones de defunciones anuales en América Latina. Un 35% son prematuras, porque se producen por factores de riesgo evitables, como el consumo de alcohol y productos ultraprocesados, la inactividad física, el tabaquismo y el sobrepeso.

En 2019, las principales causas de muerte por ENT en la región fueron las afecciones cardiovasculares (493.000 fallecimientos), los ataques cerebrales (282.000) y la diabetes (206.000).

Si este grupo de enfermedades en América Latina representaba 48% del total en 1990, en 2019 llegó a 70,5%. En Cuba, Chile y Uruguay los porcentajes son aún mayores.

Las ENT aumentan proporcionalmente por la disminución de las enfermedades infecciosas, y en términos absolutos por la mayor exposición a factores de riesgo metabólicos, así como una actividad física cada vez más escasa.

En los 19 países que la Organización Panamericana de la Salud relevó en 2019 se detectaron muy pocos avances en intervenciones eficaces para prevenir las ENT a través de un marco normativo adecuado, un terreno que queda liberado a las estrategias de la industria.

El [informe de ese monitoreo](#) planteó la necesidad de regular las prácticas de ventas al por menor, la disponibilidad de los productos, las políticas fiscales, el mercadeo y los incentivos, como forma de corregir las externalidades negativas del mercado y crear un entorno que propicie las conductas saludables.

El cierre de puntos de venta de alcohol y tabaco durante la pandemia no fue un obstáculo para su consumo; gracias a las aplicaciones de delivery, aún los menores de edad pueden acceder a estos productos desde los hogares.

La suma de estos factores lleva a concluir que la crisis mundial de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública para detener el aumento de los factores de riesgo muy evitables, han dejado a las poblaciones vulnerables a extremas urgencias médicas, como la COVID-19.

En este contexto, 32 millones de personas padecen diabetes en América Latina, donde los casos aumentan en forma consistente, según un [estudio](#) reciente que analizó publicaciones científicas, encuestas y sitios web de Ministerios de Salud nacionales sobre la enfermedad publicados desde 2000.

Los países con tasas de enfermos más elevados son México (13,7%), Haití (14,1% en mujeres) y Puerto Rico (26,8% en mayores de 45 años).

Entre los múltiples causantes, los investigadores destacan la creciente prevalencia del sobrepeso, la malnutrición y el estrés asociado a la pobreza crónica e intergeneracional.

También llaman la atención sobre factores como desastres naturales y problemas de infraestructura. Los primeros pueden crear barreras de comunicación, lo que compromete los servicios de salud y la conservación segura de alimentos y medicamentos.

Tener una vivienda frágil expone al riesgo de lesiones y factores ambientales (por ejemplo, agua empozada, mosquitos, polvo, hongo, animales). Esas dificultades aumentan no solo el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, sino también complicaciones relacionadas a otras ENTs.

El estudio alerta sobre las diferencias en los métodos de evaluación, que potencialmente subestiman el número real de afectados. Entre los problemas para alcanzar diagnósticos más precisos se mencionan diferencias entre los grupos de población estudiados, la no distinción entre tipos de diabetes y las estimaciones basadas en auto-percepciones. Algunos investigadores estiman que la prevalencia total podría ser dos a tres veces mayor.

En el actual escenario de pandemia, cuantas más condiciones de salud tenga una persona, mayor será su probabilidad de sufrir complicaciones graves por la COVID-19. Las directrices de distanciamiento físico, que a veces dificultan el acceso a los servicios médicos, agudizan la situación.

A nivel de políticas sanitarias, los sistemas de salud no están logrando cambiar los comportamientos no saludables, en parte debido a la atención inadecuada de las políticas y al financiamiento para la salud pública.

Para impulsar una reducción transversal de las ENT, se han sugerido medidas tributarias que redunden en el aumento de precios de alcohol y cigarrillos, la prohibición completa de publicidad, el etiquetado en alimentos, la promoción de entornos escolares saludables, los ambientes libres de humo y –sobre todo– una buena implementación y fiscalización de cada país.

Al 15 de octubre, se habían reportado 216.025 muertes por COVID-19 en Estados Unidos; sin embargo, este número podría subestimar el impacto total de la pandemia sobre la mortalidad. Las medidas del exceso de muertes se han utilizado para estimar el impacto de las pandemias o desastres de salud pública, particularmente cuando hay cuestionamientos sobre la subestimación de las muertes directamente atribuibles a un evento o causa determinada.

El exceso de muertes se define como el número de personas que han muerto por todas las causas, por encima del número esperado de muertes para un lugar y un momento determinados.

Se evaluó la cantidad semanal de muertes por grupo de edad y raza/etnia para examinar la diferencia entre la cantidad semanal de muertes que ocurrieron en 2020 y la cantidad promedio que ocurrieron en la misma semana durante 2015-2019 y el cambio porcentual en 2020.

En general, una estimación señala que se han producido 299.028 muertes en exceso en Estados Unidos desde fines de enero hasta el 3 de octubre de 2020, y dos tercios de estas se atribuyen a la COVID-19. Los mayores aumentos porcentuales se observaron entre los adultos de 25 a 44 años y entre las personas hispanas o latinas.

Estos resultados brindan información sobre el grado en que las muertes por COVID-19 podrían estar subestimadas e informan los esfuerzos para prevenir la mortalidad asociada directa o indirectamente con la pandemia de COVID-19, como los esfuerzos para minimizar las interrupciones en la atención médica.

Las estimaciones del exceso de muertes pueden proporcionar una descripción completa de la mortalidad relacionada con la pandemia de COVID-19, incluidas las muertes que son directa o indirectamente atribuibles a COVID-19. Las estimaciones de la cantidad de muertes directamente atribuibles al COVID-19 pueden estar limitadas por factores como la disponibilidad y el uso de pruebas de diagnóstico (incluidas las pruebas *post mortem*) y la notificación precisa y completa de la información sobre la causa de la muerte en el certificado de defunción.

Los análisis de exceso de muertes no están sujetos a estas limitaciones porque examinan las tendencias históricas en la mortalidad por todas las causas para determinar el grado en que las cifras observadas de muertes difieren de las normas históricas. En abril de 2020, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) comenzó a publicar datos sobre el exceso de muertes asociadas con la pandemia de COVID-19.

El número promedio esperado, así como el límite superior del intervalo de predicción de 95% (el rango de valores que probablemente contenga el valor de una única observación nueva), se utilizan como umbrales para determinar el número de muertes en exceso (es decir, números observados por encima de cada umbral) y porcentaje de exceso (exceso de muertes dividido por el número promedio esperado de muertes).

Según los datos del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) de los CDC, se ha producido un exceso de muertes todas las semanas en Estados Unidos desde marzo de 2020. Se esti-

ma que han muerto 299.028 personas más de las esperadas desde el 26 de enero de 2020; aproximadamente dos tercios de estas muertes se atribuyeron a la COVID-19.

Aunque se han producido más muertes en exceso entre los grupos de mayor edad, en comparación con años anteriores, los adultos de 25 a 44 años han experimentado el mayor aumento porcentual promedio en el número de muertes por todas las causas desde fines de enero hasta el 3 de octubre de 2020. La distribución por edad de las muertes por COVID-19 se desplazaron hacia grupos de edad más jóvenes de mayo a agosto; sin embargo, estos aumentos desproporcionados también podrían estar relacionados con tendencias subyacentes en otras causas de muerte.

Los análisis futuros podrían arrojar luz sobre el grado en que los aumentos entre los grupos de edad más jóvenes son impulsados por la COVID-19 u otras causas de muerte. Entre los grupos raciales y étnicos, el menor aumento porcentual promedio en el número de muertes en comparación con años anteriores ocurrió entre las personas blancas (11,9%) y el mayor entre las personas hispanas (53,6%), con incrementos intermedios (28,9-36,6%) entre IA/AN¹, negros y asiáticos. Estos aumentos desproporcionados entre ciertos grupos raciales y étnicos son consistentes con las disparidades observadas en la mortalidad por COVID-19.

Los hallazgos de este informe están sujetos a al menos cinco limitaciones. En primer lugar, es posible que la ponderación de los datos provisionales de mortalidad del NVSS no tenga en cuenta completamente los retrasos en los informes, especialmente en las últimas semanas. Es probable que el número estimado de muertes en las últimas semanas esté subestimado y aumenta a medida que se disponga de más datos.

En segundo lugar, existe incertidumbre asociada con los modelos utilizados para generar el número esperado de muertes en una semana determinada.

En tercer lugar, diferentes métodos o modelos para estimar el número esperado de muertes pueden conducir a diferentes resultados. Es posible que las estimaciones del número o porcentaje de muertes por encima de los niveles promedio por raza/etnia y edad que se informan aquí no sumen al número total de muertes en exceso informadas en otros lugares, que podrían haberse estimado utilizando diferentes metodologías.

En cuarto lugar, el uso del número promedio de muertes de años anteriores podría subestimar el número total esperado debido al crecimiento o envejecimiento de la población, o debido a tendencias crecientes en ciertas causas, como la mortalidad por sobredosis de drogas.

Finalmente, las estimaciones del exceso de muertes atribuidas a la COVID-19 podrían subestimar el número real directamente atribuible a la COVID-19, porque las muertes por otras causas podrían representar muertes relacionadas con COVID-19 mal clasificadas o muertes causadas indirectamente por la pandemia.

Específicamente, las muertes por enfermedades circulatorias, enfermedad de Alzheimer y demencia, y enfermedades respiratorias han aumentado en 2020 en relación con los años anteriores, y no está claro en qué medida representan muertes por COVID-19 mal clasificadas o muertes relacionadas indirectamente con la pandemia (p. ej. , debido a interrupciones en el acceso o la utilización de la atención médica).

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, este informe demuestra importantes tendencias y patrones demográficos en el exceso de muertes que ocurrieron durante la pandemia de COVID-19. Estos resultados proporcionan más información sobre las muertes durante la pandemia de COVID-19 e informan los mensajes de salud pública y los esfuerzos de mitigación en-

¹ AI/AN: Indios americanos y nativos de Alaska.

focados en la prevención de infecciones y mortalidad asociadas directa o indirectamente con la pandemia de COVID-19 y la eliminación de las inequidades en salud.

Los CDC continúan recomendando el uso de máscaras, el lavado frecuente de manos y el mantenimiento del distanciamiento físico para prevenir la COVID-19.²



ESTADOS UNIDOS

REPORTAN DOS BROTES DIFERENTES DE
INFECCIONES POR *ESCHERICHIA COLI*

28/10/2020

Primer brote

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los funcionarios reguladores y de salud pública de varios estados y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* O157:H7.

En esta investigación, la secuenciación del genoma completo (WGS) mostró que las bacterias aisladas de personas enfermas estaban estrechamente relacionadas genéticamente, lo que significa que es muy probable que las personas afectadas por este brote compartan una fuente común de infección.

Hasta el 28 de octubre de 2020, se había informado de un total de 21 personas infectadas con la cepa del brote en ocho estados: California (7 casos), Ohio (7), Michigan (2), Florida (1), Illinois (1), New Jersey (1), Utah (1) y Wisconsin (1).

Las enfermedades comenzaron entre el 6 de junio y el 5 de octubre de 2020. La edad de los casos varía de 2 a 75 años, con una mediana de edad de 24 años. El 67% de los casos son mujeres. De 16 personas enfermas con información disponible, se han reportado ocho hospitalizaciones, incluida una persona que desarrolló síndrome urémico hemolítico. Se ha informado una muerte en Michigan.

Los investigadores están revisando diferentes tipos de datos para identificar la fuente de este brote, y están entrevistando a las personas enfermas para determinar qué comieron y otras exposiciones durante la semana anterior al inicio de la enfermedad.

Varias personas enfermas han sido identificadas como parte de un clúster de casos en un restaurante.³

La cepa de *E. coli* O157:H7 relacionada con este brote ha causado anteriormente brotes vinculados a diferentes fuentes, incluido uno vinculado a la escarola en 2018⁴. Sin embargo, el ali-

² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

³ Un clúster de casos se define como dos o más personas de diferentes hogares que informan haber comido en el mismo restaurante, haber asistido a un evento común o haber comprado alimentos en la misma tienda de comestibles la semana antes de enfermarse. La investigación de clústeres de casos puede proporcionar pistas fundamentales sobre el origen de un brote. Si varios casos no relacionados comieron o compraron en el mismo restaurante o tienda con varios días de diferencia entre sí, esto sugiere que el alimento contaminado se sirvió o vendió allí.

mento relacionado con un brote anterior por sí solo no es suficiente para demostrar un vínculo con otro brote de la misma cepa. Esto se debe a que la misma cepa de bacteria puede contaminar diferentes alimentos.

Los funcionarios de salud pública continúan entrevistando a las personas enfermas y la FDA está realizando inspecciones agrícolas, muestreo e investigaciones de rastreo.

Aún no se ha identificado un alimento específico como la fuente de este brote. Los CDC no recomiendan a las personas que eviten ningún alimento en particular en este momento.

Segundo brote

Al parecer, las personas afectadas por este segundo brote de infecciones por *E. coli* O157:H7 también compartirían una fuente común de infección, pero diferente de la del primer brote.

Al 28 de octubre de 2020, se ha informado de un total de 23 personas infectadas con esta cepa del brote en 12 estados: Kansas (4 casos), North Dakota (4), California (2), Michigan (2), Missouri (2), Pennsylvania (2), Wisconsin (2), Illinois (1), Ohio (1), Tennessee (1), Utah (1) y Washington (1).

Las enfermedades comenzaron entre el 17 de agosto y el 8 de octubre de 2020. La edad de las personas enfermas varía de 5 a 81 años, con una mediana de edad de 21 años. El 67 de las personas enfermas son mujeres. De 15 personas enfermas con información disponible, se han reportado 10 hospitalizaciones, incluidas dos personas que desarrollaron síndrome urémico hemolítico. No se han reportado muertes.

Es posible que, en ambos brotes, aún se notifiquen más casos, debido al tiempo que transcurre entre el momento en que una persona se enferma y el momento en que se la notifica. Esto lleva un promedio de 2 a 4 semanas.

Las personas entrevistadas por los funcionarios de salud pública estatales y locales informaron haber consumido una variedad de alimentos, incluidas verduras de hoja, durante la semana antes de enfermar. De 13 personas entrevistadas hasta la fecha, todas informaron haber consumido varios tipos de verduras de hoja, como lechuga arrepollada (9), escarola (8), ensaladas en paquetes (6) y espinaca (9).

Este brote es causado por la misma cepa de *E. coli* O157:H7 que causó un brote relacionado con la escarola en 2019⁵. Sin embargo, el alimento relacionado con un brote anterior por sí solo no es suficiente para demostrar un vínculo en otro brote de la misma cepa. Esto se debe a que la misma cepa de bacteria puede contaminar diferentes alimentos.

Los funcionarios de salud pública continúan entrevistando a las personas enfermas y la FDA está realizando inspecciones agrícolas, muestreo e investigaciones de rastreo.

Aún no se ha identificado un alimento específico como la fuente de este brote. Los CDC no recomiendan a las personas que eviten ningún alimento en particular en este momento.

⁴ Ver 'Estados Unidos: Rastrear hasta California la cepa de *Escherichia coli* causante del brote de infecciones vinculadas al consumo de escarola' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.134, de fecha 17 de diciembre de 2018, haciendo clic [aquí](#).

⁵ Ver 'Estados Unidos: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado al consumo de escarola' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.262, de fecha 29 de noviembre de 2019, haciendo clic [aquí](#).



Más de 5.300 personas fueron vacunadas contra la difteria en los últimos días, como parte del cerco epidemiológico que desplegó el Ministerio de Salud de Perú en las zonas aledañas a la vivienda de la niña de cinco años que fue diagnosticada con esta enfermedad en Lima, el pasado 27 de octubre.

Para evitar posibles contagios, también fueron inmunizadas 137 personas que trabajan en las áreas de Emergencia Pediátrica, Emergencia General y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional ‘Dos de Mayo’.

Las brigadas de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro –50 brigadas el 28 de octubre y 60 el día 29– visitaron 2.189 viviendas para identificar casos sospechosos o personas no vacunadas en 130 cuadras a la redonda del domicilio de la menor, en La Victoria; el 86% de las familias abrieron las puertas de sus casas al personal de salud.

La actividad de contención y mitigación contó con el apoyo de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, quienes garantizaron las medidas de seguridad para una atención de salud rápida y efectiva. En tanto, el municipio contribuyó con la convocatoria que demanda este gran esfuerzo.

El viceministro de Salud Pública, Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio, señaló que se han tomado alrededor de 40 muestras para el diagnóstico de difteria a los familiares de la niña y a sus contactos cercanos, tanto en el trabajo de los padres como en los alrededores de su domicilio. Los resultados se obtendrán en las próximas horas.

Caso cero

Sobre el caso cero, el director adjunto del Hospital ‘Dos de Mayo’, Carlos Ernesto Cueva Quiroz, informó que el primer caso de esta enfermedad fue el de una niña de 5 años que únicamente había recibido una primera vacuna en su nacimiento.

La niña falleció la noche del 30 de octubre, tras estar internada durante cuatro días. La muerte se produjo por un paro cardíaco poco antes de la medianoche.

Cueva Quiroz refirió que en la noche del 29 de octubre la niña presentó una miocarditis diftérica, pero los médicos especialistas habían logrado estabilizarla.

El 29 de octubre, alrededor de las 19:20 horas, llegó al país desde Colombia una dosis completa de antitoxina diftérica, insumo médico necesario para continuar con el tratamiento de la niña. La antitoxina fue administrada por el equipo de profesionales del nosocomio que se encontraba monitoreando y tratando a la menor.

El director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Aldo Javier Lucchetti Rodríguez, señaló que, desde que la menor fue diagnosticada, recibió tratamiento antibiótico para eliminar la presencia de la bacteria. “Sin embargo, era necesaria esta intervención para bloquear la acción de la toxina. Aunque se encontró el insumo y se realizaron las coordinaciones necesarias para traerla al país en tiempo récord, desgraciadamente la niña no sobrevivió”, indicó el funcionario.

Lucchetti Rodríguez destacó que la llegada de la antitoxina fue posible gracias a las coordinaciones del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), países vecinos como Colombia y Argentina, que en todo momento ofrecieron su ayuda; así como, la Policía Nacional del Perú que brindó apoyo para trasladar el medicamento desde el aeropuerto.

Asimismo, el equipo de salud del Hospital Nacional 'Dos de Mayo' recibió una capacitación en el uso y tratamiento de casos de difteria con antitoxina de parte de un equipo médico altamente especializado.

Vacuna contra la difteria

Lucchetti Rodríguez remarcó que el Ministerio tiene un esquema de inmunización gratuita contra la difteria diferenciado por edades, y que dentro del plan se encuentran las jornadas nacionales de vacunación del 7 y 8 de noviembre y del 12 y 13 de diciembre, que tienen como objetivo cerrar las brechas de vacunación en el país.

Alta tecnología para el diagnóstico de la difteria en el país

El Instituto Nacional de Salud (INS), utiliza instrumental de alta tecnología para realizar el diagnóstico de las muestras de la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*.

El médico infectólogo del INS, Luis Fernando Donaires Toscano, señaló que el Laboratorio de Referencia Nacional de Infecciones Respiratorias del INS confirmó el caso, utilizando las pruebas de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de biología molecular y microbiología especializada. Adicionalmente, a las muestras se realizarán estudios de espectrometría de masas, de cultivo y secuenciación genética de la bacteria.

Indicó que, a la fecha, el INS viene distribuyendo los medios de transporte para la toma de muestras de la bacteria a los establecimientos de salud a fin de realizarles pruebas a los casos sospechosos, que luego serán analizadas en el laboratorio del INS, único en realizar este tipo de diagnóstico.

Donaires destacó que la inmunización a nivel nacional es muy importante para controlar esta enfermedad. Por ello, exhortó a los padres de familia a que lleven a sus hijos a la jornada de vacunación que se realizará los días 7 y 8 de noviembre.

“Para lograr la inmunidad, los niños menores de 5 años deben recibir tres dosis, a los dos, cuatro y seis meses de edad. Los refuerzos se dan a los dos y cuatro años de edad”, específico.

Finalmente, la bióloga Faviola Deysi Valdivia Guerrero, responsable del Laboratorio de Referencia Nacional de Infecciones Respiratorias del INS, explicó que el resultado de diagnóstico se brinda entre las 48 a 72 horas de iniciado el procedimiento.

Nuevo confinamiento en Reino Unido

Desde el jueves 5 de noviembre y hasta el 2 de diciembre, los 56 millones de habitantes de Inglaterra solo podrán salir de casa para comprar comida, acudir al médico, hacer ejercicio o ir a trabajar si les es imposible hacerlo a distancia. Sin embargo este reconfinamiento de un mes podría alargarse, declaró el ministro Michael Andrew Gove, lo que alimenta la angustia de un sector económico ya preocupado por el impacto de esta medida a unas semanas de la Navidad.

Gove, encargado de la coordinación de la acción gubernamental, dijo que el gobierno esperaba que el número reproductivo básico (R_0) del virus, haya “bajado significativamente” de aquí al 2 de diciembre, pero reconoció que el confinamiento podría ser prolongado.

El primer ministro Alexander Boris de Pfeffel Johnson anunció el 31 de octubre un reconfinamiento a partir del 5 de noviembre para frenar la fuerte propagación de la COVID-19 en Inglaterra, que registra unos 50.000 casos diarios. Los comercios no esenciales y los pubs y restaurantes deberán cerrar, aunque las escuelas permanecerán abiertas.

Boris Johnson espera poder volver en diciembre a un enfoque local, con restricciones impuestas en función de la tasa de incidencia en cada región.

Este reconfinamiento es “una pesadilla antes

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
Estados Unidos	8.952.086	228.185	2.707,64	69,02
India	8.184.082	122.111	594,20	8,87
Brasil	5.516.658	159.477	2.599,03	75,13
Rusia	1.636.781	28.235	1.121,68	19,35
Francia	1.331.808	36.473	2.041,23	55,90
España	1.185.678	35.878	2.536,14	76,74
Argentina	1.157.179	30.792	2.565,08	68,26
Colombia	1.063.151	31.135	2.093,87	61,32
Reino Unido	1.011.664	46.555	1.491,77	68,65
México	918.811	91.289	714,11	70,95
Perú	900.180	34.411	2.737,68	104,65
Sudáfrica	725.452	19.276	1.226,23	32,58
Italia	679.430	38.618	1.123,41	63,85
Irán	612.772	34.864	731,40	41,61
Alemania	532.930	10.481	636,47	12,52
Chile	510.256	14.207	2.673,81	74,45
Irak	472.630	10.910	1.180,33	27,25
Bélgica	429.134	11.625	3.705,95	100,39
Indonesia	410.088	13.869	150,24	5,08
Bangladesh	407.684	5.923	248,04	3,60
Ucrania	395.440	7.306	903,15	16,69
Filipinas	380.729	7.221	348,36	6,61
Turquía	375.367	10.252	446,01	12,18
Polonia	362.731	5.631	958,22	14,88
Países Bajos	350.764	7.385	2.047,96	43,12
Arabia Saudí	347.282	5.402	1.000,62	15,56
República Checa	335.102	3.251	3.130,31	30,37
Pakistán	332.993	6.806	151,33	3,09
Israel	313.533	2.517	3.633,61	29,17
Rumania	241.339	6.968	1.252,90	36,17
Canadá	231.999	10.110	615,77	26,83
Marruecos	219.084	3.695	594,94	10,03
Nepal	170.743	937	588,11	3,23
Ecuador	168.192	12.670	956,21	72,03
Suiza	153.728	2.035	1.778,80	23,55
Kazajistán	149.699	2.219	799,15	11,85
Bolivia	141.631	8.715	1.216,66	74,86
Portugal	141.279	2.507	1.384,75	24,57
Panamá	132.867	2.688	3.088,98	62,49
Emiratos Árabes Unidos	132.629	495	1.344,19	5,02
Total	45.942.902	1.192.644	592,99	15,39

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y mortalidad, de los 40 países con mayores números de casos confirmados. Datos al 1 de noviembre de 2020, 13:49 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
América	20.477.535	639.353	2.005,33	62,61
Europa	11.062.715	285.135	1.183,79	30,51
Sudeste Asiático	9.251.788	144.194	458,56	7,15
Mediterráneo Oriental	3.092.037	78.599	424,65	10,79
África	1.324.258	29.785	118,69	2,67
Pacífico Occidental	734.569	15.578	38,05	0,81
Total	45.942.902	1.192.644	592,99	15,39

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y mortalidad, según Regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2020, 13:49 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

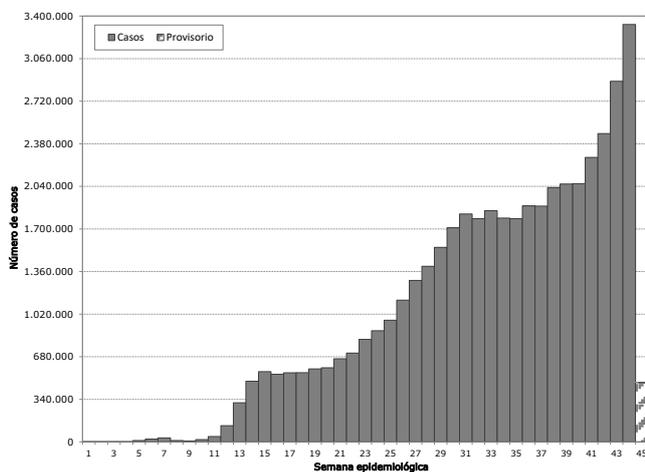


Gráfico 6. Casos confirmados a nivel global. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 45. Datos al 1 de noviembre de 2020, 13:49 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

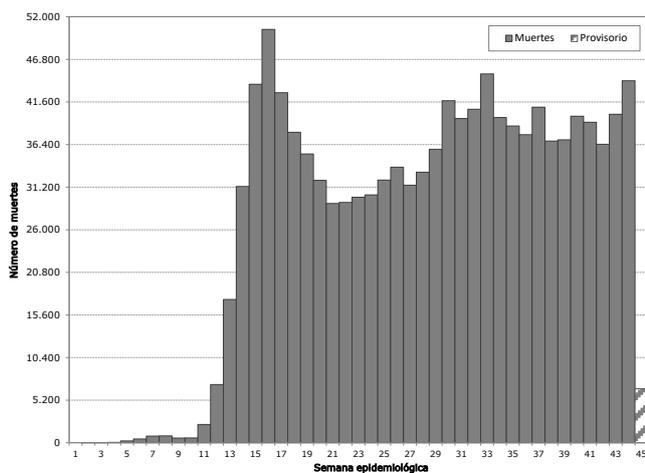


Gráfico 6. Muertes confirmadas a nivel global. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 45. Datos al 1 de noviembre de 2020, 13:49 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

de Navidad”, se indignó Helen Dickinson, directora general de la federación de comerciantes británicos, British Retail Consortium (BRC). “Esto provocará daños considerables para los minoristas con la llegada de Navidad, costará innumerables empleos y atrasará definitivamente la reactivación de la economía en sentido amplio”, declaró.

Una medida que preocupa también al mundo de la noche que no ha sido autorizado a reabrir desde el inicio de la pandemia. Igualmente, con este nuevo confinamiento, los viajes internacionales solo estarán permitidos por razones profesionales, lo que vuelve a asestar un duro golpe al sector aéreo y de los viajes. A diferencia del primer confinamiento guarderías, escuelas y universidades permanecerán abiertas.

El Reino Unido, el país más castigado de Europa con más de 46.500 muertes confirmadas por COVID-19, ve como bate con fuerza una segunda ola. El 31 de octubre superó el millón de positivos: 1.011.660 casos desde principios de año.

Francia y Alemania sufren la segunda ola

Francia anunció un nuevo confinamiento a nivel nacional para intentar controlar la pandemia. La medida entró en vigor el 30 de octubre y se extenderá, al menos, hasta el 1 de diciembre.

En concreto, bares, restaurantes y todos los negocios no esenciales deberán permanecer cerrados. No obstante, las escuelas seguirán abiertas con “protocolos sanitarios reforzados”, mientras que las instituciones de educación superior deberán operar de manera virtual. “Si en dos semanas tenemos la situación bajo un mejor control, podremos reevaluar las cosas y abrir algunos negocios, en particular para las vacaciones de Navidad”, expresó el presidente de Francia, Emmanuel Jean-Michel Frédéric Macron.

Alemania, por su parte, no decretó un confinamiento pero sí impuso fuertes restricciones a la vida pública y la actividad económica. A partir del 2 de noviembre, bares y restaurantes deberán permanecer cerrados, mientras que se prohibirán las actividades de ocio, toda oferta cultural y el deporte aficionado en espacios cerrados.

Asimismo, quedan estrictamente prohibidos los desplazamientos turísticos nacionales y se limitarán al mínimo los contactos sociales: las reuniones podrán ser de un máximo de 10 personas de dos hogares distintos.

Todas las competiciones deportivas profesionales se desarrollarán a puertas cerradas y, mientras sea posible, seguirá abierta la actividad escolar y el comercio.

“Debemos encontrar una vía para garantizar la salud pública y no llegar a una situación de emergencia nacional”, manifestó la canciller de Alemania, Angela Dorothea Merkel.

Aumentan los contagios en Corea del Sur

Corea del Sur extenderá su política de uso obligatorio del barbijo en los balnearios, salones de bodas y otros lugares como parte de las nuevas reglas de distanciamiento físico destinadas a prepararse para un prolongado brote de COVID-19.

Aunque Corea del Sur ha logrado contener la propagación de la COVID-19 mejor que muchas naciones occidentales, los nuevos casos diarios en el país se han elevado por encima de 100 en los últimos días.

El Centro Coreano para el Control y la Prevención de Enfermedades (KCDC) registró 124 nuevos casos el 31 de octubre, marcando un quinto día consecutivo de infecciones que superan los 100 debido a pequeños brotes que surgen en lugares como balnearios, escuelas e iglesias.

Actualmente, el uso del barbijo es obligatorio en 12 tipos de lugares considerados de “alto riesgo”, como clubes, bares de karaoke y cibercafés.

A partir del 7 de noviembre, estas restricciones se ampliarán a 23 tipos de lugares, que incluyen grandes almacenes, parques temáticos y salones de belleza.

Los individuos que no lleven barbijo en dichos sitios pueden ser multados en hasta 90 dólares a partir del 13 de noviembre, mientras que los responsables de esos lugares pueden enfrentar multas de hasta 2.700 dólares.

Corea del Sur también anunció un nuevo plan de distanciamiento físico de cinco niveles, que reemplaza un sistema de tres niveles. El enfoque más específico de las medidas está diseñado para mitigar el impacto de las restricciones en la economía, las pequeñas empresas y la población.

Récord de casos en Estados Unidos

Estados Unidos registró el 31 de octubre 88.521 nuevos contagios de COVID-19, una cifra que supone un nuevo récord de casos diarios después de varias semanas registrando aumentos progresivos de las cifras de positivos hasta llegar a los niveles de la primera ola de la pandemia. En el país, 1.021 personas han perdido la vida en las últimas 24 horas por la COVID-19.

Los estados de South Carolina llevan batiendo récord de positivos diarios durante cuatro días seguidos, mientras que Wisconsin ha batido su récord de ingresos por COVID-19 en los hospitales.

Con estas nuevas cifras, el total de casos se sitúa al borde de los 9 millones de casos, y las muertes ascienden a casi 230.000 desde que iniciara la crisis sanitaria y se detectara el primer caso en Estados Unidos.

A pocos días de las esperadas elecciones presidenciales, el país está en una “trayectoria muy difícil”, señaló el principal responsable de la lucha contra la COVID-19 en el país, Anthony Stephen Fauci, tras asegurar que el país está “yendo en la dirección equivocada”, en referencia a la gestión de la pandemia por parte de las autoridades.

El sitio GeoSentinel, en München, Alemania, informó el caso de un alemán de 49 años que presentó macrohematuria en junio de 2020. Se confirmó esquistosomosis urogenital en la biopsia de vejiga, así como en su orina (microscopía y reacción en cadena de la polimerasa). El genotipado reveló un híbrido *Schistosoma haematobium/S. bovis*.

El paciente nunca viajó fuera de Europa. Sin embargo, había estado en la isla de Corse (Francia) dos veces, en 2019 y 2013. Nunca nadó en el río Cavu, donde se habían notificado casos de esquistosomosis en años anteriores⁶. Los antecedentes sugieren que lo más probable es que se haya infectado en 2019 mientras se bañaba en el río Solenzara, cerca de un concurrido campamento. El río Solenzara no se comunica con el río Cavu.

El particular híbrido *S. haematobium/S. bovis* es el mismo que se identificó durante el brote anterior. Este caso sugiere que la transmisión de la esquistosomosis en Corse está en curso y ahora ocurre en otro río. Los médicos deben asegurarse de examinar a los viajeros que regresan de Corse para detectar esquistosomosis.

Las Islas Marshall⁷, uno de los pocos lugares del mundo en los que no había aparecido la COVID-19, registraron sus dos primeros casos.

El gobierno de este alejado archipiélago informó de que dos empleados de una base estadounidense habían dado positivo en las pruebas que se les hicieron al llegar desde Hawai'i el 27 de octubre.

Ambos habían llegado en un vuelo militar y han permanecido aislados desde entonces.

Las Islas Marshall cerraron sus fronteras en marzo para mantenerse a salvo de la COVID-19.

Las autoridades describieron ambos casos como “estrictamente importados” y subrayaron que los dos afectados, una mujer de 35 años y un hombre de 46, se hallaban en cuarentena y, en consecuencia, no hay peligro de transmisión comunitaria.

⁶ Ver ‘Francia, Corse: Varios casos de esquistosomosis después de nadar en el río Cavu’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.361, de fecha 26 de mayo de 2014, haciendo clic [aquí](#).

⁷ Con una población de unas 55.000 personas, las Islas Marshall están formadas por dos cadenas de atolones de coral y más de 1.000 islotes, justo al norte del Ecuador, en aguas del Océano Pacífico. La superficie total del país es de 181 km². Su capital es Majuro.

Aunque se trata de un Estado independiente, Estados Unidos se ocupa de la seguridad y la defensa y aporta cada año millones de dólares. El ejército de Estados Unidos tiene en la base de Kwajalein, uno de sus centros para pruebas misilísticas.



Islas del océano Pacífico que no han registrado casos de COVID-19.

Las autoridades aseguraron que las medidas de seguridad adoptadas han impedido el contacto con la comunidad.

La mayoría de los estados insulares del Pacífico, como las Islas Marshall, cerraron sus fronteras al comienzo de la pandemia, en medio de dudas sobre la capacidad de sus débiles sistemas sanitarios para hacer frente a un brote.

En junio, las islas Marshall levantaron las restricciones y permitieron el acceso a su territorio, con lo que llegaron sobre todo

trabajadores de la base estadounidense del atolón de Kwajalein, a los que solo se les exigía que pasaran una cuarentena de tres semanas en la instalación militar.

Zonas libres de COVID-19

Se cree que Kiribati, Micronesia, Nauru, Palaos, Samoa, Tonga, Tuvalu y Vanuatu aún siguen libres de la COVID-19.

Los dos infectados que llegaron a las Islas Marshall lo hicieron en un vuelo procedente de Honolulu y ambos se hallan asintomáticos.

Las autoridades locales hicieron un llamamiento a la población a “permanecer vigilante” y seguir los consejos básicos de precaución, pero descartaron que haya que introducir nuevas restricciones.

“Los negocios y servicios públicos seguirán funcionando con normalidad”, informó el gobierno en un comunicado.

Se renovó el llamamiento a la población a que tenga en casa comida y medicinas suficientes para entre dos y cuatro semanas, aunque el gobierno insiste en que no hay que caer en las compras compulsivas.

	<p><i>EUROPA</i></p> <p>LA VARIANTE 20A.EU1 DEL SARS-CoV-2 ES UNA DE LAS MÁS FRECUENTES EN LA REGIÓN</p> <p><i>29/10/2020</i></p>
---	---

Una nueva variante genética del SARS-CoV-2, detectada por primera vez en España y los Países Bajos en el inicio del verano, se ha extendido ampliamente por Europa en los últimos meses, según una [investigación](#). El virus mutado se identificó por primera vez en Caspe (Zaragoza) y Alcañiz (Teruel) el 20 de junio, además de en una localidad holandesa, y se diseminó rápidamente gracias a los brotes masivos entre trabajadores agrícolas en Huesca y Lleida. Por el momento no hay ninguna prueba de que el virus ahora sea más virulento o transmisible.

El SARS-CoV-2 lleva las instrucciones para funcionar y multiplicarse escritas en un genoma de 30.000 letras químicas. El virus comete errores de vez en cuando al hacer copias de sí mismo y acumula unas dos mutaciones al mes. Estos cambios han hecho que solo en Europa ya se hayan identificado cientos de variantes diferentes del SARS-CoV-2, aunque solo unas pocas han triunfado sobre las demás, como la nueva variante estudiada, [bautizada 20A.EU1](#).

Los investigadores creen que seguir el rastro de la nueva variante puede servir para valorar las medidas de restricción de movimientos puestas en marcha durante el verano. El virus mutado pasó de Aragón y Catalunya a la Comunidad Valenciana y luego al resto de España, donde ya constituye 88% de las secuencias del virus analizadas. Con la apertura de las fronteras, la variante saltó a otros países europeos a partir de julio gracias a los viajeros. En el Reino Unido ya alcanza 90%; en Irlanda, 60%; en Suiza y los Países Bajos, alrededor de 35%. Esta variante es actualmente una de las más frecuentes en Europa.

El 20 de junio también se identificó un paciente con la nueva variante en Países Bajos, por lo que el origen no tiene por qué ser España. En otros países europeos, como Francia y Bélgica, la presencia de la variante 20A.EU1 todavía es residual. El virus mutado también se ha detectado en Hong Kong y Nueva Zelanda. [Los autores sostienen](#) que, probablemente, el foco inicial estuvo en España, pero la nueva variante ya está saltando entre otros países.

Las políticas sanitarias han fallado a la hora de prevenir las infecciones entre las poblaciones más vulnerables, como los trabajadores temporarios, y eso ha hecho más vulnerable a la comunidad toda. Durante la primera ola de la pandemia ya se vio el mismo patrón: mutaciones que triunfaron gracias a eventos de superpropagación local, como un funeral en Vitoria el 23 de febrero. El consorcio español SeqCOVID ha identificado al menos 519 introducciones independientes del SARS-CoV-2 en España durante la primera ola. La nueva variante 20A.EU1 también parece haber cruzado cientos de veces las fronteras europeas.

Es posible que algunos turistas veraniegos pudieran tener más probabilidades de participar en comportamientos de riesgo en España y de seguir con esos comportamientos en sus países, lo que habría ayudado a diseminar la nueva variante del SARS-CoV-2. Los cierres de fronteras duraderos y las restricciones severas para viajar no son factibles ni deseables, pero a la vista de la extensión de la variante 20A.EU1 parece claro que las medidas implementadas a menudo no fueron suficientes para detener la transmisión de las variantes introducidas este verano. Es fundamental identificar mejores formas de abrir los países sin correr el riesgo de tener un aumento de los casos.

La nueva variante 20A.EU1 incluye tres mutaciones características, una de ellas en la espícula del coronavirus, la protuberancia de su superficie que actúa como una llave para abrir las células humanas. El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España ha puesto en marcha un grupo de trabajo para investigar el papel concreto de esta mutación, conocida como A222V. La variante también incluye otra mutación en la espícula descrita anteriormente, la D614G, que desde su detección en Italia en febrero se ha hecho dominante en prácticamente todo el mundo. La comunidad científica todavía discute la importancia real de esta mutación. [Un equipo de investigadores mostró](#) que el virus con la mutación D614G se multiplica con mayor facilidad en las tráqueas de los hámsteres, pero no en sus pulmones, lo que podría favorecer la transmisión sin agravar la enfermedad.

Se espera que una vacuna contra un tipo de poliomielitis que se está propagando en el Hemisferio Sur reciba la aprobación de emergencia antes de fin de año. Si así ocurre, será la primera vez que la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya conducido una vacuna o medicamento sin licencia a través de su proceso de registro de emergencia.

La poliomielitis salvaje casi ha sido erradicada. Solo dos países, Afganistán y Pakistán, todavía notifican casos. Pero una versión del virus que surgió naturalmente del virus atenuado de la poliomielitis que se usa en la vacunación se está expandiendo.



Los esfuerzos de vacunación contra la poliomielitis continúan en Pakistán, uno de los pocos lugares del mundo donde no se ha erradicado el virus salvaje.

El denominado poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) está aumentando tanto en Afganistán como en Pakistán, así como en Filipinas, Malasia, Yemen y 19 países africanos, siendo Chad, República Democrática del Congo y Costa de Marfil los más afectados en África.

En lo que va de 2020, ha habido más de 460 casos de poliomielitis derivada de la vacuna en todo el mundo. Esto es más de cuatro veces el número detectado hasta la misma fecha en 2019, lo que es un obstáculo importante en la campaña mundial de 32 años de duración y 17.000 millones de dólares invertidos para erradicar la enfermedad. Los investigadores que modelan las infecciones por poliovirus afirman que por cada caso conocido, hay alrededor de 2.000 infecciones en la población.

“Potencialmente, millones de personas no tienen inmunidad al virus derivado de la vacuna, y por eso estamos muy preocupados”, dijo Kathleen O’Reilly, epidemióloga de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres que modela las infecciones de poliomielitis.

Los asesores científicos independientes de la OMS han estado evaluando una vacuna diseñada específicamente para proteger contra el cVDPV. Esta vacuna, que se ha estado preparando durante una década, ha sido probada en cuanto a seguridad y eficacia, pero aún no está autorizada y debe someterse a más ensayos. La OMS se encuentra en las últimas etapas de considerar si aprobarlo más rápidamente, bajo lo que se llama un registro de uso de emergencia, un procedimiento que se creó durante el brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014-16 en África Occidental, y que la agencia también está preparando para el uso de vacunas contra la COVID-19.

El 9 de octubre, Alejandro Cravioto, presidente del Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización de la OMS, dijo que es la primera vacuna que se considera en el registro de uso de emergencia. “Será un muy buen ejercicio para nosotros ver cómo funciona esto, porque probablemente algunas de las vacunas contra la COVID-19 tendrán que ser autorizadas para su uso de la misma manera”, dijo.

La mayoría de los casos de cVDPV son causados por mutaciones en la cepa de poliovirus tipo 2. En este momento, los brotes se están abordando con la vieja vacuna para la poliomielitis tipo 2, que corre el riesgo de causar más brotes. Si la nueva vacuna recibe un registro de uso de emergencia, eso podría ser un “punto de inflexión”, dijo Simona Zipursky, quien copreside el grupo de trabajo sobre la vacuna en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en Genève, Suiza. La iniciativa es una asociación entre la OMS y donantes internacionales.

Los resultados de los ensayos de fase I de la vacuna se publicaron el año pasado. Se han completado dos ensayos de fase II, pero los resultados aún no se han publicado. Sin embargo, el fabricante Bio Farma, con sede en Bandung, Indonesia, ha producido 160 millones de dosis anticipando que la OMS otorgará un registro de uso de emergencia mientras se realizan más ensayos.

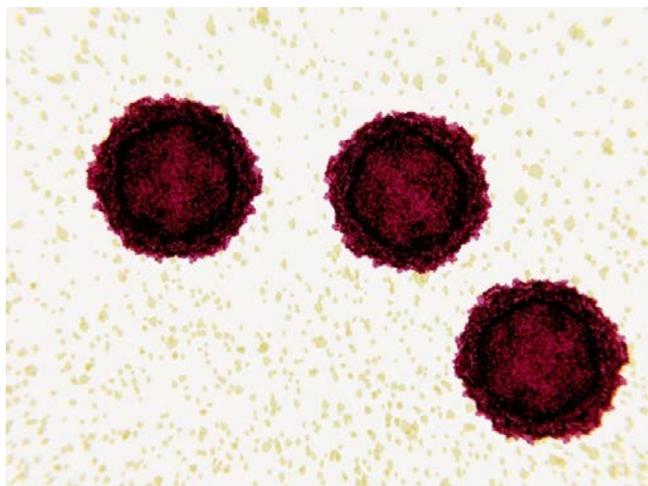
Si los reguladores médicos nacionales están de acuerdo, la nueva vacuna contra la poliomielitis podría distribuirse en países piloto seleccionados dentro de los dos meses posteriores a la aprobación de la OMS, dijo Zipursky.

El trasfondo

El investigador médico Albert Bruce Sabin desarrolló la vacuna convencional contra la poliomielitis en las décadas de 1950 y 1960, al hacer crecer el virus en primates no humanos y cultivos celulares, hasta que se adaptó a esos entornos y ya no pudo infectar a los humanos. Este virus “atenuado” se utiliza como vacuna, con el resultado de que, en la actualidad, solo unos pocos cientos de personas se infectan cada año y un número mucho menor queda paralizado por una enfermedad que solía infectar a cientos de miles.

La vacuna debe tomarse por vía oral y los receptores excretan el virus vivo en las heces durante un período posterior. Si este virus es ingerido por otras personas, por ejemplo en agua potable contaminada, puede infectarlos. Suele ser inofensivo porque el virus está atenuado. E incluso podría aumentar la inmunidad contra la poliomielitis, al igual que lo hace con quienes reciben la vacuna directamente.

Pero lo que Sabin nunca supo fue que su atenuación del virus pendía de un hilo. Solo se necesitó una mutación en el ARN del virus para permitir otros cambios que le permitieran recuperar la virulencia.



Partículas del virus de la poliomielitis.

Y esto sucedió, posiblemente ya en 1988, cuando comenzó un brote de poliomielitis derivado de una vacuna en Egipto. En años posteriores surgieron más casos, a pesar de que la poliomielitis salvaje estaba en camino de ser eliminada en la mayoría de los países.

Un momento crucial llegó en 2015, cuando se declaró la erradicación de la poliomielitis salvaje tipo 2, 16 años después de que se notificara el último caso. La OMS decidió retirar la vacuna oral tipo 2 en todo el mundo en un gran acto coordinado en 2016. Después de esto, la inmunidad a la poliomielitis tipo 2

comenzó a disminuir, dejando a las comunidades vulnerables cuando algunos virus tipo 2 de las vacunas volvieron a ser peligrosos.

Una década de investigación

Al igual que la vieja vacuna contra la poliomielitis, la nueva vacuna se deriva del virus vivo e infeccioso, pero esta vez ha sido “triplemente bloqueado” utilizando ingeniería genética para evitar que se vuelva dañino.

Los científicos se enfocaron en partes del ARN de la vacuna de Sabin donde las bases individuales mutaban para restablecer la virulencia del virus. Intercambiaron algunas de estas bases por otras en puntos estratégicos, elegidos porque sería difícil para el virus deshacer la alteración. Y funcionó asombrosamente: no se observaron mutaciones, ni en cultivo celular, ni en modelos animales y, actualmente, tampoco en humanos.

El equipo hizo dos alteraciones más en el virus: una para impedir que se recombinara con otros virus intestinales; el otro para ralentizar su evolución. El resultado es una vacuna viral con una probabilidad mucho menor de causar poliomielitis.

En 2015, la Fundación Bill y Melinda Gates en Seattle, Washington, acordó financiar un programa de 150 millones de dólares de ensayos clínicos simultáneos y fabricación de la nueva vacuna; PATH, una organización sin fines de lucro de salud global, también con sede en Seattle, está coordinando el proyecto. Mientras el programa está en marcha, la OMS está compartiendo los datos de sus ensayos con el Foro Africano Regulador de Vacunas, una red de autoridades reguladoras nacionales.

“La vacuna no se impondrá a ningún país, y debe pasar por su propio proceso para aprobarla”, dijo Zipursky. Pero agregó que los reguladores están impacientes por hacerse con la vacuna para que finalmente puedan librar a sus países de la poliomielitis y centrarse en otras prioridades. “No quieren tener que lidiar con otros brotes, no quieren tener que pasar por este ciclo”, dijo.

Preparación para hallazgos inesperados

“Todavía existe un pequeño riesgo de que esta vacuna también pueda revertirse y comenzar a causar enfermedades”, dijo Paul Fine, especialista en enfermedades transmisibles de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. “Creo que al final del día se reducirá a: qué tan estable es esto”, dijo.

“Un evento adverso raro se detectaría solo en ensayos más grandes”, dijo Abdhalah Ziraba, epidemiólogo del Centro Africano de Investigación de Salud y Población en Nairobi. Tiene reservas sobre el registro de emergencia; dice que “tiene sentido donde no se tiene ninguna herramienta en el arsenal, como con la enfermedad por el virus del Ébola o la COVID-19. Pero la poliomielitis y la COVID-19 están a años luz de distancia en términos de lo que constituye una emergencia”.

Zipursky responde que el registro de uso de emergencia requiere un monitoreo intenso en los primeros tres meses después de que se implementa la vacuna, para que las naciones puedan “responder a cualquier hallazgo inesperado”. Es esencial, dice, “para que no estemos socavando no solo el programa de poliomielitis, sino la inmunización en general”.

Y Nicholas Grassly, epidemiólogo de enfermedades infecciosas del Imperial College de Londres, dice que la implementación no puede esperar. Dijo que el mundo está respondiendo a los brotes de cVDPV utilizando cientos de millones de dosis de la antigua vacuna antipoliomielítica tipo 2, que a su vez están sembrando más brotes. La nueva vacuna, agregó, “es la única herramienta que tenemos para detener este ciclo”.

Grassly dijo que la ausencia de datos de más ensayos se compensa con los datos históricos de la vacuna anterior, que es similar en muchos aspectos y muestra efectos adversos mínimos.

Faisal Shuaib, director ejecutivo de la Agencia Nacional de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Abuja, que es responsable de erradicar la poliomielitis en Nigeria, dio la bienvenida a la nueva vacuna “siempre que satisfaga los perfiles de seguridad establecidos por las organizaciones reguladoras mundiales y nacionales”.

Pero “no es una solución milagrosa”, añadió. “Es muy importante, pero en última instancia, la solución es asegurarnos de poner todos los recursos necesarios para mejorar la inmunización de rutina”.



UNOS 850.000 VIRUS DESCONOCIDOS
PODRÍAN CAUSAR PANDEMIAS SI SE
CONTINÚA EXPLOTANDO LA NATURALEZA

30/10/2020

En el futuro, las pandemias surgirán con más frecuencia, se propagarán más rápidamente, harán más daño a la economía mundial y matarán a más personas que la de COVID-19 a menos que haya un cambio transformador en el enfoque global para abordar las enfermedades infecciosas, advirtió un [nuevo informe](#) de la Plataforma Intergubernamental de Ciencia y Política sobre Biodiversidad y Servicios de los Ecosistemas (IPBES).



Investigadores de la enfermedad por el virus del Ébola en Sierra Leona.

La mayoría (70%) de las enfermedades emergentes (como la enfermedad por el virus del Ébola, la fiebre zika o la encefalitis de Nipah) y casi todas las pandemias conocidas, como la de influenza y la de VIH/sida, son zoonóticas, es decir, son causadas por microbios de origen animal. Estos microbios se “propagan” debido al contacto entre la vida silvestre, el ganado y las personas.

Los expertos alertan que otros 1,7 millones de virus actualmente “no descubiertos” viven en mamíferos y aves, de los cuales hasta 850.000 podrían tener la capacidad de infectar a los seres humanos.

La de COVID-19 es al menos la sexta pandemia desde la Gran Pandemia de Influenza de 1918 y, aunque tiene sus orígenes en microbios transportados por animales como todas las anteriores, su aparición ha sido impulsada enteramente por actividades humanas, afirmó el estudio.

“No existe ningún gran misterio sobre la causa de la pandemia de COVID-19, o de cualquier pandemia moderna. Las mismas actividades humanas que impulsan el cambio climático y la pérdida de biodiversidad también generan riesgo de pandemia a través de sus impactos en nuestro ambiente”, alertó Peter Daszak, presidente de EcoHealth Alliance y presidente del taller de IPBES del que surgió el informe.

Según Daszak, los cambios en la forma en que usamos la tierra, la expansión e intensificación de la agricultura, y el comercio, la producción y el consumo insostenibles, perturban la naturaleza y aumentan el contacto entre la vida silvestre, el ganado, los patógenos y las personas. “Este es el camino hacia las pandemias”, aseveró.

Y es que los científicos explican que el riesgo de pandemias está aumentando rápidamente, con más de cinco nuevas enfermedades que surgen en las personas cada año, cualquiera de las cuales tiene el potencial de propagarse y convertirse en pandemia.

Más de veinte expertos coinciden en que el riesgo de amenazas de salud pública mundiales puede reducirse significativamente disminuyendo las actividades humanas que impulsan la pérdida de biodiversidad, a través de una mayor conservación de las áreas protegidas, y reduciendo la explotación insostenible. De esa manera, se puede disminuir el contacto entre animales, animales y humanos y ayudar a prevenir la propagación de nuevas enfermedades.

Explotación, cambio climático y pérdida de biodiversidad

La explotación insostenible del ambiente debido al cambio de uso de la tierra, la expansión e intensificación de la agricultura, el comercio y el consumo de vida silvestre y otros factores, interrumpe las interacciones naturales entre la vida silvestre y sus microbios, aumenta el contacto entre la vida silvestre, el ganado, las personas y sus patógenos, aumentando el riesgo de la aparición de nuevos virus en humanos.



Una técnica en un laboratorio de Tailandia estudia muestras zoonóticas.

Asimismo, el cambio climático ha estado implicado en la aparición de enfermedades (por ejemplo, de encefalitis transmitida por garrapatas en Escandinavia) y probablemente causará un riesgo sustancial de pandemia en el futuro al impulsar el movimiento de personas, la vida silvestre, los reservorios y los vectores, y la propagación de sus patógenos, en formas que conducen a nuevo o mayor contacto entre especies. También puede llegar a alterar la dinámica natural del huésped-patógeno.

Además, la pérdida de biodiversidad asociada con la transformación de paisajes puede conducir a un mayor riesgo de enfermedades emergentes en algunos casos, donde las especies que se adaptan bien a paisajes dominados por humanos también pueden albergar patógenos que presentan un alto riesgo de transmisión zoonótica.

Los patógenos de la vida silvestre, el ganado y las personas también pueden amenazar directamente la biodiversidad y emerger a través de las mismas actividades que impulsan el riesgo de enfermedades en las personas. Por ejemplo, la aparición de quitridiomycosis, una infección causada por hongos en anfibios que apareció en todo el mundo debido al comercio de vida silvestre.

La crianza de vida silvestre se ha expandido sustancialmente, particularmente en China antes de la COVID-19, donde la cría de “animales no tradicionales” generó 77.000 millones de dólares y empleó a 14 millones de personas en 2016.

La agricultura, el comercio y el consumo de vida silvestre y productos derivados de la vida silvestre (para alimentos, medicamentos, pieles y otros productos) han provocado la pérdida de biodiversidad y enfermedades emergentes, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el COVID-19.

Costos masivos que se pueden evitar

El informe indica que las pandemias y otras zoonosis emergentes causan un sufrimiento humano generalizado y más de un billón de dólares en daños económicos al año. Esto se suma a la carga continua para la salud humana de otros padecimientos que han aparecido históricamente.



Carne cruda a la venta en un mercado de Mogadishu, en Somalia.

Los expertos aseguran que el verdadero impacto de la COVID-19 en la economía global solo puede evaluarse con precisión una vez que las vacunas se hayan implementado por completo y la transmisión entre las poblaciones esté contenida. Sin embargo, su costo se ha estimado entre 8 a 16 billones de dólares a nivel mundial para julio de 2020 y puede llegar a ser de 16 billones solo en Estados Unidos para el cuarto trimestre de 2021 (asumiendo que ya existe una vacuna efectiva).

El estudio delinea estrategias globales para prevenir pandemias, basadas en la reducción del comercio de vida silvestre, el cambio de uso de la tierra y el aumento de la vigilancia, que costarían entre 40.000 y 50.000 millones de dólares al año, mucho menos de lo que cuesta una pandemia.

“La abrumadora evidencia científica apunta a una conclusión muy positiva. Tenemos la capacidad cada vez mayor de prevenir pandemias, pero la forma en que las estamos abordando en este momento ignora esta herramienta. Nuestro enfoque se ha estancado: todavía confiamos en los intentos de contener y controlar las enfermedades después de que surgen, a través de vacunas y terapias. Podemos escapar de la era de las pandemias, pero esto requiere un enfoque mucho mayor en la prevención además de la reacción”, agregó Daszak, uno de los autores del informe.

Para el experto, el hecho de que la actividad humana haya podido cambiar de manera tan fundamental el entorno natural no siempre tiene que verse de manera negativa.

“También proporciona una prueba convincente de nuestro poder para impulsar el cambio necesario para reducir el riesgo de futuras pandemias, al tiempo que beneficia la conservación y reduce el cambio climático”, expresó.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos ha activado su Centro de Operaciones de Emergencia para responder al brote de COVID-19.

Un cambio de la reacción a la prevención

El informe recalca que depender de las respuestas a las enfermedades después de su aparición, como las medidas de salud pública y las soluciones tecnológicas, en particular el diseño y la distribución rápidos de nuevas vacunas y terapias, es un “camino lento e incierto”, lo que subraya tanto el sufrimiento humano generalizado y las decenas de miles

de millones de dólares en daños económicos anuales a la economía global por reaccionar a las pandemias.

El riesgo de una pandemia está impulsado por cambios antropogénicos que aumentan exponencialmente, por lo tanto, culpar a la vida silvestre por la aparición de enfermedades es

erróneo, porque la emergencia es causada por las actividades humanas y los impactos de estas actividades en el ambiente.

“La pandemia de COVID-19 ha destacado la importancia de la ciencia y la experiencia para informar las políticas y la toma de decisiones”, expresó Anne Larigauderie, secretaria ejecutiva del IPBES.

Recomendaciones

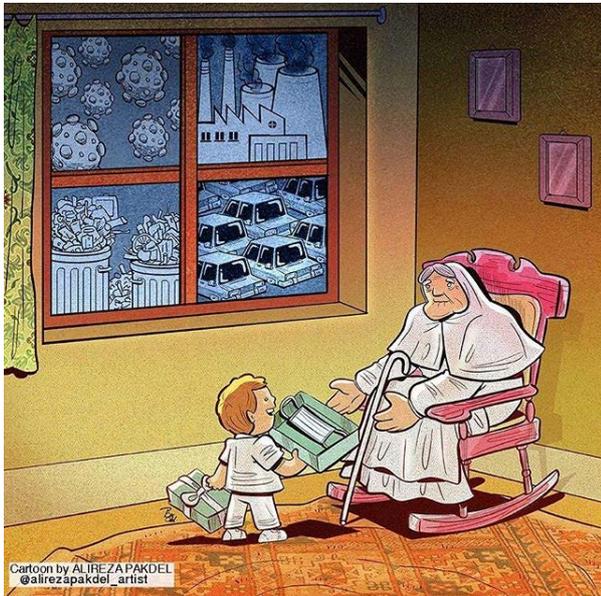
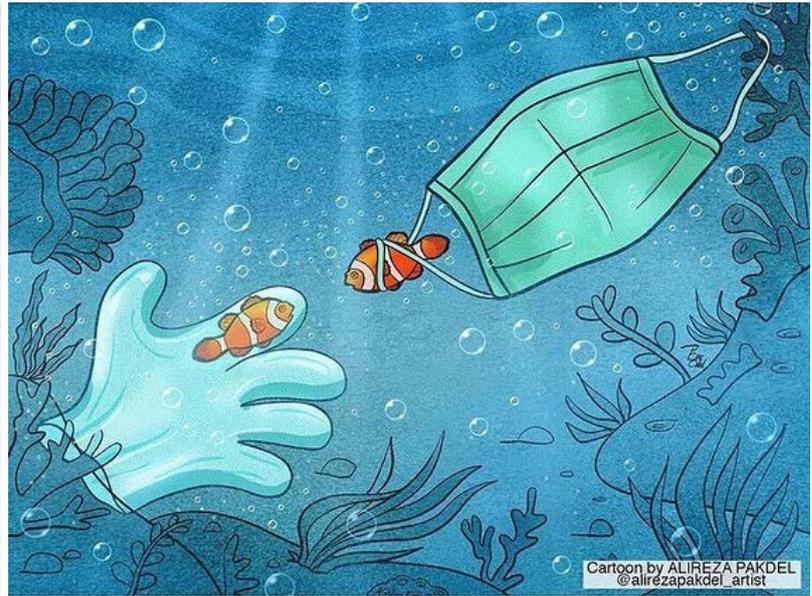
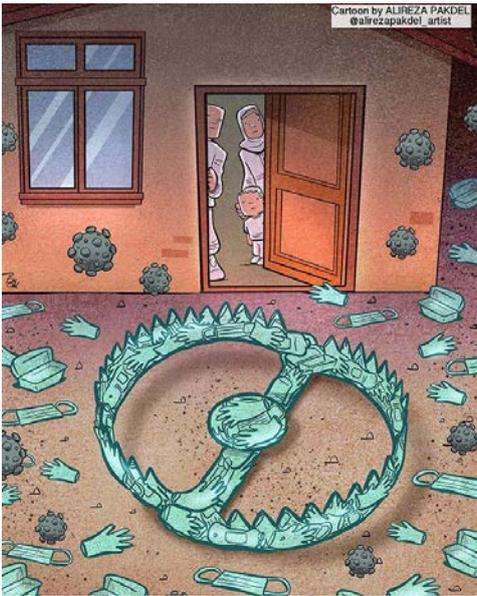
El informe ofrece una serie de opciones de política que ayudarían a reducir y abordar el riesgo de pandemia:

- Crear un consejo intergubernamental de alto nivel sobre prevención de pandemias para proporcionar a los tomadores de decisiones la mejor ciencia y evidencia sobre enfermedades emergentes; predecir áreas de alto riesgo; evaluar el impacto económico de las pandemias potenciales y destacar las lagunas en la investigación.
- Que los países establezcan metas u objetivos mutuamente acordados en el marco de un acuerdo internacional, con claros beneficios para las personas, los animales y el medio ambiente.
- Institucionalizar el enfoque de “Una Salud” de la Organización Mundial de la Salud en los gobiernos nacionales con el objetivo de prepararse para una pandemia, mejorar los programas de prevención de la pandemia e investigar y controlar los brotes en todos los sectores.
- Desarrollar e incorporar evaluaciones del impacto sobre la salud de los riesgos de enfermedades emergentes y pandémicas en los principales proyectos de desarrollo y uso de la tierra, mientras se reforma la ayuda financiera de modo que los beneficios y riesgos para la biodiversidad y la salud se reconozcan y se orienten explícitamente.
- Asegurar que el costo económico de las pandemias se tenga en cuenta en el consumo, la producción y las políticas y presupuestos gubernamentales.
- Habilitar cambios para reducir los tipos de consumo, la expansión agrícola globalizada y el comercio que han dado lugar a pandemias; esto podría incluir impuestos o gravámenes sobre el consumo de carne, la producción ganadera y otras formas de actividades de alto riesgo pandémico.
- Reducir los riesgos de enfermedades zoonóticas en el comercio internacional de vida silvestre a través de una nueva asociación intergubernamental de “salud y comercio”; reducir o eliminar especies de alto riesgo de enfermedades en el comercio de vida silvestre; mejorar la aplicación de la ley en todos los aspectos del comercio ilegal y mejorar la educación comunitaria en los puntos críticos de enfermedades sobre los riesgos para la salud de estas prácticas.
- Valorar la participación y el conocimiento de los pueblos indígenas y las comunidades locales en los programas de prevención de pandemias, lograr una mayor seguridad alimentaria y reducir el consumo de vida silvestre.
- Cerrar brechas de conocimiento críticas, como aquellas sobre conductas de riesgo clave, la importancia relativa del comercio ilegal, el no regulado y legal y el regulado de vida silvestre en el riesgo de enfermedades, y mejorar la comprensión de la relación entre la degradación y restauración de ecosistemas, la estructura del paisaje y el riesgo de aparición de enfermedades.



Pruebas en un laboratorio de Hanoi para confirmar casos de enfermedades contagiosas.

Arte y pandemia



Alireza Pakdel (@alirezapakdel_artist).

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.