



Reporte Epidemiológico de Córdoba

4 DE NOVIEMBRE
2020
REC 2.386

CÓRDOBA

- La provincia habría superado el primer pico de la pandemia de COVID-19

ARGENTINA

- Vigilancia de dengue
- Con el paso del tiempo, los argentinos le perdieron el miedo a la COVID-19
- La vacuna rusa contra la COVID-19 se aplicará primero a los grupos de riesgo y será gratuita

AMÉRICA

- Campeones contra el Paludismo otorgó premios en Brasil, Colombia, Haití y Honduras
- Costa Rica: Los casos de dengue de este año ya superaron los registrados en 2019
- Estados Unidos: Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en centros de detención de inmigrantes

EL MUNDO

- Confinamientos, reconfiamentos y más restricciones en una Europa acorralada por la segunda ola de la COVID-19

- Chad: La pandemia silenciosa que azota al país
- India: Brote de difteria en North Gujarat
- Nigeria: Una misteriosa enfermedad causa 15 muertes en la comunidad de Delta
- Sri Lanka: Récord de casos de leptospirosis en la última década
- Sudán: Reportan un brote de fiebre del Valle del Rift, pero el gobierno lo niega
- *Candida auris* resistente a los medicamentos se extiende en los hospitales atestados por pacientes de COVID-19

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // 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 PRYLKA //
FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES //
CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN //
EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

Adherentes



El infectólogo y asesor del Gobierno de la provincia de Córdoba, Juan Pablo Caeiro, aseguró que en los últimos días se registraron menos casos positivos de COVID-19 con igual cantidad de testeos.

“Claramente, se están registrando menos casos. Se está aliviando el trabajo de los médicos y de los trabajadores de salud que están en el frente de batalla. Ojalá que haya pasado el primer pico y estemos en un momento de reorganización hasta nuevo aviso”, dijo el médico.

En este sentido, subrayó que es importante seguir de cerca la situación de Europa, que finalizado el verano atraviesa la segunda ola de casos de COVID-19. “Sin vacuna, creo que podemos llegar a tener otro pico”, advirtió.

El infectólogo explicó que la baja de casos se da en función de varios factores, como las características del virus, el cumplimiento de las medidas sanitarias y una cierta inmunidad de la población, aunque dijo que esta última es la más difícil de comprobar.

“También juegan a favor las altas temperaturas. Siempre dije que teníamos que pasar el invierno”, agregó Caeiro.

Respecto al futuro, sostuvo que es posible que se registre una meseta “no tan alta”, con algunas fluctuaciones diarias, y sugirió a partir de ahora medir los casos semanalmente. “Tenemos más testeos. No se puede comparar con otros países de primer mundo, pero Córdoba realiza más estudios que otras provincias”, señaló.

Sobre la posibilidad de habilitar la circulación interdepartamental, opinó que tal medida será paulatina y asociada a la apertura del turismo en la provincia.

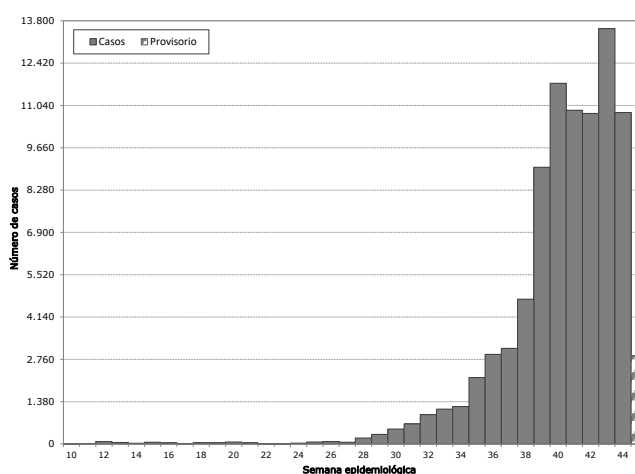


Gráfico 2. Casos confirmados. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 3 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

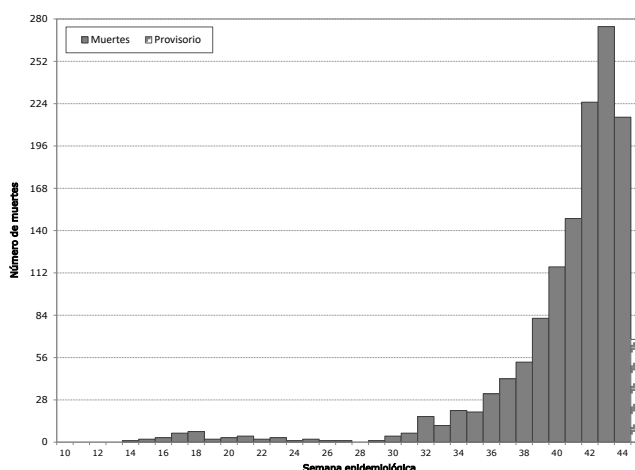


Gráfico 2. Muertes confirmadas. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 3 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 31 y 37 de 2020, 18 provincias argentinas notificaron casos con sospecha de dengue, siendo las regiones Noreste Argentino (NEA) y Centro las que registraron un mayor número de notificaciones, de un total de 464 casos.

Se han notificado, para el mismo período, casos sospechosos de dengue en 18 provincias y nueve casos probables en las provincias de Corrientes (tres), Formosa (tres), Buenos Aires (uno), Chaco (uno) y Santa Fe (uno). El primer caso confirmado por laboratorio de la temporada se notificó en Corrientes, en la SE 37.

Durante el transcurso del año 2020, se han registrado 59.360 casos confirmados y probables de dengue desde la SE 1 a la SE 35 de 2020. Si observamos el número de casos por SE, se evidencia un aumento de los casos confirmados y probables desde la SE 6 y dos picos en la SE 14 y SE 17. A partir de la SE 17, se registró un descenso en el número de casos positivos y las últimas tres semanas no se han registrado casos confirmados ni probables de dengue.

La región NEA y luego Centro muestran un inicio de los brotes más temprano en comparación a la región Noroeste Argentino (NOA) con un descenso en el número de casos también anterior. Por su parte, en la región Cuyo, la incidencia de casos de dengue ha sido muy baja durante todo el año, aunque se han registrado casos en localidades que no habían reportado presencia del virus hasta este año.

En lo que va del año 2020 se ha registrado la mayor cantidad de casos probables y confirmados de dengue de la historia del país, así como también una mayor extensión geográfica y en el tiempo de los brotes en relación a años anteriores. Si bien la mayor parte de los brotes cerraron o se mantuvieron inactivos durante el invierno, es importante mantener una vigilancia activa para todos los casos de síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) durante todo el año y realizar una búsqueda activa de la circulación del virus incluso en períodos inter-brote.

Hacia la SE 37, el número de casos probables y confirmados ha crecido con respecto a las anteriores semanas y es de esperar que se siga la tendencia de aumento dadas las condiciones climáticas relativas a la época del año. En este contexto, atravesado por la pandemia de COVID-19, donde la vigilancia se ve centrada en dicho virus, y teniendo en cuenta que muchos de los síntomas de dengue son también síntomas de COVID-19, resulta pertinente resaltar la importancia de la sospecha de dengue y estudiar por laboratorio a cualquier caso sospechoso de SFAI y epidemiología compatible.

La vigilancia epidemiológica y en particular en la actual situación epidemiológica, la vigilancia por laboratorio de todos los casos, permite reconocer el comportamiento de las distintas arbovirosis y detectar oportunamente la circulación viral en el territorio argentino.

De la misma forma, es oportuno reforzar las acciones de prevención y control del vector, que deben seguir vigentes todo el año, incluso en períodos inter-brote, dado que los huevos del vector permanecen latentes durante el invierno.



CON EL PASO DEL TIEMPO, LOS ARGENTINOS
LE PERDIERON EL MIEDO A LA COVID-19

02/11/2020

La disminución de la percepción de riesgo frente a la COVID-19 fue inversamente proporcional a su circulación, lo que indica que con el tiempo, los argentinos le fueron perdiendo el miedo a esta enfermedad. Esa fue la principal conclusión de los datos finales del Índice de Propensión al Riesgo en Salud (IPRIS), un relevamiento de opinión pública realizado desde el inicio de la pandemia.

En cuanto a la percepción de riesgo, ésta disminuye a mayor nivel educativo (variable indicativa del nivel socioeconómico); aumenta en las personas de mayor edad, quienes tienen enfermedades preexistentes, quienes ponen en práctica hábitos más saludables, y en mujeres.

El objetivo del IPRIS fue el de comprender las motivaciones y los comportamientos de los argentinos durante el aislamiento social, como modo de prevención al contagio de la COVID-19. La información recabada permitió evaluar el costo de oportunidad que tuvo para el sujeto mantener la cuarentena, así como identificar grupos de personas con reticencia al aislamiento social. Estos datos permiten identificar las audiencias donde deben concentrarse las campañas de información, así como también los aspectos a reforzar.

Las conclusiones

Se trabajó la variable ‘percepción de riesgo a estar fuera del hogar’, para la cual se analizaron sus determinantes sociales, de salud, geográficos e individuales.

- En general, hubo una disminución en la percepción de riesgo desde el inicio del estudio a medida que pasó el tiempo, es decir, inversamente proporcional a la circulación del virus y el aumento de casos.
- Según la variable geográfica, los lugares con menor percepción de riesgo fueron Corrientes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y La Pampa, mientras que donde más se percibió fue en Tucumán, la región del Gran Buenos Aires (GBA) y Jujuy. Esto se evidenció más allá de la evolución temporal de cada provincia y/o región.
- Se halló que la percepción de riesgo es inversamente proporcional al nivel educativo (variable indicativa del nivel socioeconómico): es decir, al aumentar el nivel educativo hay una menor percepción de riesgo

- A su vez, en cuanto a la edad, es directamente proporcional a la percepción de riesgo: aumenta cuanto más edad tiene la población.
- Las variables de salud son de los factores más importantes en el aumento de la percepción de riesgo. Es decir, aquellos que presentan una enfermedad previa (que se relaciona con una mayor tasa de mortalidad por COVID-19), tienen una mayor visión del riesgo asociado.

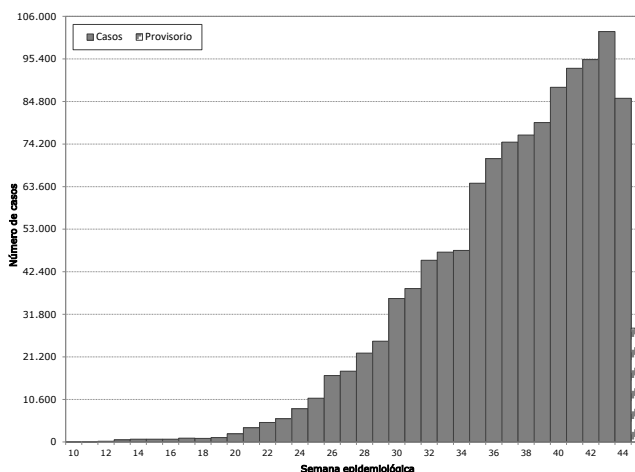


Gráfico 4. Casos confirmados. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 3 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

- En cuanto al género, las mujeres perciben un mayor riesgo que los hombres.
- A mayores hábitos saludables, hay una mayor percepción de riesgo, es decir, quienes dicen llevar a cabo chequeos clínicos periódicos, no se automedican y llevan una vida saludable, son quienes realizan una mayor valoración del riesgo.
- Las necesidades de salir de casa (para trabajar, hacer ejercicio o pasear, visitar a la familia, amigos o pareja) traen aparejada una disminución en la percepción de riesgo. Dentro de ellas, la necesidad económica se estabilizó rápidamente en un punto alto y/o su aumento fue constante, por lo que quienes tuvieron esa necesidad la ponderaron en detrimento del riesgo a salir de la casa.

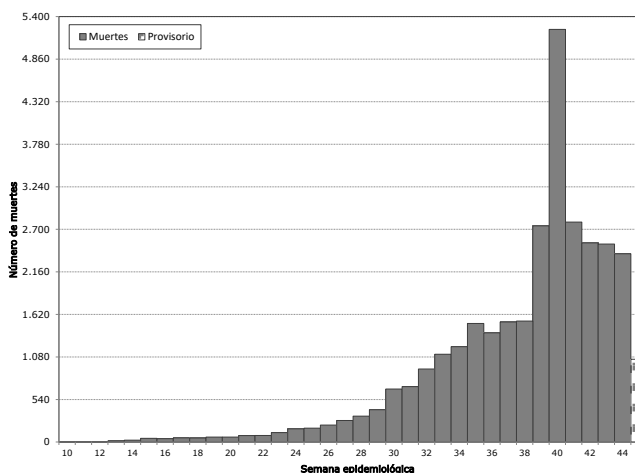


Gráfico 4. Muertes confirmadas. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 45. Datos al 3 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

- El porcentaje de personas que necesitó salir a trabajar en Córdoba y Santa Fe, fue constante desde el comienzo; en la CABA se mantuvo estable a partir de junio; mientras que en el GBA y otras provincias se fue incrementando paulatinamente. Esto demuestra que para mantener el aislamiento a lo largo del tiempo es necesario atender a una planificación integral que incluya de manera central las necesidades económicas.
- La necesidad de salir a hacer ejercicio o a visitar a terceros fluctuó de acuerdo a la situación sanitaria y esto se vio en todas las regiones. Es decir, las necesidades psicológicas y sociales fueron más maleables y volátiles a la hora de transitar estos meses.
- En cuanto a la forma en que el individuo conceptualiza la cuarentena y sus medidas, tiene una fuerte relación con el riesgo que percibe al estar fuera de su hogar; es decir, a menor percepción de riesgo, la medida se llega a conceptualizar más como autoritaria, que en una mayor percepción de riesgo, donde se pondera la cuarentena en función de “cuidarme”, “cuidar a las personas que quiero” o “cuidar la salud de los ciudadanos”.
- A lo largo del estudio, la cuarentena fue entendida como “autoritaria e innecesaria” por entre 5,4% y 9,7% de los encuestados, comenzando en la primera etapa con apenas 5%, en un efecto similar a las variables de salud.

Usos y detalles del estudio

De los resultados de este estudio dinámico, también se desprende que las formas de comunicación son una variable central a tener en cuenta. A la hora de elaborar una campaña comunicacional es necesario exponer la cuestión como un problema de salud, lo que evita la cristalización de consignas a favor y en contra de la cuarentena, posicionamiento que impacta en las variables de salud.

A partir de campañas de concientización se permean actitudes individuales con el objetivo de minimizar el riesgo de contagio, y evitar prácticas que incidan en potenciales rebrotes. Es necesario identificar dos grandes grupos de interés y lograr transmitir que la enfermedad no distingue en relación a los recursos económicos de las personas, y que es necesario que, por ejemplo los jóvenes (grupo de menor riesgo en caso de contagio), entre otros, sean conscientes o modifiquen conductas habituales en función del bienestar de su círculo cercano.

El IPRIS fue elaborado de forma continua, lo que permitió detectar las variaciones en el tiempo, mediante un total de 15.107 casos, en cuatro etapas, a partir de encuestas completas a teléfonos celulares, a personas mayores de 15 años. Se realizó con un cuestionario cerrado, entre el 23 de abril y el 17 de julio de 2020.

	LA VACUNA RUSA CONTRA LA COVID-19 SE APLICARÁ PRIMERO A LOS GRUPOS DE RIESGO Y SERÁ GRATUITA 03/11/2020
---	---

El presidente Alberto Ángel Fernández oficializó el 2 de noviembre que Carla Vizzotti, secretaria de Acceso a la Salud de la Nación, y Cecilia Nicolini, que integra el Consejo de Asesores del Presidente de la Nación, viajaron a Rusia para recabar información sobre la vacuna Sputnik V contra la COVID-19. Las funcionarias regresaron con un principio de acuerdo para adquirir 25 millones de vacunas que comenzarían a llegar al país a partir de diciembre. El contrato se firmaría a riesgo: solo se concretará en caso de que se demuestre la eficacia y la seguridad de la fórmula en las pruebas de fase 3 que se están realizando actualmente.

Vizzotti y Nicolini dieron detalles de la compra de las dosis y del programa de vacunación:

25 millones de vacunas, 50 millones de dosis

Tras el anuncio de Alberto Fernández, surgieron dudas sobre la cantidad de vacunas que se comprometería a venderle Rusia a Argentina. Nicolini aclaró la información oficial al respecto: “Esta vacuna cuenta con dos dosis que se aplican con un intervalo mínimo de 21 días. El ofrecimiento que tenemos es para adquirir 25 millones de vacunas, es decir, 50 millones de dosis”.

Aplicación gratuita

La aplicación será de acceso gratuito para toda la población. Cada vacuna cuesta 19,90 dólares y se está avanzando en los últimos detalles dependiendo de la cantidad que se pueda

adquirir. La distribución será equitativa, con una visión federal para que todo el mundo pueda acceder en tiempo y en forma. Y se priorizarán los grupos de riesgo, al personal sanitario y a las fuerzas de seguridad.

Por qué la vacuna rusa

Surge de un ofrecimiento directo al gobierno argentino para contar en diciembre y en enero con una cantidad de dosis muy interesante. El desarrollo de esta vacuna se llevó adelante en una plataforma bastante reconocida, muy robusta, y se encuentra en una fase avanzada de los ensayos clínicos, por lo que podría ser una solución para los próximos meses. Las funcionarias citadas viajaron a Moscú para conocer la información de primera mano.

La oferta de Rusia es que Argentina podría disponer de la producción en diciembre. Se está trabajando con la autoridad de regulación, que es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Se trata de una vacuna muy sencilla de producir, por lo que para el mes de diciembre podría llegar una cantidad de dosis importante.

Argentina estuvo recibiendo ofertas y propuestas. En este momento el Gobierno tiene en cuenta tres ejes: la seguridad de la vacuna, que se viene demostrando en todos los ensayos clínicos; la efectividad, es decir, los beneficios en la prevención de la enfermedad; y la escala de producción.

Campaña nacional de vacunación

Se realizará una campaña nacional de vacunación que incluirá las 24 jurisdicciones, con una mirada federal. Se está trabajando para poner en marcha esta campaña.

Dudas y temores sobre la seguridad de la vacuna rusa

Rusia está siguiendo los mismos pasos que el resto de los laboratorios productores de vacunas. En este caso, la produce un instituto público y la comercialización no la hace un laboratorio. Lo que se hizo hasta ahora en Rusia es un registro provisorio de 40.000 personas, no una vacunación masiva sin fase 3.

Las funcionarias viajaron a Rusia porque el país no tiene la modalidad de difundir sus novedades como lo tienen las multinacionales, con departamentos de marketing. Se reunieron con el equipo del instituto público que trabaja en el desarrollo, a quienes les hicieron todas las consultas pertinentes.

La vacuna rusa está siguiendo los mismos protocolos que todas las demás. Argentina no está haciendo nada distinto de lo que hubiera hecho con el resto de las vacunas.

Las condiciones de traslado a Argentina

La conservación de la vacuna Sputnik V es a -18°C, que es una temperatura menos compleja de manejar que la de otras dosis, que deben ser trasladadas a -60°C. En Argentina, por ejemplo, la vacuna SABIN se almacena a -20°C.

La vacuna rusa sí, las otras también

El presidente Fernández se comprometió a realizar todo el esfuerzo para contar con las vacunas que sean seguras y estén al alcance de la población en el menor tiempo posible. La mirada sanitaria del Gobierno es la de acceder a las diversas vacunas en el tiempo y forma

adecuados. La campaña de vacunación llevará un tiempo: será la campaña de vacunación más grande de Argentina y se necesitarán varios meses para implementarla.

Argentina debe tomar una decisión con todas las vacunas. Se han hecho contactos con Pfizer, AstraZeneca y con Rusia. Es una decisión que se adopta a riesgo compartido con los laboratorios, que iniciarán la producción sin tener el registro. Los países se comprometen a una compra a riesgo: es decir, si la vacuna supera la fase 3 debe ser adquirida. Es necesario asegurar la disponibilidad de la vacuna lo antes posible.

América



CAMPEONES CONTRA EL PALUDISMO OTORGÓ PREMIOS EN BRASIL, COLOMBIA, HAITÍ Y HONDURAS

28/10/2020

Seis municipios en cuatro países fueron galardonados con los premios “Campeones contra el Paludismo en las Américas” en 2020 por su trabajo en aplicar intervenciones eficaces y seguras contra la malaria durante la pandemia de COVID-19.

Los premios fueron entregados el 28 de octubre por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Fundación de las Naciones Unidas y otros socios en un evento que conmemoró el Día del Paludismo en las Américas. Los videos que ilustran cada uno de los proyectos fueron mostrados en el foro llamado “La malaria cero comienza conmigo: Combatir la COVID-19. Proteger a los trabajadores de la salud. Poner fin a la malaria”.

Los proyectos ganadores incluyen dos en Brasil, Atalaia do Norte y Oeiras do Pará; uno en Colombia en Quibdó; dos en Haití, en las localidades de Les Anglais y Les Irois; y uno en Honduras, en Puerto Lempira.

“Estamos viviendo un tiempo sin precedentes, pero nuestro apoyo y compromiso con los esfuerzos globales contra la eliminación de la malaria es más fuerte que nunca”, dijo Jarbas Barbosa, subdirector de la OPS. “Se necesitan medidas urgentes para que la respuesta mundial a la malaria vuelva a arrancar, y el desafío está en manos de los países más afectados por esta enfermedad”, añadió.



La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten a las personas a través de las picaduras de mosquitos infectados. Aproximadamente la mitad de la población mundial está en riesgo de contraerla, en particular los que viven en países de bajos ingresos. En las Américas, 132 millones de personas viven en zonas en riesgo de contraer malaria.

Malaria en las Américas

El tema del Día del Paludismo en las Américas 2020 es “La malaria cero comienza conmigo” y pone de relieve la importancia de los esfuerzos sostenidos contra la malaria, a la vez que se protege a los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19.

Pese a los avances en algunos países hacia la eliminación de la enfermedad, como Argentina, El Salvador y Paraguay, y a la tendencia sostenida en la reducción de la malaria de 2005 a 2014, en los últimos años la región de las Américas experimentó un aumento en el número total de casos y muertes.

Entre 2015 y 2018, los casos de malaria aumentaron 69% y las muertes aumentaron 111%, principalmente por aumentos en la transmisión y brotes de malaria en zonas con complejos desafíos sociopolíticos y económicos. Aún no está claro qué efectos tendrá la pandemia de COVID-19 en el número de casos de malaria a nivel regional.

Nuevos “Campeones de la malaria”

Las experiencias ganadoras incluyeron la Atalaia do Norte de Brasil, en Amazonas, donde la participación activa de la comunidad combinada con vigilancia, control de vectores, detección activa de casos y tratamiento ayudó a combatir la malaria en una comunidad con una importante población indígena. El otro proyecto de Brasil en Oeiras do Pará, recibió el premio por reducir la carga de malaria de 11.000 casos en 2018 a menos de 1.000 casos en 2020, y de pasar de ser el tercer municipio más alto endémico de malaria al número 27.

En Colombia, el municipio de Quibdó, en el departamento de Choco, ganó el premio por sus “innovaciones operativas efectivas para asegurar la prestación segura de servicios de salud en entornos extremadamente desafiantes y entre poblaciones vulnerables”.

En Haití, dos municipios con altas cargas de malaria, Les Anglais, departamento de Sud y Les Irois, departamento de Grand’Anse, fueron nombrados Campeones de la Malaria por su planificación efectiva y por alianzas fuertes en las que se utilizó la labor de los trabajadores de salud comunitarios para reducir sus cargas de malaria.

El municipio hondureño de Puerto Lempira, en el Departamento de Gracias a Dios, ganó el premio por sus “esfuerzos efectivos en la protección de los logros hacia la eliminación de la malaria en un municipio de alta carga”. Todas las experiencias premiadas fueron reconocidas por los esfuerzos en el funcionamiento de los continuos desafíos impuestos por la pandemia de COVID-19.

El alto número de casos de dengue que se han presentado este año en Costa Rica enciende las alarmas.

Más de 8.945 personas fueron atendidas por esta enfermedad, según los datos centralizados del Ministerio de Salud hasta la semana epidemiológica 41.

Esa cifra llega ya a superar los 8.179 casos que se registraron en 2019, y donde se dio un aumento de 200% comparado con los datos de 2018 (2.735).

Es por esta razón que las autoridades de salud ya hicieron un llamado a la población para que tomen medidas.

Las zonas más afectadas son Central Norte, Pacífico Norte, Central Sur, Chorotega y Huetar Norte.

Desde la aparición del virus en 1993, en Costa Rica han muerto 23 personas a causa del dengue, la última de ellas en 2013.



Más de una docena de centros de detención del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) de Estados Unidos experimentaron grandes y repetidos brotes de enfermedades prevenibles con vacunas en los últimos tres años, según un nuevo [estudio](#).

Entre el 1 de enero de 2017 y el 22 de marzo de 2020, se identificaron 1.280 casos de influenza, 1.052 de varicela y 301 de parotiditis. Hubo 41 brotes de influenza, 26 brotes de varicela y 12 brotes de parotiditis.

Estas son cifras bastante impactantes y preocupantes, que sugieren que esta población vulnerable corre un riesgo muy alto de contraer estas infecciones mientras está detenida.



Dado lo generalizados que fueron los brotes, las autoridades federales deberían ofrecer la vacunación tanto a adultos como a niños migrantes tan pronto como sean llevados a los centros de detención, lo que no se está haciendo actualmente. Las vacunas deben proteger a las personas, incluso si ya han estado expuestas. La varicela, en particular, puede ser muy grave e incluso potencialmente mortal.

Agrupar a las personas y darles un acceso deficiente a la atención médica o las vacunas hace que estos centros de detención sean sitios ideales para facilitar brotes infecciosos.

Cuando comenzó el estudio en enero de 2017, solo un puñado de centros reportaron casos de varicela, influenza o parotiditis. Para cuando terminó en marzo de 2020, 17 de los 22 centros de detención del ICE bajo revisión tenían brotes de uno o más de las tres enfermedades virales.

Una instalación tuvo un brote de varicela que duró 33 meses y también tuvo transmisión del virus de la influenza durante todo el año. Muchos centros tuvieron brotes de parotiditis. Tanto la varicela como la parotiditis son relativamente raras en la población general, y la influenza generalmente circula en el invierno, pero no durante todo el año.

Casi la mitad de las infecciones (44,7%) ocurrieron en el Centro de Residencia Familiar del Sur de Texas. Otro 16,5% ocurrió en el Centro de Procesamiento de Servicios de Port Isabel, también en Texas.

Dada la cantidad de brotes que se encontraron y su duración, es muy probable que los virus se propagaran por transferencias de migrantes entre centros de detención, lo que pone a las personas infectadas en contacto cercano con otras que son altamente susceptibles a estas enfermedades, porque nunca han sido vacunados contra ellas, o porque su inmunidad ha disminuido.

Por lo general, los migrantes son detenidos, retenidos durante unos días y luego trasladados a otro centro. Es probable que el movimiento de personas contribuya en gran medida a estos brotes. De lo contrario, no se puede explicar por qué se producen tantos brotes en tantos centros con infecciones que no son tan comunes.

Lo más probable es que el estudio subestime el número de infecciones. Los científicos solo pudieron obtener datos de los 22 centros que tienen el sistema de registro de salud electrónico del ICE y son atendidos por el Cuerpo de Servicios de Salud del ICE. Ese es un pequeño subconjunto de las 315 instalaciones que albergan a migrantes detenidos en todo el país, algunas de las cuales son administradas de forma privada.

Además, los datos provinieron de funcionarios del ICE en esos 22 centros de detención, que buscaron en las historias clínicas de los migrantes detenidos para ver cuál de ellos había sido diagnosticado con varicela, influenza o parotiditis, por lo que cualquier caso que no fuera diagnosticado se habría perdido.

Estas son enfermedades infecciosas que se pueden prevenir mediante la vacunación. Estos centros de detención son entornos de alto riesgo de enfermedades infecciosas, por lo que es imperativo cambiar la política de ofrecer vacunas que puedan minimizar las enfermedades prevenibles.



CONFINAMIENTOS, RECONFINAMIENTOS Y MÁS RESTRICCIONES EN UNA EUROPA ACORRALADA POR LA SEGUNDA OLA DE LA COVID-19

03/11/2020

Reconfinamiento en Austria, confinamiento parcial en Grecia, toque de queda en Italia y testeo masivos en Inglaterra. Europa aprieta un poco más las tuercas de las restricciones el 3 de noviembre para intentar frenar la alarmante segunda ola de la pandemia de COVID-19.

El SARS-CoV-2 ha infectado a casi 47 millones de personas en todo el mundo y se ha cobrado 1,2 millones de vidas, según cifras oficiales, que son inferiores a las reales.

Una de cada cinco muertes se ha producido en Estados Unidos, el país más enlutado, con más de 231.000 decesos. La pandemia ha sido uno de los temas clave en la campaña para las elecciones presidenciales que se celebraron el 3 de noviembre.

América Latina y el Caribe sigue siendo la zona más castigada, con 403.000 fallecidos y 11 millones de casos registrados, aunque parece que la pandemia ha perdido virulencia en las últimas semanas.

Europa es hoy la región donde el virus avanza más rápido, lo cual obliga a los gobiernos a buscar la manera acertada de limitar contactos y frenar las infecciones. Una complicada operación de equilibrista porque tampoco se quiere frenar la actividad económica ni multiplicar el descontento social, que ya ha provocado manifestaciones contra los confinamientos en diversos países.

Confinamiento y atentado en Wien

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
San Marino	958	42	2.824,54	123,83
Perú	904.911	34.529	2.752,07	105,01
Bélgica	447.260	11.858	3.862,49	102,40
Andorra	4.888	75	6.328,33	97,10
España	1.185.678	35.878	2.536,14	76,74
Brasil	5.545.705	160.074	2.612,72	75,41
Bolivia	141.833	8.731	1.218,39	75,00
Chile	513.188	14.302	2.689,17	74,94
Ecuador	169.562	12.692	964,00	72,16
México	929.392	91.895	722,33	71,42
Estados Unidos	9.108.353	229.442	2.754,91	69,40
Reino Unido	1.053.868	46.853	1.554,00	69,09
Argentina	1.173.533	31.140	2.601,33	69,03
Italia	731.588	39.059	1.209,65	64,58
Panamá	134.336	2.706	3.123,14	62,91
Colombia	1.083.321	31.515	2.133,59	62,07
Suecia	124.355	5.938	1.232,83	58,87
Francia	1.433.254	37.115	2.196,72	56,89
Sint Maarten	831	22	1.942,50	51,43
Montenegro	19.784	320	3.150,06	50,95
Macedonia del Norte	32.997	1.025	1.583,81	49,20
Armenia	94.776	1.413	3.199,57	47,70
Guam	4.644	79	2.756,34	46,89
Moldavia	76.777	1.818	1.902,41	45,05
Países Bajos	367.715	7.453	2.146,93	43,51
Irán	628.780	35.738	750,51	42,66
Kosovo	20.622	687	1.185,29	39,49
Irlanda	62.750	1.917	1.273,62	38,91
Bosnia y Herzegovina	51.505	1.248	1.567,97	37,99
Bahamas	6.759	148	1.722,07	37,71
Rumania	250.704	7.153	1.301,52	37,13
Aruba	4.519	38	4.236,19	35,62
Guadalupe	7.742	139	1.934,96	34,74
República Checa	350.896	3.654	3.277,85	34,13
Sudáfrica	727.595	19.465	1.229,85	32,90
Jersey	574	32	586,57	32,70
Puerto Rico	68.172	839	2.382,94	29,33
Israel	313.533	2.517	3.633,61	29,17
Isla de Man	353	24	415,56	28,25
Irak	478.701	11.017	1.195,50	27,51
Total	46.840.783	1.204.028	604,58	15,54

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y mortalidad, de los 40 países con mayores tasas de mortalidad. Datos al 3 de noviembre de 2020, 15:17 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	20.733.940	642.995	2.030,44	62,97
Europa	11.531.650	289.753	1.233,97	31,01
Sudeste Asiático	9.352.375	145.491	463,55	7,21
Mediterráneo Oriental	3.146.969	80.068	432,19	11,00
África	1.331.971	30.064	119,39	2,69
Pacífico Occidental	743.878	15.657	38,53	0,81
Total	46.840.783	1.204.028	604,58	15,54

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y mortalidad, según Regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de noviembre de 2020, 15:17 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

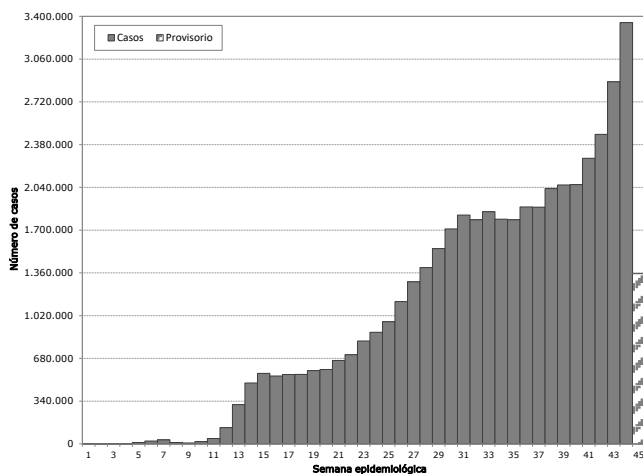


Gráfico 6. Casos confirmados a nivel global. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 45. Datos al 3 de noviembre de 2020, 15:17 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

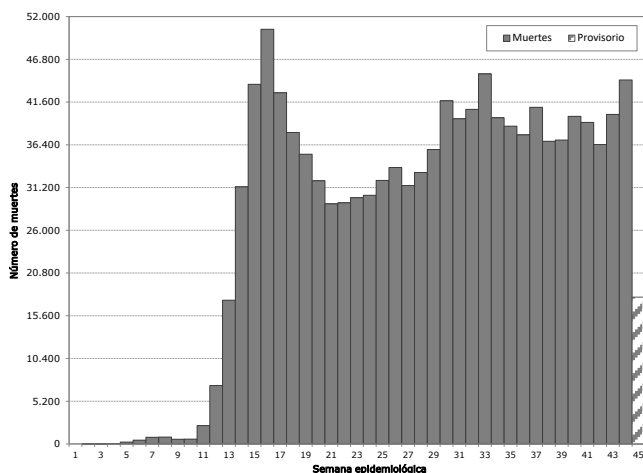


Gráfico 6. Muertes confirmadas a nivel global. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 45. Datos al 3 de noviembre de 2020, 15:17 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En Austria, un reconfinamiento comenzó el 3 de noviembre y estará en vigor al menos hasta finales del mes. Horas antes de que entrara en vigor, un ataque “terrorista” sembró el pánico en Wien el 2 de noviembre por la noche, donde hubo al menos cuatro muertos.

En Grecia, Atenas y las regiones del país que más infecciones registran deben respetar un reconfinamiento desde el 3 de noviembre, una decisión que choca con la impotencia y críticas de numerosos sectores, comenzando por los propietarios de restaurantes y bares.

“Los restaurantes son el último lugar en el que el virus se puede propagar porque se respetan las distancias y las medidas de seguridad”, dijo Maria Maniaki, empleada de un bar en el barrio de Monasteraki en Atenas. “Sin embargo en los transportes públicos y las iglesias no se respetan. Ellos tendrían que haber cerrado”, agregó.

En Alemania, la canciller Angela Dorothea Merkel pidió a los ciudadanos que respeten las reglas para frenar los récords diarios de contagios.

“Está en manos de cada uno que este mes de

noviembre sea un éxito común” afirmó la jefa del gobierno, advirtiendo desde ya que las fiestas de Navidad serán muy restringidas.

Test masivos en Liverpool

En Inglaterra, la ciudad de Liverpool, una de las más afectadas por el COVID-19, pondrá a prueba un programa de testeo masivo que podría extenderse al resto del país, anunció el gobierno británico el 3 de noviembre.

A partir del 6 de noviembre, se ofrecerá al más de medio millón de personas que viven o trabajan en la ciudad la posibilidad de realizar con regularidad estos test de resultado rápido.

Esta operación masiva comenzará un día después de que toda Inglaterra entre en un segundo confinamiento de cuatro semanas anunciado el 31 de octubre por el primer ministro Alexander Boris de Pfeffel Johnson.

“Estas pruebas ayudarán a identificar a los miles de personas en la ciudad que no tienen síntomas pero que pueden infectar a otros sin saberlo”, anunció Johnson en un comunicado.

En Italia, se dieron a conocer el 3 de noviembre las condiciones de un toque de queda nocturno nacional así como otras restricciones para los viajes. Italia ya ha cerrado cines, teatros, gimnasios y piscinas y los bares y restaurantes no pueden recibir clientes después de las 18:00 horas.

“Sigamos unidos en este momento dramático”, pidió el 2 de noviembre el jefe de gobierno, Giuseppe Conte, después de que manifestantes que protestaban contra estas restricciones se enfrentaran a la policía el 31 de octubre en Roma.

España sin turistas

En Francia, hubo 418 muertos por COVID-19 en las últimas 24 horas y más de 52.000 nuevos casos. El país está desde la semana pasada bajo un confinamiento que aún no ha tenido un impacto positivo en los balances diarios de la pandemia.

Según el consejo científico que asesora al gobierno francés, la segunda ola de la epidemia no será la última, puesto que le seguirán nuevos episodios “sucesivos durante el final del invierno” boreal y la primavera.

España, uno de los países más afectados por la pandemia y segundo destino turístico mundial recibió 75% menos de visitantes extranjeros en los nueve primeros meses de este año, debido a la COVID-19.

Entre enero y septiembre, hubo 16,8 millones de turistas, frente a los 67 millones del mismo período de 2019, indicó en un comunicado el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Ucrania advierte de una catástrofe

Ucrania registró el 3 de noviembre casi 9.000 nuevos casos de COVID-19, lo que supone un nuevo récord diario, por lo que el ministro de Salud, Maxim Stepánov, advirtió que el país se encuentra “en un punto de no retorno y cerca de una catástrofe”.

“La situación no es solo crítica en Ucrania. Nadie en el mundo puede resolver el problema del coronavirus por sí mismo y, más aún, nadie resolverá este problema para nadie. No será posible escaparse. Es hora de que cada uno asuma su responsabilidad personal”, dijo Stepánov.

En la última jornada fallecieron 157 personas por la COVID-19 en Ucrania.

Desde el comienzo de la pandemia, en Ucrania se han detectado 411.092 contagios y han fallecido 7.532 personas, entre ellas 212 médicos, según el ministro de Salud.

Para hacer frente a la COVID-19, el 28 de octubre Ucrania prolongó hasta fin de año el estado de emergencia que instauró en marzo pasado, cuando también estableció una cuarentena flexible que se adapta a cada momento de la pandemia.

Ucrania también restringe la asistencia a eventos o reuniones a hasta 50 personas en las llamadas zonas verdes, a hasta 30 en las amarillas y a hasta 20 en las naranjas.

Asimismo están prohibidas las visitas de aficionados a eventos deportivos y todas las empresas deben además trasladar a sus trabajadores al teletrabajo.

Kiev recomendó también que los profesores y alumnos de instituciones de educación superior cambien a clases a distancia hasta el 15 de noviembre.

Al oeste de Chad, cerca de la mitad de los niños sufre retraso en el crecimiento y nunca alcanzará su plena altura. Podría parecer que sencillamente son más menudos, pero en realidad están malnutridos. Eso se hace evidente cuando se conoce su edad. Es fácil que un niño desnutrido pase desapercibido en esta región. Los pueblos son pequeños, apenas existen centros de salud y no hay carreteras.



Un niño de Kanem, un pueblo cercano al Lago Chad, saborea el contenido de un compuesto nutricional a base de maní que sirve para prevenir la desnutrición infantil.

Hereta extiende una alfombra de mimbre bajo la acacia que hay en su patio. Ahí espera, acompañada por varias lagartijas de cuello naranja, que suben y bajan la cabeza a destiempo. Allí tendrá lugar una sesión en la que compartirá consejos de higiene y alimentación con sus vecinas y habrá demostraciones culinarias.

“Fui elegida *maman lumière* (mamá luz) por los habitantes del pueblo, porque mis hijos siempre han estado sanos. El Programa Mundial de Alimentos me formó para que tuviera un buen conocimiento de los recursos locales que podemos utilizar para combatir esta lacra”, explica Hereta, mientras otras mujeres empiezan a llegar con sus bebés en brazos. Para evitar la propagación de la COVID-19, el Gobierno de Chad obliga a cubrirse la boca y la nariz “con barbijo, velo o turbante”; la mayor parte de ellas lleva barbijo y se lava las manos antes de entrar.



La *maman lumière* Hereta prepara una papilla con un complemento nutricional en un pueblo cercano al Lago Chad.

“En nuestro pueblo no ha habido ningún caso de COVID-19, pero hay muchas madres y niños que no comen bien”, dice Hereta. Bajo la acacia, en un ambiente distendido, estas madres comparten experiencias, miedos y esperanzas. La *maman lumière* les habla sobre lo importante que es amamantar a los bebés durante los seis primeros meses. “Tenéis que comer bien vosotras, pero a vuestros hijos dadles solo el pecho mientras son pequeños”. Y explica que muchas creen que la leche provoca diarrea a los niños. No es una sorpresa: en Chad, menos de 1% de las mujeres practica la lactancia materna exclusiva.

Los hijos de estas mujeres padecen malnutrición moderada. Hereta organiza estas sesiones informativas cada dos semanas y recorre el pueblo todos los días, para visitar a las madres y sus bebés. “Hago esta labor de forma voluntaria y estoy muy contenta de ser *maman lumière*. Quiero ayudar a los niños de este pueblo a salir del

círculo vicioso de la malnutrición”, declara.

Muchos de los bebés duermen sobre la alfombra, aletargados por el calor del mediodía. El nivel de decibelios aumenta cuando sus madres comienzan a jugar con unas cartas que les ayudan a conocer las propiedades de los alimentos. Tras terminar la partida, llega la hora de la verdad: Hereta medirá la circunferencia del brazo de los niños, para ver si han mejorado en las dos últimas semanas. Apunta todo en un cuaderno y entrega a las madres un complemento nutricional a base de maíz listo para el uso. Si siguen los consejos de la *maman lumière* y toman el producto, pronto estarán recuperados.

En el pueblo de Hereta, la malnutrición es hoy menos invisible que ayer. Gracias a su labor, las madres ya no piensan que el niño ha salido más pequeño, o menos activo, o más débil que los demás. Ahora se preguntan si estará malnutrido y se esfuerzan para que crezca sano.

 THE TIMES OF INDIA	INDIA BROTE DE DIFTERIA EN NORTH GUJARAT 03/11/2020
---	---

Con una tendencia preocupante, North Gujarat ha comenzado a registrar muertes por difteria por segundo año consecutivo. Desde el mes pasado, al menos tres niños han muerto a causa de la difteria en el taluka¹ de Tharad, distrito de Banaskantha. El año pasado, Banaskantha informó seis muertes con sospechas de difteria.

Las autoridades sanitarias están alerta, ya que además de estas tres muertes, se han informado al menos 34 casos de difteria, incluidos 11 solo en Tharad.

“Además de Tharad, hemos recibido casos de pueblos como Nano, Dipda, Savpura, Urvela y Gahanna”, dijo el Dr. Bharmal Patel, médico del Departamento de Salud del distrito de Palanpur. También se han reportado casos en Deesa y otros talukas.

El Dr. Manish Fancy, director de salud del distrito de Banaskantha, informó que todos los fallecidos se encontraban dentro del grupo etario de 5 a 8 años.

“Les diagnosticaron una infección grave de difteria. La infección bacteriana del tracto respiratorio superior se puede prevenir con la vacunación oportuna. Pero en algunos casos, nuestros equipos de vacunación fueron expulsados por los aldeanos. Ahora hemos hecho obligatoria la vacunación de los niños”, dijo.

De acuerdo con el programa de inmunización universal, todos los niños menores de un año reciben tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tos convulsa y el tétanos, seguidas de dosis de refuerzo.

“Antes, los aldeanos se oponían a las campañas de vacunación. Ahora, somos estrictos con la inmunización”, dijo el pediatra P.G. Patel.

¹ La palabra *taluka* se refiere a una unidad de gobierno en algunos países del subcontinente indio. Generalmente, consiste en una ciudad o la ciudad que sirve como sede central, ciudades posiblemente adicionales, y un número de pueblos. Como una entidad de administración local, ejerce cierto poder fiscal y administrativo sobre los pueblos y municipios dentro de su jurisdicción.

Es la agencia ejecutiva para registros de tierra y solución de asuntos administrativos. Se llama *talukdar* a su funcionario principal.

Los residentes de las comunidades de Ute Okpu e Idumesa en el Área de Gobierno Local de Ika North East, estado de Delta, se sienten atemorizados tras las misteriosas muertes de más de 15 personas de entre 18 y 25 años en las últimas dos semanas en el área.

Pero el Gobierno del Estado aseguró a los vecinos de la zona que hará todo lo posible para frenar la enfermedad. La comisionada estatal de Salud, Dra. Mordi Ononye, condujo el 1 de noviembre un equipo de salud pública a Ute Okpu a fin de desvelar la misteriosa enfermedad.

Ononye dijo: "El gobierno del estado de Delta ha recibido información sobre muertes aparentemente misteriosas en las comunidades de Ute Okpu e Idumesa, lo que llevó al gobernador Ifeanyi Okowa a ordenar al Ministerio de Salud del estado que investigue inmediatamente estas muertes, identificar la causa o causas y llevar adelante las medidas de contención".

El epidemiólogo del estado, Dr. Richard Ikwuogu, dijo que su oficina envió oficiales a la comunidad de inmediato que la información llegó al Ministerio de Salud, y agregó que la búsqueda activa de casos que comenzó el día anterior continúa.

Ikwogu informó que su equipo visitó a las familias de las personas afectadas en la comunidad y también los casos en el hospital de Umunede; se las entrevistó y se tomaron muestras.

Dijo que se sospecha de una fiebre hemorrágica viral o de abuso de sustancias, pero que el resultado de las pruebas a las muestras recolectadas dará información clara sobre la enfermedad y determinará la posterior línea de acción.

Los casos de leptospirosis en Sri Lanka alcanzaron en 2020 la cifra máxima en una década, en medio de la pandemia de COVID-19, según datos oficiales.

Las cifras del Ministerio de Salud muestran que en octubre de este año se identificaron 6.716 pacientes, un aumento de 64,3% en comparación con el mismo período del año pasado.

La segunda cifra más alta de casos en un año se registró en 2011, con un recuento de 6.689.

El distrito de Ratnapura ha registrado 1.389 pacientes, lo que representa 20,6% del total de casos identificados en lo que va del año.



Un brote de fiebre del Valle del Rift ha matado a decenas de personas e infectado a más de 1.000 en el estado de Ash-Shamaliyah, en Sudán, según médicos locales.

Los médicos afirman que la enfermedad se ha extendido por las localidades de Merowe, Al-Dabbah y Karima, principalmente entre los pastores de ganado.

Sin embargo, el gobierno sudanés ha negado hasta ahora que haya un brote de la enfermedad. El 10 de octubre, Mohamed Hamdan Hemedti, jefe de la unidad paramilitar de las Fuerzas de Apoyo Rápido y vicepresidente del consejo soberano, dijo que el país estaba libre de la enfermedad. “No tenemos fiebre del Valle del Rift en Sudán, no la tenemos en absoluto”, dijo en un evento en Jartum.

El año pasado, 11 personas murieron en Sudán por la fiebre del Valle del Rift y cientos más se infectaron después de que la enfermedad se extendiera por los estados de Al-Bahr al-Ahmar y Al-Nil al-Azraq, según ACAPS, una ONG con sede en Ginebra que ofrece análisis humanitarios independientes.

Este año, los primeros casos de la enfermedad en humanos aparecieron a fines de agosto, luego de fuertes lluvias e inundaciones del Nilo sin precedentes. Alrededor de 10 millones de personas en Sudán están ahora en riesgo de contraer enfermedades de transmisión hídrica, como el cólera, debido a la inundación, y millones más están en riesgo de contraer malaria, según ACAPS.

A principios de este año, el exministro de salud de Sudán, Akram al-Toum, declaró un brote de fiebre del Valle del Rift entre el ganado.

Mona El-Arbab, especialista en salud pública del hospital privado Al-Daman en Merowe, dijo que el hospital había asignado un ala completa para pacientes con fiebre del Valle del Rift. “Recibimos alrededor de 80 casos al día. Algunas personas vienen al hospital sangrando y esos pacientes normalmente fallecen”, dijo.

En respuesta, el gobierno anunció una emergencia de salud pública en Merowe, pero no ha confirmado que el brote sea de fiebre del Valle del Rift.

El gobernador de Merowe, Amal Izzeldien, dijo que 63 personas habían muerto y 1.512 habían sido infectadas por diferentes enfermedades sin especificar cuáles eran. El ministro de salud en funciones, Usama Abdul-Rahim, dijo que la malaria se estaba propagando y que se registraban unos 70.000 casos por semana.

En agosto, Arabia Saudí devolvió miles de cabezas de ganado sudanés al país después de comprobar que los animales no habían sido vacunados contra la fiebre del Valle del Rift. Aproximadamente 3.000 de los animales murieron más tarde de hambre y sed en Port Sudan.

Los médicos dijeron que el estado de Ash-Shamaliyah no tenía ni una sola máquina para realizar hemogramas, lo que dificultaba su trabajo.

El Dr. Manal Hassan, médico de cabecera del hospital público de Merowe, dijo que estaba abrumado por los casos graves de fiebre. “Entre los 80 casos que recibimos en un día, unos 50 de ellos son casos de fiebre del Valle del Rift, y personalmente vi morir a tres”, dijo.

“Algunos de los pacientes estaban acostados bajo los árboles en el patio del hospital porque los ventiladores dentro de las salas habían dejado de funcionar”, agregó. “Ahora están en el mismo lugar que los pacientes que padecen otras enfermedades, lo cual es muy peligroso, porque también podrían infectarse con la fiebre del Valle del Rift”.

La enfermedad es transmitida por el mosquito *Aedes* y puede transmitirse de animales a humanos. “Es la primera vez desde que comencé a trabajar en hospitales que veo una enfermedad así. La mayoría de los casos se dan entre personas que tienen animales”, dijo Hassan.

El estado de Gharb Darfur se enfrenta a un brote de fiebre chikungunya, que ha provocado varias muertes, con miles de personas infectadas. Un farmacéutico y médico de salud pública con sede en la capital del estado, Al-Junaynah, que no quiso dar su nombre, dijo que algunas personas habían muerto a causa de la enfermedad y que “casi todos los hogares tienen a alguien infectado por la fiebre”.

El virus Chikungunya también es transmitido por el mosquito *Aedes* y causa síntomas similares. En 2018, miles de personas fueron infectadas por el virus en el estado oriental de Ash Sharqiya y siete murieron, según el gobierno.



CANDIDA AURIS RESISTENTE A LOS MEDICAMENTOS SE EXTIENDE EN LOS HOSPITALES ATESTADOS POR PACIENTES DE COVID-19

26/10/2020

Durante las vacaciones de Navidad de 2015, Johanna Rhodes recibió un correo electrónico alarmante de un médico que trabajaba en el Royal Brompton Hospital, un centro especializado en enfermedades de corazón y de pulmón más grande del Reino Unido. Un aterrador hongo invadía la piel de los pacientes y se propagaba por la unidad de cuidados intensivos a pesar de que el hospital mantenía amplios protocolos para el control de infecciones.



Ilustración por computadora del hongo unicelular *Candida auris*.

“El médico me pidió que le echara una mirada... pensé, ¿qué tan malo puede ser?” recordó Rhodes, una experta en enfermedades infecciosas del Imperial College de Londres que estudia la resistencia a los antifúngicos. Rhodes intervino para ayudar a uno de los mejores hospitales de cardiología del mundo a identificar el patógeno y eliminarlo de las instalaciones. El germen era *Candida auris*, poco conocida en ese momento. Lo que vio la sorprendió: “Crees que la COVID-19 es mala hasta que conoces a *Candida auris*”.

Candida auris es un hongo multirresistente, un patógeno que puede evadir los medicamentos producidos para eliminarlo y los primeros signos sugieren que la pandemia de COVID-19 puede estar provocando infecciones de este hongo peligroso. Eso se debe a que *C. auris* es

particularmente prominente en entornos hospitalarios, que se han visto saturados de personas este año debido a la COVID-19.

El hongo multirresistente se adhiere obstinadamente a superficies como sábanas, barandas de cama, puertas y dispositivos médicos, lo que facilita la colonización de la piel y el traspaso de una persona a otra. Además, los pacientes que tienen tubos que ingresan en su cuerpo, como catéteres o tubos respiratorios o alimenticios, corren un mayor riesgo de contraer infecciones por *C. auris* y estos procedimientos invasivos se han vuelto más comunes debido a la insuficiencia respiratoria asociada con la COVID-19.

“Desafortunadamente, ha habido lugares donde hemos visto un resurgimiento de *C. auris*”, dice Tom Chiller, director de la rama de enfermedades micóticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. “También la hemos visto entrar en algunos de los hospitales de cuidados intensivos y también en algunas unidades de COVID-19... la preocupación es que una vez que se instala en un lugar, es difícil deshacerse de ella”.

Antes de su aparición en 2009, los hongos del género *Candida* eran más conocidos por causar casos benignos de aftas, un crecimiento excesivo de color blanco en la lengua o en los genitales. Desde aquel entonces, unos pocos miles de infecciones por *C. auris* se han propagado por al menos 40 países donde se han relacionado con la muerte de 30 a 60% de los casos. En comparación, la COVID-19 mata aproximadamente a 1% de los infectados, pero ha afectado a un mayor número de personas en un corto período de tiempo.

La preocupación es que si el *C. auris* se vuelve más común en los hospitales o en la población en general, podría reforzar la creciente crisis de las superbacterias, que ya infectan a millones en todo el mundo. El año pasado, los CDC clasificaron a *C. auris* como una de las mayores amenazas de resistencia a los medicamentos en Estados Unidos. Ahora, aunque es demasiado pronto para confirmar un efecto dominó directo, Estados Unidos ha registrado 1.272 casos confirmados de *C. auris* en 2020, un aumento de 400% sobre el total registrado durante todo 2018, el año más reciente con datos disponibles.

Sin embargo, es probable que el número real sea mucho mayor, ya que la pandemia de COVID-19 ha distraído gran parte de la vigilancia de la infección por *C. auris* en los hospitales porque el germen con frecuencia puede colonizar la piel de una persona sin generar síntomas.

Estas superbacterias también pueden estar contribuyendo al exceso de decenas de miles de muertes que se produjeron durante la era de la COVID-19. De ahí por qué los médicos de todo el mundo están haciendo sonar la alarma.

¿Cómo se trata?

En 2011, Anuradha Chowdhary estaba trabajando en su laboratorio en Nueva Delhi, cuando recibió una cantidad inesperada de muestras de sangre de dos hospitales de la ciudad. Misteriosas infecciones por hongos habían brotado en unidades de cuidados intensivos y en salas neonatales, por lo que Chowdhary, profesora de micología médica en el Instituto del Tórax Vallabhbhai Patel de la Universidad de Delhi, fue reclutada para identificar el germen mediante exámenes genéticos y recomendar el mejor fármaco para el tratamiento. Los resultados la dejaron estupefacta.

Las muestras del hongo levaduriforme tomadas a los pacientes –conocidas como aislados– no estaban en el sistema de identificación que usan los laboratorios de microbiología para

rastrear las infecciones por hongos, dijo. “Era *Candida auris*. Tuve que preguntar: ¿Qué es *C. auris*?”

Se había identificado por primera vez dos años antes en el oído de un paciente (*auris* en latín significa oído), pero Chowdhary no la había visto antes. La mayor sorpresa fue que todas las muestras eran resistentes al fluconazol, el medicamento de primera línea para tratar diversas micosis y candidosis. Desde que ella y su grupo [publicaron su estudio sobre el brote de Nueva Delhi](#) en 2013, los investigadores han aprendido que *C. auris* casi siempre es resistente a este medicamento y a los parientes químicos de su familia, conocidos como azoles. [Algunas variantes](#) también [son inmunes](#) a las otras dos principales [clases de fármacos antimicóticos](#).

Por eso Chowdhary ahora ha abordado a los pacientes con COVID-19 críticamente enfermos que fueron ingresados en una UCI en Delhi y adquirieron candidemia, una micosis por *Candida* en el torrente sanguíneo. [En un pequeño estudio publicado el 27 de agosto](#), su equipo detectó que 10 de 15 de esos pacientes tenían *C. auris* resistente a los medicamentos, que probablemente se adquirió dentro del hospital.

Todas las muestras eran resistentes al fluconazol, pero cuatro de los aislados también eran resistentes a la anfotericina B, un fármaco antimicótico de segunda línea. La resistencia a dos clases de medicamentos es particularmente preocupante porque India tiene un acceso limitado a la tercera opción para el tratamiento antifúngico: las equinocandinas. Seis de los pacientes fallecieron.

“Nuestra preocupación en este momento es que estamos viendo casos publicados de pacientes con COVID-19 y otras infecciones fúngicas, que enferman y mueren”, dijo Rhodes, mientras ella y otros médicos en el Reino Unido enfrentan el aumento repentino de los casos de COVID-19. “Pensamos que ocurrirá lo mismo con *C. auris*”.

Tanto ella como Chowdhary enfatizan la importancia de las pruebas y del rastreo de contactos, intervenciones clave en el control de la COVID-19, que también son críticas en la lucha contra la propagación de *C. auris*. Están presionando para que los pacientes sean examinados de forma rutinaria para detectar la presencia del hongo, lo que implica recolectar muestras de piel, sangre u orina para detectar el ADN del hongo. Después de que un paciente da positivo en la prueba para *C. auris*, se realiza un procedimiento médico conocido como prueba de susceptibilidad para determinar si alguna de las tres clases de medicamentos antimicóticos puede combatir la infección.

Estas tácticas pueden ayudar a rastrear las muertes causadas por el hongo, un proceso que a menudo es complicado porque el germen tiende a adquirirse en los hospitales entre personas que ya están enfermas por otra causa.

“Si no lo identificamos, entonces no sabemos si un paciente está muriendo de COVID-19 o de otra infección”, dijo Chowdhary, pero “si es resistente a los medicamentos, ¿cómo lo trataremos?”

El duelo pandémico

En 2019, la Organización Mundial de la Salud incluyó la resistencia a los antimicrobianos como una de las [diez principales amenazas para la salud mundial](#). El temor de la agencia es que la humanidad esté regresando a una época en la que las infecciones fácilmente tratables, como la [tuberculosis](#) y la [gonorrea](#), ya no puedan mantenerse bajo control.

El [uso excesivo mundial de medicamentos antimicrobianos](#) en animales de granja y en la medicina humana se ha identificado como una de las causas de la aparición de superbacterias.

Pero mirando hacia el futuro, Ramanan Laxminarayan, fundador y director del [Center for Disease Dynamics, Economics & Policy](#) en Washington DC, dice que él y otros investigadores están preocupados por el papel que jugará el cambio climático en la propagación de las infecciones por hongos.

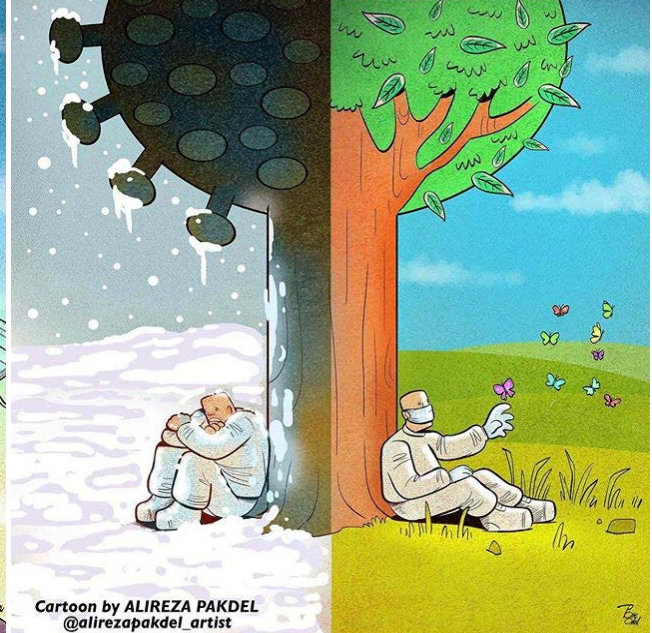
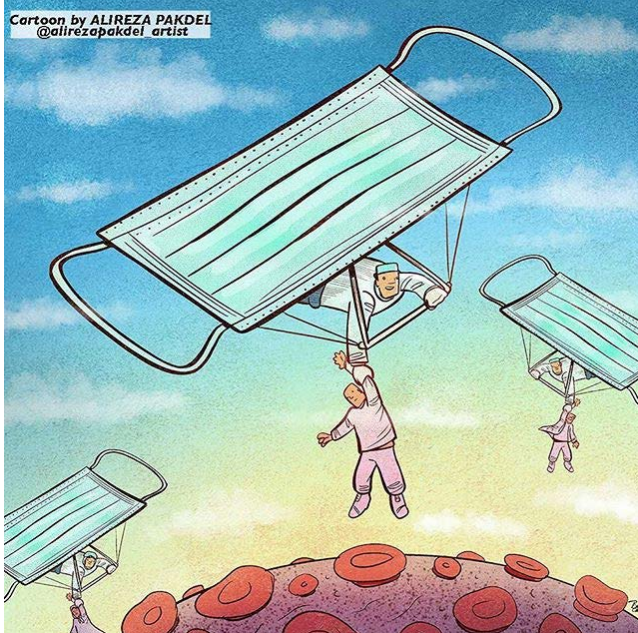
Una revisión de una [investigación publicada el año pasado](#) sugiere que *C. auris* “puede ser el primer ejemplo de una nueva enfermedad fúngica que emerge del cambio climático”. Cuando los seres humanos sufren infecciones, tendemos a desarrollar fiebre como defensa. Las altas temperaturas ayudan a eliminar los gérmenes, en un concepto conocido como la [zona de restricción térmica de mamíferos](#). El informe sostiene que a medida que las especies de hongos como *C. auris* se adaptan a las temperaturas ambientales más altas debido al calentamiento global, pueden romper esta defensa térmica. Eso significa que en el futuro no solo se verá la propagación de infecciones fúngicas existentes, sino que otras nuevas afectarán de los seres humanos.

“La resistencia fúngica podría ser tan peligrosa como la resistencia a los antibióticos”, dijo Laxminarayan, aludiendo a las superbacterias como *Clostridioides difficile* o a la tuberculosis multirresistente. Esas potentes bacterias representan 99% de los 2,8 millones de infecciones por superbacterias reportadas cada año en Estados Unidos, lo que conduce a aproximadamente 35.000 muertes.

India ha sido considerada durante mucho tiempo como un [invernadero de la resistencia a los medicamentos](#) y ahora la nación se ha convertido en el epicentro asiático de la COVID-19. De vuelta en Nueva Delhi, la mitad del personal de laboratorio de Anuradha Chowdhary recientemente dio positivo para la COVID-19. Dos han muerto. A pesar de las dificultades personales, está agradecida de que la gente se esté dando cuenta del peligro que representa *C. auris*.

“Al principio, todos pensaron que se trataba de un problema centrado en India, que no era su problema”, dice. “Estaba luchando y trabajando sola, pero me alegro ahora que el mundo está trabajando en eso. Las infecciones por hongos no deben descuidarse”.

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 reporteepi-demiologocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.