



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

4 DE ENERO  
2021  
REC 2.404

## ARGENTINA

- Por qué vuelven a aumentar los casos de COVID-19
- Se autorizó el registro de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de AstraZeneca
- Salta: Se registraron 14 casos de hantavirus en 2020

## AMÉRICA

- Estados Unidos: Aumento de casos de shigelosis en el estado de Washington

- Estados Unidos: Reportan un caso de neurobrucelosis en Florida
- Perú: La diabetes se vuelve más letal en el contexto de la pandemia de COVID-19

## EL MUNDO

- Los países que mejor respondieron a la pandemia de COVID-19 en 2020
- España: Los casos de COVID-19 en niños aumentaron de 1% a 12% del total en la segunda ola
- España: Proponen aprovechar la vacunación contra la COVID-19 para diagnosticar la hepatitis C

- India: La tasa de mortalidad infantil aumentó en la mayoría de las áreas urbanas
- Senegal: Brote de fiebre amarilla
- Aumentan los casos de gonorrea resistente en el contexto de la pandemia de COVID-19
- Aceptabilidad del personal de salud a la vacuna contra la COVID-19
- La OMS emite su primera validación de uso de emergencia para una vacuna contra la COVID-19

### Comité Editorial

#### Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

#### Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA  
ENRIQUE FARIÁS

#### 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 PRYLUKA //  
FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES //  
CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN //  
EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

### Adherentes



**SLAMVI**  
Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero



Comité Nacional  
de Infectología  
SAP



Rev. Panam. de  
Enf. Infecciosas



**Vacunas  
SADI 2019**

**GEMICOMED**  
seimc.org



03/01/2021

Con el primer lote de la vacuna Sputnik V ya aplicándose al personal de salud y el resto de las dosis que llegarán en enero, febrero y marzo, el fin de la pandemia parecía estar más cerca. Al descenso de casos durante octubre y noviembre, se sumaba el aumento de las temperaturas que, de seguro, colaboraría –sobre todo porque la gente realiza más actividades al aire libre– para llegar al fin de 2020 y a principios de 2021 de una buena manera. Sin embargo, en el presente, la realidad indica otra cosa. Esta semana los números de contagios treparon a 11.000 y la curva está en ascenso. Los especialistas, como hacen desde marzo, buscan explicaciones al fenómeno.

“Los últimos días que alcanzamos los 11.000 casos se debe un poco al fin de semana largo anterior y el retraso en la carga de datos. Se sabe que los sábados y domingos disminuye el registro de infectados en el sistema y si hay feriados en el medio peor aún. El promedio, en realidad, es de 7.000 casos aproximadamente en cada jornada”, señaló Soledad Retamar, docente investigadora de la Universidad Tecnológica Nacional Regional Concepción del Uruguay. Sin embargo, advirtió: “Lo preocupante es que si se analizan los promedios a lo largo del tiempo, se ve con claridad cómo se están incrementando. Estamos en valores similares a los de fines de noviembre, cuando la curva venía bajando, o bien, a agosto, cuando la curva venía en ascenso. Es preocupante lo que ocurre”.

Rodrigo Quiroga, bioinformático, docente de la Universidad Nacional de Córdoba e Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), piensa de un modo similar y apunta a deconstruir los relatos mediáticos que traen confusión en la pobla-

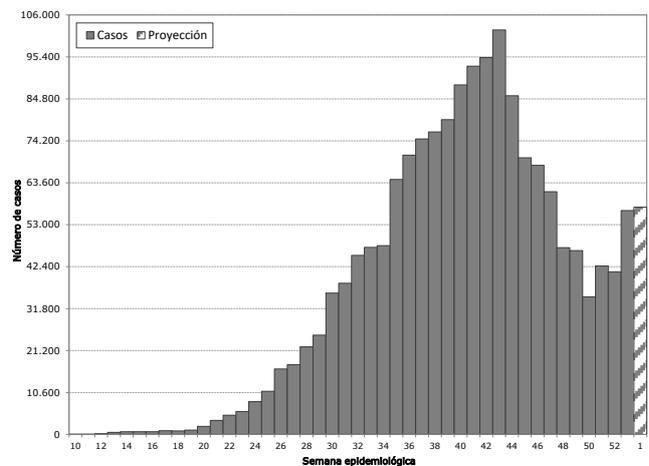


Gráfico 2. Casos confirmados. Argentina. Desde semana epidemiológica 10 de 2020 hasta semana epidemiológica 1 de 2021. Datos al 3 de enero de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

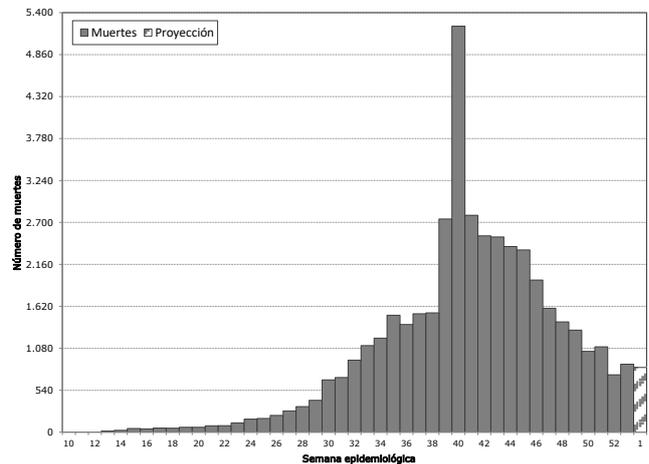


Gráfico 2. Muertes confirmadas. Argentina. Desde semana epidemiológica 10 de 2020 hasta semana epidemiológica 1 de 2021. Datos al 3 de enero de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

ción en momentos en que la curva está en ascenso y hay que extremar los cuidados. “Se escuchan muchas inexactitudes del tipo ‘aumentan los casos pero no hay tantos fallecidos’, o bien, ‘el virus perdió letalidad’. En realidad, lo que ocurre es que al principio de la ola de contagios, los más infectados son los jóvenes porque son los que más circulan. Los mayores de 60 demoran dos o tres semanas en comenzar a infectarse. Recién un tiempo después se empieza a ver la suba en la ocupación de camas de terapia intensiva y, finalmente, de fallecidos. Esto podría ser el principio de un problema serio si no se lo logra controlar”, sostuvo Quiroga.

Esta premisa es evaluada por el Gobierno, que muestra preocupación. En las últimas horas, el Presidente Alberto Ángel Fernández anunció que no descarta la puesta en marcha de “un toque sanitario” con el propósito de que “las fuerzas de seguridad puedan actuar en la calle para disipar a la gente e impedir aglomeraciones”, que son “caldo de cultivo para el virus”. En este sentido, descartó el toque de queda, pero sí piensa que “tan solo teniendo oficiales y suboficiales de fuerzas de seguridad caminando por las plazas, viendo dónde hay aglomeración de gente y diciendo ‘circulen’ alcanza”. El otro foco estará colocado sobre los transportes públicos.

El 30 de diciembre, Fernández se reunió con Axel Kicillof y Horacio Antonio Rodríguez Larreta porque se despiertan las alarmas nuevamente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Conversaron sobre la necesidad de “extremar los cuidados” frente a la temporada de verano que ya se abrió en la costa atlántica y en otros puntos turísticos del país. El AMBA constituyó el epicentro de la pandemia desde marzo y en la actualidad vuelve a recalentarse. Por este motivo, las reuniones entre los tres en la Quinta Presidencial de Olivos volverán a ser periódicas. De hecho, evaluaron la posibilidad de dar marcha atrás con algunas flexibilizaciones, con el objetivo de evitar una segunda oleada de casos, tal como ocurrió en Europa y de la misma manera que asoma y podría consolidarse en Latinoamérica.

### **La curva en ascenso**

“Mucha gente afirma que el incremento de casos se debe a la Navidad y también a los feriados vinculados a ella. Hay que pensar que hubo muchos días pendientes de carga, por eso, no me sorprendería que haya un aumento que se prolongue hasta el 4 de enero, más o menos. A partir de allí, si el salto fuera solo por Navidad deberían comenzar a disminuir las cifras; sin embargo, no ocurrirá porque justo es cuando vamos a empezar a ver los infectados que son producto de las reuniones por el Año Nuevo”, narró Quiroga.

No obstante, desde su perspectiva, no solo es asunto de poner el ojo en las fiestas, ya que en el AMBA los casos crecen de manera consistente desde el 8 de diciembre. Desde aquí, sigue con su razonamiento y enhebra su descripción centrándose en un segundo foco, más de carácter “sistémico”. “Además de los efectos de las fiestas, hay una dinámica diferente en el AMBA que es sostenida en el tiempo, aunque no terminamos de entender cuál es exactamente la causa. El relajamiento de cuidados y de restricciones tiene mucho que ver; tampoco descarto una hipótesis muy preliminar vinculada a que realmente haya una variante de mayor contagiosidad”. En este punto, Proyecto País, el consorcio que realiza estudios genómicos del SARS-CoV-2, coordinado por la Dra. Mariana Viegas (del Laboratorio de Virología del Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’), la semana pasada descartó la presencia en Argentina de las variantes identificadas en Reino Unido, Sudáfrica y Brasil.

“En el AMBA bajaban los contagios reportados desde agosto, y a nivel nacional, aproximadamente, desde el 21 de octubre. A partir de allí la curva comenzó a decrecer a una buena velocidad. Hacia mediados de noviembre se estancó por unos días, volvió a bajar rápidamente hacia el final del mes y desde principios de diciembre frenó el descenso y luego, como bien se

observa, la tendencia se revirtió por completo”, destacó Retamar. En el AMBA se observa un aumento de casos, sobre todo, en los partidos del primer cordón, con un intervalo de duplicación de casos menor a 20 días. Según la dinámica que adquirió la propagación meses atrás, será normal que esa suba luego se expanda hacia el resto de los cordones.

En el sur del país el número de casos también preocupa. El problema es que no se nota el incremento en los reportes diarios porque no se tiene en cuenta un dato medular: la densidad demográfica de cada provincia. “Si se dice que Chubut tiene 400 casos diarios, a priori, pensaríamos que no es para preocuparse. Ahora bien, cuando se analiza a la luz de la población que vive en aquella provincia, la situación cambia. Hoy las jurisdicciones con mayor incidencia son las del sur: La Pampa, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, que se hallan por encima de los 50 casos cada 100.000 habitantes, cuando la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por ejemplo, tiene la mitad”, relató Retamar. Quizás se deba a que la Patagonia es en donde persisten los climas más fríos durante la mayor parte del año y, aunque el SARS-CoV-2 no se trate de un virus estacional, sí se sabe que se propaga con mayor severidad con bajas temperaturas porque la gente se resguarda más en ambientes cerrados. Al respecto, Quiroga planteó: “En toda la Patagonia hay un aumento marcado de casos pero no es un incremento repentino a partir del 8 de diciembre, como el del AMBA, sino que ya venía de antes. Son provincias en las que ya había una circulación viral muy alta”.

En la gran mayoría de las provincias se observa un ascenso de casos. Jujuy, Formosa, La Rioja y Misiones tal vez constituyan excepciones, pero el crecimiento es generalizado. Sin embargo, los especialistas aún se niegan a conceptualizar dicho comportamiento como “segunda ola”. El análisis de Retamar suena convincente al respecto. “No creo que se trate de una segunda ola. Todavía había mucha circulación viral cuando se dispuso la apertura casi total de actividades. En los países de Europa, le llaman segunda ola porque sus curvas disminuyeron prácticamente a cero, con menos de 10 casos cada 100.000 habitantes. Argentina nunca logró bajar de los 5.000 casos diarios en promedio. Hubo días con 4.000 infectados, pero el promedio siempre fue superior a esa cifra. Creo, más bien, que estamos en el rebrote de la primera, que nunca estuvo del todo controlada”, advirtió.

El contexto regional también es un punto a tener en cuenta. “Justo cuando en Argentina se frenó la caída comenzó el aumento de casos en Brasil. Lo mismo en Santiago de Chile. Algo muy similar a lo que sucede con la CABA. Eso me hace sospechar de la importación de una variante, que puede que aún no haya sido detectada por Proyecto País, pero que está circulando y que será reportada un poco más adelante. Pero son especulaciones que pueden o no confirmarse luego. De lo que sí estoy seguro es que la velocidad en el aumento de los casos es impresionante y genera temor”. La especulación podría convertirse en pista concreta si se analizara, por ejemplo, el turismo que llegó a Buenos Aires a partir de los primeros días de diciembre. En el presente, el tiempo de duplicación en la CABA es de 14 días y en la provincia de Buenos Aires, de 21.

## **Relajamiento y pérdida de la percepción del riesgo**

En el presente y, como en el peor momento, allá por octubre, cuando los casos diarios sumaban 18.000, todas las personas tienen un familiar, un conocido o un amigo que está infectado. Esa, quizás –basada en la experiencia individual de cada uno– sea la evidencia más cabal de que la pandemia no marcha bien a nivel doméstico. Las colas interminables en los centros de testeo y las consultas telefónicas al sistema sanitario representan otros aspectos que comienzan a resurgir.

Uno de los ejes que los analistas mencionan es el relajamiento y la pérdida de la percepción del riesgo. Al cansancio generalizado de la ciudadanía se superpone en cadena una serie de comportamientos que meses atrás se cumplían de forma más estricta. La referencia es para el uso incorrecto –o nulo– del barbijo, el distanciamiento físico que en algunos casos ha dejado de respetarse y, sobre todo, las reuniones multitudinarias (por no hablar de las fiestas clandestinas) que han contribuido hacia fines de 2020 a que el paisaje se oscurezca de nuevo.

Algo que los especialistas subrayan es que la inmunidad de rebaño para cortar la propagación viral y revertir de manera definitiva el rumbo de la pandemia se logrará cuando, al menos, 70% de la población esté inmunizada. Y eso, como se sabe, tomará tiempo. La primavera parece ser la estación a la que apuntan los expertos como punto de quiebre. Para Quiroga, con la llegada del primer lote de las vacunas y como producto del cansancio acumulado, muchas personas se relajaron. Pero, el asunto no es tan sencillo ni soporta argumentos tan esquemáticos. “No hay un único factor que explique a la pandemia, sino múltiples. El comportamiento es importantísimo y sobre el cual se puede accionar con mayor facilidad. Hay que insistir con la campaña del cuidado, la pandemia no terminó y no lo hará por varios meses, hasta que seamos millones los vacunados”, enfatizó Quiroga. Por lo pronto, hay que aprovechar el verano: estar al aire libre resulta crucial para evitar el contagio mediante aerosoles.

### **Aire libre y conciencia colectiva**

“Se debe seguir fortaleciendo la conciencia colectiva, la que indica que no solo nos cuidamos a nosotros mismos sino que cuando lo hacemos también protegemos a las personas que tenemos alrededor. Quizás compartimos casa o encuentros con personas mayores o con algún problema de salud preexistente. Lo cierto es que requieren de máxima protección”, opinó Retamar.

Pasando en limpio, desde que comenzó la pandemia las estrategias se pueden agrupar en dos niveles. Uno de corte general, que se vincula con las acciones de prevención y mitigación de la propagación viral, a partir del refuerzo de los programas promovidos por el Estado relacionados con el testeo, el rastreo de contactos estrechos y el rápido aislamiento. El otro tiene que ver con lo que cada ciudadano puede hacer para que, al menos en su entorno, las situaciones estén más controladas. En este sentido, los especialistas instan a que las reuniones se realicen al aire libre, con la presencia de diez personas como máximo y dejando pasar un mínimo de cinco días entre uno y otro encuentro.

En este marco, aunque las estrategias son las mismas desde marzo, afortunadamente, la situación no es la misma, gracias a la experiencia y el conocimiento acumulados. “En el presente se conoce mucho más que antes acerca del SARS-CoV-2. Evitar lugares cerrados y el uso del barbijo siguen siendo las normas principales. Si alguien se reunirá con personas mayores o que están en riesgo, debería tratar de evitar ver a otras en los días previos. Crear lo que se denominan pequeñas burbujas”, propuso la investigadora.

Como la enfermedad transcurre de manera asintomática en muchas personas, los individuos con el patógeno en su organismo no saben si están o no infectados y, en efecto, desconocen si están contagiando. Ese, de hecho, fue el principal problema del SARS-CoV-2; a diferencia de la influenza, por ejemplo, la ventana para la aparición de los primeros síntomas –en aquellos casos sintomáticos– puede extenderse por algunos días. Conocer más, a todas luces, puede ser una herramienta para actuar mejor. Pero hay que saber usarla.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) informó que, mediante la [Disposición 9271/20](#), autorizó la inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales (REM) del producto COVID-19 Vacuna AstraZeneca y nombre genérico Vacuna contra COVID-19 ChAdOx1-S recombinante, de la firma AstraZeneca S.A.

La solicitud de inscripción presentada por el titular del producto se encuadra dentro de lo previsto en el Anexo I- Item 5 de la Disposición ANMAT 705/05, que prevé el registro de vacunas de interés sanitario en emergencias.

El producto mencionado presenta un aceptable balance beneficio-riesgo, permitiendo sustentar el otorgamiento de la inscripción y autorización condicional del producto para la indicación solicitada. La misma se otorgó por el plazo de un año contado a partir del 30 de diciembre de 2020, bajo la condición de venta bajo receta.

Se deberá cumplir con el Plan de Gestión de Riesgo (PGR) establecido para el seguimiento estrecho de la seguridad y eficacia del medicamento y presentar los informes de avance, las modificaciones y las actualizaciones correspondientes ante el Instituto Nacional de Medicamentos (INAME).

Durante el año 2020, la Sala de Situación del Ministerio de Salud Pública de Salta registró 14 casos positivos de infección por hantavirus, dos de los cuales terminaron en muerte y el resto evolucionó favorablemente.

Los decesos corresponden a un paciente de Orán y uno de Urundel. De las 14 personas infectadas el año pasado, 13 son de sexo masculino.

El Ministerio de Salud Pública recomendó a la población que vive en las zonas rurales de la provincia, mantener limpios los domicilios y terrenos baldíos a fin de evitar la presencia de roedores, que son los que transmiten la enfermedad a través de su saliva, heces y orina.

El Ministerio de Salud Pública recomendó también bloquear orificios en puertas, paredes y cañerías, por donde pueden ingresar estos animales.



Ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*)

### **Casi 700 casos en el país en seis años**

La doctora en Ciencias Biológicas María Busch, del Departamento de Ecología, Genética y Evolución de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires, detalló que en Argentina se han registrado 683 casos de hantaviriosis entre 2013 y 2019, distribuidos en cuatro zonas: Noroeste (principalmente Salta y Jujuy), Centro (Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe), Noreste (Misiones, Chaco y Formosa) y Sur (Río Negro, Chubut y Neuquén), con un promedio aproximado de 110 casos por año: 46% en la zona Noroeste, 42,2% en la Centro y 11% en la Sur. La mortalidad hasta 2018 fue de 18,6%, con mayor incidencia en la zona Sur (30%).

La letalidad del hantavirus puede llegar a ser de hasta 50%, disminuyendo cuando se diagnostica temprano y se aplica una terapia de sostén, según describió.

No existen vacunas ni tratamientos específicos, por lo que la prevención del contagio es la principal estrategia para evitar la muerte.

Los casos son más frecuentes entre primavera y otoño, con un pico en verano, debido a una mayor probabilidad de contacto por las actividades humanas, ya que en esa época los roedores no son tan abundantes. El virus eliminado por un roedor infectado permanece vivo en el ambiente durante cierto tiempo y puede infectar a otros roedores o a seres humanos.

María Busch indicó que en áreas de circulación del virus y, ante la presencia de síntomas, el personal médico debe recabar datos acerca de las actividades realizadas durante los dos meses anteriores, ya que el período de incubación puede durar hasta 40 días.

Funcionarios de Salud Pública de Seattle y el condado de King están informando sobre un aumento en los casos de shigelosis desde mediados de diciembre en el condado de King.

Desde fines de octubre, Salud Pública recibió 40 informes de casos de infección por *Shigella*, 22 de ellos desde el 14 de diciembre. Esto se compara con un promedio de 2-3 casos reportados durante una semana típica de este año. Salud Pública registró 173 casos de shigelosis en 2019 y 129 casos en 2020, según los datos preliminares.

Entre las infecciones recientes, 28 casos ocurrieron entre personas sin hogar o de viviendas inestables, o que accedieron a servicios para personas sin hogar. Estos casos han ocurrido en múltiples entornos y no se ha identificado una fuente común entre los casos.

“Los brotes de shigelosis entre las personas sin hogar son a menudo un reflejo de la falta de acceso a la atención médica, la higiene básica y los recursos sanitarios”, dijo Elysia Gonzales, epidemióloga médica de Salud Pública de Seattle y el condado de King. “*Shigella* es muy contagiosa. Es importante que cualquier persona con síntomas de shigelosis se comunique con un proveedor de atención médica para posibles pruebas y tratamiento para ayudar a disminuir la propagación de enfermedades prevenibles entre los residentes más vulnerables”.

Su hábito de cazar jabalíes expuso a un hombre a una rara infección cerebral, según sus médicos de Florida. El hombre desarrolló un tipo grave de infección muy rara en Estados Unidos causada por la bacteria *Brucella*.

La infección por *Brucella*, o brucelosis, era mucho más común en el pasado. Muchos animales salvajes pueden ser portadores de estas bacterias, al igual que el ganado.



Desde principios del siglo XX, los esfuerzos para erradicar la brucelosis han sido exitosos. Hay una vacuna para el ganado, y países como Estados Unidos realizan pruebas rutinarias de *Brucella* en vacas. El proceso de pasteurización, que elimina muchas bacterias que causan enfermedades en los productos lácteos, ha reducido aún más el riesgo de exposición. En la actualidad, de hecho, los pocos casos de brucelosis que se informan anualmente en Estados Unidos generalmente están relacionados con personas que consumen leche o queso crudos y sin pasteurizar. Pero este nuevo [informe](#) sugiere que la caza puede ser otra fuente de infección para los humanos.

El caso presentó síntomas como fiebre, dolor de cabeza y otros sin especificar que lo habían estado afectando durante 11 meses antes de visitar a los médicos de la Clínica Mayo en Jacksonville, Florida. Dado su costumbre de cazar jabalíes, animales que portan su propia especie de bacteria *Brucella*, los médicos sospecharon y confirmaron que padecía neurobrucelosis. Luego se le administró una serie extensa de antibióticos por vía oral e intravenosa.

La infección se trató con éxito, pero el hombre presentó algunas secuelas de complicaciones neurológicas. Sin embargo, actualmente parece haberlas superado.

Estas bacterias siguen siendo un peligro real para la salud pública en las áreas más pobres del mundo, donde es difícil vacunar al ganado o controlar eficazmente los brotes que ocurren. Debido a la rareza de la enfermedad en Estados Unidos, los médicos no pudieron diagnosticarla al principio, especialmente porque sus síntomas tienden a ser sutiles y se parecen a muchas otras enfermedades.

Los médicos deben sospechar de estas infecciones en personas con alto riesgo de exposición, incluyendo los cazadores de jabalíes. Los cazadores también deben tener cuidado con *Brucella* en la naturaleza, tanto durante la caza (la bacteria puede entrar en la piel a través de heridas abiertas o ser inhalada cuando se está en contacto cercano con un animal infectado recién sacrificado) como después.

Los cazadores deben protegerse cuando cazan animales y deben evitar consumir carnes poco cocidas o leche no pasteurizada.

En cuanto a los jabalíes, este no es realmente el único problema reciente que han provocado. La creciente población de estos animales en lugares como Arkansas y Puerto Rico está causando la destrucción de propiedades y cultivos, así como lesiones ocasionales a los residentes que tienen la mala suerte de interponerse en su camino.



La diabetes causó casi el doble de muertes este año en Perú que en 2019, en medio de la emergencia sanitaria de la COVID-19, que dejó sin atención a miles de pacientes con males crónicos.

“Hay más enfermos, hay más mortalidad, casi el doble comparado con 2019, y un tema social con pacientes que por no contraer la COVID-19 no recibieron una atención médica adecuada”, dijo el médico endocrinólogo Segundo Nicolás Seclén Santisteban, presidente de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.

“Las muertes de pacientes diabéticos están entre 30.000 o 40.000 personas” este año en el país, explicó Seclén. “Hay centros de salud colapsados y carencia de medicamentos como la insulina”.

Perú, de 33 millones de habitantes, es el segundo país más golpeado en el mundo por la COVID-19 en proporción a su población (solo superado por Bélgica) y contabiliza más de 36.000 muertos y 980.000 casos confirmados.

El país debió dedicar su precario sistema de salud a enfrentar la pandemia, desde que se detectó el primer caso de COVID-19 el 6 de marzo, lo que ha tenido impacto en la diabetes, que afecta a 7% de los peruanos.

### **Seis meses sin atención**

La falta de médicos especialistas y medicamentos para la diabetes era patente desde antes en Perú, según los expertos. “Previo a la pandemia, el sistema de salud ya estaba desbordado”, dijo el médico endocrinólogo Ray Willy Ticse Aguirre, directivo de la Asociación Peruana de Diabetes.

“Un paciente diabético tardaba hasta cuatro meses en conseguir una cita en un hospital, y había ausencia de insulina, fármacos o reactivos en laboratorios”, indicó Ticse, quien también es profesor universitario.

“En marzo se suspendieron las consultas de enfermedades crónicas y los hospitales priorizaron el manejo de la COVID-19, con médicos endocrinólogos y cardiólogos reasignados a turnos de pacientes sospechosos de COVID-19”, detalló.

De a poco los médicos están volviendo a sus turnos regulares. “Estamos en 25 o 30% de la atención para evitar que se aglomeren los pacientes, que por otra parte temen ir a la consulta y contagiarse de COVID-19”, relató Ticse.

Pero “hay pacientes de diabetes que hace más de seis meses no acuden al médico, y en todo ese tiempo han tenido problemas para conseguir medicamentos y atención”, añadió.

### **Obesidad en aumento**

Además de la incidencia de la diabetes, 25% de la población adulta está en situación de pre-diabetes, una condición marcada por los hábitos alimentarios, que empujan a la obesidad y el sobrepeso.

“Las curvas de diabetes van en la misma línea con el aumento del sobrepeso y la obesidad”, señaló la médica endocrinóloga Romyna Laura La Rosa Vásquez, del Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

“En Perú, el sobrepeso y la obesidad han venido en aumento durante los últimos 10 años, con el aumento de las comidas rápidas y la entrega a domicilio. Hace 10 años estábamos en 5 o 6% de población con sobrepeso y ahora estamos entre 8 y 11%”, dijo La Rosa, quien es especialista en nutrición.

El confinamiento de más de 100 días por la pandemia también dejó consecuencias. La Rosa sostiene que los diabéticos no solo dejaron de recibir su medicación sino que empeoraron su dieta y redujeron la actividad física.

“La pandemia ha provocado que comamos lo que esté a la mano, lo más rápido en la tienda cercana, y muchas bebidas azucaradas”, dijo la doctora.

Seclén recordó que en Perú existe una ley para la protección de los diabéticos dictada en 2005, pero nunca ha recibido un reglamento que la ponga en funcionamiento adecuado. La ley plantea tres aspectos centrales: la necesidad de un programa nacional contra la diabetes, crear y ordenar un registro de pacientes, y eliminar los impuestos de los todos los insumos empleados por la industria farmacéutica.

“Lamentablemente en Perú si no hay ruido político sobre determinadas situaciones, no se ejecutan”, dijo Seclén.

Pasó casi un año desde que el mundo empezó a estar en alerta ante lo que sucedía en la ciudad china de Wuhan, donde las autoridades se vieron obligadas a imponer un estricto confinamiento por la propagación de un virus altamente contagioso. 365 días después, y de acuerdo a datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la COVID-19 provocó –hasta el 1 de enero de 2021– cerca de 82 millones de infectados y 1,8 muertos en todo el mundo.

En este año, gran parte de la comunidad internacional aplicó fuertes restricciones para contener el avance del virus. Sin embargo, más allá de las cuarentenas, distanciamiento físico y otras medidas de prevención, cada nación hizo frente a la pandemia en base a sus propias capacidades y recursos.

El Dr. Thomas R. Frieden, quien dirigió los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos entre 2009 y 2017, sostuvo que el éxito en la respuesta “dependió de algo más” que de la riqueza de un país, o de sus capacidades científicas y en materia de salud pública.

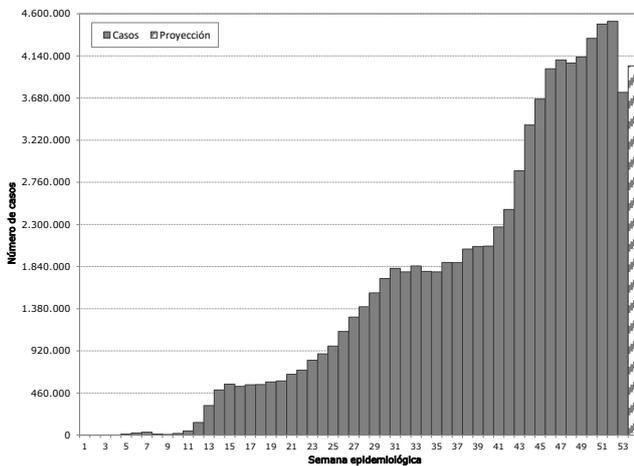
Al respecto, puso como ejemplo el caso de Estados Unidos que, pese a ser la mayor potencia mundial, según el especialista no tuvo un correcto manejo de la pandemia. Es, de hecho, el país más afectado por la COVID-19, con más de 20 millones de casos, lo que supone casi 24% del total de contagiados en el mundo. También registra el balance más elevado de muertos, con 346.000.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
Estados Unidos	19.974.413	345.253	6.022,39	104,10
Brasil	7.700.578	195.411	3.613,98	91,71
India	10.323.965	149.435	745,61	10,79
México	1.437.185	126.507	1.110,69	97,77
Italia	2.141.201	74.985	3.543,21	124,08
Reino Unido	2.599.793	74.570	3.822,74	109,65
Francia	2.599.127	64.543	3.978,87	98,81
Rusia	3.236.787	58.506	2.217,64	40,08
Irán	1.237.474	55.438	1.466,91	65,72
España	1.893.502	50.442	4.049,32	107,87
Colombia	1.654.880	43.495	3.240,54	85,17
Argentina	1.629.594	43.319	3.594,35	95,55
Perú	1.017.199	37.724	3.070,51	113,87
Alemania	1.765.666	34.272	2.105,08	40,86
Sudáfrica	1.088.889	29.175	1.828,12	48,98
Polonia	1.318.562	29.119	3.485,28	76,97
Indonesia	758.473	22.555	276,30	8,22
Turquía	1.417.697	21.295	1.674,80	25,16
Bélgica	649.169	19.644	5.592,92	169,24
Ucrania	1.074.093	18.854	2.461,13	43,20
Chile	615.902	16.724	3.212,45	87,23
Rumania	636.201	15.841	3.314,76	82,54
Canadá	587.639	15.679	1.552,33	41,42
Ecuador	214.513	14.059	1.209,61	79,28
Irak	597.033	12.829	1.473,21	31,66
República Checa	740.481	11.960	6.910,16	111,61
Países Bajos	814.361	11.575	4.749,03	67,50
Pakistán	484.362	10.258	217,85	4,61
Hungría	327.995	9.884	3.398,26	102,41
Filipinas	476.916	9.253	433,26	8,41
Bolivia	162.055	9.186	1.381,87	78,33
Suecia	437.379	8.727	4.321,55	86,23
Egipto	140.878	7.741	136,79	7,52
Bulgaria	202.880	7.644	2.927,47	110,30
Bangladesh	515.184	7.599	311,76	4,60
Marruecos	442.141	7.452	1.173,97	19,79
Suiza	450.075	7.049	5.187,40	81,24
Portugal	423.870	7.045	4.161,14	69,16
Arabia Saudí	362.979	6.239	1.037,15	17,83
Austria	362.963	6.214	4.022,17	68,86
Total	83.322.449	1.831.412	1.064,90	23,41

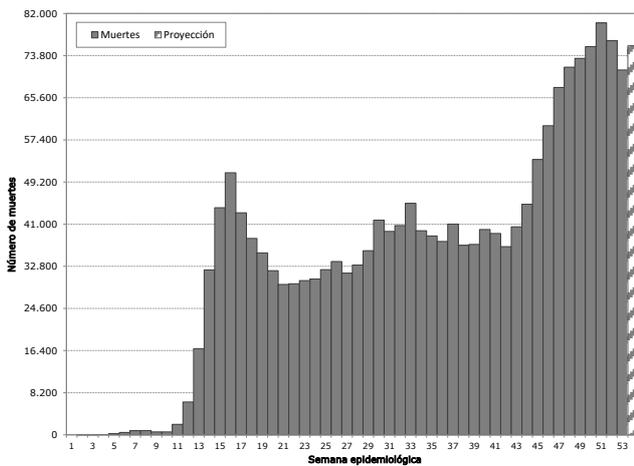
**Tabla 2.** Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y mortalidad, de los 40 países con mayor número de muertes. Datos al 3 de enero de 2021, 18:51 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
América	36.337.439	872.486	3.540,40	85,01
Europa	26.881.446	588.479	2.870,25	62,83
Sudeste Asiático	12.051.014	184.493	594,23	9,10
Mediterráneo Oriental	4.977.852	122.061	676,46	16,59
África	1.961.234	43.592	173,45	3,86
Pacífico Occidental	1.113.464	20.301	56,61	1,03
Total	83.322.449	1.831.412	1.064,90	23,41

**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 enero de 2021, 18:51 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



**Gráfico 4.** Casos confirmados a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 1 de 2021. Datos al 3 de diciembre de 2021, 18:51 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



**Gráfico 4.** Muertes confirmadas a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 1 de 2021. Datos al 3 de diciembre de 2021, 18:51 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

naron el costo que tendría la COVID-19. Los países que mejor se desempeñaron aprendieron de sus errores y utilizaron los datos para mejorar continuamente la salud pública, la atención primaria, la respuesta de emergencia y la comunicación sanitaria. Incluso cuando se comenzaron a desplegar las vacunas, se necesitó seguir aprendiendo de la experiencia acerca de lo que funciona en la lucha contra la COVID-19”, añadió Frieden, actual presidente y director general de Resolve to Save Lives, una iniciativa de la organización de salud pública Vital Strategies, y miembro principal del Consejo de Relaciones Exteriores.

Hizo además un balance de las naciones que mejor actuaron ante la pandemia, en términos de “estrategias de testeos, aplicación de cuarentenas, comunicación pública y apoyo económico”.

### Taiwán, el país con la respuesta temprana más exitosa

Cuando la ciudad china de Wuhan comenzó a registrar decenas de casos diarios de una “misteriosa neumonía”, las autoridades taiwanesas rápidamente suspendieron los vuelos provenientes de gran parte de China.

Frieden consideró que Estados Unidos, pese a contar con todas esas ventajas (riqueza, capacidad científica y salud pública avanzada), “ha montado una de las peores respuestas a la pandemia: uno de cada 990 estadounidenses ha muerto a causa de la COVID-19 desde que comenzó la pandemia”.

Ante este caso, apuntó que “la mala política puede triunfar sobre la buena salud pública”.

El ex director de los CDC dijo que otros países desarrollados que lo hicieron bien al principio, como el caso de Canadá y algunas naciones europeas, “han vacilado durante la segunda o tercera oleada de infecciones, porque sus gobiernos y sus pueblos se cansaron de aplicar estrategias eficaces”.

Una de las principales recomendaciones de las autoridades sanitarias para contener la propagación del virus fue el uso de barbijos. Desde hace mucho tiempo en varios países de Asia es común que la gente las utilice cuando se siente enfermas. Por eso, explicó Frieden, en esos países “adoptaron los barbijos temprano y más masivamente”.

”La mayoría de las personas, incluidos muchos profesionales de la salud, nunca imagi-



Trabajadores sanitarios realizan pruebas para COVID-19 en una estación de metro en Seúl, Corea del Sur.



Desde el inicio de la pandemia, Taiwán logró evitar un fuerte impacto de la COVID-19 en el país.

A los viajeros de otras zonas los puso en estricta cuarentena, detuvo los cruceros que atracaban en sus puertos, y desplegó un amplio operativo de testeos. Asimismo, cuadruplicó la producción de barbijos en apenas un mes.

Desde la detección de los primeros casos, el gobierno taiwanés centró sus esfuerzos en brindar apoyo a los pacientes con COVID-19, incluso a aquellas personas con las que habían estado en contacto para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

Los afectados por el virus también recibieron respaldo económico.

Este paquete de medidas tempranas “fue fundamental para que Taiwán mantuviera el número de casos por debajo de 800 durante todo el año, evitando al mismo tiempo los cierres estrictos”.

Hasta hoy, el país asiático reporta una muerte por COVID-19 cada 3.366.140 personas. Para dimensionar el éxito de Taiwán en su lucha contra la pandemia, Frieden recordó que Estados Unidos ahora tiene más casos y muertes cada 5 minutos que lo que tuvo Taiwán en todo el año.

### **Liberia, el que más aprendió de las recientes epidemias**

El país, ubicado en África Occidental, fue duramente golpeado por la epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola en 2014, provocando más de 10.000 contagiados y cerca de 5.000 muertos. Aprovechando esa reciente experiencia, cuando comenzó la propagación de la COVID-19 fue uno de los primeros países en comenzar a realizar pruebas de detección en los aeropuertos.

También adoptó con rapidez distintas medidas de control, como pruebas rápidas, rastreo de contactos estrechos y aplicación de cuarentena.



Liberia aprendió de su experiencia con la enfermedad por el virus del Ébola para hacer frente a la COVID-19.

Hasta la fecha, el país registra una muerte cada 55.040 personas, al reportar poco más de 1.700 casos y 83 fallecidos.

### **Nueva Zelanda, el más eficaz a la hora de aplanar la curva de contagios**

El gobierno de la primera ministra Jacinda Kate Laurell Ardern fue uno de los más elogiados a nivel mundial por su manejo de la pandemia. En un principio, las autoridades temieron que la propagación comunitaria del virus provocara un colapso del sistema sanitario. Sin embargo, el país actuó con rapidez para contener el avance de la COVID-19, mientras el brote hacía estragos en otras partes del mundo.

Frieden reconoció que, al igual que Taiwán, Nueva Zelanda es una isla, “lo que hace mucho más fácil hacer cumplir las prohibiciones de viaje”.



Nueva Zelanda fue uno de los grandes ejemplos internacionales por su manejo de la pandemia.

Ya en febrero, cuando el foco de la comunidad internacional estaba puesto sobre China, Nueva Zelanda comenzó a desarrollar su plan contra la pandemia. Las autoridades consideraron vital empezar a equipar los hospitales, además de establecer políticas de control fronterizo. Uno de los principales problemas que sufría a comienzos de año el país era la falta de suficiente capacidad de tests y de localización de contactos. Por eso, los funcionarios locales aplicaron un bloqueo nacional a finales de marzo con el objetivo de eliminar por completo la presencia de la COVID-19 en el país.

En junio las autoridades declararon el fin de la pandemia en Nueva Zelanda, país que registró una de las tasas de mortalidad más bajas de las 37 naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Según Frieden, “los casos posteriores fueron todos de viajeros internacionales, que se mantuvieron aislados durante dos semanas después de su llegada, y no de propagación comunitaria”.

Para Frieden, Ardern fue “un ejemplo de comunicación empática y clara”, lo que aumentó enormemente la disposición de los neozelandeses a cooperar y fue esencial para el éxito del país contra la COVID-19. Esto la llevó, entre otros factores, a conseguir la reelección en octubre.

De cara al primer trimestre de 2021, Nueva Zelanda espera poder abrir una “burbuja” con Australia, que facilitará los viajes entre los dos países a pesar de la pandemia.

Con 2.162 infectados y 25 muertos por COVID-19, el país oceánico registra un deceso por COVID-19 cada 204.360 personas.

## Samoa Americana, el mejor desempeño en Estados Unidos

Hasta el momento, Samoa Americana es el único territorio norteamericano en el que no se han registrado casos de COVID-19. En parte, comentó Frieden, “porque las autoridades sanitarias ya estaban en alerta máxima tras un brote de sarampión a fines de 2019”.

Con el objetivo de evitar la propagación del virus en una etapa temprana, las autoridades detuvieron todos los vuelos internacionales que llegaban al pequeño territorio de 55.000 habitantes.



Samoa Americana, el único territorio norteamericano que no registró casos de COVID-19.

“Como resultado de este aislamiento casi total, Samoa Americana no ha tenido que aplicar cierres generalizados, distanciamientos o pruebas. Medidas similares adoptadas hace 100 años permitieron que el territorio evitara muertes por la pandemia de influenza de 1918”.

## Corea del Sur, el mejor en el manejo de tests

Una de las grandes problemáticas que presenta la COVID-19 es la existencia de infectados asintomáticos. Por eso, los especialistas han hecho especial énfasis en la importancia de los



Corea del Sur fue el país con el mejor plan de pruebas y localización de contactos estrechos de COVID-19.

testeos. Desde el comienzo de la pandemia, Corea del Sur llevó a cabo pruebas tempranas y agresivas, realizando más del doble per cápita en comparación con otros países.

La campaña de testeos y de localización de contactos estrechos y casos asintomáticos en las primeras semanas de la pandemia ha sido tan eficaz que evitó una fuerte propagación del virus en el país sin aplicar un solo día de cuarentena. Esto, además, a pesar de su proximidad geográfica a China.

El país, que recién en noviembre empezó a ver un repunte en los casos, fue elogiado por la Organización Mundial de la Salud y hasta compartió una guía útil para otros gobiernos sobre cómo actuar frente a la pandemia.

Con más de 61.700 casos y 917 muertes, Corea del Norte registra un fallecido por COVID-19 cada 63.290 personas

### Hong Kong, el que mejor aplicó la cuarentena

Aunque el país cuenta con una de las densidades poblacionales más altas del mundo, logró mantener un bajo nivel de contagios estableciendo fuertes protocolos de aislamiento obligatorios y centros de cuarentena para infectados de COVID-19 y para aquellos que estuvieron en contacto directo con ellos.

A mediados de diciembre, en medio de un aumento de los casos, la jefa de Gobierno de la ciudad, Carrie Lam, anunció un nuevo paquete de ayuda contra la COVID-19 valorado en unos 3.000 millones de dólares.



Un grupo de residentes de uno de los edificios en los que se ha localizado un último brote de la COVID-19 en Hong Kong en una fila para someterse a una prueba para detectar el SARS-CoV-2.

Con 8.800 infectados y 148 muertos, Hong Kong reporta un deceso por COVID-19 cada 54.810 personas.

### Dinamarca fue el país que brindó mayor protección económica a su población



Dinamarca es uno de los países que brindó mayor protección económica a su población en medio de la pandemia.

La pandemia de COVID-19, además de haber provocado más de un millón de muertos y de haber golpeado con dureza a los sistemas sanitarios de decenas de países, afectó notablemente a la economía internacional.

Pese a esto, Dinamarca se destacó en la protección económica y social de su población. El gobierno, para evitar despidos a grandes escalas, cubrió una parte de los salarios de los empleados privados.

Frieden también destacó los compromisos

de India, la Unión Europea y Australia, que proporcionaron ingresos adicionales a las personas de más bajos recursos. Colombia, por su parte, “hizo todo lo posible por proteger a los migrantes venezolanos más vulnerables, estableciendo refugios y centros de alimentación”.

Dinamarca, que registra 163.000 casos y 1.200 muertos por COVID-19, reporta un deceso por cada 4.970 personas.

### **Finlandia, el mejor país en comunicación pública**

Durante la pandemia quedó aún más reflejada la importancia de contrarrestar la desinformación. Rusia, por ejemplo, ha sido acusada de desplegar enormes campañas en redes sociales para desprestigiar a Occidente en medio de la carrera por las vacunas contra la COVID-19.

Sin embargo, fueron pocos los países que lograron combatir las llamadas *fake news* y la desconfianza que éstas generan en la población. Finlandia, nación con un alto nivel de conocimiento sobre los medios de comunicación, se destacó por sobre el resto en materia de comunicación pública.

El país, según Frieden, “pudo aprovechar una iniciativa de 2014 que educaba a la gente sobre cómo contrarrestar la información falsa”. “Un proyecto finlandés se asocia con personas influyentes de los medios sociales para difundir información precisa en plataformas digitales”.

Frieden sostuvo que Sudáfrica “también se destacó por su clara comunicación”, así como la canciller alemana Angela Dorothea Merkel, quien ha pedido a los ciudadanos alemanes que den muestras de paciencia, disciplina y solidaridad. Tres aspectos que, según Frieden, “son esenciales para dar una respuesta eficaz a una pandemia”.



Los casos de niños infectados por el SARS-CoV-2 en España apenas representaban el 1% del total en la primera ola de COVID-19, cuando se diagnosticaron 1.400 casos, de los cuales 20 o 25% requirieron hospitalización y solo 52 casos ingresaron en unidades de cuidados intensivos (UCI). En la segunda ola, a fines de agosto, la proporción de niños infectados con el SARS-CoV-2 ya era de 6% del total de España y, a fines de septiembre, ya se habían registrado 66.000 casos de niños infectados, lo que supone 12% del total de casos reportados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Estos datos concuerdan con la evolución epidemiológica de otros países, como Estados Unidos, donde los casos de COVID-19 en niños se sitúan entre 12 y 15% del total.

El aumento del porcentaje de casos pediátricos de COVID-19 obedece a que cada vez se realizan más test diagnósticos a toda la población, mientras que en la primera ola se estudiaron niños con síntomas importantes. Cabe destacar que actualmente la mayoría de los casos corresponden a niños asintomáticos o con cuadros más leves que los de los adultos, que tienen una buena evolución y de los cuales solo 1% requiere hospitalización. A pesar de ello, han surgido síndromes inflamatorios más graves pero muy infrecuentes, en niños algo mayores, que deberán ser investigados.

Muchos niños presentan síntomas inespecíficos de COVID-19. Ahora, al aumentar la realización de test diagnósticos, se están detectando muchos más casos en niños que son asintomáticos y que no se diagnosticaban en la primera ola, porque no se hacían tantos testeos.

### **Contagio y evolución clínica en niños**

Los niños que se infectan con el SARS-CoV-2 presentan cuadros más leves que los adultos, de menor duración, con menos síntomas y menor probabilidad de contagiar a otras personas. Los síntomas que tienen son cuadros febriles, catarrales o gastrointestinales. Algunos también evolucionan hacia neumonías, aunque suelen ser cuadros menos graves que los que padecen los adultos.

La COVID-19 que evoluciona hacia una neumonía puede aparecer en todas las edades. La fiebre sin un foco claro puede ser uno de los síntomas de COVID-19 en niños menores de 90 días. En niños mayores, a partir de los 10-11 años, se presentan los cuadros más graves, que se asemejan más a los de los adultos. En general, en las edades pediátricas, los síntomas de COVID-19 que predominan son la cefalea, los vómitos y la linfopenia, y las neumonías tienen unas características algo distintas a las de otros agentes bacterianos o virales.

### **Distintos tipos de neumonía**

En esta época de pandemia también ha habido neumonías en niños por otras causas, de otras etiologías distintas a la COVID-19. En los niños de más edad, las neumonías por COVID-19 se parecen a las del adulto, pero, por lo general, se manifiestan de forma más leve.

A fines de abril y en el mes de mayo, con el avance de la pandemia, también se detectaron casos en niños que cursaban con síndromes inflamatorios multisistémicos asociados a la in



fección por SARS-CoV-2 (MIS-C), más graves, y que requerían ingresos en UCI. Hasta ahora no se han identificado factores de riesgo, signos o síntomas bien definidos que hagan pensar que una COVID-19 pediátrica vaya a evolucionar hacia estos MIS-C graves. Se han detectado en pacientes pediátricos en Estados Unidos e Inglaterra; también se han detectado casos en Francia, Italia y España. Este síndrome comparte características de la

enfermedad de Kawasaki, el síndrome de choque tóxico y el síndrome de activación macrofágica.

En España, el [estudio EPICO](#), de la Asociación Española de Pediatría, que ha analizado diferentes aspectos del SARS-CoV-2, evaluó a 312 pacientes pediátricos atendidos en 49 hospitales, de los cuales 181 (72%) fueron atendidos por causas directa o indirectamente relacionadas con la COVID-19. De 252 menores, 31 fueron diagnosticados por sus médicos de MIS-C y/o la enfermedad de Kawasaki. En estos casos se demostró mediante pruebas microbiológicas o serológicas que habían sido infectados por SARS-CoV-2.

Hasta ahora no se conoce el vínculo que existe entre el SARS-CoV-2 y estos síndromes, y tampoco su fisiopatología. Pero el estudio pone sobre aviso a los profesionales señalando que el MIS-C es una afección potencialmente grave que se presenta en niños con una infección reciente por SARS-CoV-2, por lo que deben tenerlo presente y estar en alerta.

### **Contagio en ambientes familiares**

Habitualmente, los menores se contagian en un ambiente familiar y no en el colegio. “Está claro que los niños no son superpropagadores y contagian menos, no como ocurre en el caso de la influenza, una infección que a menudo transmiten los niños. Ellos se suelen contagiar en el ambiente familiar, porque es el adulto infectado el que contagia al niño.

Aunque en estos momentos no hay tratamientos específicos para luchar contra la COVID-19, sí han mejorado los protocolos de manejo clínico. La única terapia que está en fase de ensayo en población infantil es el remdesivir, que se está suministrando de forma compasiva a los pacientes pediátricos en España.

Lo más importante es seguir las recomendaciones de lavarse las manos, utilizar los barbijos y mantener la distancia, y también que los padres eviten juntarse con muchas personas fuera del hogar para no contraer la COVID-19 ellos mismos y no contagiar a sus hijos.

Al igual que en el caso de los adultos, aquellos menores que pertenecen a grupos de riesgo, como los niños asmáticos o con patologías respiratorias crónicas, deben vacunarse en la campaña de inmunización contra la influenza. Esta recomendación es extensiva a los grupos de riesgo de otras edades (enfermos crónicos respiratorios y de otras dolencias, embarazadas y ancianos). El objetivo es evitar la coinfección de influenza y COVID-19 en los niños con patologías respiratorias, ya que pueden llevarlos a ingresar y presentar cuadros más graves.

Más de 50.000 profesionales sanitarios reclamaron a las administraciones que conviertan la “amenaza histórica” de la pandemia de COVID-19 en “una gran oportunidad histórica” para avanzar en la eliminación de la hepatitis C. Así se recoge en un documento de consenso suscrito por las 17 organizaciones científicas y asociaciones de pacientes integradas en la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE), que recomienda la vinculación del diagnóstico e inmunización contra la COVID-19 con el cribado de la hepatitis C.



“Existe la posibilidad de dar vuelta el impacto negativo que ha supuesto la pandemia en la atención de los pacientes con hepatitis C, aprovechando que en la actualidad se están efectuando tests generalizados de cribado y/o diagnóstico de la infección por COVID-19 y que en breve comenzará en España la vacunación”, explicó Javier García-Samaniego Rey, coordinador de la AEHVE, jefe de sección de Hepatología del Hospital Universitario ‘La Paz-Carlos III’ y miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

De lo que se trata, según explican, es de aprovechar que la práctica totalidad de la población acudirá a los centros sanitarios con motivo de la COVID-19, incluyendo poblaciones vulnerables cuyo contacto con el sistema sanitario es excepcional, para impulsar una estrategia de cribado que permita seguir avanzando hacia la eliminación de la hepatitis C.

### **Estrategia de máxima rentabilidad**

“La integración de los programas de diagnóstico de la hepatitis C con la inmunización contra la COVID-19 sería una estrategia de máxima rentabilidad desde el punto de vista de la salud pública”, detalló Javier Crespo García, jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario ‘Marqués de Valdecilla’ (Santander) y presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) e impulsor del documento de consenso presentado por la AEHVE, que recomienda la inclusión de la determinación de anticuerpos para el virus de la hepatitis C (VHC) tanto en los estudios diagnósticos de la COVID-19 como en el momento de la vacunación.

La estrategia para hacerlo, agrega el documento, debe ser decidida por cada comunidad autónoma. “En función del tipo de centro sanitario y/o social donde se efectúe la vacunación y dependiendo de la realización o no de venopunción, cada comunidad autónoma y cada centro sanitario y/o social en su caso, puede optar por la metodología de cribado que mejor se adapte a su infraestructura, ya sea una determinación serológica convencional, una determinación de anticuerpos mediante pruebas rápidas en un punto de diagnóstico o, quizás la opción más eficiente en muchos casos, mediante gota de sangre seca”, afirmó Crespo.

Los expertos recomiendan que el cribado se dirija en primer lugar a la población general de entre 40 y 70 años, “en la que es conocida una mayor prevalencia de la infección por el VHC”. Del mismo modo, establece que el esfuerzo del cribado deberá dirigirse especialmente a las poblaciones vulnerables, con especial atención a los centros de reducción de daños, centros de tratamiento de adicciones, y en general en todas aquellas estructuras sanitarias y no sanitarias en las que se atiende a esta población, incluyendo población inmigrante de zonas de alta prevalencia de la infección por el VHC, usuarios de drogas por vía parenteral, y otras poblaciones vulnerables con alta prevalencia de infección por el VHC.

### **El elevado costo de no aprovechar esta oportunidad**

Las organizaciones integradas en la AEHVE advirtieron que la oportunidad de avanzar es “real”, pero “más real aún es el retroceso que ya se viene sufriendo por la COVID-19 en las estrategias de eliminación de la hepatitis C y la amenaza que este supone”, argumentó García-Samaniego, que añadió que la pandemia ha supuesto un impacto negativo sobre la atención de la hepatitis C, como la práctica paralización de los programas de micro-eliminación del VHC en todo el territorio nacional, una marcada disminución del número de nuevos diagnósticos de hepatitis C y, por supuesto, una reducción muy significativa (cercana a 80% en algunas comunidades autónomas) del tratamiento con antivirales de acción directa.

Por ejemplo, detalló que en la Comunidad de Madrid la prescripción de los medicamentos que curan la hepatitis C se ha reducido en 80% con respecto a los datos registrados en el año anterior. Y en Castilla y León el número de pacientes tratados por hepatitis C en el semestre de enero a junio de 2020 ha descendido 74,6% con respecto al mismo período del año anterior.

Las consecuencias de esta caída son notables, tanto en términos sanitarios como económicos. Un estudio determinó que un retraso de 18 meses en el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C como consecuencia de la pandemia, en una cohorte de 15.859 pacientes, aumentaría el número de muertes relacionadas con enfermedades del hígado, el carcinoma hepatocelular y la hepatitis C relacionada con cirrosis descompensada en 117, 73 y 118 casos, respectivamente.

Y en términos económicos, incrementaría los costos en un millón de euros por cirrosis descompensada y 1,3 millones, debido al cáncer de hígado. Además, hasta catorce pacientes necesitarían un trasplante de hígado, incrementando los costos en 2,5 millones durante ese período para la cohorte mencionada de 15.859 pacientes. Teniendo en cuenta que la estimación de personas con infección activa por hepatitis C en España se eleva a 76.839 personas, casi cinco veces más que la muestra con la que se ha hecho esta simulación, el impacto clínico y económico real de la pandemia sobre el abordaje de la hepatitis C en España sería aún mayor.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) –número de muertes infantiles cada 1.000 nacidos vivos–aumentó significativamente durante los últimos cinco años en áreas urbanas en la mayoría de los estados, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar-5 (NFHS-5) publicados a principios de este mes. Si bien las áreas rurales mostraron una disminución en la TMI, la situación fue diferente para las regiones urbanas.

El aumento de la TMI fue mayor en los estados de Tripura, Andhra Pradesh, Bihar y Meghalaya. De los 15 estados para los que la TMI urbana está disponible tanto para 2015-16 como para 2019-20, hubo un aumento en la TMI urbana en siete estados, mientras que la mayoría de los demás estados apenas mostraron una mejora significativa. Los únicos estados que mostraron una mejora importante fueron Jammu & Kashmir, Mizoram y Kerala, donde la TMI casi se redujo a la mitad en los últimos cinco años.

Según un [estudio](#) reciente, ha habido una desaceleración y reversiones en la mortalidad infantil en gran parte de India en 2017 y 2018: los dos últimos años para los que se dispone de datos sobre mortalidad infantil.

En las áreas urbanas, la TMI se estancó en 23 muertes cada 1.000 nacidos vivos entre 2016 y 2018. Peor aún, la mortalidad infantil general aumentó en los estados más pobres de Chhattisgarh, Jharkhand, Madhya Pradesh y Uttar Pradesh durante el período.

Esto ocurrió a pesar de las mejoras sostenidas en el acceso de los hogares al saneamiento y combustible limpio. Una posible interpretación de estos hallazgos es que, además de su impacto en el desempleo y la pobreza, el experimento de desmonetización de finales de 2016 y la posterior desaceleración económica tuvieron un efecto adverso en la salud infantil. En cualquier caso, estas tendencias refuerzan la evidencia anterior de un desarrollo humano vacilante en India en los últimos años.

Si bien ha habido un estancamiento en la TMI urbana a nivel nacional, un análisis a nivel estatal reveló una imagen aún más preocupante: 11 de los 20 estados más grandes y 15 de 20 regiones urbanas dentro de esos estados no mostraron ninguna mejora en la TMI entre 2016 y 2017 o entre 2017 y 2018. El estudio concluyó que la disminución de la TMI se ralentizó, se estancó o se revirtió en muchas partes de India, más aún en las áreas urbanas. Sin embargo, a las poblaciones rurales les fue un poco mejor, con 9 de los 20 estados más grandes mostrando un estancamiento en la TMI.

Los datos de la NFHS-5 no solo respaldan los hallazgos de este estudio, sino que también generan más preocupación, ya que se basan en datos aún más recientes. Es de esperar que la disminución de la mortalidad infantil repunte nuevamente en 2019, pero es probable que se

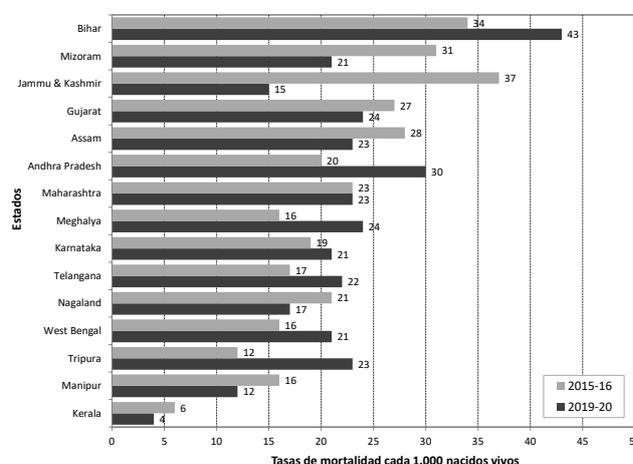


Gráfico 5. Tasas de mortalidad cada 1.000 nacidos vivos. Estados de India. Períodos 2015-16 y 2019-20. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar.

produzca otro revés en 2020, debido a la crisis de la COVID-19. El cierre nacional en abril-mayo de 2020 provocó un desempleo masivo y una interrupción importante de los servicios públicos, incluidos los servicios de salud de rutina, como la atención prenatal y la inmunización infantil. A medida que se acerca el final del año, la recuperación económica aún está lejos de alcanzarse. En resumen, existe una clara posibilidad de que tres de los últimos cuatro años resulten ser tiempos sombríos para la disminución de la mortalidad infantil en India, particularmente en las áreas urbanas.

Entre octubre y diciembre de 2020, se han notificado un total de siete casos confirmados de fiebre amarilla en cuatro distritos sanitarios de tres regiones de Senegal. El brote consiste en un grupo de cuatro casos confirmados de tres zonas sanitarias en el distrito sanitario de Kidira, región de Tambacounda; un caso en el distrito sanitario vecino de Kedougou, región de Kedougou; un caso en el distrito sanitario de Saraya, región de Kedougou; y un caso en el distrito sanitario de Thilogne, región de Matam.

En la región de Tambacounda, el 18 de octubre de 2020, se tomó una muestra de una mujer de 40 años que vivía en el distrito de Kidira durante una investigación por infección por el virus del Nilo Occidental. El 29 de octubre, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar (IPD) confirmó el caso de fiebre amarilla. El 31 de octubre, el IPD informó los resultados de un segundo caso confirmado de fiebre amarilla a las autoridades sanitarias nacionales, tras una notificación de la zona sanitaria de Bakel, distrito sanitario de Kidira. Se trata de un niño de 8 años cuya enfermedad se inició en el distrito sanitario de Kidira y falleció el 31 de octubre. El 12 de noviembre, el IPD notificó a las autoridades sanitarias nacionales sobre un tercer caso confirmado, un hombre de 23 años, que fue detectado mediante vigilancia de rutina y falleció el 5 de noviembre. El 16 de noviembre, se informó a las autoridades sanitarias nacionales de un cuarto caso confirmado, un niño de 15 años del distrito sanitario de Kidira.

En las regiones de Kedougou y Matam, se reportaron tres casos confirmados en diciembre de 2020, cuyas muestras fueron recolectadas durante diversas investigaciones. En la región de Kedougou, las pruebas de laboratorio realizadas por IPD revelaron que de las 16 muestras recibidas de la región, había:

- un caso confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e IgM positivo, que vive en el distrito de Saraya;
- un caso confirmado, con IgM positivo y confirmado por la prueba de neutralización por reducción de placa (PRNT), que vive en el distrito de Kedougou; y
- dos casos presuntivos, IgM positivo y PRNT en curso.

En la región de Matam, un caso fue confirmado como fiebre amarilla por IgM y PRNT. El caso es un hombre de 90 años del distrito sanitario de Thilogne, que está hospitalizado en una clínica privada en Dakar.

La Herramienta Estratégica para la Evaluación de Riesgos (STAR), que se utilizó antes de la notificación del tercer caso en el distrito sanitario de Kidira, clasificó la fiebre amarilla como "baja", donde se pueden registrar pequeños brotes, aunque es poco probable que se observen brotes mayores.

### **Respuesta de salud pública**

El Ministerio de Salud está coordinando una respuesta rápida. Las actividades recomendadas incluyen inmunización de la población local, intensificación de la vigilancia, comunicación de riesgos, participación de la comunidad y control de vectores. El país puede solicitar un apoyo adicional para las vacunas y los costos operativos.

## Evaluación de riesgos de la OMS

La detección de casos de fiebre amarilla en las regiones de Tambacounda y Kedougou demuestra la posibilidad de la propagación silvestre de la fiebre amarilla a personas no vacunadas en un área rural y enfatiza la importancia de mantener una alta inmunidad de la población en todos los países ubicados en áreas de alto riesgo para fiebre amarilla. Estudios epidemiológicos recientes han informado que las aldeas están en una zona de sabana con primates no humanos. Se observan charcos de agua permanentes o temporales en las afueras de las áreas residenciales.

Aunque tuvo lugar una vacunación masiva en Senegal en 2007, se considera que la parte oriental del país tiene un alto riesgo de transmisión endémica de fiebre amarilla. Los individuos no vacunados siguen siendo vulnerables a la infección por fiebre amarilla debido a la persistencia de la enfermedad en primates (ciclo selvático), especialmente en las zonas rurales. Las dos regiones afectadas también son de difícil acceso, lo que dificulta los esfuerzos de vacunación. Las unidades de cuidados intensivos de las regiones están lejos del distrito (186 km) y las carreteras están en malas condiciones. Los distritos afectados son rurales, en gran parte formados por selvas, lo que dificulta el control del vector y la mitigación del ciclo combinado selvático-urbano.

La pandemia de COVID-19 plantea un riesgo de interrupción de las actividades de inmunización de rutina debido a la carga sobre los sistemas de salud y la disminución de la respuesta a la inmunización debido al distanciamiento físico o la reticencia de la comunidad. La interrupción de los servicios de inmunización, incluso por períodos breves, aumentará el número de personas susceptibles y la probabilidad de brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Al 27 de diciembre de 2020, había 18.523 casos confirmados de COVID-19 y 387 muertes reportadas en Senegal.

## Consejos de la OMS

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda transmitida por mosquitos infectados y tiene el potencial de propagarse rápidamente y tener graves consecuencias para la salud pública. No existe un tratamiento específico, aunque la enfermedad se puede prevenir con una sola dosis de vacuna, que confiere inmunidad de por vida. Se recomiendan cuidados de apoyo para tratar la deshidratación, insuficiencia respiratoria y fiebre, y tratamiento con antibióticos para las infecciones bacterianas asociadas.

Senegal es considerado un país de alta prioridad según la [estrategia de Eliminación de las Epidemias de Fiebre Amarilla \(EYE\)](#). La introducción de la vacunación contra la fiebre amarilla en la vacunación de rutina tuvo lugar en enero de 2005. La vacunación es el medio principal para prevenir y controlar la fiebre amarilla. En los centros urbanos, las medidas específicas de control de vectores también son útiles para detener la transmisión. La OMS y sus socios seguirán apoyando a las autoridades locales en la implementación de estas intervenciones para controlar la epidemia actual.

La OMS recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros internacionales de 9 meses o más que viajen a Senegal. Senegal también exige un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla para los viajeros de 9 meses o más provenientes de países con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y los viajeros que hayan transitado más de 12 horas en un aeropuerto de un país que esté en riesgo de transmisión de fiebre amarilla.

La vacunación contra la fiebre amarilla es segura, muy eficaz y ofrece protección de por vida. De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), tercera edición, la vigencia del

certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla se extiende a la vida de la persona vacunada. No se puede exigir una dosis de refuerzo de esta vacuna a los viajeros internacionales como condición de ingreso.

La OMS ha publicado [directrices para las actividades de vacunación durante la pandemia de COVID-19](#) y actualmente está desarrollando directrices operativas específicas para realizar campañas de vacunación masiva en el contexto de COVID-19. Cuando las condiciones lo permitan, la estrategia EYE apoyará la rápida reanudación de las actividades de prevención de la fiebre amarilla.

La OMS alienta a los Estados Miembros a tomar todas las medidas necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas, incluida la vacunación. Los viajeros también deben ser conscientes de los signos y síntomas de la fiebre amarilla y deben consultar a un médico de inmediato cuando muestren signos. Los viajeros virémicos que regresan pueden representar un riesgo para el establecimiento de ciclos locales de transmisión de fiebre amarilla en áreas donde está presente el vector competente.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Senegal según la información disponible sobre este brote.

Están aumentando los casos de súper gonorrea, ya que la bacteria que la causa, altamente infecciosa y resistente a los medicamentos, puede volverse intratable en medio de la tormenta perfecta causada por la COVID-19.

Un portavoz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que esta infección de transmisión sexual (ITS) puede volverse aún más resistentes a los antibióticos, ya que su uso excesivo durante la pandemia está alimentando la mutación.



A la súper cepa de una de las ITS más antiguas del mundo se le ha proporcionado el entorno ideal para prosperar mientras el mundo continúa luchando contra la COVID-19.

Si no se trata, la súper gonorrea puede provocar un aumento de cinco veces en la transmisión del VIH e infecciones oculares que pueden provocar ceguera.

Hay más de 90 millones de casos de gonorrea en todo el mundo cada año, y este número está creciendo en 17%.

Aunque la OMS informó que la mayoría de los casos se encuentran en la región africana, el mundo occidental está viendo un aumento de los casos a un ritmo alarmante.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron que las infecciones han aumentado en 63% desde 2014, y hasta cinco millones de personas en esta nación podrían infectarse con gonorrea en 10 años.

El Reino Unido tiene la tasa de incidencia de gonorrea más alta de Europa, y podría haber más de 420.000 casos nuevos cada año para 2030.

Ahora, se ha encontrado un número creciente de casos en hospitales de todo el mundo de antibióticos que se usan innecesariamente para tratar la COVID-19.

Un portavoz de la OMS explicó cómo esto y la falta de servicios de ITS en el momento de la pandemia también podrían estar impulsando el aumento de los casos de súper gonorrea.

“El uso excesivo de antibióticos en la comunidad puede impulsar la aparición de resistencia a los antimicrobianos en la gonorrea. La azitromicina, un antibiótico común para tratar infecciones respiratorias, se usó para el tratamiento de COVID-19 al principio de la epidemia”, dijo.

“Durante la pandemia, los servicios de ITS también se han visto interrumpidos. Esto significa que más casos de ITS no se diagnostican correctamente y, como resultado, más personas se automedican”.

“Esta situación puede impulsar la aparición de resistencia en la gonorrea, incluida la superbacteria de la gonorrea (súper gonorrea) o la gonorrea con un alto nivel de resistencia a los antibióticos actuales recomendados para tratarla”.

“Las cepas resistentes en la gonorrea continúan siendo un desafío crítico para los esfuerzos de prevención y control de las ITS”, agregó.

El profesor Philip Howard, presidente de la Sociedad Británica de Quimioterapia Antimicrobiana, dijo que tres cuartas partes de los pacientes ingresados en un hospital en el Reino Unido con neumonía por COVID-19 sospechosa o confirmada reciben antibióticos para el virus, mientras que menos de 1% de los pacientes tiene una infección bacteriana. Se han reportado cifras similares en todo el mundo.

Un estudio de Estados Unidos mostró que 71% de los pacientes con COVID-19 recibieron antibióticos, mientras que solo 4% realmente los necesitaba.

Kevin Cox, presidente ejecutivo de la empresa británica Biotaspheric Limited, explicó cómo todo esto está llevando a la aparición de la súper gonorrea, y advirtió que pronto podría volverse intratable. “Las personas infectadas con súper gonorrea infectarán a otras y acelerarán la resistencia a los antimicrobianos. Necesitamos urgentemente nuevos tratamientos”, dijo.

Biotaspheric está buscando financiación para desarrollar una nueva tecnología de antibióticos que tenga el potencial de tratar la súper gonorrea.

Los expertos de los CDC afirman que las cepas de gonorrea se han vuelto resistentes a todas las clases de antibióticos menos una, mientras que la mitad de todas las infecciones actuales ahora son resistentes a al menos un antibiótico.

El aumento de la preocupación por la resistencia a uno de los antibióticos utilizados para tratarla, la azitromicina, llevó a los CDC a cambiar su recomendación de tratamiento la semana pasada.

El subdirector general de la OMS para su división de resistencia a los antimicrobianos, la Dra. Hanan Balkhy, advirtió sobre los peligros del uso innecesario de antibióticos para tratar la COVID-19.

“El uso de antibióticos no sirve como tratamiento, pero creará resistencia entre las bacterias ya presentes en nuestros cuerpos. Así que es un escenario muy complejo, pero la conclusión es que no se deben recetar antibióticos a menos que exista una indicación médica clara para ellos”, dijo.

El desarrollo de una vacuna contra la COVID-19 se ha convertido a través de los meses en una carrera que representa la luz al final del túnel. En los últimos meses la comunidad científica alrededor del mundo ha visto los resultados de los estudios de fase 1, fase 2 y fase 3 de las diferentes vacunas, con entusiasmo y cada día confiando más en que la inmunización contra el SARS-CoV-2 es una pieza faltante e indispensable para el control de esta pandemia.

En las últimas semanas se hicieron públicos los planes de vacunación en los diferentes países alrededor del mundo. En la mayoría de estos planes de distribución justa de la vacuna, los trabajadores de la salud serían los primeros en ser vacunados: este acceso prioritario es por ser quienes más corren riesgo de infección.

Sin embargo, conforme se acerca el acceso a estas esperadas vacunas, ha aumentado el temor, la resistencia y las dudas acerca de si las vacunas contra la COVID-19 son seguras de aplicarse. Las dudas que rodean estas vacunas son si realmente son efectivas, se cuestiona si el tiempo de desarrollo de estas fue muy corto, si no van a causar alteraciones en el cuerpo que se desconocen, si no puede haber implicaciones a largo plazo por la inmunización.

### ¿El personal de salud se aplicará la vacuna contra la COVID-19?

Como un ejercicio exploratorio, se realizó una encuesta entre el 7 y el 22 de diciembre de 2020 para evaluar la aceptabilidad de la vacuna contra la COVID-19 en el personal de salud.

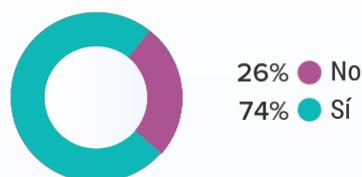
La encuesta obtuvo 2.905 respuestas: 76% médicos (especialistas: 57%; generales: 19%); 2%, estudiantes de medicina; 4% personal de enfermería; 2% administradores médicos; 12% otros proveedores de la salud, y 4% otros. De los participantes dentro del área de la salud: 53% reside en España, 16% reside en México, 10% en Argentina y 21% en otros países de Latinoamérica.

### Aceptabilidad de vacunación contra COVID-19

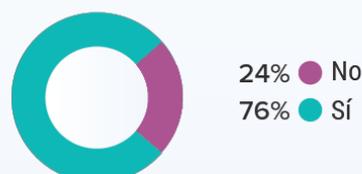
#### Participantes

Médicos especialistas	57%
Médicos generales	19%
Estudiantes de medicina	2%
Personal de enfermería	4%
Administradores médicos	2%
Otro trabajo en área de la salud	12%
Trabajo fuera del área de la salud	4%

#### ¿Se ha aplicado alguna vacuna en el último año?



#### Cuando haya una vacuna disponible para SARS-CoV-2 y se la ofrezcan, ¿se la aplicará?



#### Razones de no aplicación de la vacuna:

Preocupación sobre seguridad	43%
Prefiere esperar un poco más	37%
Duda que sea realmente efectiva	6%
Forma parte de un grupo que no puede recibirla	2%
Otra	12%

Del personal de salud encuestado, 74% contestó que se había aplicado al menos una vacuna en el último año. Este resultado es preocupante ya que como personal de salud, el 100% debería estar vacunado al menos contra influenza estacional, siendo que 26% de los encuestados no lo están.

Acerca de la vacuna contra la COVID-19, 76% del personal de salud encuestado contestó que cuando haya una vacuna disponible contra el SARS-CoV-2 se aplicaría la vacuna, siendo que 24% no se la aplicaría; este porcentaje no cambió si trabajaban en un área de atención a pacientes con COVID-19 (23% no se vacunaría), en comparación con el personal de salud que no trabaja en áreas COVID-19 (22% no se vacunaría). Entre las razones principales por las que no se vacunarían, 43% contestó que les “preocupa que no sea una vacuna segura”, 37% contestó que “prefiere esperar un poco antes de aplicársela”, 6% “duda que realmente sea efectiva”, 2% “no se la puede aplicar por alguna afección médica” y 12% “por otras razones”.

Todas estas dudas son esperables; sin embargo, el personal de salud tiene la responsabilidad social de conocer cómo se desarrollaron y entender cómo funcionan las diferentes vacunas, revisar la literatura disponible, comentarlo con expertos y comunicar información veraz y transparente a los pacientes.

Como personal de salud y como líderes de opinión en esta pandemia deben promover satisfactoriamente la adopción de prácticas basadas en evidencia. Es fundamental que los profesionales de la salud tengan un sólido conocimiento acerca de las vacunas contra la COVID-19.

Asimismo, es vital identificar fuentes de información confiables para profesionales de la salud, entre ellas la [Organización Mundial de la Salud](#) o los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#) (CDC) de Estados Unidos.

Es importante recordar los siguientes cinco puntos.

1. Las vacunas no se hicieron desde cero. La [tecnología de vacunas de ARNm](#) se ha estudiado por décadas. Su interés aumentó por que se pueden desarrollar en un laboratorio y se pueden elaborar con materiales que se encuentran disponibles fácilmente; incluso ya se han estudiado versiones de vacunas de ARNm contra influenza, fiebre zika, rabia e incluso citomegalovirus.
2. Se pudieron hacer rápidamente gracias a los avances en la tecnología que hace décadas no existía, lo cual facilita los procesos, la rapidez de la investigación. Cuando se crearon la mayoría de las vacunas disponibles hoy en día, no se contaban con la mayoría de las herramientas tecnológicas que hoy están al alcance de la mano.
3. Sin duda la pandemia de COVID-19 ha representado una fuerte inversión en tiempo, en dinero, en pensamiento y en trabajo de múltiples centros de investigación. Este enorme apoyo y todos estos recursos que normalmente no se obtienen fácilmente para hacer investigación quita las barreras que suelen retrasar la innovación en ciencia.
4. Una de las mayores dificultades para la aplicación y distribución de vacunas son las agencias regulatorias que dan su aprobación: este simple paso normalmente podía durar años. Sin embargo, por la emergencia de salud que la COVID-19 ha representado alrededor del mundo, diferentes agencias regulatorias en el mundo han tenido que revisar estos procesos simultáneamente conforme se llevan a cabo y no al terminar todas las fases de investigación como normalmente se hace, lo que ha representado ahorrar tiempo en procesos administrativos.
5. Y, por último, el más valioso de todos: los voluntarios que, gracias a su generosidad hacia la ciencia han permitido que tengamos disponibles los resultados que tenemos el día de hoy.

El reclutamiento de voluntarios en los estudios puede ser una de las fases más complicadas y lentas de la investigación. Sin embargo, por la atención que tiene esta enfermedad, esto se logró rápidamente.

La pandemia de COVID-19 es una crisis mundial y sólo se resolverá mediante la cooperación de todos. No olvidemos que en México se han reportado 2.259 defunciones confirmadas en personal de salud y 48% han sido médicos. El personal sanitario tiene la responsabilidad de romper las cadenas de contagio, protegerse y proteger a los que los rodean; a través de los años los programas de inmunización han cambiado la historia del hombre y lo hará una vez más para controlar esta pandemia si todos hacen su parte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó el 31 de diciembre la vacuna Comirnaty COVID-19 mRNA para su uso de emergencia, lo que convierte a la vacuna de Pfizer/BioNTech en la primera en recibir esta validación por parte de la OMS desde que comenzó el brote hace un año.

La Lista de Uso de Emergencia (EUL) de la OMS abre la puerta a los países para acelerar sus propios procesos de aprobación regulatoria para importar y administrar la vacuna. También permite al Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a la Organización Panamericana de la Salud adquirir la vacuna para distribuirla a los países que la necesiten.

“Este es un paso muy positivo para asegurar el acceso global a las vacunas contra la COVID-19. Pero quiero enfatizar en la necesidad de un esfuerzo mundial aún mayor para lograr un suministro de vacunas suficiente para satisfacer las necesidades de las poblaciones prioritarias en todas partes”, dijo la Dra. Mariângela Batista Galvão Simão, Subdirectora General de la OMS para el Acceso a Medicamentos y Productos Sanitarios. “La OMS y nuestros socios están trabajando día y noche para evaluar otras vacunas que han alcanzado estándares de seguridad y eficacia. Alentamos a más desarrolladores a que se presenten para revisión y evaluación. Es de vital importancia que aseguremos el suministro crítico necesario para servir a todos los países del mundo y detener la pandemia”.

Los expertos en reglamentación convocados por la OMS de todo el mundo y los propios equipos de la OMS revisaron los datos sobre la seguridad, eficacia y calidad de la vacuna Pfizer/BioNTech como parte de un análisis de riesgo versus beneficio. La revisión encontró que la vacuna cumplía con los criterios imprescindibles de seguridad y eficacia establecidos por la OMS, y que los beneficios de usar la vacuna para abordar la COVID-19 compensan los riesgos potenciales.

La vacuna también está bajo revisión de políticas. El Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE) en Inmunización de la OMS se reunirá el 5 de enero de 2021 para formular políticas y recomendaciones específicas de vacunas para el uso de este producto en las poblaciones, basándose en las recomendaciones de priorización de población del SAGE para las vacunas contra la COVID-19 en general, publicadas en septiembre de 2020.

La vacuna Comirnaty requiere almacenamiento mediante una cadena de ultrafrío; debe almacenarse entre -60 y -90°C. Este requisito hace que la vacunación sea más difícil de implementar en entornos donde no se disponga de equipos de ultra frío o no sean accesibles de manera confiable. Por esa razón, la OMS está trabajando para ayudar a los países a evaluar sus planes de entrega y prepararse para su uso cuando sea posible.

## **Cómo funciona la lista de uso de emergencia**

El procedimiento de la Lista de Uso de Emergencia (EUL) evalúa la idoneidad de nuevos productos sanitarios durante emergencias de salud pública. El objetivo es hacer que los medicamentos, las vacunas y los diagnósticos estén disponibles lo más rápido posible para abordar la emergencia, respetando estrictos criterios de seguridad, eficacia y calidad. La evaluación so-

pesa la amenaza que representa la emergencia, así como el beneficio que se obtendría del uso del producto frente a cualquier riesgo potencial.

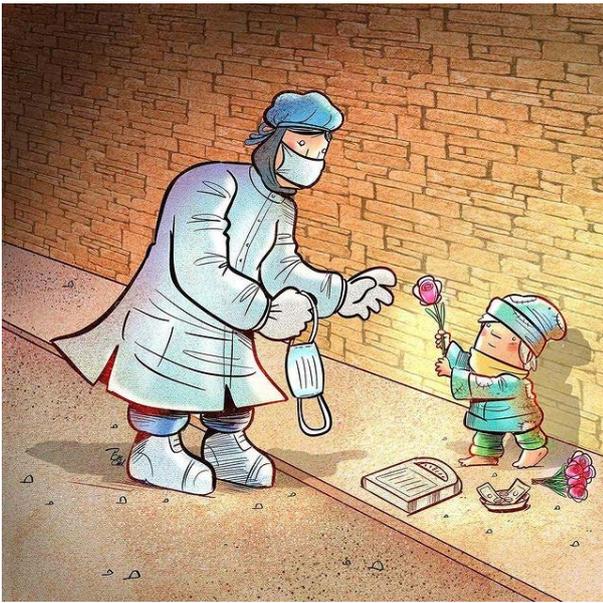
La vía EUL implica una evaluación rigurosa de los datos de los ensayos clínicos tardíos de fase II y fase III, así como datos adicionales sustanciales sobre seguridad, eficacia, calidad y un plan de gestión de riesgos. Estos datos son revisados por expertos independientes y equipos de la OMS que consideran el cuerpo de evidencia actual sobre la vacuna bajo consideración, los planes para monitorear su uso y planes para estudios adicionales.

La OMS invita a los expertos de las autoridades nacionales individuales a participar en la revisión de la EUL. Una vez que una vacuna ha sido listada para su uso de emergencia por la OMS, la organización involucra a sus redes reguladoras regionales y socios para informar a las autoridades nacionales de salud sobre la vacuna y sus beneficios anticipados basándose en los datos de estudios clínicos disponibles hasta la fecha.

Además de los procedimientos regulatorios globales, regionales y nacionales para el uso de emergencia, cada país lleva a cabo un proceso de políticas para decidir si usar la vacuna y en quién, con la priorización especificada para el uso anticipado. Los países también llevan a cabo una evaluación de la preparación de la vacuna que informa el despliegue de la vacuna y el plan de introducción para su implementación bajo el EUL.

Como parte del proceso del EUL, la empresa que produce la vacuna debe comprometerse a continuar generando datos para permitir la licencia completa y la precalificación de la vacuna por parte de la OMS. El proceso de precalificación de la OMS evaluará los datos clínicos adicionales generados a partir de los ensayos de vacunas y el despliegue de forma continua para garantizar que la vacuna cumpla con los estándares necesarios de calidad, seguridad y eficacia para una mayor disponibilidad.

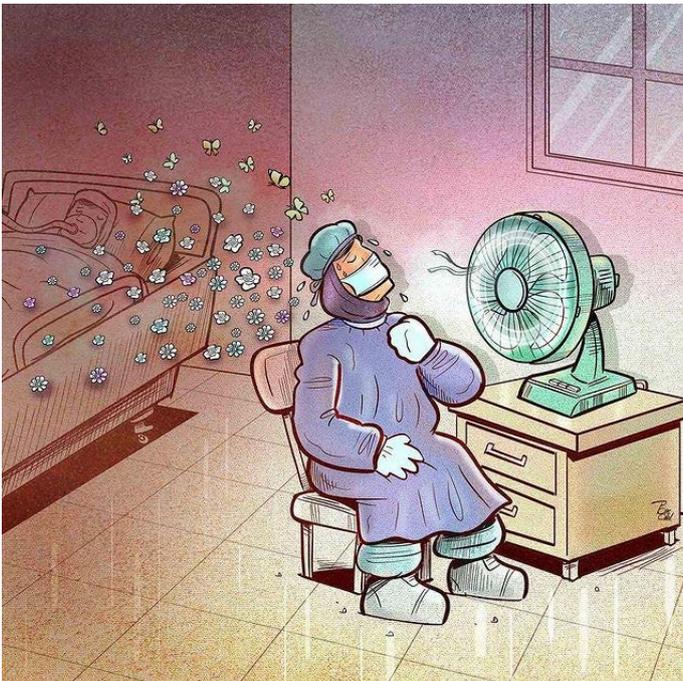
# Arte y pandemia



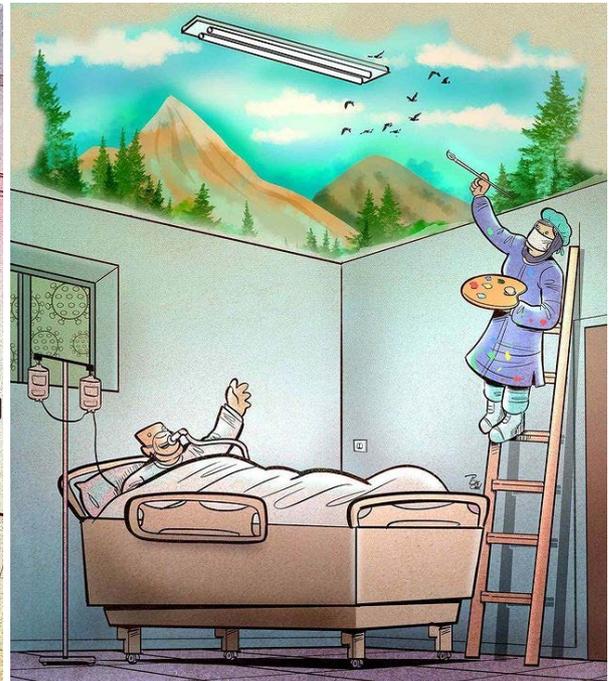
Cuidemos a los niños de la calle en esta situación.



Defender la vida y la salud de los pacientes.



El personal médico soporta la fatiga y el calor de llevar ropa protectora.



Brindar a cada paciente una esperanza.

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-demiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepi-demiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.