



Reporte Epidemiológico de Córdoba

3 DE MARZO
2021
REC 2.420

CÓRDOBA

- Ciudad de Córdoba: En nueve años, casi se triplicó el número de viviendas con mosquitos *Aedes aegypti*

ARGENTINA

- ¿La COVID-19 causó más muertes que las enfermedades respiratorias en otros años?
- Santa Fe: La vacunación terminó con los contagios de la COVID-19 entre el personal de salud

AMÉRICA

- Situación epidemiológica del sarampión
- Por qué en 9 años la enfermedad de Chagas podría dejar de ser una preocupación de salud pública mundial
- Estados Unidos: Los casos y las muertes por COVID-19 se desploman en los hogares de ancianos tras el despliegue de las vacunas
- Trinidad y Tobago: Reportan muertes de monos por fiebre amarilla

EL MUNDO

- Fiji: Reportan 10 muertes sospechosas por leptospirosis

- Francia: Sin influenza ni gastroenteritis: ¿qué ocurrió con los virus invernales?
- Pakistán: Brote de leishmaniosis cutánea en Khyber Pakhtunkhwa
- Reino Unido: Ya se vacunaron más de 20 millones de personas contra la COVID-19
- República Democrática del Congo: Alertan por una enfermedad desconocida que ya se cobró la vida de 15 personas
- Suecia: Un brote de salmonelosis afecta a 12 personas en todo el país
- Lo que se sabe hasta ahora de los síntomas que indican que alguien tuvo 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



Durante los meses de verano se reproducen y abundan en Córdoba las poblaciones de *Aedes aegypti*, el principal vector del virus del dengue. Para febrero habitualmente ya hay casos autóctonos, que alcanzan su nivel máximo en abril.

Un [estudio](#) da cuenta del importante incremento de larvas y criaderos del mosquito urbano en las viviendas de la ciudad de Córdoba, a partir del monitoreo mensual realizado por hogar durante casi una década por el Centro de Investigaciones Entomológicas de Córdoba de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y el Área de Epidemiología de la provincia de Córdoba.



El trabajo recopila y analiza información de casi diez años de investigación sobre el vector del virus Dengue, en los estadios de huevo y larva, así como de casos de dengue ocurridos.

Según las conclusiones, se viene registrando un aumento importante y sostenido en la proporción de hogares que albergan larvas del mosquito (juveniles de *Ae. aegypti*), que pasó de 5,7% de las viviendas en 2009, a 15,4% en 2017.

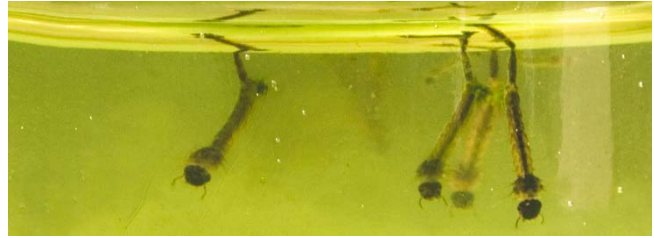
“Eso quiere decir que cada vez estamos criando más mosquitos vectores del dengue en las viviendas de la ciudad”, aseguró Elizabet Estallo, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y una de las autoras de la publicación. Y agregó que los datos “demuestran que la presencia del mosquito se viene incrementando cada año, así como el número de casos en cada brote”. En esa línea, advirtió que Córdoba experimentó el mayor brote de dengue hasta la fecha a principios de 2020 (serotipos DENV-1 y DENV-4, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud de la Nación).

Walter Almirón, biólogo y director del Centro de Investigaciones Entomológicas de la UNC, encendió la alarma sobre el elevado porcentaje de larvas y criaderos alcanzados en los últimos registros, y explicó que el 15,4% hallado en el monitoreo larval supera largamente el umbral establecido por la Organización Mundial de la Salud.

“Para que el riesgo de transmisión del dengue sea bajo, el índice aconsejado mundialmente es menor a 1%. En los últimos relevamientos había zonas de Córdoba que tenían incluso hasta 50% de viviendas con criaderos”, apuntó.

Período de mayor riesgo

El estudio constató, además, que la abundancia larvaria alcanza su punto máximo una vez al año, en el período de enero a marzo. Comparativamente, febrero fue el mes con mayor cantidad de larvas a nivel de barrios, y marzo a nivel de viviendas, mientras que los casos de dengue fueron más altos durante abril.



Asimismo, se determinó que esa abundancia se asocia con las temperaturas más cálidas que se vienen produciendo en los meses previos.

“Observamos que las temperaturas de Córdoba son lo suficientemente cálidas como para asegurar la supervivencia y reproducción de estas poblaciones de mosquitos de octubre a mayo, pero el pico se produce durante el verano. En marzo suele registrarse dengue autóctono, y en abril alcanzar su nivel más alto”, indicó Estallo.

La investigadora explicó además las características que, de acuerdo a los resultados encontrados y publicados en otros estudios, hacen que algunas zonas de la ciudad sean “más adecuadas” para la proliferación del vector, determinando áreas de riesgo en la ciudad.

En ese sentido, mencionó que la densidad de población humana, la distancia a la vegetación y los canales de agua abiertos fueron las principales variables predictivas de la aptitud vectorial de una zona.

“Detectamos las zonas donde hay mayor riesgo de población del vector en la ciudad de Córdoba, y vimos que estaba asociado básicamente al desorden ambiental generado por residuos. Las zonas en riesgo, por ser más adecuadas para la cría del vector, corresponden a la periferia, cerca de los canales abiertos, donde suele desecharse basura. En las bolsas y tachos se acumula el agua, y son ideales para la reproducción de las larvas”, explicó.

En esa línea, recordó la importancia de cumplir especialmente en estos días con las conductas y hábitos de prevención, evitando recipientes que contengan agua (cisternas artificiales, cacharros, baldes y neumáticos) en los hogares, y manteniendo la limpieza y orden urbano.

El próximo 7 de marzo se cumplirá un año del primer muerto por COVID-19 en Argentina. Guillermo Abel Gómez había llegado de Francia el 25 de febrero, el 28 comenzó a sentir síntomas y falleció en el Hospital General de Agudos 'Dr. Cosme Argerich'. Desde entonces, el país acumula unos 52.000 decesos por esta causa. Al ritmo diario actual, estimando los casos que se sumarán en esta semana, las víctimas fatales, en doce meses, rondarían las 53.000.



Según los especialistas, la COVID-19 desplazó al resto de enfermedades infecciosas del sistema respiratorio como influenza, neumonía, bronquitis, bronquiolitis y demás. “La COVID-19 copó todo. Esto es algo habitual en las pandemias, que el virus predominante desplace al resto”, aseguró Alejandro Chirino, coordinador de la sección de enfermedades infecciosas de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR).

De esta manera, se desprende que las muertes originadas por este tipo de patología habrían sido motivadas, casi con exclusividad, por el mal que sacude al mundo desde inicios de 2020.

Hasta el momento, las últimas estadísticas que se cuentan en Argentina sobre causas de mortalidad llegan hasta 2018 y son suministradas por el Ministerio de Salud. Tomando estos informes como fuente confiable, las defunciones totales en el país se ubican entre 330.000 y 350.000 personas por año sobre la base de los datos oficiales. La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de ese ministerio clasifica la totalidad de los decesos por tipo de patologías. Así, se sabe que en 2016 murieron 65.185 argentinos por enfermedades del sistema respiratorio, con las mencionadas neumonía, influenza y bronquiolitis entre las principales. En 2017, las víctimas fatales por enfermedades del sistema respiratorio fueron 64.869 mientras que, en 2018, llegaron a 61.668. De 2019 no hay registros oficiales todavía, pero sobre base de la opinión de especialistas, fue un año con un comportamiento normal de este tipo de patologías, por lo que se puede suponer que, números más, números menos, habrían rondado entre 60.000 y 65.000 casos.

Es decir, si se toma la opinión de los expertos, sobre el desplazamiento de estas enfermedades como consecuencia de la aparición de la COVID-19, y se comparan las defunciones por causas infecciosas respiratorias de los últimos años, se podría concluir que, en números concretos,

la COVID-19 no provocó más muertes que otros años. Sólo se habría sustituido una causa por otra.

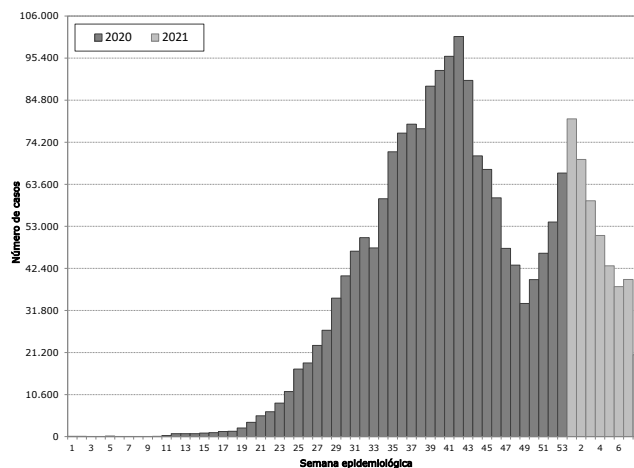
“Desde que empezó la pandemia se dejaron de ver las neumonías clásicas o gripes de invierno. Los agentes infecciosos se pelean por los huéspedes. Cuando la COVID-19 arreció, desplazó a los otros agentes. Recién en estos días se empieza a ver alguna neumonía, porque hay menos casos de COVID-19 porque estamos en una pausa epidemiológica”, agregó Chirino. En una carrera, el virus que más rápido se propaga gana.

La opinión del especialista coincide con la del director del Hospital General de Agudos ‘Dr. Juan Antonio Fernández’, Ignacio Prevgliano: “La COVID-19 fue la patología preponderante de los últimos meses. Por ejemplo, no vimos casos de bronquiolitis. Los cuidados de la población, el uso de barbijo, ayudó a evitar estas patologías. Pero, sin duda, la COVID-19 desplazó a otras enfermedades respiratorias. En el caso del hospital Fernández, llegó a representar 80% de la ocupación de camas de terapia intensiva. El resto fue para enfermedades de otro tipo”.

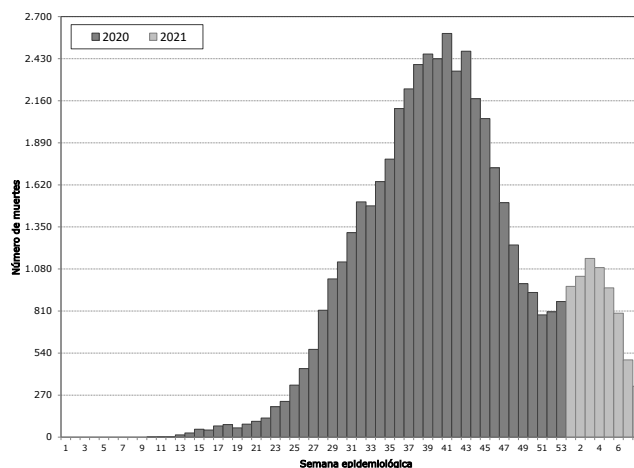
Si se toman en cuenta estos datos, donde la cantidad de muertos por COVID-19 no supera a los decesos por patologías que fueron desplazadas, habría que analizar el impacto que provoca en la población la permanente información sobre infectados y muertos que hubo estos últimos meses contra las defunciones, sin difusión, de otros años por enfermedades respiratorias.

Distintas fuentes consultadas mostraron cautela en el momento de minimizar la gravedad de la COVID-19 por el hecho de que termine provocando menor mortalidad a la que se produce otros años por infecciones respiratoria, aunque dejan trascender que esa podría ser la conclusión que se obtenga cuando pase la pandemia y se cuente con cifras totales. “En Argentina no hay estadísticas confiables. Se pueden estimar muchas cosas, pero no hay números que se puedan tomar como precisos. Hoy en día se le hace hisopado a cualquier persona con síntomas y eso es algo que no se hace nunca”, aclaró Carlos Luna, expresidente de la AAMR.

En todo caso, advierten los profesionales, la probabilidad mayor es que haya un aumento de las muertes durante 2020 como consecuencia del incremento de decesos por otro tipo de enfermedades por no haber sido detectadas a tiempo, como consecuencia del temor de la población a concurrir al médico. “Durante todo el año pasado y hasta hoy se ha visto una caída en la atención en guardias y hospitales de patologías cardiovasculares o cerebrovasculares. En las guardias llegaban casos avanzados por no haber concurrido a tiempo. Por ejemplo, tuvimos una baja de hasta 80%, en el peor momento de la cuarentena, de cirugías cardíacas. Hoy todavía estamos 30% debajo de los niveles anteriores a la pandemia. No llegamos ni a tener la misma facturación que un año atrás pese al impacto de la inflación”, explicó Sebas-



Casos confirmados. Argentina. Desde semana epidemiológica 1 de 2020 hasta 8 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 2 de marzo de 2021.



Muertes confirmadas. Argentina. Desde semana epidemiológica 1 de 2020 hasta 8 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 2 de marzo de 2021.

tián Defranchi, director general del Hospital Universitario Fundación Favaloro. “Vamos a tener que esperar un año o dos para conocer el impacto en muertes que tuvo la pandemia en enfermedades fuera de las vinculadas al sistema respiratorio”, agregó el profesional.

En este punto, mucha gente suspendió sus tratamientos oncológicos o demoró la concurrencia a una consulta por miedo a contagiarse la COVID-19, lo que impidió una detección temprana de tumores. Esto puede terminar generando muertes en los próximos meses que se podrían haber evitado. Lo mismo sucede con cuadros de depresión, por el encierro prolongado, que haya sido caldo de cultivo para enfermedades que costarán vidas en los próximos años.

Si bien aún se están terminando de procesar los datos de los estudios desarrollados para evaluar las respuestas inmunológicas en el personal de salud que ya recibió la vacuna, la campaña de inmunización contra la COVID-19 se muestra efectiva en reducir las infecciones en las áreas críticas de los centros de salud más grandes de la ciudad de Rosario. A casi dos meses de que se aplicaran las primeras vacunas, en los sectores de cuidados intensivos no se confirmaron nuevos casos de COVID-19 después de que se completó el esquema de las dos dosis de Sputnik V.



El dato se transmite con optimismo desde las oficinas de dirección de hospitales y sanatorios. Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, el personal de salud se mostró especialmente vulnerable. El pasado 3 de diciembre, cuando se conmemoró el Día del Médico, el gobierno nacional presentó un análisis de la situación del personal de salud afectado. El informe advertía que 4,3% del total de los casos que contrajeron el virus corresponde a los trabajadores de la salud. Eran 60.145 personas, de las cuales 362 fallecieron.

Por eso, el inicio de la campaña de vacunación entre los agentes más expuestos a la enfermedad se presentó como un día histórico. Y a casi dos meses de que se empezaran a aplicar las primeras dosis de Sputnik V entre médicos, enfermeros y personal de apoyo de áreas críticas, laboratorios de biología molecular, hisopadores y servicios de emergencias y traslados, los directores de hospitales aseguran que no se han reportado nuevas infecciones en esas áreas.

“Estamos terminando una investigación sobre las respuestas inmunológicas de la vacuna donde podremos determinar con exactitud qué nivel de anticuerpos presentaron las personas después de recibir la primera y la segunda dosis. Sin embargo, después de iniciar la vacunación no tuvimos casos confirmados”, aseguró la directora del Hospital Provincial del Centenario, Claudia Perouch.

El vacunatorio del hospital fue el lugar elegido para lanzar la vacunación contra la COVID-19 el pasado 29 de diciembre. Hoy se completará el esquema de dos dosis en 1.850 empleados, lo que representa 95% del personal del hospital. El 5% restante son personas que no se vacunaron, ya sea por cuestiones personales o de salud.

La semana próxima los infectólogos del Hospital Centenario terminarán de procesar los datos de un estudio desarrollado para determinar la eficacia de la vacuna. Para esto, estudiaron los análisis de sangre de unas 500 personas después de recibir la vacuna. La investigación la lleva adelante el Ministerio de Salud de la Nación empleando los test serológicos Covidar IgG, desarrollados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y tiene como objetivo medir la prevalencia de anticuerpos en la población vacunada.

Ciento por ciento

En los últimos dos meses, en los centros de salud del Grupo Oroño se registraron tres casos de COVID-19 en la planta de empleados. El último fue el 31 de enero y la infección ocurrió fuera del lugar de trabajo. “Fueron casos esporádicos que se registraron entre personas no vacunadas y por fuera de las áreas de cuidados críticos”, apuntó la infectóloga Carolina Subirá y afirmó que puertas adentro de los sanatorios del grupo la vacunación redujo las infecciones.

“Respecto del año pasado, en las unidades críticas tenemos cien por ciento de reducción de casos de COVID-19. Todos los profesionales de este sector ya están vacunados y no hemos tenido más casos en ese grupo. Los casos se han producido en personas no vacunadas de otras áreas, pero esporádicos en estos dos meses”, explicó.

Desde el 19 de diciembre, en los centros de salud del grupo se vacunaron unas 1.500 personas. El personal de farmacia se comunica con los vacunados para detectar efectos indeseables de las dosis y constatar la aparición de síntomas.

Subirá aclaró que en los primeros días post vacunación y hasta 14 días post segunda dosis se pueden producir casos de COVID-19 y “no quiere decir que la vacuna haya fallado, sobre todo si las infecciones se detectan dos semanas después de haber recibido la primera dosis”.

En estos casos, indicó, se puede suponer que se aplicó la vacuna mientras la persona estaba incubando la enfermedad (de manera inadvertida) o porque a partir de recibir la vacuna la persona percibe menos el riesgo de enfermarse y se expone aumentando su riesgo de contagio. “Es un fenómeno que se está estudiando actualmente”, subrayó.

La suma de la eficacia de la vacuna y la prevención

Hasta el 19 de marzo, en el ámbito de la Secretaría de Salud municipal, 2.347 personas habían recibido las dos dosis de Sputnik V. El número de vacunados sólo con la primera dosis alcanza a unas 4.200 personas, de acuerdo a datos del Programa de Inmunizaciones del municipio.

En este grupo no sólo no se reportaron efectos adversos posvacunación de gravedad, sino que “no hubo ningún caso de reinfección después de recibir las dosis”, destacó la coordinadora del área, Soledad Chocobar.

Para la funcionaria, la ausencia de infecciones es una muestra de la eficacia de la vacuna, pero también del sostenimiento de las rutinas de prevención de la enfermedad, tanto adentro como afuera de los centros de salud.

“Es una combinación de ambas”, sostuvo Chocobar y destacó que aún después de completar el esquema de vacunación “se mantuvieron las rutinas de cuidado: nadie cambió el uso del barbijo y el mantenimiento de las distancias en la vida social ni el uso de los barbijos quirúrgicos y otros elementos de protección”. Dos patas en las que se apoya la reducción de los contagios.

Resumen de la situación

En 2021, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 6, un país y un territorio en la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: Brasil (54 casos confirmados) y Guayana Francesa (2 casos confirmados). Actualmente, solo Brasil aún notifica brotes activos de sarampión, lo cual constituye una amenaza para otros países y territorios de la Región de las Américas.

En 2020, un total de nueve países de la Región de las Américas notificaron 8.726 casos confirmados de sarampión, incluidas 11 defunciones: Argentina (61 casos, una defunción), Bolivia (2 casos), Brasil (8.448 casos, 10 defunciones), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos (13 casos), México (196 casos) y Uruguay (2 casos).

Durante el período 2016-2020 se cumplieron tres de los seis indicadores internacionales para la vigilancia integrada de sarampión y rubéola: 1) el porcentaje de casos con muestras de sangre adecuadas; 2) el porcentaje de muestras con resultados de laboratorio en cuatro días o menos y; 3) el porcentaje de casos con investigaciones adecuadas. Sin embargo, no se han cumplido tres indicadores: 1) la tasa de casos sospechosos de sarampión/rubéola cada 100.000 habitantes; 2) el porcentaje de sitios que notifican semanalmente y; 3) porcentaje de casos con muestras enviadas en cinco días o menos. Por lo tanto, considerando las brechas entre los indicadores, la baja cobertura de la primera y segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2) en muchos países y territorios de la Región, la presencia de brotes activos en un país de la Región de las Américas, la circulación del virus en otras regiones del mundo y la apertura de fronteras, no se puede descartar la aparición de nuevos brotes de diversa magnitud en la Región de las Américas.

Desde el 11 de marzo del 2020, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), la OPS/OMS ha seguido de cerca el impacto de la pandemia sobre la cobertura de vacunación. Comparando la cobertura de vacunación de 2020 con la de 2019 se confirmó una disminución del número de dosis de SRP1 administradas desde marzo hasta junio de 2020.

Desde abril de 2020, la OPS/OMS realizó un total de seis encuestas nacionales en la Región a fin de dar seguimiento al funcionamiento de los servicios de inmunización y diseñar un plan de respuesta basado en las necesidades. Los resultados demuestran que los servicios de vacunación volvieron poco a poco a un funcionamiento normal entre mayo y agosto de 2020, y los servicios suspendidos parcial o totalmente disminuyeron de 43% al 16%. La misma ten-

dencia descendente se observó con respecto al impacto sobre la demanda de vacunación, con 80% de la demanda afectada en mayo la cual disminuyó a 51% en agosto. Las principales razones por las que las personas no se vacunaban incluían la limitación del transporte público, los confinamientos, las políticas de distanciamiento físico y también el temor de los usuarios al riesgo de exposición a la COVID-19.

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en Brasil y Guayana Francesa, los cuales han notificado casos confirmados de sarampión desde el 1 de febrero de 2021.

- **Brasil:** Entre las SE 1 y 5 de 2021, se notificaron 250 casos sospechosos, de los cuales 54 (22%) fueron confirmados, 35 (14%) fueron descartados y 161 (64%) continúan en investigación. No se registraron defunciones.

En 2020, se notificaron 16.836 casos sospechosos, de los cuales 8.448 (50%) fueron confirmados, incluidas 10 defunciones, 7.975 (47%) fueron descartados y 413 (2%) continúan en investigación. El genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ circuló en 2019 y 2020. De los 8.448 casos confirmados, 4.892 (58%) no estaban vacunados, 1.744 (21%) estaban vacunados, y en 1.812 (21%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En 2020, las Unidades Federales que reportaron mayor tasa de incidencia acumulada de casos confirmados de sarampión en Brasil fueron: Pará (94 casos cada 100.000 habitantes), Amapá (34), Maranhão (32) y Rio de Janeiro (10).

En 2020, las mayores tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de sarampión por grupo de edad en Brasil se notificaron en el grupo de menores de 5 años (38 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 5 a 19 años (12 casos), el grupo de 20 a 49 años (10 casos) y el grupo de mayores de 60 años (1 caso).

En 2021, las unidades federales que continúan con brotes activos son tres: Amapá, Pará y São Paulo.

- **Amapá:** Entre las SE 47 de 2020 y 5 de 2021, se notificaron 250 casos sospechosos, de los cuales 67 fueron confirmados, 27 fueron descartados y 156 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de menores de 1 año (176 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (64 casos), y el grupo 5 a 9 años (9 casos). Del total de casos confirmados, 43 (64%) no estaban vacunados, 10 (15%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 14 casos (21%) no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación. El último caso confirmado en Amapá tuvo inicio de exantema el 22 de enero de 2021, en el municipio de Macapá. Este estado comparte frontera con la Guayana Francesa y Surinam.
- **Pará:** entre las SE 47 de 2020 y 5 de 2021, se notificaron 73 casos sospechosos, de los cuales 10 fueron confirmados, 6 fueron descartados y 57 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de menores de 1 año (43 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (19 casos), y el grupo de 15 a 19 años (19 casos). Del total de casos confirmados, ninguno estaba vacunado. El último caso confirmado en Pará tuvo inicio de exantema el 11 de diciembre de 2020, en el municipio de Bagre. Este estado comparte frontera con Guyana y Suriname.

- **São Paulo:** Entre las SE 47 de 2020 y 5 de 2021, se notificaron 49 casos sospechosos, de los cuales 4 fueron confirmados, 18 fueron descartados y 27 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de menores de 1 año (1 caso cada 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 20 a 29 años (0,03 casos). Del total de casos confirmados, uno no estaba vacunado y tres estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). El último caso confirmado en São Paulo tuvo inicio de exantema el 07 de enero de 2021, en el municipio de São Paulo.
- **Guayana Francesa:** Entre las SE 1 y 6 de 2021 fueron notificados dos casos confirmados.

El primer caso confirmado corresponde a una niña de 18 meses de edad sin antecedentes de vacunación y probable antecedente de viaje a una comuna en la frontera con Brasil. Inició exantema el 26 de enero. Fue identificado el genotipo D8.

El segundo caso, corresponde a una mujer de 42 años, trabajadora de salud, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje. Inició exantema el 9 de febrero de 2021. Este caso tiene nexo epidemiológico con el primer caso confirmado. Se encuentra pendiente el resultado de la identificación de genotipo.

Orientaciones para las autoridades nacionales

El 27 de septiembre de 2016, la Región de las Américas fue la primera en el mundo en ser declarada libre de sarampión, como un esfuerzo de 22 años, que involucró una amplia administración de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis en el continente. La eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas ha constituido un hito muy importante, por lo que la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a seguir las recomendaciones de la XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de 2019 las cuales están sujetas a ajustes en el contexto de la pandemia de COVID-19, con el objetivo de reverificar la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas.

En el escenario de la pandemia por COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha generado un documento con orientaciones respecto al funcionamiento de los programas de inmunizaciones en el contexto de la pandemia por COVID-19, publicada el 26 de marzo de 2020, las cuales fueron consultadas con los miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de OPS, y están alineadas con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización de la OMS.

Dentro de los lineamientos y recomendaciones para países con brotes de sarampión se destaca lo siguiente:

Vacunación

- Involucrar al Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG) en la toma de decisiones sobre la continuidad del servicio de vacunación.
- En los establecimientos de salud en los cuales se van a realizar actividades de vacunación, es fundamental que los profesionales de salud estén atentos a signos y síntomas de enfermedades respiratorias y ofrezcan a los pacientes con síntomas gripales una mascarilla quirúrgica y los refieran para evaluación médica según los protocolos locales de abordaje inicial de los pacientes con sospecha de COVID-19.

- Aunque actualmente no existen contraindicaciones médicas conocidas sobre la vacunación de una persona que haya tenido contacto con un caso de COVID-19, se recomienda diferir la vacunación hasta que se haya cumplido la cuarentena (14 días después de la última exposición).
- De ocurrir un brote de una enfermedad prevenible por vacunación (EPV), se deberá evaluar el riesgo-beneficio de realizar una vacunación de respuesta al brote teniendo en cuenta la capacidad del sistema de salud para ejecutar esta actividad de manera segura en el contexto de la actual pandemia de COVID-19. El análisis deberá evaluar el riesgo de una respuesta tardía frente a los riesgos asociados de una respuesta inmediata, tanto en términos de morbilidad y mortalidad por la EPV, como del impacto potencial de una mayor transmisión del SARS-CoV-2. Si se decide la realización de una campaña de vacunación, se deberá cumplir con medidas estrictas para proteger a los trabajadores de la salud, salvaguardar a la población y garantizar el manejo de los desechos sólidos. Si la decisión es retrasar la campaña de vacunación de respuesta al brote, se requerirá realizar una evaluación periódica de la morbilidad y mortalidad por la EPV y considerar el riesgo de un mayor retraso en la respuesta.
- El servicio de vacunación deberá restablecerse cuando se haya reducido el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y la capacidad del sistema de salud se haya recuperado lo suficiente como para reanudar estas actividades. Es probable que todavía haya algún nivel de transmisión de SARS-CoV-2 en curso cuando se reanuden los servicios. Es probable que aún se necesiten medidas más estrictas de prevención y control de infecciones y prácticas de distanciamiento social en las fases iniciales de la reanudación del servicio de vacunación. El NITAG debe asesorar al país sobre cómo reanudar el servicio y que poblaciones deben ser priorizadas.
- Vacunar a poblaciones en riesgo residentes en zonas donde está circulando el virus de sarampión que no tengan prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en empresas de servicios esenciales, hotelería y turismo, instituciones con población cautiva y transporte (hospitales, aeropuertos, cárceles, albergues, municipios fronterizos, medios de transporte masivo urbano y otros), así como viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.

Vigilancia epidemiológica

- Los sistemas de vigilancia deben continuar con la detección temprana y el manejo de casos de EPV, como mínimo para enfermedades con mandatos de vigilancia global y objetivos de eliminación como el sarampión y la rubéola, entre otros.
- En situación de brote y en caso de no poder confirmar los casos sospechosos por laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema maculopapular con al menos uno de los siguientes síntomas y signos: tos, coriza y conjuntivitis) y nexos epidemiológicos, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta. Esto es particularmente importante en escenarios de circulación de arbovirosis como Dengue, Zika y Chikungunya.
- La vigilancia rutinaria para otras EPV debe continuar tanto como sea posible; cuando no sea posible realizar pruebas de laboratorio, las muestras deben almacenarse adecuadamente para su confirmación cuando la capacidad del laboratorio lo permita. Los países

deben garantizar suficiente capacidad de almacenamiento de muestras a nivel provincial y central, y monitorearla regularmente

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.

Respuesta rápida

- Brindar una respuesta rápida frente a los casos de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los equipos de respuesta rápida entrenados con este fin, e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional, subnacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización de pacientes internados por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral (SRP), al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.

El mundo hoy está conmovido por la emergencia de una nueva enfermedad que empezó en China. Pero hace 102 años desde América Latina también se descubrió otra infección –causada por un parásito– que silenciosamente fue avanzando por el planeta: la enfermedad de Chagas. Hoy hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por el parásito en el mundo, pero solo 10% estaría diagnosticada. Ahora la Organización Mundial de la Salud (OMS) se fijó un plan para eliminar la enfermedad de Chagas como un problema de salud pública en 9 años. Ya no es una enfermedad rural sino de las ciudades.



El plan para la enfermedad de Chagas forma parte de la nueva hoja de ruta 2021-2030 que la agencia sanitaria de la Organización de Naciones Unidas elaboró para las 20 enfermedades más desatendidas. Se sabe que, como resultado de las migraciones, la infección también está presente en Estados Unidos, Canadá, en muchos de los países europeos, como España, y en algunos africanos, del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental. El parásito se transmite principalmente por picaduras de insectos, de madre a hijo, por transfusiones de sangre contaminada, o a partir de recibir órganos donados de personas que tenían la infección.

“La nueva hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), como la enfermedad de Chagas, se hizo a partir de la consulta global que comenzó en 2018, con instituciones públicas de diferentes países, investigadores, organizaciones no gubernamentales, y culminó con la aprobación del documento durante la Asamblea Mundial de la Salud en noviembre pasado. Será un desafío desarrollar las acciones para alcanzar las metas que se proponen porque aún no sabemos exactamente cuál será el impacto de la pandemia de COVID-19”, dijo el Dr. Pedro Albajar Viñas, quien forma parte del Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS.

El plan se basa en pilares que impulsan a más acción. Incluye hacer más investigaciones estructuradas sobre las comunidades afectadas por las enfermedades y poner en marcha medidas que estén basadas en la evidencia científica. “Además de introducir modificaciones graduales en las acciones programáticas, también hará falta un cambio más radical para incorporar e integrar las intervenciones en los sistemas nacionales de salud y coordinar las actuaciones entre los diversos sectores. Estos enfoques transversales no son una novedad, pues ya se encuentran presentes en varios planes relativos a las ETD, pero su aplicación práctica ha resultado difícil en algunas circunstancias”, señala la hoja de ruta.

Según Albajar Viñas, durante los últimos nueve años hubo otra hoja de ruta, pero fue necesario replantear lo que falta. Se trata de los enfermos más desatendidos del mundo. En muchos casos aún no se cuenta con un tratamiento eficaz. Pero en otros casos las personas –como las que viven con la enfermedad de Chagas– no acceden al diagnóstico y al tratamiento. Lo que se busca ahora es que haya un mayor trabajo intersectorial.

”Estas enfermedades no solo deben involucrar al personal de la salud. Si se evitan los silos dentro del sistema de salud y en su interacción con otros sectores, hay más posibilidades de mejorar la situación de las enfermedades. En el caso de la de Chagas, muchos pacientes ya tienen la infección y pueden vivir décadas, pero necesitan atención”, advirtió. Lo que llaman “trabajo intersectorial” significa reconocer que para controlar mejor las enfermedades se intentará que 100% de las personas afectadas también accedan al abastecimiento de agua, el saneamiento, y la higiene.



Con respecto a la meta de eliminar a la enfermedad de Chagas como preocupación de salud pública, Albajar Viñas explicó que la infección podría controlarse a través de más tests en mujeres y niños, transfusiones de sangre y donaciones de órganos en las regiones del mundo donde aún no hay insectos vectores del parásito. “Erradicarla es imposible: siempre vivirán especies de insectos en ambientes que pueden transmitir el parásito”, aclaró. Además, el plan para la enfermedad de Chagas persigue que para el año 2030 se logre una cobertura de tratamiento antiparasitario de 75% de la población elegible, y que 15 países logren interrumpir la transmisión por cuatro vías de transmisión (vectorial, transfusión, trasplante y congénita).

¿Podrá realmente llevarse a cabo el nuevo plan de OMS para la enfermedad de Chagas y otras enfermedades desatendidas? “Es un plan con metas ambiciosas que permitirá medir los avances concretos. Si no se logran, se podrá evaluar qué funcionó y reformularse para los años siguientes”, valoró la Dra. Silvia Gold, presidenta de la Fundación Mundo Sano de Argentina y miembro de la junta directiva de la Fundación de la OMS.

De acuerdo con Gold, el plan reduce el verticalismo de años anteriores al permitir que cada país implemente acciones de acuerdo a sus características, e incluye el abordaje desde la educación y la infraestructura. “La enfermedad de Chagas está hoy en la agenda pública mundial. Eso fue un cambio importante. La hoja de ruta fue una construcción colectiva al contar con la consulta pública global, y esto conduciría a más compromiso por todos los sectores involucrados”, estimó Gold.

“La hoja de ruta de la OMS implicará varios cambios en base a las experiencias aprendidas. Promueve que la comunidad científica busque soluciones que atiendan las necesidades de las personas con soluciones simplificadas, eficientes, y de alta calidad. Que sean factibles de ser implementadas en el primer nivel de atención médica, cerca de los domicilios”, comentó Sergio Sosa Estani, investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y a cargo del programa de enfermedad de Chagas de la Iniciativa Drogas para las Enfermedades Desatendidas (DNDi) en América Latina. No será solo una cuestión de epidemiólogos y médicos. El nuevo enfoque incluirá el aporte de expertos en “psicología social, lo antropológico, que permitan integrar abordajes relacionados a la nutrición, salud mental, entre otras”, destacó Sosa Estani. Ese enfoque es clave para derribar la estigmatización y la discriminación que viven personas con la enfermedad de Chagas u otras enfermedades desatendidas.

También Sosa Estani subrayó que ahora se pretende ampliar la perspectiva de “Una Salud”. La salud humana no está desconectada de lo que le pase a la salud de otras especies que habitan el mundo. “La deforestación afecta y contribuye el riesgo de enfermedades desatendidas. En-

tender el ambiente, intervenir o no intervenir puede marcar una diferencia, aumentar los factores de riesgos, generando más daños y más casos de enfermedades”, dijo Sosa Estani.

En el caso de la enfermedad de Chagas, hay mucho por hacer. En las zonas con insectos que transmiten el parásito, hay que trabajar en el mejoramiento del ambiente para evitar



que los vectores encuentren refugio, y aplicar insecticidas de acuerdo con los programas de control, sostuvo Sosa Estani. “Se debería hacer testeos de las embarazadas en los países endémicos para transmisión vectorial, y en países no endémicos con intensa migración de población desde países endémicos”, afirmó.

“Hay evidencia de que el tratamiento oportuno con benznidazol y nifurtimox a mujeres en edad fértil controla la infección. Tiene efecto de prevención secundaria de la mujer porque cura la infección y previene la progresión hacia la enfermedad cardíaca. También se contribuye a la prevención primaria evitando la transmisión congénita de los hijos nacidos de embarazos posteriores al tratamiento”, puntualizó. La Organización Panamericana de la Salud está promoviendo el Programa ETMI Plus para el control de las infecciones transmitidas congénitamente integrando el control de sífilis, VIH, hepatitis B y enfermedad de Chagas.

Se promoverán más los testeos de los niños al nacer, contó Sosa Estani. “Argentina lo tiene de manera obligatoria desde la década de 1980. Se está promoviendo su incorporación en todos los países de la región. Hay ejemplos como países no endémicos, como España, que ahora consideran esos testeos en niños”.

Los hogares de ancianos de Estados Unidos, que en un momento fueron el epicentro de las infecciones por el SARS-CoV-2, ahora están experimentando un marcado descenso tanto en los casos como en las muertes, a medida que el despliegue de las vacunas en el país comienza a afianzarse, un giro que ofrece esperanzas.

Entre fines de diciembre y principios de febrero, los casos nuevos entre los residentes de los hogares de ancianos de Estados Unidos se redujeron en más de 80%, una tasa que es casi el doble que la tasa de mejora en la población general. La tendencia a la baja en las muertes fue incluso más alentadora: mientras las muertes se dispararon en general en invierno, las muertes en los hogares de ancianos se han reducido en más de 65%.

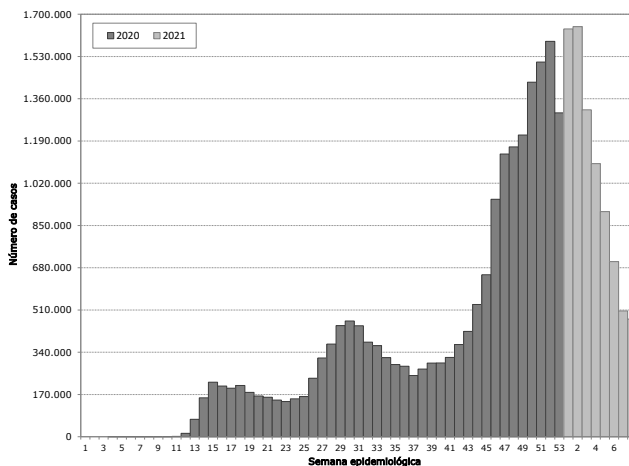
“Casi no tengo palabras para describir lo increíble y emocionante que es”, declaró el Dr. David Gifford, director médico de la Asociación Americana de la Atención de la Salud (American Health Care Association), que representa a miles de centros de cuidados a largo plazo en todo el país.

La buena noticia llega justo a tiempo. Desde principios de la pandemia, la COVID-19 ha asolado a unos 31.000 centros de cuidados a largo plazo en Estados Unidos, ha acabado con las vidas de más de 163.000 residentes y empleados, y ha conformado más de un tercio de todas las muertes por virus desde fines de la primavera.

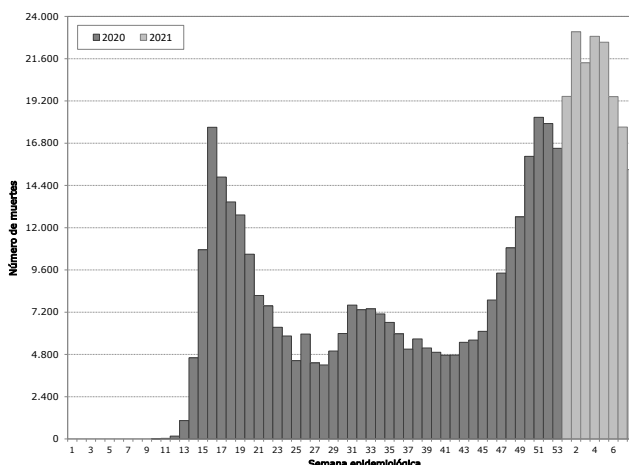
Pero con la llegada de las vacunas, que se enviaron a los centros de cuidados a largo plazo a partir de fines de diciembre, los nuevos casos y muertes en los hogares de ancianos se han reducido de forma marcada, superando a los declives nacionales. Ofrece un primer vistazo de lo que podría esperar al resto del país, a medida que más personas se vacunen.

“Si observamos una respuesta robusta con estas vacunas en las personas mayores ante una enfermedad altamente contagiosa, creo que es una gran señal para el resto de la población”, aseguró Gifford.

Unos 4,5 millones de residentes y empleados de centros de cuidados a largo plazo han recibido al menos una dosis de una vacuna, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, entre ellos unos 2,1 millones que se han vacunado por completo.



Casos notificados. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 8 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de marzo de 2021, 16:03 horas.



Muertes notificadas. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 8 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de marzo de 2021, 16:03 horas.

Ahora, los nuevos casos en los hogares de ancianos han llegado al punto más bajo desde mayo, cuando el gobierno federal comenzó a rastrear estos datos.

“Lo que sin duda me sorprende es la rapidez”, aseguró el Dr. Sunil Parikh, profesor asociado de epidemiología y medicina de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Yale, en Connecticut.

“Es un declive dramático”, dijo, y añadió que se necesita más investigación para determinar si la primera dosis de la vacuna podría ofrecer más protección de lo que se pensaba.

Para intentar responder a esa pregunta, la Asociación Americana de la Atención de la Salud observó a casi 800 hogares de ancianos que recibieron temprano una dosis de la vacuna en diciembre, y comparó el número de casos de COVID-19 con los centros de los mismos condados donde todavía no había una clínica de vacunas. Los hogares de ancianos que recibieron la vacuna temprano experimentaron una reducción de 48% en los casos entre los residentes, en comparación con un 21% entre los hogares de ancianos cercanos.

Se ha advertido a la población de un aumento reciente en el número de muertes entre la población de monos en South, isla de Trinidad.

Las pruebas de laboratorio de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) han confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en muestras obtenidas de los cuerpos de los mamíferos muertos.

Esto se detectó gracias a las actividades rutinarias de vigilancia de la salud pública que suelen realizar la División de Salud Pública Veterinaria y la División de Control de Insectos Vectores del Ministerio de Salud, para monitorear la población de monos.

El virus de la fiebre amarilla se transmite a las personas principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados de las especies *Aedes* o *Haemagogus*. Los mosquitos contraen el virus al alimentarse de primates infectados (por ejemplo, humanos, monos) y luego pueden transmitir el virus a otros primates (humanos o no humanos).

A través del programa ampliado de inmunización del Ministerio, la mayoría de la población ya ha sido vacunada contra la fiebre amarilla. No obstante, se recomienda a las personas que revisen la sección de Fiebre amarilla (YFV) en su tarjeta de vacunación para asegurarse de que han sido vacunadas.

Cualquiera que no haya recibido la vacuna contra la fiebre amarilla debe acudir a su centro de salud pública más cercano para hacerlo, lo antes posible. Es especialmente importante que los niños estén al día con sus calendarios de vacunación. De hecho, deberían recibir la vacuna contra la fiebre amarilla cuando cumplan un año. Una sola dosis de la vacuna proporciona protección de por vida.

Los siguientes grupos de personas están especialmente en riesgo:

- personal veterinario;
- trabajadores de laboratorio que manejan habitualmente el virus de la fiebre amarilla de tipo salvaje;
- cazadores;
- trabajadores forestales;
- turistas de aventura (por ejemplo, excursionistas y campistas);
- personal de las Fuerzas de Defensa;
- personas que residen en o cerca de áreas boscosas;
- personas que frecuentan áreas boscosas.

Cualquier persona que desarrolle los siguientes síntomas debe visitar el centro de salud o el proveedor de atención médica más cercano lo antes posible: fiebre, dolor de cabeza, ictericia, dolor muscular o fatiga.

Los síntomas graves incluyen dolores abdominales, sangrado de encías y vómitos.

Mientras tanto, se advierte al público que no ha habido casos humanos de fiebre amarilla en Trinidad y Tobago desde 1979 y que no hay ningún brote en este momento.

| | |
|-----------------------|---|
| The Fiji Times | <p style="text-align: right;"><i>F I J I</i></p> <p style="text-align: center;">REPORTAN 10 MUERTES SOSPECHOSAS POR LEPTOSPIROSIS</p> <p style="text-align: right;"><i>26/02/2021</i></p> |
|-----------------------|---|

Fiji ha registrado 10 presuntas muertes por leptospirosis, informó el ministro de Salud del país, Dr. Ifereimi Waqainabete.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud, la mayoría de los muertos son hombres jóvenes. “Suelen ser los jóvenes los que van a las comunidades, los que van a las granjas, los que limpian los recintos, los desagües: se infectan allí”, dijo.

Waqainabete dijo que el Ministerio de Salud registró dos muertes por fiebre tifoidea, pero todavía estaban tratando de determinar si hubo muertes atribuidas al dengue. También dijo que el ministerio había registrado más de 300 casos de dengue.

“Después de los dos ciclones, trabajamos muy duro en el campo porque sabíamos que esto iba a ser un problema”, dijo.

“Inicialmente, tuvimos seis muertes y luego subió a 10 muertes por leptospirosis, por tifoidea, tuvimos dos muertes, y tuvimos más de 300 casos de dengue pero aún no hemos confirmado ninguna muerte. Lo que sí sabemos es que esta semana la cifra ha comenzado a bajar, lo cual es muy bueno porque es una señal de que nos estamos recuperando de este pequeño brote”.

“La razón por la que digo que es un brote menor es que el número no ha alcanzado el umbral, pero como de costumbre, tomamos precauciones. Lo declaramos temprano y ahora estamos comenzando a ver que el número se aplana, también porque tenemos la capacidad de testear con nuestras pruebas moleculares que están disponibles”.

Ni la sombra de la influenza en Francia durante cuatro meses. Algunas gastroenteritis parecen estar reapareciendo durante una o dos semanas, pero su número sigue siendo muy marginal en comparación con años anteriores. Pero ¿qué está pasando? Los estudiosos creen que la COVID-19 aplastó todo lo demás. Al menos que las medidas de barrera aquí muestran toda su eficacia.



Lo mismo se observó el verano pasado en el Hemisferio Sur. En Francia, los médicos generales lo confirman: además de los casos de COVID-19, su tarea diaria consiste en cuidar a los pacientes ancianos y sus enfermedades crónicas. Calma plana para el resto. Algunos establecimientos incluso dicen que han perdido hasta 30% de sus pacientes habituales.

Por supuesto, la gente sale y viaja menos. “Si hay menos gastroenteritis es sin duda gracias al lavado de manos, que es más sistemático”, opinó el Dr. Jean-Claude Manuguerra, para quien el uso de barbijo, el distanciamiento físico y el uso de alcohol en gel son también potentes frenos a la circulación de virus.

El virólogo también recordó la pandemia de influenza de 2009. “Cuando llegó la pandemia de influenza A(H1N1), vimos una disminución en la circulación de otros virus respiratorios, e incluso de gastroenteritis, porque habíamos recomendado el uso de alcohol en gel. Y se notó su efecto sobre los otros virus”.

Sin embargo, una pequeña excepción son los rinovirus, que causan resfrios y continúan circulando. Son virus muy pequeños, resistentes en el medio externo, lo que puede explicar por qué es más difícil prevenir su transmisión.

Para el especialista, el mayor número de personas vacunadas contra la influenza este año no puede explicar por sí solo la ausencia de esta patología durante cuatro meses. Si hay años con influenza, como el invierno pasado, también hay años sin influenza, como en el invierno de 2001. Y esto sin que se pueda explicar muy bien. “Por tanto, intentaremos comprender *a posteriori* lo que por el momento sigue siendo un misterio”.

Decenas de personas se han visto afectadas por la leishmaniosis cutánea en el área de Saida Shah, en el *tehsil*¹ Charmang, distrito tribal de Bajaur.

Según funcionarios del Departamento de Salud, entre las personas afectadas también se incluyen mujeres y niños. La población local afirma que la enfermedad ha afectado a toda el área y que se está propagando rápidamente. Dijeron que unas 140 personas se han visto afectadas hasta ahora y que el número de pacientes está aumentando.



La población de la zona ha pedido al Departamento de Salud que envíe equipos médicos al área afectada. Temen que la enfermedad se salga de control si no se toman medidas oportunas.

El Dr. Adnan, oficial de salud del distrito, dijo que se han enviado equipos del Departamento de Salud al área afectada. Agregó que los equipos comenzarían de inmediato el tratamiento de las personas afectadas. El funcionario de salud dijo que todas las personas afectadas están registradas en el Departamento de Salud y que pronto se controlará la situación.

Los pobladores manifestaron que la leishmaniosis cutánea está aumentando en el área debido a la falta de fumigación por parte de la administración local. Dijeron que el Departamento de Salud debe realizar fumigación y distribución de mosquiteros de emergencia en Bajaur para controlar la situación.

Los expertos advierten que la temporada de los monzones provocará un aumento de los casos de leishmaniosis cutánea, así como de malaria y de dengue. Según informes de los medios, se notificaron más de 30.000 casos de leishmaniosis cutánea en Khyber Pakhtunkhwa. Debido a la amenaza inminente de la enfermedad, es necesario mejorar el nivel de conciencia de las personas. Durante el año pasado, la escasez de tratamientos para la enfermedad había creado problemas. Los expertos dicen que este año se debe garantizar la disponibilidad de los mimos para evitar que se repita una situación similar.

¹ El *tehsil* es 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 *tehsildar* a su funcionario principal. Cada *tehsil* es parte de un distrito más grande (*zillah*) dentro de una provincia.



YA SE VACUNARON MÁS DE 20 MILLONES DE PERSONAS CONTRA LA COVID-19

01/03/2021

En el Reino Unido, más de 20 millones de personas ya han recibido su primera dosis de vacuna contra la COVID-19, se congratuló el 28 de febrero el gobierno, que apuesta a la vacunación masiva para superar la crisis sanitaria.

“Veinte millones de personas a través de todo el Reino Unido han sido vacunadas, un gran éxito nacional”, dijo el primer ministro Alexander Boris de Pfeffel Johnson en un tuit.

Solicitó a todas aquellas personas convocadas para recibir la vacuna que la acepten, porque “cada inoculación hace la diferencia en nuestra batalla contra la COVID-19”.

Antes, el ministro de Salud, Matthew John David Hancock, se manifestó en términos similares. “Estoy muy contento de que más de 20 millones de personas hayan sido vacunadas en el Reino Unido”, declaró en un video publicado en Twitter.

Agradeció “a todos aquellos que se acercaron para inocularse, porque sabemos con más o menos certeza que la vacuna los protege, protege a su comunidad y también es la vía de salida para todos”.

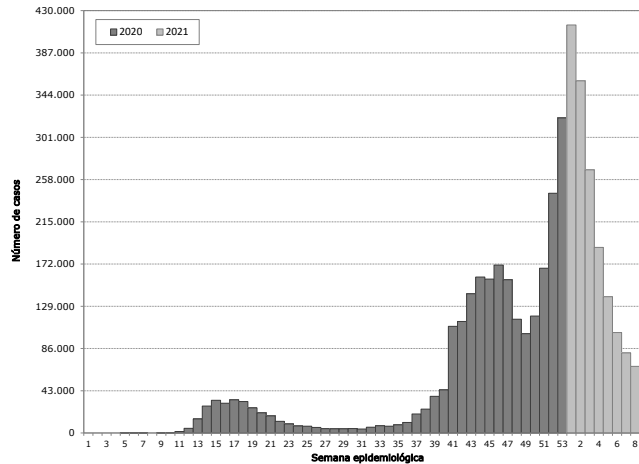
De acuerdo a cifras oficiales, se administraron 20.089.551 primeras dosis, en tanto el número de segundas es de 796.132.

Muy afectado por la pandemia de COVID-19, con unos 123.000 muertos, el Reino Unido apuesta a la vacunación masiva para salir del confinamiento.

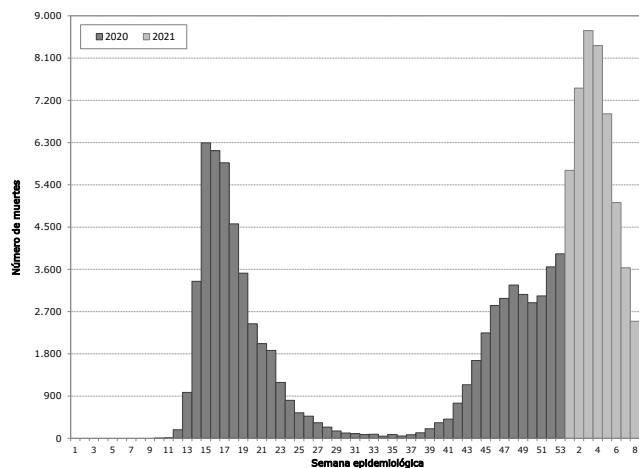
“El suministro de vacunas aumentará en marzo, y planeamos acelerarlo todavía más al acercarnos a las Pascuas”, señaló el director general del Servicio de Salud Pública (NHS) de Inglaterra, Simon Stevens.

En el marco de esta campaña, lanzada a comienzos de diciembre y una de las más adelantadas en el mundo, el gobierno tiene por objetivo que todos los mayores de 50 años hayan recibido su primera dosis antes del 15 de abril, y todos los adultos a fines de julio.

Después, para no ralentizar su progreso, la vacunación continuará de acuerdo a criterios de edades en lugar de las profesiones más expuestas, como los policías y profesores, de acuerdo a la recomendación del Comité científico que monitorea la campaña.



Casos notificados. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 8 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de marzo de 2021, 00:39 horas.



Muertes notificadas. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 8 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de marzo de 2021, 00:39 horas.

El Reino Unido había logrado anteriormente, a mediados de febrero, el objetivo de vacunar a los aproximadamente 15 millones mayores de 70 años, trabajadores de salud, residentes y empleados en hogares para ancianos.

El número de contagios y muertes ha ido disminuyendo en las últimas semanas, y el confinamiento se flexibilizará de manera muy gradual entre marzo y fines de junio. Pero las autoridades instaron a la población a no bajar la guardia y a continuar respetando las restricciones en vigor.

Quince personas, de entre 60 y 80 años, murieron en febrero tras padecer una enfermedad no identificada en una provincia del oeste de la República Democrática del Congo, indicaron el 1 de marzo fuentes oficiales.

“Esta enfermedad, que todavía no ha sido identificada, desde hace un mes ha dejado víctimas en la zona de salud de Kasongo-Lunda. Hasta ahora hemos constatado 15 muertes, todas personas de edad avanzada”, señaló Jean-Marie Peti, gobernador de la provincia de Kwango.



“El paciente empieza sintiendo dolores de cabeza y después en todas partes del cuerpo; luego fiebre y complicaciones respiratorias, hasta morir”, explicó Peti, quien hizo el balance de esta enfermedad aún desconocida.

“El ministro de Salud provincial, médico jefe de la zona de salud de Kasongo-Lunda, así como epidemiólogos de Kinshasa están trabajando sin tregua. Ya han tomado muestras para enviarlas al Instituto Nacional de Investigaciones Biomédicas (INRB), para intentar identificar la enfermedad”, añadió.

Ya se han constatado dos enfermedades, la COVID-19 y la fiebre chikungunya, en esta ciudad fronteriza con Angola, 250 km al sureste de Kinshasa, sin infraestructura sanitaria adecuada.

El personal de salud de la ciudad se queja por no recibir salarios regulares, en tanto el acceso a la atención médica se complica por su alto costo respecto al nivel de vida de la población, calculada en más de 1,5 millones de habitantes, sobre todo agricultores con muy bajos ingresos.

A fines de febrero, la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) causó la muerte de cuatro personas desde su reaparición en el este de la República Democrática del Congo, cuya población rechaza las medidas de control, lo que genera el temor por una importante propagación de la epidemia.

“Desde el comienzo de la epidemia ya hemos constatado seis casos de EVE. Murieron cuatro pacientes, dos entre el 19 y el 20 de febrero. Continuamos atendiendo a dos pacientes internados en el Centro de Tratamiento del Ébola de Katwa”, indicó en su momento el Dr. Eugène Syalita, ministro de salud provincial de Nord-Kivu. Otros dos pacientes habían muerto el 3 y 10 del mismo mes.

“Algunas familias se niegan categóricamente a que sus casas sean desinfectadas y que se hagan entierros dignos y seguros”, lamentó Syalita, añadiendo que “la gente todavía no ha asumido que la EVE acaba de reaparecer, aún no lo tiene claro”.

En tanto, el gobierno intenta vacunar, al igual que en el pasado, pero la población de la región niega la existencia de la EVE y rechaza los cambios impuestos para evitar la propagación, como no tocar a los enfermos o no lavar los cadáveres de los fallecidos por esta causa.

El 7 de febrero, el ministro de Salud anunció la reaparición de la EVE en la zona sanitaria de Biene, en Nord-Kivu. Esta se produjo tres meses después del final de un brote anterior, el undécimo desde 1976.

Con más de 2.200 muertes constatadas, es considerada la más grave de la historia de la EVE en la República Democrática del Congo, desde su aparición en 1976.



El 18 de noviembre de 2020, el país anunció de manera oficial el fin de la undécima epidemia de EVE en la provincia de Équateur, que causó 55 muertes sobre 130 casos registrados.

La Agencia Sueca de Salud Pública informó sobre un brote de salmonelosis en todo el país.

Se han vinculado doce casos de infección por *Salmonella enterica enterica* serotipo Enteritidis mediante la secuenciación del genoma completo. Ocho de los 12 pacientes son niños menores de diez años y los casos residen en diez regiones diferentes. Todos los casos excepto uno enfermaron el 20 de enero o después.

Las unidades de control de infecciones afectadas y la Agencia Sueca de Salud Pública están investigando conjuntamente el brote para identificar la fuente de la infección.

En Suecia, menos de 1% de todos los animales productores de alimentos y los alimentos están infectados con *Salmonella*, a diferencia de la mayoría de los demás países de Europa, donde es común que, por ejemplo, el pollo y los huevos crudos estén contaminados con la bacteria. En la mayoría de los países europeos (excepto Noruega, Finlandia y Suecia) *Salmonella* Enteritidis es un problema particularmente grave en los huevos y el pollo.

En 2019 se notificaron 1.993 casos de salmonelosis, lo que corresponde a una incidencia de 19 casos cada 100.000 habitantes. La incidencia de casos autóctonos se ha mantenido estable a lo largo del tiempo (7,4 casos cada 100.000 habitantes en 2019), mientras que la incidencia de infecciones importadas sigue disminuyendo. De los infectados en el extranjero (n = 1.215), la mayoría se infectaron en Tailandia, Turquía, España, Egipto y Grecia.

El SARS-CoV-2 lleva más de un año propagándose por el mundo y cobrando millones de vidas, pero aún hay muchos aspectos que no conocemos del todo sobre la COVID-19, incluidos los efectos a largo plazo en el organismo humano y todos los síntomas que pueden persistir. Es un virus engañoso y nuevo en muchos sentidos.



Pero una investigación publicada el 19 de febrero arroja algo de luz sobre este enigma que se ha denominado “COVID largo”, “COVID continuado”, “síndrome pos-COVID” o “síndrome pos-COVID agudo”. De manera simple, las personas contagiadas con el SARS-CoV-2 pueden sufrir síntomas o efectos a largo plazo, sin importar la gravedad de la enfermedad que atravesaron cuando se contagiaron. “En algunas personas, algunos síntomas pueden persistir o volver a aparecer por semanas o meses luego de la recuperación inicial. Esto también puede ocurrirle a personas con una enfermedad leve”, indicó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un documento publicado en septiembre de 2020. Además, la OMS detalló que la persistencia de los síntomas puede ocurrir independientemente de si se ha necesitado o no atención hospitalaria.

Entonces, ¿qué señales o síntomas indican que alguien tuvo la COVID-19 y por cuánto se pueden prolongar? Esto es lo que se sabe hasta ahora.

Fatiga y dificultad para dormir

La fatiga es uno de los síntomas más comunes de la infección por SARS-CoV-2 y también uno de los que más perdura, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Una investigación publicada el 19 de febrero encontró que más de 30% de los 177 participantes que siguió por nueve meses reportaron síntomas persistentes. La fatiga fue lo más común, junto a la pérdida del olfato o el gusto. Todas las personas que participaron en este estudio tuvieron COVID-19 confirmado por pruebas de laboratorio. El 30% también informó una peor calidad de vida, en comparación con el momento anterior a contraer el SARS-CoV-2. Y 8% de los participantes indicó que tenía problemas para realizar al menos una actividad cotidiana, como tareas diarias en la casa.

De manera similar, un estudio que siguió a más de 1.700 pacientes de COVID-19 en Wuhan, el epicentro original de la pandemia en China, registró que 76% sufrió al menos un síntoma meses después de ser dados de alta del hospital. ¿Los más comunes? Fatiga y dificultades para dormir, con 63% y 26%, respectivamente, de los pacientes reportándolos medio año después de su diagnóstico inicial de COVID-19.

“Cuando observamos los síntomas a largo plazo, los más notables son fatiga, letargo y trastornos del sueño. Y eso representa probablemente más de la mitad de lo que registramos”, señaló el Dr. Christian Sandrock, profesor de medicina en cuidados intensivos pulmonares y enfermedades infecciosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Da-

vis, California. También advirtió que muchos pacientes experimentan múltiples síntomas, y que estos pueden ser intermitentes.

Confusión o “niebla” mental

Los pacientes que sufren de efectos a largo plazo de la COVID-19 enfrentan, en gran medida, una condición que se conoce como confusión o “niebla” mental, apuntó el Dr. Alfonso Hernandez-Romieu, miembro de los CDC. Esta confusión mental “se define como un deterioro cognitivo subjetivo leve, aproximadamente cuatro semanas después de la enfermedad aguda”, explicó. En la misma línea, la Dra. Allison Navis, profesora asistente en la Escuela de Medicina Icahn del Hospital Mount Sinai en New York, señaló que la confusión mental “es un síntoma, no un diagnóstico. Y significa muchas cosas distintas para diferentes personas. Con frecuencia es una combinación de problemas de memoria a corto plazo, concentración o dificultad para expresarse”.

Y hay otro asunto relevante, según Navis. Esta confusión mental no parece tener una relación clara con la gravedad de la infección por COVID-19, la edad u otros factores de riesgo. Según explicó, los médicos han observado estos síntomas en pacientes jóvenes –tanto niños como adolescentes–, que tuvieron una COVID-19 leve y eran sanos.

Dificultad para respirar, tos y pérdida del olfato o gusto

Estos síntomas también son unos de los más indicativos de una infección por SARS-CoV-2 y suelen persistir en los pacientes, tiempo después del diagnóstico inicial. En el estudio publicado en febrero, la dificultad para respirar fue uno de los más comunes. Mientras que la tos y la pérdida del olfato o gusto aparecen en lo alto de las listas de la OMS y los CDC sobre los síntomas que pueden persistir.

“Nuestro análisis indica que la mayoría de los pacientes continúan viviendo con al menos algunos de los efectos del virus después de salir del hospital. Por lo que destaca la necesidad de atención después del alta, en especial para aquellos que experimentan infecciones graves. Nuestro trabajo también subraya la importancia de realizar estudios de seguimiento más prolongados en poblaciones más grandes”, dice el comunicado del estudio que siguió a 1.700 pacientes de COVID-19 en Wuhan.

Señales en la piel

Un análisis del Hospital General de Massachusetts, publicado en octubre de 2020, encontró que algunas personas contagiadas de COVID-19 tuvieron síntomas relacionados con la piel tiempo después de su infección inicial. Esas señales en la piel se podían extender por hasta 60 días o más.

El equipo evaluó casi 1.000 casos de pacientes con diversas manifestaciones de COVID-19 en la piel, como erupciones de urticaria, papuloescamosas e inflamación de manos y pies. La persistencia de estas condiciones se extendió desde los 12 hasta los 130 días, dependiendo del caso. “Nuestros hallazgos revelan un subconjunto no reportado previamente de pacientes con síntomas cutáneos de larga duración por COVID-19, en particular aquellos con ‘pies de COVID’”, dijo el hospital en un comunicado. Y añadieron: “La piel es una ventana visible potencial a la inflamación que podría estar ocurriendo en el cuerpo”.

En abril 2020, un estudio describió las lesiones en la piel de 375 pacientes con COVID-19. La más frecuente en la serie estudiada, con 47% de los casos, fue el de unas ronchas de forma y extensión muy variables, algunas similares a las que producen las picaduras de mosquitos o

las pulgas, otras como múltiples manchitas rojas diseminadas, según explicó el Dr. Elmer Huerta, especialista en salud pública.

Efectos psicológicos duraderos

El estudio que siguió a 1.700 pacientes de COVID-19 en China por seis meses también encontró que el virus podría tener complicaciones psicológicas duraderas, con ansiedad o depresión en 23% de los participantes. En ese sentido, los hallazgos de esta investigación sobre fatiga, dificultades para dormir y ansiedad o depresión encajan con estudios anteriores sobre pacientes que tenían un coronavirus relacionado que causó el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003 y 2004, según los investigadores chinos. Además, la depresión fue uno de los síntomas a largo plazo que [registraron los CDC](#) sobre la COVID-19.

Otros síntomas que pueden persistir tras tener la COVID-19

Como la COVID-19 aún representa un enigma para la ciencia, hay síntomas a largo plazo sobre los que no se ha indagado en profundidad, como los ya mencionados. Según la [OMS](#), los [CDC](#) y la [Clínica Mayo](#), a la lista se suman:

- Dolores de cabeza y cuerpo
- Dolor en las articulaciones
- Diarrea, náuseas
- Dolor de pecho o abdominal
- Latidos rápidos o fuertes del corazón
- Erupciones o pérdida del cabello

Lo primero, por supuesto, es buscar ayuda médica y confirmar el diagnóstico de COVID-19, en caso de que no se haya hecho. Por otro lado, Sandrock, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Davis, habla de un tratamiento que es consistente: el cuidado de apoyo. Según dice, esto involucra vivir mejor y una mayor calidad de vida. “Significa que realmente necesitas dormir. Dormir será de gran importancia”, aseguró. Y añadió que la reducción del estrés, la meditación y el yoga también pueden ayudar.

Sandrock dijo que los pacientes necesitan ajustar su vida a un ritmo menos estresante y más calmado para permitir que el cuerpo sane. “Las personas deben ser realmente pacientes consigo mismos, y saber que tomará mucho tiempo trabajar en eso”, recomendó.

En la misma línea, la Dra. Allison Navis, del Mount Sinai, detalló que los pacientes deben dormir lo suficiente y cuidar su salud mental. También advirtió que para quienes experimentan fatiga, deben tomarse el ejercicio con calma. “No deben hacer nada que los lleve a sentirse peor después”.

Problemas a largo plazo a los que se les debe prestar atención

Los CDC señalan que las “[complicaciones más graves a largo plazo](#) parecen ser menos comunes, pero se han notificado algunos casos”. Justamente porque la COVID-19 [no solo afecta los pulmones](#), sino que apunta a varios órganos del cuerpo. Estas son las condiciones que enumeran los CDC:

- Cardiovasculares: inflamación del músculo cardíaco
- Respiratorias: anomalías en la función pulmonar
- Renales: lesión renal aguda
- Dermatológicas: sarpullido, pérdida de cabello

- Psiquiátricas: depresión, ansiedad, cambios de humor
- Neurológicas: gusto, olfato, problemas para dormir, concentrarse y memoria

Sin embargo, la agencia señaló que aún “se desconoce lo que implican estos efectos en el largo plazo” y se necesita mayor investigación. “Hay estudios en curso que durarán varios años para investigar en mayor profundidad”, indicó. Un punto en el que también insistió la OMS, pues explicó que se conoce “muy poco sobre la evolución en el tiempo de las personas afectadas por la COVID-19”.

A las condiciones a largo plazo que puede causar la COVID-19 en los órganos, la Clínica Mayo suma efectos en el cerebro como “accidentes cardiovasculares, convulsiones, y el síndrome de Guillain-Barré, una afección que causa parálisis temporaria”. Además, señaló la institución, la COVID-19 puede aumentar “el riesgo de desarrollar la enfermedad de Parkinson y la de Alzheimer”. Así mismo, el virus puede llevar a que sea más posible que se formen coágulos en la sangre y generen problemas de los vasos sanguíneos. “Mientras que los coágulos grandes pueden causar ataques al corazón y accidentes cardiovasculares, se piensa que mucho del daño al corazón causado por la COVID-19 viene de coágulos muy pequeños que bloquean los capilares en el músculo del corazón”, explicó la Clínica Mayo. Y añadió que los coágulos pueden afectar otras partes del cuerpo como pulmones, hígado, riñones y piernas.

“Todavía no se sabe mucho sobre cómo la COVID-19 afectará a las personas con el tiempo. Pero los investigadores recomiendan que los médicos vigilen de cerca a quienes han tenido la COVID-19 para ver cómo están funcionando sus órganos después de su recuperación”, dijo la Clínica Mayo.

Arte y pandemia



COVID Art Museum (@covidartmuseum).

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

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

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