



Reporte Epidemiológico de Córdoba

12 DE MARZO
2021
REC 2.423

ARGENTINA

- Vigilancia de dengue
- Al ritmo actual llevará 10 meses vacunar contra la COVID-19 a los grupos de riesgo

AMÉRICA

- Brasil: Reportan dos casos de infección con dos variantes diferentes del SARS-CoV-2
- Chile: Pese a la buena vacunación, la tasa de contagio es la más alta desde el comienzo de la pandemia

- Colombia: Alerta por aumento de casos de dengue
- Estados Unidos: La mayoría de las hospitalizaciones por COVID-19 se atribuyen a al menos una de cuatro afecciones preexistentes
- Perú: Ya son cinco los canes con rabia en el distrito de Majes, Arequipa

EL MUNDO

- Chad: Situación epidemiológica del sarampión
- Dinamarca: Suspenden la vacunación con AstraZeneca contra la COVID-19 tras registrarse graves casos de trombos

- Etiopía: La relación entre cambio climático y transmisión de la malaria
- Francia: Investigan brotes de norovirus relacionados con el consumo de ostras
- Malasia: Alerta por un brote de fiebre chikungunya en Kuala Lumpur
- Mozambique: Las condiciones de vida de los desplazados en Cabo Delgado son un caldo de cultivo para el cólera
- República Centroafricana: Acelerando y expandiendo los servicios de VIH en el país

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

Situación nacional

Entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2020 y la SE 8 de 2021, 23 provincias notificaron casos con sospecha de dengue. La mayor parte de las notificaciones proviene de la región Centro –más de 2.200 casos notificados–, seguida de la región Noroeste Argentino (NOA). Hasta el momento se registran 240 confirmados, principalmente aportados por la región NOA y secundariamente por la región Noreste Argentino (NEA).

Desde el inicio de la temporada 2020/2021 se han registrado brotes en cinco provincias, pertenecientes a las regiones NEA y NOA. Se identificaron los serotipos DENV-1 y DENV-4, sin evidencia de co-circulación de los mismos. A esto se le suma la notificación en Jujuy de dos casos confirmados en las SE 7 y 8 con antecedente de viaje a Bolivia.

Región Noreste Argentino

- Corrientes: En la SE 37, se registraron cuatro casos confirmados de DENV-1 en la ciudad de Corrientes. No volvieron a registrarse casos con pruebas positivas en la provincia desde esa fecha.
- Formosa: Entre las SE 49 de 2020 y la SE 1 de 2021, en la localidad de Estanislao del Campo, Patiño, se presentaron 8 casos confirmados por laboratorio del serotipo DENV-4. Además, se notificó un caso del mismo serotipo en la provincia de Santa Fe, con antecedente de viaje a Formosa.
- Misiones: Registró hasta el momento 8 casos confirmados en la ciudad de Posadas, con fechas de toma de muestra entre las SE 50 de 2020 y la SE 4 de 2021, identificándose el serotipo DENV-1.

Región Noroeste Argentino

- Salta: Desde la SE 46 y hasta la actualidad se registra circulación viral de DENV-1 en la localidad de Colonia Santa Rosa, departamento de Orán, con 135 casos confirmados en contexto de brote y cuatro casos notificados en la ciudad de Salta con antecedente de viaje a Colonia Santa Rosa. Por otra parte, desde la SE 4 de 2021 y hasta la fecha, se registraron 36 casos en la localidad de Embarcación, departamento General José de San Martín, también identificándose el serotipo DENV-1. Se registran, además, un caso probable y uno confirmado en la localidad de San Ramón de la Nueva Orán, aún sin circulación viral comprobada.

- La Rioja: Desde la SE 4 hasta la actualidad se notificaron 39 casos de DENV-1 en la ciudad de La Rioja.

Si se observa la curva de notificaciones totales correspondiente a esta temporada, se ve un ascenso progresivo de las mismas desde la SE 35 que se vuelve más marcado desde la SE 49, alcanzando dos picos de 398 y 441 notificaciones en las SE 3 y 7 respectivamente.

Si bien se pueden observar casos probables en casi todas las semanas a lo largo de la temporada, dichos casos se presentaron de forma aislada (no más de cuatro por semana, en distintas provincias), con pruebas de laboratorio que no permiten confirmar la infección en zonas donde no se ha confirmado la circulación viral (pruebas con IgM positivas). En dicho contexto, que constituye un escenario interbrote, la interpretación de esos resultados es expectante, dado que pueden ser infecciones pasadas recientes o actuales, pero esto último no ha podido confirmarse.

Los primeros casos confirmados después del brote en las SE 35-36 de 2020 en Corrientes, recién se observan a partir de la SE 46, y a partir de la SE 53 puede apreciarse un ascenso constante de los mismos hasta la SE 7 de 2021, donde se alcanza el máximo de la temporada, con 55 casos confirmados en contexto de brote.

La vacuna era la esperanza frente a la segunda ola de la COVID-19. Pero, ahora, los especialistas están preocupados. Al ritmo actual de aplicación, demandará casi un año inmunizar a la población de riesgo frente a la COVID-19. Son unos 13.026.394 de adultos mayores de 60 años y de menores de esa edad con comorbilidades. Aunque son la prioridad de la campaña, deberán esperar varios meses hasta que les llegue el turno para ser inoculados. Hasta el 9 de marzo, solo había sido vacunado 6,5% de los primeros y 1,17% de los segundos. La noticia inquieta a los infectólogos y epidemiólogos, de cara a la llegada del frío en los próximos meses.

Aunque la cantidad de dosis aplicadas se incrementó de forma notoria en la última semana, a un promedio diario de 84.735 vacunas, para alcanzar a la población de riesgo serán necesarios al menos diez meses más. Los números hablan por sí mismos: desde que empezó la campaña, hace poco más de dos meses, apenas 349.454 personas recibieron las dos dosis y están protegidas contra la enfermedad. Es menos de 0,8% de la población del país. En total se aplicaron 1.774.438 dosis. Más de 3% de la población ya recibió la primera dosis, según los datos que se publican en el Monitor Público de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación.

A escala mundial, Argentina está en el puesto 77 de porcentaje de población vacunada, según el ranking que elaboran a diario, los investigadores de la Universidad de Oxford. Y a nivel regional, quinto. El país está incluso por debajo de la media global que es de 4%. Brasil ya aplicó dosis equivalentes a más de 5% de sus habitantes; Alemania, a casi 10%, y Chile, a más de 26%.

“Tendremos todo un año a la población de riesgo sin incorporar. Deberíamos duplicar la cantidad de dosis diarias de vacunación y sostenerla en el tiempo para tener impacto. Se debería convocar a estudiantes de medicina, fuerzas armadas, ser más agresivos en la estrategia. A este ritmo, vamos a necesitar unos 12 meses solamente para vacunar a la población de mayores de 60 y a las personas de riesgo. Y hay que vacunar sin demoras al personal esencial, de salud y docentes”, argumentó el infectólogo Eduardo López, que integra el comité de expertos de Presidencia.

Para desplegar la campaña de vacunación, el gobierno nacional ya recibió 4.050.540 dosis, entre Sputnik V, Covishield y Sinopharm. Según el Monitor Público de Vacunación, se distribuyeron 2.975.410 dosis de vacunas a las provincias. Por lo que aún hay 1.075.130 pendientes de envío a los distritos. En las 24 jurisdicciones, fue aplicado 62% de las dosis.

Jurisdicción	Dosis distribuidas	Primeras dosis aplicadas	Segundas dosis aplicadas	% de población con dos dosis	Total de dosis aplicadas
CABA	325.825	161.675	38.918	1,26	200.593
La Pampa	28.750	18.066	4.113	1,14	22.179
La Rioja	30.600	14.881	4.206	1,06	19.087
Tierra del Fuego	13.950	5.405	1.861	1,05	7.266
Santa Cruz	28.750	14.148	3.843	1,03	17.991
Jujuy	57.950	24.508	7.586	0,97	32.094
San Luis	39.100	23.060	4.965	0,96	28.025
Catamarca	32.875	15.027	3.864	0,92	18.891
Río Negro	55.750	23.918	6.017	0,79	29.935
Entre Ríos	101.450	35.630	10.974	0,78	46.604
Buenos Aires	1.301.305	604.983	136.083	0,77	741.066
Santa Fe	265.000	100.828	26.863	0,75	127.691
San Juan	57.950	23.549	5.568	0,71	29.117
Chaco	85.600	38.243	8.568	0,70	46.811
Neuquén	53.700	25.431	4.704	0,70	30.135
Salta	98.800	49.213	9.957	0,69	59.170
Corrientes	77.500	29.779	7.771	0,69	37.550
Tucumán	121.450	58.876	11.756	0,69	70.632
Córdoba	262.500	144.412	25.772	0,68	170.184
Chubut	44.005	18.070	3.928	0,62	21.998
Mendoza	143.850	50.000	12.471	0,62	62.471
Santiago del Estero	68.005	28.769	5.845	0,59	34.614
Formosa	42.800	22.743	3.581	0,59	26.324
Misiones	81.500	33.341	5.305	0,42	38.646
Totales	3.418.965	1.564.555	354.519	0,77	1.919.074

Distribución y utilización de la vacuna contra la COVID-19, según jurisdicción. Argentina. Datos al 11 de marzo de 2021, 06:00 horas. Fuente: Monitor Público de Vacunación.

”La campaña de vacunación es extremadamente lenta, el suministro no está asegurado y los criterios de aplicación no se cumplen adecuadamente”, sintetizó el exministro de Salud de la Nación, Adolfo Luis Rubinstein. Y agregó: “Por un lado, no se sabe qué vacuna vendrá, ni cuándo, ni las características de distribución que tendrá. Por el otro, el sistema de salud delega en las provincias la operación logística: falta articulación y rectoría de parte del Ministerio de Salud, que aún no parece en condiciones de poder liderar la campaña de vacunación. Esto es diferente a lo que está sucediendo en Chile o Uruguay”.



Lejos de la inmunidad de rebaño

Alcanzar la inmunidad de rebaño es una meta todavía más lejana en la Argentina. Se requerirán más de dos años. Recién se lograría en abril de 2023, según advierten los expertos.

“Es una falacia imaginar en los próximos dos años sin barbijo. Avanzamos demasiado despacio para alcanzar la inmunidad. Y con estas cepas más agresivas, el horizonte es más lejano. No alcanza con cerrar las fronteras, porque nuestra propia cepa puede mutar. Hay que acelerar la vacunación”, señaló Elena Obieta, miembro de la Sociedad Argentina de Infectología.

Para alcanzar la inmunidad colectiva en un país, debe estar inmunizado un porcentaje grande de la población. “Todavía se desconoce el umbral para la vacuna contra la COVID-19, pero se estima que debe ser entre 70% y 80% de la población”, explicó López. Por ejemplo, para lograr la inmunidad contra el sarampión es necesario vacunar a 95% de una población.

“El objetivo actual de la campaña de vacunación es disminuir la carga de la enfermedad y no alcanzar la inmunidad de rebaño”, recordó Pablo Bonvehí, jefe de Infectología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas ‘Norberto Camilo Quirno Costa’ y miembro del comité de la Fundación Vacunar.

“Hay que tener ideas innovadoras para abrir nuevos lugares donde se pueda vacunar. Se deberían sumar a todos los efectores privados con capacidad de participar de la campaña de vacunación para acelerar el proceso. Confío en que en los próximos meses el sistema se vaya a aceptar. Muchos otros países tienen un ritmo más intenso y agresivo. Cada día que se demora en la vacunación es una persona más que puede enfermarse y morir”, indicó Bonvehí.

“Vamos más despacio de lo que desearíamos. Si al menos tuviéramos a toda la población de riesgo vacunada, lograríamos reducir los cuadros graves y las muertes. Pero estamos lejos. Falta más de un año para que lo completemos. Ni siquiera completamos al personal de salud. Hoy, hay más gente inmunizada por haber tenido contacto con el virus que por la vacuna”, explicó Obieta.

En tanto, de los mayores de 60 años, que en Argentina son 7.279.394 más 94.000 que viven en residencias, hasta anteayer habían sido vacunadas 481.814 (6,5%). Los menores de 59 con factores de riesgo, según estimó el Ministerio de Salud de la Nación, son unos 5.653.000 y fueron vacunados apenas 66.613 (1,17%). “El criterio de entrega para las jurisdicciones fue por población general y esto perjudica a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que concentra a una proporción mucho mayor de trabajadores de la salud y de mayores de 60 años”, apuntó Rubinstein.

Nuevo contrato por Sinopharm

El gobierno nacional confirmó la firma de un nuevo contrato con la Corporación Grupo Farmacéutico Nacional Chino que permitirá la llegada de tres millones de dosis de la vacuna Sinopharm contra la COVID-19.

Según está previsto en el acuerdo, que fue suscrito el 10 de marzo, las nuevas dosis arribarán a Ezeiza a partir de la semana próxima y permitirán que Argentina supere las 7 millones de vacunas efectivamente recibidas.

La confirmación de la llegada de las nuevas vacunas se hizo pública mientras la Nación se apresta a superar los 2 millones de dosis aplicadas y los 3,5 millones distribuidas entre las jurisdicciones.

El pasado fin de semana, el gobierno nacional había anunciado que las negociaciones con China se encontraban encaminadas, aunque hasta hoy se desconocía la cantidad de nuevas dosis que se adquirirían.

Los tres millones de nuevas dosis se sumarán así a una primera tanda de un millón que habían llegado a Ezeiza en la última semana de febrero.

El presidente Alberto Ángel Fernández había dicho el 8 de marzo que estas vacunas, sumadas a las que se esperan por parte de otras empresas para las próximas semanas, permitirían “entrar en un ritmo de vacunación más elevado, para llegar al invierno con 13 millones de personas de riesgo vacunadas”.

El 10 de marzo, el Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, Juan Manuel Castelli, había dicho que las Sinopharm, que tienen un “adecuado nivel de eficacia y seguridad”, son de manejo sencillo por necesitar almacenamiento “de entre 2 y 8°C” y subrayó que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) –por el momento– recomendó suministrarlas a personas de hasta 60 años.

Es por ello que la mayoría de las jurisdicciones las están empleando para la inmunización del personal docente, médicos y fuerzas de seguridad.

Científicos de Brasil informaron recientemente que dos personas se infectaron simultáneamente con dos variantes diferentes del SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19.

Esta coinfección pareció no tener ningún efecto sobre la gravedad de la enfermedad de ambos pacientes que se recuperaron sin necesidad de ser hospitalizados, pero aun así, es un tema que preocupa a los científicos por su posible complejidad.



Aunque este es uno de los pocos casos de este tipo registrados con el SARS-CoV-2, y el estudio aún no se ha publicado en una revista científica, los científicos han observado infecciones con múltiples cepas de otros virus respiratorios, como la influenza.

Esto ha generado dudas sobre cómo estos virus pueden interactuar en una persona infectada y qué podría significar para generar nuevas variantes.

Los virus son maestros de la evolución, mutan constantemente y crean nuevas variantes con cada ciclo de replicación. Las presiones selectivas en el huésped, como nuestra respuesta inmune, también impulsan estas adaptaciones.

La mayoría de estas mutaciones no tendrán un efecto significativo sobre el virus. Pero las que dan una ventaja al virus, por ejemplo, al aumentar su capacidad para replicarse o evadir el sistema inmunológico, son motivo de preocupación y deben ser monitoreados de cerca.

La ocurrencia de estas mutaciones se debe a la maquinaria de replicación propensa a errores que utilizan los virus. Los virus de ARN, como los de la influenza y la hepatitis C, generan una cantidad relativamente grande de errores cada vez que se replican. Esto crea una “cuasi-especie” de la población de virus, más bien como un enjambre de virus, cada uno con secuencias relacionadas pero no idénticas.

Las interacciones con las células huésped y el sistema inmunológico determinan las frecuencias relativas de las variantes individuales, y estas variantes coexistentes pueden afectar cómo progresa la enfermedad o qué tan bien funcionan los tratamientos.

En comparación con otros virus de ARN, los coronavirus tienen tasas de mutación más bajas. Esto se debe a que están equipados con un mecanismo de revisión que puede corregir algunos de los errores que ocurren durante la replicación.

Aun así, existe evidencia de diversidad genética viral en pacientes infectados con SARS-CoV-2.

La detección de múltiples variantes en una persona podría ser el resultado de la coinfección por las diferentes variantes, o la generación de mutaciones en el paciente después de la infección inicial.

Una forma de discriminar estos dos escenarios es comparando las secuencias de las variantes que circulan en la población con las del paciente.



Una trabajadora de salud vacuna a un adulto mayor contra la COVID-19 en la ciudad de São Gonçalo, cerca de Río de Janeiro, Brasil.

En el estudio brasileño, las variantes identificadas correspondían a diferentes linajes que habían sido previamente detectados en la población, lo que implica coinfección por las dos variantes.

Mezclando todo

Esta coinfección ha abierto la preocupación de que el SARS-CoV-2 adquiera nuevas mutaciones aún más rápidamente.

Esto se debe a que los coronavirus también pueden sufrir grandes cambios en su secuencia genética mediante un proceso llamado recombinación. Cuando dos virus infectan la misma célula, pueden intercambiar gran parte de sus genomas entre sí y crear secuencias completamente nuevas.

Este es un fenómeno conocido en los virus de ARN. Las nuevas variantes de la influenza se generan mediante un mecanismo similar llamado “reordenamiento”. El genoma del virus de la influenza, a diferencia del coronavirus, comprende ocho segmentos o hebras de ARN.

Cuando dos virus infectan la misma célula, estos segmentos se mezclan y combinan para producir virus con una nueva combinación de genes. Curiosamente, los cerdos pueden infectarse con diferentes cepas de virus de la influenza y se los denomina “recipientes de mezcla” que los mezclan en nuevas cepas. El virus pandémico A(H1N1) 2009 surgió de un reordenamiento de virus de influenza humana, aviar y dos de influenza porcina.

Con los coronavirus, que solo contienen una cadena de ARN en cada partícula de virus, la recombinación solo puede ocurrir entre cadenas de ARN derivadas de uno o más virus en la misma célula.

Se ha encontrado evidencia de recombinación tanto en el laboratorio como en un paciente infectado con SARS-CoV-2, lo que sugiere que esto podría impulsar la generación de nuevas variantes. De hecho, se propone que la capacidad del SARS-CoV-2 para infectar células humanas se desarrolló mediante la recombinación de la proteína de pico entre coronavirus animales estrechamente relacionados.

Es importante señalar que esto requiere que los dos virus infecten la misma célula. Incluso si una persona está infectada con varias variantes, si se replican en diferentes partes del cuerpo, no interactuarán entre sí.

De hecho, esto se observó en pacientes en los que se encontraron diferentes cuasiespecies de coronavirus en las vías respiratorias superiores e inferiores, lo que sugiere que los virus en estos sitios no se mezclaban directamente entre sí.

La evidencia hasta ahora no sugiere que la infección con más de una variante conduzca a una enfermedad más grave. Y aunque es posible, se han informado muy pocos casos de coinfección.

Más de 90% de las infecciones en el Reino Unido son actualmente por B117, la denominada variante Kent. Con una prevalencia tan alta de una variante en la población, no es probable que ocurran coinfecciones.

Aun así, monitorear este panorama permite a los científicos rastrear la aparición de estas nuevas variantes de preocupación y comprender y responder a cualquier cambio en su transmisión o eficacia de la vacuna.



Trabajadores entierran a una mujer fallecida por COVID-19, en el cementerio público Nossa Senhora Aparecida en Manaus, Amazonas (Brasil).

El fin del verano deja a Chile en un mal momento en el combate contra la COVID-19.

La nación sudamericana vive otra vez un repunte de casos similar al de junio y julio pasado, los peores momentos de la COVID-19 en el país que llevaron a una estricta cuarentena.

“La situación actual en Chile es muy grave. Estamos alcanzando un récord de casos por día que es similar al de los meses más difíciles de la pandemia en 2020”, dijo el Dr. Juan Carlos Said Rojas, máster en Salud Pública por el Imperial College de Londres.



Chile es el país de América Latina con mayor porcentaje de la población vacunada.

“En términos de hospitalizados, también hemos alcanzado una cifra que es similar a la de los meses más complicados, con niveles de ocupación de camas críticas sobre el 95%, lo que habla de una saturación del sistema y de una situación que es extremadamente compleja en términos sanitarios”, agregó.

El aumento de casos en el país ocurre en un momento en el que los contagios también repuntan a nivel global como resultado de la aparición de nuevas variantes del SARS-CoV-2 y la relajación de medidas, según alertó recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La situación actual en Chile es vista por muchos como una señal de alerta para el resto de América Latina, no solo porque el país ha sido uno de los que más pruebas ha realizado desde que comenzó la pandemia, sino también porque se encuentra en la vanguardia de la campaña de vacunación contra la COVID-19 en la región.

De acuerdo con el rastreo de vacunas que realiza la Universidad de Oxford (Inglaterra), Chile se ubicaba en el quinto lugar mundial en dosis administradas cada 100 habitantes, solo superado por Israel, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido y Estados Unidos.

Pero, ¿cómo se explica entonces que, pese a lo avanzada que está su campaña de vacunación, el número de casos y hospitalizaciones esté nuevamente a la par de los momentos más críticos de la pandemia en 2020?

Las causas detrás del aumento

Chile cumplió este mes un año desde que reportó el primer caso de COVID-19 con algunos de los peores números de contagios desde 2020.

Según datos del Ministerio de Salud, desde fines de febrero el país comenzó a rondar otra vez los 5.000 nuevos casos por día.

Desde el inicio de la pandemia, Chile ha registrado unos 860.000 casos y más de 22.000 muertes, de acuerdo con cifras oficiales.

”Lo que estamos viendo ahora en Chile es una situación similar a la que se vivió en Reino Unido a la vuelta de las vacaciones después del verano, en la que se tuvo una segunda ola muy fuerte”, explicó la Dra. Claudia Paz Cortés Moncada, académica de la Universidad de Chile y vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Infectología.



Chile se encuentra entre los países que más pruebas para COVID-19 ha realizado en la región desde el inicio de la pandemia.

Varios expertos coincidieron en que las causas detrás del nuevo aumento son variadas y obedecen a motivos que van desde las políticas implementadas para contener el virus desde los inicios de la pandemia hasta el cansancio por las medidas un año después.

“Chile nunca logró un control efectivo de la pandemia. A diferencia de algunos países europeos o de Oceanía o Asia que lograron un descenso significativo después de la primera ola, Chile se estabilizó en lo que se llama una endemia alta, es decir, un número persistente de casos que nunca bajó”, explicó Said.

De acuerdo con el experto, si bien el país desarrolló una capacidad “muy significativa” para realizar exámenes para COVID-19, no fue muy efectivo en localizar los contactos de las personas contagiadas, lo que hizo que el virus continúe circulando.

“También hay una fatiga respecto a la pandemia y, si al comienzo la población fue muy adherente a las medidas y restricciones, la fragilidad económica y social del país y la elevada tasa de empleo informal, especialmente en las comunas más pobres, han hecho que las personas tengan que salir a trabajar a pesar de las restricciones a la movilidad”, agregó.

Cortés, por su parte, explicó que otro elemento detrás del actual aumento fue el levantamiento de ciertas restricciones de movilidad durante los meses de verano.

“El gobierno autorizó permisos especiales para salir de vacaciones y eso hizo que entre 4 y 5 millones de personas se movilizaran a distintas zonas que son las que hoy están con crisis muy extremas, con hospitales con las camas llenas, con porcentajes de positividad muy altos, en algunos casos mayores que los de la primera ola”, señaló.

En ese sentido, el Ministerio de Salud reconoció que las vacaciones de verano jugaron un papel fundamental en la actual situación.

“El aumento de casos tiene que ver principalmente con el relajamiento de las normas de autocuidado durante el verano, lo que sucedió también en otros países del mundo”, indicó.

“Por eso, mientras desarrollamos el proceso de vacunación de los grupos prioritarios que hoy alcanza a 28,39% del total de la población objetivo (15 millones de personas), insistimos a la ciudadanía de mantener el uso del barbijo, el lavado frecuente de manos con agua y jabón, mantener el distanciamiento físico, evitar aglomeraciones, entre otras”, agregó.

La llegada de la vacunas

A diferencia de varios países de América Latina, Chile negoció con varias farmacéuticas la compra de vacunas casi desde los primeros meses de la pandemia, lo que le facilitó un acceso prioritario a varias marcas desde que fueron autorizadas.

Esto, unido a un efectivo sistema de vacunación a nivel primario desarrollado a lo largo de los años, le permitió colocarse en la delantera no solo a nivel regional, sino entre los países del mundo que mayor porcentaje de su población ha vacunado hasta la fecha.

Según datos del Ministerio de Salud, hasta el 8 de marzo se habían vacunado más de 4 millones de personas (en una nación de 19 millones), varias veces más que otros países de la región con una mayor población, como México, Brasil o Argentina.

“A la fecha, se ha vacunado un total de 4.364.136 personas en el país, de los cuales 2.688.850 son personas mayores de 60 años y más que han participado en la campaña”, indicó el Ministerio.



Chile ha consolidado su sistema de vacunación a través de los años, lo que facilitó la nueva campaña contra la COVID-19.

Sin embargo, Cortés consideró que el propio éxito de la campaña de vacunación puede ser una de las causas detrás del actual rebrote, dado que muchas personas se confiaron por el inicio de las inmunizaciones.

“Desafortunadamente con el inicio de la vacunación hubo un mal manejo de la información que se le entregaba a la población y con la comunicación de riesgo, dando a entender que con la vacuna ya esto se había solucionado y no entregando el mensaje que la vacuna es un elemento más en la prevención de la infección”, dijo.

“Por lo tanto cuando se inició la vacunación, mucha gente pensó que, como ya habían llegado las vacunas, se había acabado el problema y se relajaron de forma significativa las medidas de autocuidado”, agregó.

Los expertos no descartan tampoco que las nuevas variantes que circulan por varios países del mundo puedan estar detrás del nuevo aumento, como ha sucedido en otros países.

El 8 de marzo, las autoridades chilenas reconocieron que la variante brasileña estaba en el país desde hacía semanas y antes identificaron también la variante británica.

“El tema es que en Chile se están haciendo determinaciones de las variantes de manera más o menos aislada. Sabemos que tenemos la variante del Reino Unido y se informó que teníamos la variante de Brasil. No hay reportes de momento de la variante sudafricana, pero en la comunidad científica no sabemos si no hay reportes porque no existen casos o porque no se está buscando en ese sentido”, señaló.

“Es por eso que como comunidad científica hemos solicitado que se haga un estudio más serio para determinar las variantes”, indicó.

La efectividad de las vacunas

El hecho de que Chile esté en la delantera a nivel regional en la vacunación en un momento en el que vuelven a aumentar los casos, no solo ha llevado a las autoridades a decretar nuevas cuarentenas, también ha llevado a muchos a cuestionarse cómo es posible que esto pase a pesar del beneficio prometido por las vacunas.

Sin embargo, los expertos consultados por BBC Mundo coinciden en que las vacunas son efectivas, pero no “mágicas” para reducir los contagios de un día para el otro.

“No hay contradicción entre el aumento de los casos y las vacunas. Realmente estaríamos pidiendo algo que no se puede esperar de las vacunas. Las vacunas no actúan de inmediato”, explicó Said.

”Muchas vacunas, como la Sinovac, que es la mayoritaria aquí, requiere de la aplicación de dos dosis con intervalos de tres semanas y la mayor inmunidad se comienza a lograr a partir de la segunda semana de la segunda dosis”, explicó.

“Entonces si bien Chile ha vacunado a 20% de la población con la primera dosis, menos de 5% ha recibido dos dosis de la vacuna y está efectivamente inmunizado. Entonces estamos viendo que se está vacunando rápidamente pero significa que ese porcentaje de la población está efectivamente inmunizado”, señaló.

De acuerdo con la infectóloga, para que los efectos de las dosis sean visibles se debe vacunar con ellas a un número mucho mayor de la población.

“En términos poblacionales, para bajar el número de hospitalizaciones y de muertes, la vacuna es efectiva cuando 80% de la población está vacunada. Y todavía estamos muy lejos de eso”, dijo.

Said estimó que el país comenzará a ver los primeros resultados en el descenso en el número de hospitalizaciones y muertes para fines de marzo, de mantenerse el ritmo actual de vacunación.

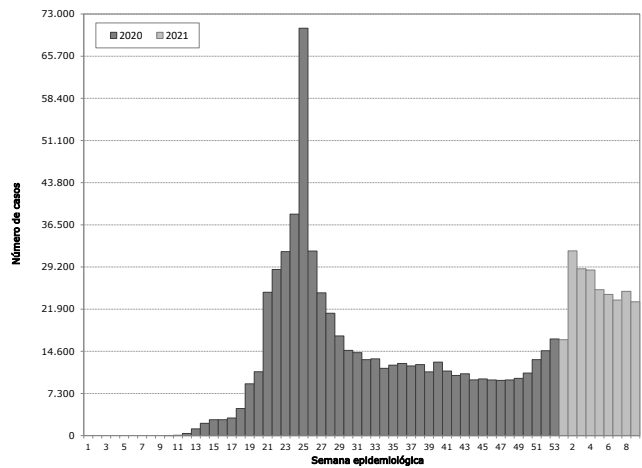
Sin embargo, no espera que los contagios disminuyan en la misma proporción.

“Esto se debe a que en Chile se está poniendo mayoritariamente la vacuna Sinovac, que es menos eficaz en términos de prevenir el contagio en comparación con otras, como la de Pfizer”, explicó.

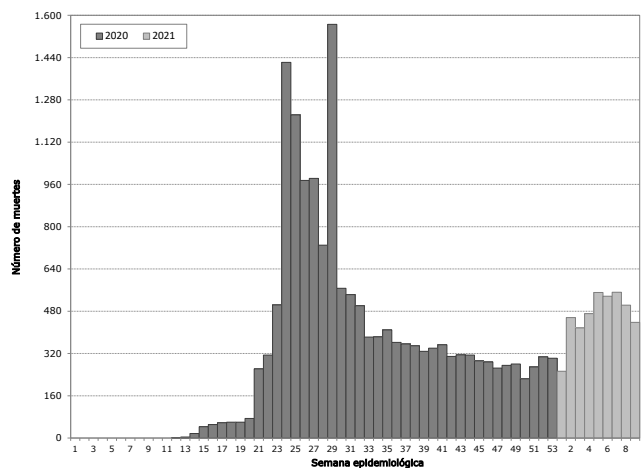
“La mayor eficacia está en que puede prevenir la hospitalización y muerte casi igual que las otras. Entonces el primer impacto que veremos es una reducción en los fallecidos y hospitalizados probablemente a fines de marzo y la reducción de los contagios probablemente demore más y dependerá de alcanzar un umbral de inmunidad de rebaño”, estimó.

Hasta que se llegue a ese punto, el Ministerio de Salud recomendó no “bajar la guardia”.

“Insistimos en mantener siempre las medidas de autocuidado que por hoy son las más efectivas mientras se logra la inmunidad de rebaño, que esperamos lograr a fines del primer semestre”, indicó la institución.



Casos confirmados. Chile. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 9 de 2021. Datos al 11 de marzo de 2021, 00:33 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Muertes confirmadas. Chile. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 9 de 2021. Datos al 11 de marzo de 2021, 00:33 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

A la crisis sanitaria que atraviesa Colombia por la COVID-19, se le suma otra preocupación en el sector salud: el aumento acelerado de los casos de dengue. Una de las zonas más afectadas por esta enfermedad es el Valle de Cauca, donde durante enero y febrero 1.701 personas han padecido la enfermedad, según un informe de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Secretaría Departamental de Salud.

“La situación tiene que ver con las lluvias, con la formación de pequeños criaderos donde el mosquito se reproduce. Hay que recordar que en el Valle del Cauca es una enfermedad permanente: siempre tenemos dengue, siempre tenemos fiebre zika y siempre tenemos fiebre chikungunya”, aseguró María Cristina Lesmes Duque, secretaria de Salud de Valle del Cauca.

Los municipios de ese departamento que más casos registran de la enfermedad son Cali, Buenaventura, Yumbo y Ulloa. Se detalló que varios de los casos han necesitado hospitalización, pero no se han registrado muertes por dengue en Valle del Cauca en lo que va de este año.

Esta misma afirmación no aplica para todo el país, pues durante enero y febrero de 2021 se han reportado 25 muertes probables por dengue. Esta información fue proporcionada por el Instituto Nacional de Salud (INS), entidad que asegura que los casos de dengue no están proliferando solo en Valle del Cauca, sino también en otros departamentos.

El más reciente boletín epidemiológico, publicado por la entidad durante la segunda semana de marzo, indica que en el año se han presentado 916 casos probables de dengue: 413 casos durante los primeros días de marzo y 503 casos de semanas anteriores. El INS dijo que en total, en su sistema hay 5.822 casos activos, de los cuales 2.906 no presentan señales de alerta, 2.812 sí tienen signos de alarma y 104 corresponden a dengue grave.

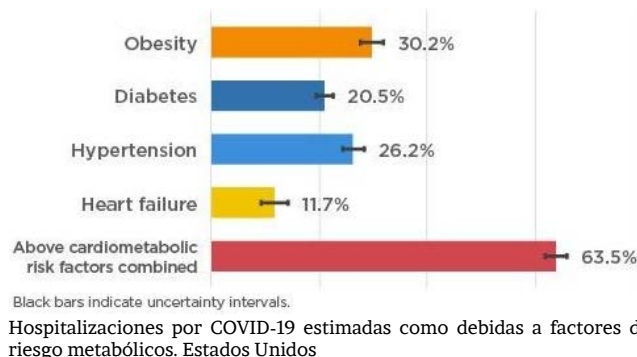
Actualmente, las entidades territoriales de Cali, Cartagena, Valle del Cauca, Putumayo, Barranquilla, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Meta y Atlántico aportan 68,9% de los casos, es decir 4.013 personas contagiadas.

Las autoridades de salud nacionales aseguraron que la proliferación de esta enfermedad puede deberse al inicio de la temporada de lluvias, por lo que pidieron a los colombianos seguir las recomendaciones señaladas por entes locales e internacionales.

Los entes territoriales anunciaron que realizarán jornadas de fumigación masiva con químicos en vehículos para tener una cobertura en los barrios, pero piden que los ciudadanos adelanten acciones adicionales en sus casas y procuren usar repelentes.

Un estudio de modelado sugiere que la mayoría de las hospitalizaciones por COVID-19 de adultos en todo el país son atribuibles a al menos una de cuatro afecciones preexistentes en ese orden:

1. Obesidad
2. Hipertensión
3. Diabetes
4. Insuficiencia cardíaca



El estudio utilizó una simulación matemática para estimar el número y la proporción de hospitalizaciones nacionales por COVID-19 que podrían haberse evitado si los estadounidenses no hubieran padecido cuatro afecciones cardiometabólicas importantes.

Cada condición se ha relacionado fuertemente en otros estudios con un mayor riesgo de malos resultados por la infección por COVID-19.

Si bien las vacunas contra la COVID-19 recientemente autorizadas eventualmente reducirán las infecciones, hay un largo camino por recorrer para llegar a ese punto. Los hallazgos exigen intervenciones para determinar si la mejora de la salud cardiometabólica reducirá las hospitalizaciones, la morbilidad y las tensiones de atención médica por COVID-19.

Se sabe que los cambios en la calidad de la dieta por sí solos, incluso sin pérdida de peso, mejoran rápidamente la salud metabólica en solo seis a ocho semanas. Es crucial probar estos enfoques de estilo de vida para reducir las infecciones graves por COVID-19, tanto para esta pandemia como para las pandemias futuras que probablemente se produzcan.

Los investigadores calcularon que, entre las 906.849 hospitalizaciones totales por COVID-19 que se habían producido en adultos estadounidenses hasta el 18 de noviembre de 2020:

- 30% (274.322) fueron atribuibles a la obesidad.
- 26% (237.738) fueron atribuibles a hipertensión.
- 21% (185.678) fueron atribuibles a la diabetes.
- 12% (106.139) fueron atribuibles a insuficiencia cardíaca.

En términos epidemiológicos, la proporción atribuible representa el porcentaje de hospitalizaciones por COVID-19 que podrían haberse evitado en ausencia de las cuatro condiciones. En otras palabras, el estudio encontró que las personas aún podrían haber estado infectadas, pero es posible que no hayan tenido un curso clínico lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.

Cuando se combinaron los números de las cuatro condiciones, el modelo sugiere que 64% (575.419) de las hospitalizaciones por COVID-19 podrían haberse prevenido.

Una reducción de 10% en la prevalencia nacional de cada condición, cuando se combina, podría prevenir alrededor de 11% de todas las hospitalizaciones por COVID-19, según el modelo.

Las cuatro afecciones se eligieron en función de otras investigaciones publicadas en todo el mundo que muestran que cada una es un predictor independiente de resultados graves, incluida la hospitalización, entre las personas infectadas con COVID-19.

Las estimaciones de riesgo específicas para cada afección provienen de un modelo multivariable publicado que involucra a más de 5.000 pacientes con COVID-19 diagnosticados en la ciudad de New York antes de la pandemia.

Los investigadores utilizaron otros datos nacionales para modelar el número de hospitalizaciones por COVID-19 a nivel nacional; la distribución de estas hospitalizaciones por edad, sexo y raza; y la distribución estimada de las comorbilidades subyacentes entre los adultos infectados por COVID-19. Luego estimaron las proporciones y el número de casos de COVID-19 que se volvieron lo suficientemente graves como para requerir hospitalización debido a la presencia de una o más de las afecciones.

Los proveedores médicos deben educar a los pacientes que pueden estar en riesgo de contraer COVID-19 grave y considerar promover medidas preventivas en el estilo de vida, como una mejor calidad de la dieta y actividad física, para mejorar la salud cardiometabólica general. También es importante que los proveedores estén al tanto de las disparidades en la salud que las personas con estas condiciones a menudo enfrentan.

El modelo estimó que la edad y la raza/etnia dieron como resultado disparidades en las hospitalizaciones por COVID-19 debido a las cuatro condiciones. Por ejemplo, se estimó que alrededor de 8% de las hospitalizaciones por COVID-19 entre adultos menores de 50 años se debieron a la diabetes, en comparación con aproximadamente 29% de las hospitalizaciones por COVID-19 entre las personas de 65 años o más. En contraste, la obesidad tuvo un impacto igualmente perjudicial en las hospitalizaciones por COVID-19 en todos los grupos de edad.

A cualquier edad, las hospitalizaciones por COVID-19 atribuibles a las cuatro afecciones fueron más altas en los adultos negros que en los adultos blancos y, en general, más altas para la diabetes y la obesidad en los adultos hispanos que en los adultos blancos. Por ejemplo, entre los adultos de 65 años o más, se estimó que la diabetes causa aproximadamente 25% de las hospitalizaciones por COVID-19 entre los adultos blancos, en comparación con aproximadamente 32% entre los adultos negros y aproximadamente 34% entre los adultos hispanos.

Cuando se consideraron las cuatro condiciones combinadas, la proporción de hospitalizaciones atribuibles fue más alta en los adultos negros de todas las edades, seguidos por los hispanos. Por ejemplo, entre los adultos jóvenes de 18 a 49 años, se estimó que las cuatro afecciones en conjunto causan aproximadamente 39% de las hospitalizaciones por COVID-19 entre los adultos blancos, en comparación con 50% entre los adultos negros.

Los datos nacionales muestran que los afroamericanos e hispanoamericanos están sufriendo los peores resultados de la COVID-19.

Los hallazgos apoyan la necesidad de priorizar la distribución de vacunas, una buena nutrición y otras medidas preventivas para las personas con afecciones cardiometabólicas, particularmente entre los grupos más afectados por disparidades en la salud. Las políticas destinadas a reducir la prevalencia de estas cuatro afecciones cardiometabólicas entre los afroamericanos y los hispanoamericanos deben ser parte de cualquier debate de política estatal o nacional que tenga como objetivo reducir las disparidades en la salud de la COVID-19.

La rabia canina sigue expandiéndose en el distrito de Majes, provincia de Caylloma en el departamento de Arequipa. Según el último reporte de la Microrred de Salud El Pedregal, el número de casos se incrementó a cinco, presentándose dos nuevos canes infectados en el Módulo E Sector 1 de Ciudad Majes y en el centro poblado de La Colina.



El encargado de Zoonosis de la Microrred de Salud El Pedregal, Gorky Valdárrago, informó que la indiferencia de algunos pobladores del sector, donde se detectaron los primeros casos, estaría propiciando que el virus siga expandiéndose, debido a que no están cumpliendo la recomendación de mantener en casa al perro vacunado, por un periodo de 30 días.

Para controlar esta emergencia sanitaria, las autoridades implementarán un cerco epidemiológico por toda la zona de riesgo, ampliando la cobertura para realizar una campaña de vacunación de perros en Ciudad Majes y La Colina.

Se advirtió también que si la población sigue teniendo a sus mascotas en las calles, a fines de marzo Salud coordinaría con la Municipalidad Distrital de Majes una radical jornada de eliminación de los perros.

El brote de sarampión en Chad continúa. En la semana epidemiológica (SE) 8 de 2021, se notificó un total de 95 casos sospechosos, un aumento de los 42 casos sospechosos notificados en la SE 7. Además, 22 distritos notificaron al menos un caso en la SE 8 en comparación con 14 en la SE 7. Desde principios de 2021, se han notificado 391 casos sospechosos de sarampión en 51 de 129 distritos (40%), y se han notificado dos muertes, uno cada uno en Abéché y Guidari. De 64 casos investigados y analizados en laboratorio, 34 (53,1%) dieron positivo en la prueba de IgM, 26 (40,6%) fueron negativos y 4 (6,3%) fueron indeterminados. Nueve distritos (Abéché, Abougoudam, Bokoro, Fada, Kélo, Liwa, Mangalme, Massakory y Zouar) se encuentran actualmente en etapa de sospecha de epidemia, en comparación con ocho distritos en la SE 7.

Más de 70% de los casos son menores de 10 años, con la mayoría (46,9%) en el grupo de edad de 1 a 4 años, seguido de los de 15 años o más (21,9%), de 5 a 9 años (20,1%), 10 a 14 años (7,8%) y menos de un año (3,1%). Más de 65% de los casos sospechosos no estaban vacunados o tienen un estado de vacunación desconocido, mientras que más de 70% de los casos confirmados no estaban vacunados o tienen un estado de vacunación desconocido.

Acciones de salud pública

- Se está llevando a cabo una campaña nacional de seguimiento del sarampión, en dos bloques¹, junto con la administración de suplementos de vitamina A y la desparasitación, con una meta de 95% de 3,2 millones de niños de 9 a 59 meses.
- Se cubrieron diez áreas de salud provinciales, pero N'Djamena no pudo cubrirse debido a un brote de COVID-19 entre los socorristas y se transfirió al bloque 2.
- Se logró una cobertura de 109%, para vacunación, suplementación con vitamina A y desparasitación, entre la población objetivo.

Interpretación de la situación

Un análisis del riesgo de sarampión realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, muestra que Chad presenta un riesgo muy alto de sarampión,

¹ El bloque 1 está compuesto por 11 provincias: Mayo-Kebbie East, Mayo-Kebbie West, Logone Oriental, Logone Occidental, Mandoul, Tandjilé, Moyen Chari, Salamat, Sila, Chari Baguirmi y N'Djamena.

El bloque 2 está compuesto por 12 provincias: Lac, Hadjer Lamis, Kanem, Bahr El Gazel, Batha, Ouaddai, Wadi Fira, Ennedi East, Ennedi Westt, Borkou, Tibesti, Guéra y Guera.

con 69 distritos en la categoría 'muy alto', con 30 'alto', 8 'medio' y solo 3 'bajo'. Esta situación se debe a la baja cobertura de la vacuna contra el sarampión en el calendario de vacunación de rutina, la ausencia de una segunda dosis en este calendario, el retraso de cuatro años en la realización de la campaña de seguimiento del sarampión y el actual desvío de recursos hacia la respuesta a la COVID-19. El mayor riesgo de transmisión del sarampión se encuentra entre el cuarto trimestre de 2020 y junio de 2021, lo que se refleja en el creciente número de casos y distritos afectados que se atienden a principios de 2021. Este patrón refleja el de la misma época en 2020. La implementación de las campañas de vacunación contra el sarampión son bienvenidas, pero las autoridades deben abordar los problemas subyacentes con campañas de vacunación de rutina, incluida la introducción de la segunda dosis en el calendario, a fin de prevenir la continuación de los brotes regulares de sarampión en Chad.

La Dirección General de Sanidad (SST) de Dinamarca anunció el 11 de marzo la suspensión temporal durante 14 días de la vacuna de AstraZeneca contra la COVID-19 tras registrar “graves casos de trombos” en personas que la habían recibido.

Uno de los casos está relacionado con una muerte, explicaron en un comunicado las autoridades sanitarias, que resaltan que todavía no se puede concluir que haya una relación directa entre la vacuna y los trombos.



La Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha iniciado una investigación al respecto, según la SST danesa, que aplicó “un principio de prudencia” y realizará una nueva valoración en la penúltima semana de marzo.

De la misma manera, las autoridades sanitarias de Austria suspendieron la distribución y administración, de manera preventiva, del lote ABV5300 de la vacuna de AstraZeneca después de que recibieran dos notificaciones de acontecimientos adversos graves en relación temporal con la administración de la vacuna procedente del citado lote.

Estonia, Letonia, Lituania y Luxemburgo también han suspendido la administración de este lote.

Esta decisión se ha adoptado después de que las autoridades austriacas conocieran que una persona de 49 años sufrió trombosis múltiples 10 días después de recibir la vacuna y falleció; y otra persona de 35 años sufrió un tromboembolismo pulmonar después de vacunarse y está recuperándose.

Ambas habían recibido la vacuna del mismo lote. Se han iniciado las investigaciones pertinentes, si bien en este momento “no hay ninguna evidencia” de que la vacuna sea la causa de estos acontecimientos adversos notificados.

Lote distribuido en 17 países

Este lote ha sido distribuido en 17 países de la Unión Europea (UE). Todos los acontecimientos notificados relacionados con alteraciones en la coagulación se revisan mensualmente en el Comité para la Evaluación de Riesgos Europeo de la Agencia Europea de Medicamentos (PRAC), que ha iniciado una revisión exhaustiva de todos los casos notificados con esta vacuna.

Las alteraciones de coagulación y, entre ellos, los acontecimientos trombóticos, no se han establecido como una posible reacción adversa de esta vacuna y no figuran como tal en la ficha técnica del medicamento. Los datos disponibles indican que los acontecimientos trom-

boembólicos notificados tras la administración de la vacuna de AstraZeneca no suponen un número mayor que los esperados en la población general.

Hasta el momento se han notificado 22 casos de este tipo de acontecimientos en la UE en el contexto de tres millones de personas vacunadas. La evaluación preliminar no indica una relación de la vacuna con los acontecimientos notificados.

La vacunación no reduce otros problemas de salud diferentes a los causados por la COVID-19, por lo que durante la campaña de vacunación es esperable que sigan ocurriendo acontecimientos adversos graves, en ocasiones en estrecha asociación temporal con la administración de la vacuna.

Dinamarca, uno de los países más rápidos

“Estamos en la campaña de vacunación más grande e importante en la historia de Dinamarca, necesitamos todas las vacunas que podamos conseguir. Por eso no es una decisión fácil suspender una. Pero debemos reaccionar con cuidado cuando hay evidencia de posibles efectos graves”, afirmó el director de la SST, Søren Brostrøm.

Brostrøm resaltó que se trata de una pausa y que hay “buena documentación” de que la vacuna de AstraZeneca es “segura y efectiva”, pero que las autoridades danesas se ven obligadas a reaccionar ante informaciones de posibles efectos “en Dinamarca y otros países europeos”.

Todas las citas e invitaciones a solicitar cita para recibir esa vacuna quedaron suspendidas, y quienes ya hayan recibido la primera dosis deberán esperar hasta nuevo aviso.

La medida implica cambios en el plan de vacunación, que se retrasará en el peor de los casos cuatro semanas hasta el 15 de agosto, fecha en la que se espera que haya sido inmunizada toda la población que así lo desee.

“Ante todo es importante que cuando surjan riesgos en relación con una vacuna, estos sean investigados. Por eso, pienso que es correcto suspender la vacunación de AstraZeneca”, dijo la primera ministra danesa, Mette Frederiksen.

Frederiksen se ha mostrado contrariada por el retraso, pero a la vez convencida de que Dinamarca, uno de los países que más rápido está vacunando contra la COVID-19 en Europa y de los menos afectados, pueda normalizar la situación en unos meses.

“Creo en un verano con una Dinamarca casi normalizada. Me atrevo a decirlo, siempre que los daneses sigan haciéndose test y vacunándose”, afirmó la primera ministra.

Desde hace tiempo existe un debate agitado sobre el impacto del calentamiento global en la incidencia de la malaria. Se cree que una de las regiones en las que el mayor efecto podría observarse es en los altiplanos, donde las menores temperaturas limitan la abundancia del vector, provocando brotes intermitentes y estacionales de la enfermedad.

La epidemiología de la malaria en estas zonas está fuertemente regida por el control climático, que se manifiesta a todas las escalas (meses, años y hasta décadas), lo cual zanja de una vez el debate sobre si el cambio climático está o no afectando la dinámica de la malaria en África.



A fines del siglo XX, se observó una clara disminución en la incidencia de la malaria en el este de África. Esto podría ser simplemente el resultado del aumento de las medidas de control contra la enfermedad, o bien podría deberse a la ralentización temporal en el incremento de la temperatura media global de la superficie terrestre, un fenómeno que se observó entre 1998 y 2005.

Para responder a esta pregunta, se realizó un [estudio](#) en la región de Oromia en Etiopía, un altiplano muy poblado situado entre los 1.600 y los 2.500 metros de altitud. Esta región tiene la ventaja de contar con registros muy completos de casos anuales de malaria por ambos parásitos (*Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*) entre 1968 y 2007, a la vez que las intervenciones de salud pública para el control de la enfermedad no se reforzaron en la región hasta el año 2004. Esto permite separar el efecto del clima del efecto de las medidas de control en parásitos que responden al clima de manera diferente.

Cómo impactó el cambio climático

Usando un modelo matemático, el equipo analizó la relación entre casos de malaria, el clima regional (temperaturas y precipitación locales) y el clima global (en particular desde el océano Pacífico por el efecto del Niño y de la llamada Oscilación Pacífica Decadal).

Los resultados muestran que la variación en los casos de malaria por ambos parásitos se correlaciona extremadamente bien con los cambios en temperaturas regionales: el descenso en temperaturas en la región ligado al efecto del cambio climático coincidió con la reducción en los casos de malaria que se observó a partir del año 2000, cinco años antes de que se reforzaran las medidas de control de la enfermedad.

Esto a su vez coincidió con la ralentización momentánea del incremento en la temperatura media global de la superficie terrestre por efecto del fenómeno de El Niño y de la oscilación decadal del Pacífico. El análisis también muestra que hay una “cascada de efectos” entre la variabilidad climática a nivel global (en este caso, la temperatura del océano Pacífico) y la va-

riación de temperaturas regionales en el este de África, que al final se traduce en nuevos casos de malaria en el altiplano etíope.

La conexión entre la dinámica de la enfermedad y las condiciones climáticas es tan estrecha que se observa a diferentes escalas temporales: de la estacional a los ciclos multianuales e incluso decenales. La incidencia de la malaria no solo reflejó los cambios en la temperatura, lo cual ya se había demostrado, sino también el descenso en el calentamiento que se observó al inicio del siglo, el objetivo de este estudio.

La evidencia de que el periodo de ralentización del calentamiento global tuvo un impacto sobre la transmisión de la malaria demuestra el fuerte vínculo entre clima y salud. Estos resultados también indican que, en el momento de evaluar intervenciones de salud pública destinadas a controlar la enfermedad, se deben tomar en cuenta e integrar las condiciones climáticas en los sistemas de alerta temprana.

Se han informado en Francia varios brotes de norovirus relacionados con el consumo de ostras. Se registró un total de 164 pacientes y dos personas hospitalizadas en diferentes regiones del país.

Desde mediados de febrero se han enviado a Salud Pública de Francia y a la Dirección General de Alimentación (DGAL) 46 informes de brotes de intoxicación alimentaria sospechosos de estar relacionados con el consumo de ostras. Todos estos incidentes implican comidas familiares en febrero con entre dos y ocho pacientes.



Diferentes áreas y lugares afectados

La mayoría de ellos ocurrieron en la región de Nouvelle-Aquitaine, pero algunos se han registrado en Pays de la Loire, Occitanie, Bretagne y Bourgogne-Franche-Comté.

Para 36 brotes, se conoce el origen de las ostras. La mayoría procedían de la Bassin d'Arcachon, pero también del Lac d'Hossegor (lago de Hossegor), Marennes d'Oléron y la Baie de Plouharnel.

Cuatro áreas están cerradas temporalmente con prohibiciones para la pesca, recolección, transporte, purificación, envío, almacenamiento, distribución, comercialización y liberación para consumo humano de mariscos. Esto incluye la Bassin d'Arcachon, Lac d'Hossegor, Chenaux du Payré y Baie de Plouharnel.

El análisis de muestras de materia fecal confirmó la presencia de norovirus en algunos pacientes. Se analizaron los mariscos recolectados de individuos que estaban enfermos después de comer ostras y de los proveedores y se identificó el norovirus. También se han encontrado contaminadas varias áreas de producción.

Los funcionarios de salud dijeron que esto coincide con los síntomas de las personas enfermas, principalmente diarrea y vómitos, y los tiempos de incubación entre el consumo de mariscos y la aparición de los síntomas.

Causa de la contaminación

Las fuertes lluvias a principios de febrero pueden haber provocado la contaminación del ambiente y las áreas de producción y, posteriormente, los mariscos, según las autoridades.

En 2020, Salud Pública Francia informó que más de 1.000 personas habían enfermado desde diciembre de 2019 después de comer principalmente ostras pero también otros mariscos crudos. Francia notificó 129 brotes relacionados con crustáceos, mariscos, moluscos y productos similares en 2019, en comparación con 32 en 2018. Todos menos cinco involucraron norovirus y 756 personas se enfermaron.

Un área residencial en Sentul, Kuala Lumpur, ha sido identificada como el sitio de un brote de fiebre chikungunya en la ciudad, con 56 casos confirmados hasta la fecha.

El Departamento de Salud de Kuala Lumpur y Putrajaya dijo que el brote en Taman Dato Senu se detectó por primera vez el 16 de febrero.

Su director, Datuk, el Dr. Param Jeeth Singh, dijo que, aunque la situación estaba bajo control, los residentes del vecindario deberían tomar precauciones adicionales para detener la propagación del virus.

El Dr. Param Jeeth dijo que después de que se detectaron los primeros casos, se tomaron medidas inmediatas para controlar y monitorear la situación.

Dijo que los funcionarios de salud del departamento y el Ayuntamiento de Kuala Lumpur (DBKL) inspeccionaron un total de 1.381 casas en busca de posibles criaderos de mosquitos, y 852 hogares se sometieron a nebulización.

Unos 2.416 residentes fueron examinados mientras se realiza la detección activa después del brote inicial.

Entre el 16 de febrero y el 5 de marzo, se reportaron un total de 56 casos en Taman Dato Senu y sus alrededores. Dos personas fueron hospitalizadas y el resto recibió tratamiento ambulatorio. Aparte de eso, se notificaron otros dos casos en Lembah Pantai y Titiwangsa.

El Dr. Param Jeeth dijo que “al igual que el dengue, para la fiebre chikungunya, los puntos críticos son las áreas con desagües obstruidos y aguas estancadas, así como casas abandonadas que son el caldo de cultivo perfecto para los mosquitos”, dijo.

“El dengue es endémico en Malasia con un alto número de casos, principalmente en áreas urbanas, mientras que la fiebre chikungunya ocurre típicamente en áreas rurales. Sin embargo, debido a la gran movilidad de las personas (incluidas las infectadas con la enfermedad), la fiebre chikungunya se puede transmitir en las zonas urbanas. Notificamos al DBKL y se tomaron medidas inmediatas para detener la propagación”, agregó.

El director del Departamento de Salud y Medio Ambiente del DBKL, el Dr. Umi Ahmad, dijo que “el área de Batu es la más afectada, y la investigación apunta a factores como desagües obstruidos que provocan el estancamiento del agua. Las renovaciones no autorizadas por parte de los residentes han provocado que los desagües se cubran y la basura se acumule, provocando que el agua se estanque”.

El Dr. Umi también atribuyó el brote a casas abandonadas con patios cubiertos de maleza y basura en su interior. “Estamos haciendo todo lo posible para controlar la situación aquí, pero el público debe desempeñar su papel para asegurarse de que todos los puntos de reproducción de mosquitos sean erradicados”, dijo el Dr. Umi, y agregó que el DBKL se pondría en contacto con las asociaciones de residentes para que la comunidad lleve a cabo una sesión de trabajo comunal.

Casi 670.000 personas se han visto obligadas a abandonar sus hogares desde que en 2017 estalló el conflicto entre grupos armados no estatales y el ejército. La coordinadora médica de Médicos Sin Fronteras (MSF) en el país, Patricia Postigo, describió la situación en la ciudad de Montepuez y sus alrededores, donde unas 50.000 personas han buscado refugio de la violencia.



“El conflicto de Cabo Delgado está sobre todo localizado en la parte costera del norte de la provincia. Cuando los insurgentes irrumpen en las aldeas en esa zona, la población se desplaza o bien hacia el sur, hasta la capital provincial, Pemba, o hacia el interior, en cuyo caso uno de los primeros destinos suele ser la localidad montañosa de Mueda, que está bajo control del ejército.

Antes de llegar a Mueda, la mayoría caminan cuatro, cinco y hasta diez días a través de la selva. Huyen de sus hogares con lo puesto y sin dinero. Algunos intentan regresar a sus casas para recoger cosas al cabo de unos días, pero la mayoría emprende el camino sin nada y trata de sobrevivir comiendo hojas, un mango o un trozo de mandioca, lo que puedan encontrar. La población local es muy generosa así que si tienen la suerte de pasar por una aldea a veces alguien les da algo de comer.

Por la selva se encuentran con gente muerta, que ha sido asesinada, descuartizada, a familiares o vecinos de sus pueblos a quienes han cortado la cabeza. También ven a personas que han muerto por hambre o sed. Te cuentan que no pueden quitarse esas imágenes de la cabeza. Para muchos no es la primera vez que tienen que desplazarse. Desde que empezó el conflicto, hay gente que se ha desplazado ya en dos o tres ocasiones dentro de su distrito tras ser haber sido atacadas sus aldeas.

Una vez en Mueda pasan varios días hasta que reúnen dinero para pagar el viaje en camioneta y poder ir hasta otros puntos más al sur, como Montepuez, la segunda ciudad más poblada de Cabo Delgado. El billete cuesta unos mil meticales por persona (unos 11 euros), pero para ellos es mucho.

Nuestras actividades incluyen círculos de conversación, teatro, partidos de fútbol, bailes y canto. ‘Intentamos entender cómo eran sus vidas antes de huir’, cuenta un miembro de nuestro equipo de salud mental.

Algunos llegan deshidratados y con hambre porque han estado sin comer y beber bastante tiempo, con un dolor generalizado, de cabeza, de estómago... Los niños llegan en malas condiciones, muchos con malaria, pero por lo general la gente no llega en condición grave, sino más bien con el malestar de varios días de caminata, con heridas en los pies. Sobre todo, lo que presentan son necesidades de higiene, de agua y de comida.

Son familias grandes, que pueden tener entre cinco y siete hijos. Suele haber el doble de mujeres porque muchos hombres murieron durante los ataques y otros fueron reclutados por los insurgentes. Hay muchos niños huérfanos –sus padres han muerto o desaparecido– que están siendo cuidados por sus abuelas o por otros parientes. También hay algunas mujeres y adolescentes que llegan tras haber pasado un tiempo en campamentos de insurgentes, lavando ropa, cocinando, etc. Habían sido raptadas para realizar este tipo de labores y si no se unían, las mataban. Los desplazados llegan en peor condición psicológica que física debido a todo lo que han vivido.



En los meses finales de 2020 la tónica era ver llegar a entre 1.400 y 1.500 personas por semana embutidas en camionetas. El flujo se ha ralentizado algo en lo que va de año por la disminución momentánea de la violencia. Los recién llegados se quedan en el área de tránsito en Montepuez. Algunos siguen hacia otros distritos.

Hay dos campos de acogida situados en las afueras de la ciudad. En noviembre, había unas 3.000 personas en cada uno, pero ahora son unas 10.000. Otros son acogidos por familiares y conocidos en sus viviendas en la ciudad. En algunas casas donde antes vivían siete personas, ahora viven 30 o 40.

Los campos de desplazados de Montepuez no son campos al uso, sino más bien una especie de aldeas. A los desplazados se les da una pequeña parcela para construir una casa de adobe, una letrina, y también un terreno para cultivar. El proceso de obtención de estos terrenos no es rápido; algunos se quedan esperando semanas en la zona de tránsito, viviendo al raso.

Cuando consiguen el terreno, se tienen que buscar la vida y mientras construyen sus casas pasan tiempo a la intemperie.

Se limitan a sobrevivir. Las mujeres se levantan, van por agua, cultivan mandioca, judías, maíz o maní. Muchos se pasan el día sentados a la puerta de casa, sin salir, porque se sienten estigmatizados. Como los rebeldes proceden de las mismas zonas que ellos, sufren en ocasiones rechazo por parte de secciones de la población local.

Al poco de empezar a trabajar en Montepuez hubo un brote de cólera. Construimos un centro de tratamiento y apoyamos al Ministerio de Sanidad con la identificación y el manejo de casos. Ahora han bajado las admisiones aquí, pero la época de lluvias sigue. El hacinamiento en que viven algunos desplazados y las pésimas condiciones de agua y saneamiento son un caldo de cultivo para que se propaguen enfermedades como el cólera y otras.

También están aumentando los casos de COVID-19 y de malaria, pero mucha gente no tiene ni siquiera mosquiteros. Además, en Mozambique hay una alta prevalencia de VIH/sida; este afecta en torno a 13% de la población. Muchos desplazados han interrumpido el tratamiento, lo que les hace más vulnerables.

La salud materno-infantil es otro foco de preocupación porque muchas mujeres están pariendo donde pueden y no en centros de salud. Las estructuras de salud en las zonas de acogida son por lo general funcionales, pero con la llegada de tantos desplazados, muchas están colapsadas y no tienen suficiente personal sanitario o medicamentos.

A través de promotores de salud intentamos comprender qué necesitan tanto los desplazados como las comunidades de acogida: si son tratamientos simples, como por ejemplo malarías leves, pueden ser realizados *in situ* por nuestros agentes comunitarios.

Si se trata de casos más complicados los derivamos a los centros de salud y apoyamos a los pacientes con el transporte cuando es necesario. Nos encontramos con mucha gente que sufre enfermedades crónicas, sobre todo personas mayores postradas en la cama en casa sin poder moverse.

Más allá de la salud, la gente necesita de todo. Por eso, en colaboración con otras organizaciones, hemos construido pozos de agua y distribuido kits básicos de ayuda con utensilios de cocina, herramientas para la siembra, mantas o pastillas para la cloración del agua. Y, algo que es fundamental, necesitan apoyo psicosocial para abordar lo que han sufrido, pero el programa de salud mental en Mozambique no está muy desarrollado, así que es una de nuestras prioridades proporcionar este servicio”.



República Centroafricana ha logrado avances significativos en su respuesta al VIH durante los últimos cuatro años. Las nuevas infecciones por el VIH siguen disminuyendo y el número de personas que reciben terapia antirretroviral ha aumentado de menos de 25.000 en 2016 a más de 47.000 en 2019.

A pesar de este progreso, República Centroafricana sigue estando lejos de las metas 90-90-90. Menos de la mitad de las 100.000 personas que viven con el VIH en el país tienen acceso a tratamiento y el gobierno estima que menos de 20% de las personas en tratamiento tienen una carga viral indetectable. Para quienes están en tratamiento, la calidad de la atención es insuficiente. Estudios recientes revelaron una tasa muy alta de fracaso inmunológico y terapéutico entre las personas que viven con el VIH en tratamiento.

Varios factores contribuyen a esta situación, entre ellos la gestión hospitalaria, la falta de seguimiento biológico en las zonas rurales, la falta de recursos humanos y materiales en las instalaciones y laboratorios de salud y la ausencia de enfoques comunitarios que promuevan la adherencia al tratamiento y la información. Además de estos factores relacionados con el sistema, desde diciembre de 2020 el país enfrenta el resurgimiento de una crisis política y de seguridad, lo que dificulta el acceso al tratamiento.

Es necesario simplificar y adaptar la cascada de servicios relacionados con el VIH para tener en cuenta las preferencias y expectativas de los diferentes grupos de personas que viven con el VIH y, al mismo tiempo, reducir las cargas innecesarias sobre el sistema de salud. La atención centrada en las personas es ahora el objetivo de República Centroafricana.

El país tiene como objetivo diversificar, acelerar y generalizar los servicios diferenciados. La Iniciativa Catalítica promovida por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), con el apoyo financiero de Luxemburgo, está ayudando al país a lograr esta ambiciosa meta. Se ha dado un primer paso decisivo con la organización de una mesa redonda, titulada Iniciativa Catalítica sobre Servicios Diferenciados de VIH y Tuberculosis. La convocatoria reunió al Ministerio de Salud, el Comité Nacional de Lucha contra el Sida, la sociedad civil, las personas que viven con el VIH, las partes interesadas en la tuberculosis, las poblaciones clave, las organizaciones juveniles, la Organización de Naciones Unidas, Médicos Sin Fronteras y la Cruz Roja Francesa.

Los participantes revisaron los programas piloto de servicios diferenciados existentes en el país y los obstáculos relacionados con su implementación. Destacaron la urgente necesidad de ampliar los servicios diferenciados, particularmente en el contexto actual de creciente inseguridad y desafíos humanitarios que dificultan el acceso de las personas a los servicios de VIH y tuberculosis.

“Es en el contexto actual de crisis de seguridad donde el enfoque de servicios diferenciados es más valioso en República Centroafricana”, dijo Patrick Eba, Director del ONUSIDA para el país.

Los participantes acordaron las actividades a implementar y validaron el cronograma de implementación del proyecto para mejorar la calidad de la atención y el seguimiento biológico

de las personas que viven con VIH y pacientes con tuberculosis, estimulando la implementación de servicios diferenciados.

“Agradezco esta oportunidad que ofrece el ONUSIDA para eliminar los cuellos de botella y mejorar la gestión general del VIH”, dijo Marie-Charlotte Banthas Bata, directora de Control de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Población de la República Centroafricana.

“Las organizaciones comunitarias deben estar en el centro de la implementación de enfoques diferenciados”, dijo Welcome Gazalima, presidente de la Red Nacional de Asociaciones de Personas que Viven con el VIH en República Centroafricana.

Los próximos pasos clave serán la documentación de los enfoques diferenciados existentes en el país y el desarrollo de un documento de orientación nacional para ampliarlos.

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.