



Reporte Epidemiológico de Córdoba

7 DE MAYO
2021
REC 2.444

CÓRDOBA

- Se han registrado 119 casos de triquinelosis en lo que va del año

ARGENTINA

- Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años
- La provincia de Buenos Aires alcanzaría el pico de casos de COVID-19 antes que la CABA

AMÉRICA

- Bolivia: Muere una niña con síntomas de rabia en Cercado y solicitan declarar la emergencia
- Brasil: Los casos de malaria disminuyeron 10% en 2020
- Chile: Refuerzan el trabajo en terreno en Los Ríos ante el aumento de casos de hantaviriosis
- Estados Unidos: Muchas personas están evitando la segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19
- Estados Unidos: Alcanzar altos niveles de vacunación contra la COVID-19 para el verano puede evitar millones de casos
- Estados Unidos – Puerto Rico: Primera muerte por dengue de 2021

- Venezuela: La desconfianza en las autoridades debilita la prevención de la COVID-19

EL MUNDO

- Afganistán: El asesinato de varias vacunadoras pone en peligro la campaña de erradicación de la poliomielitis
- Alemania: Nuevo centro mundial de inteligencia sobre pandemias y epidemias
- Nepal: Se disparan los casos de COVID-19 y se teme que el brote pueda ser igual que el de India
- La vacuna intranasal contra la influenza mejora la respuesta inmunitaria

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado de la temática epidemiológica.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGO AUMAITRE // JORGE BENETUCCI //
PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // ANA CEBALLOS //
JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // FANCH DUBOIS //
SERGIO CIMERMAN // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ //
GUILLERMO CUERVO // ÁNGELA GENTILE // TOMÁS ORDUNA //
SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ //
DOMINIQUE PEYRAMOND // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES //
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS //
HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER //
NATALIA SPITALE // CARLA VIZZOTTI // LOLA VOZZA

Adherentes



El Ministerio de Salud de Córdoba, a través del Programa de Zoonosis, actualizó los datos sobre el brote de triquinelosis informado el pasado 27 de abril e insistió en la importancia de la consulta temprana ante síntomas compatibles con esta enfermedad.

La cartera sanitaria informó que hasta el 4 de mayo se reportaron desde distintos centros de salud de la provincia un total de 119 casos de triquinelosis, de los cuales 50 corresponden a personas oriundas de la localidad de Toledo, 23 a Lozada, 27 a Río Segundo, y 19 personas que poseen domicilio en la ciudad de Córdoba.



Todos los casos informaron el consumo de chacinados (salames) sin etiquetado. Los pacientes son asistidos de manera ambulatoria.

En este sentido, la provincia advirtió sobre los riesgos de consumir o comprar carne de cerdo de dudosa procedencia o sin la inspección sanitaria correspondiente.

Prevención

Frente a la detección de estos focos de triquinelosis, el Ministerio de Salud recordó a la población tener en cuenta las siguientes medidas de prevención:

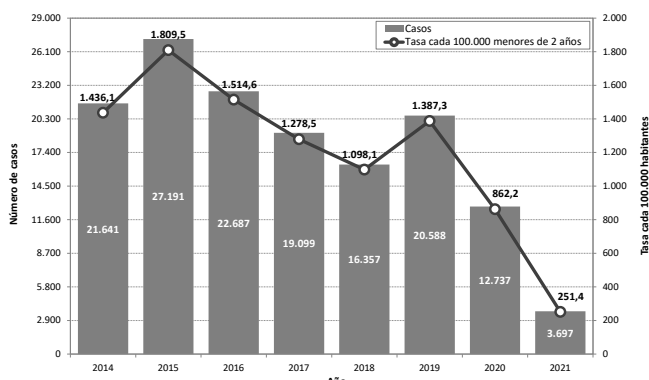
- No consumir carnes crudas y/o chacinados caseros que no hayan sido inspeccionados previamente a la elaboración.
- Verificar el rótulo o etiqueta de fabricación en todos los subproductos de cerdo que se adquieran. Debe leerse claramente lo siguiente: marca del producto; empresa responsable; número de habilitación nacional del establecimiento; fecha de elaboración y de vencimiento del producto; condición de mantenimiento en cuanto a temperaturas ambientales; y rótulo con la composición del producto.
- No consumir choripanes en puestos no autorizados o no habilitados.
- Recordar que la salazón y el ahumado de las carnes no son suficientes para destruir los parásitos presentes.
- Es importante remarcar que la comercialización de carne o sus derivados provenientes de establecimientos no autorizados está totalmente prohibida.

Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6.882	1.376,65	382	464,53	29	35,84
Buenos Aires	44.830	1.292,63	3.439	603,74	834	148,20
Córdoba	5.466	773,45	300	253,54	139	117,55
Entre Ríos	3.183	1.194,94	410	921,45	116	261,24
Santa Fe	3.385	524,98	296	275,61	29	27,17
Centro	63.746	1.141,20	4.827	523,50	1.147	125,62
Mendoza	3.560	880,93	632	944,27	284	427,78
San Juan	5.133	3.205,49	536	2.005,03	258	964,31
San Luis	847	869,95	152	925,84	81	490,26
Cuyo	9.540	1.441,94	1.320	1.199,12	623	568,09
Chaco	6.600	2.431,85	1.146	2.537,33	504	1.125,10
Corrientes	2.223	911,21	376	925,55	22	54,60
Formosa	3.614	2.632,89	291	1.276,23	2	8,85
Misiones	3.555	1.222,54	282	585,66	162	339,35
Noreste Argentino	15.992	1.695,13	2.095	1.336,59	690	443,95
Catamarca	799	971,98	142	1.032,76	38	277,01
Jujuy	5.058	3.155,56	483	1.802,00	103	385,21
La Rioja	1.028	1.331,61	208	1.581,46	95	714,98
Salta	10.275	3.120,10	1.257	2.293,59	376	689,59
Santiago del Estero	8.505	3.999,73	913	2.541,70	75	207,89
Tucumán	6.808	1.891,59	695	1.154,91	310	516,22
Noroeste Argentino	32.473	2.658,33	3.698	1.807,35	997	487,78
Chubut	891	728,05	138	673,83	22	107,41
La Pampa	711	1.082,63	108	987,60	58	531,77
Neuquén	1.262	912,36	113	496,70	58	258,02
Río Negro	1.595	1.104,78	237	982,51	91	377,86
Santa Cruz	935	1.219,21	116	889,46	6	45,35
Tierra del Fuego	390	1.200,41	85	1.508,91	5	86,30
Sur	5.784	997,37	797	821,97	240	247,49
Total Argentina	127.535	1.418,25	12.737	854,57	3.697	249,88

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 12. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 3.697 casos. La tasa de incidencia de este período equivale a 29,24% de lo correspondiente a igual intervalo de 2020. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico período del año 2020.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 12, equivale a 17,62% de la correspondiente al período 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia en comparación con el período 2014/2019.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 12. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En base a los datos de las primeras 12 semanas de los últimos ocho años, se observa que el año 2015 presenta el mayor número de casos, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado hasta el momento para 2021.

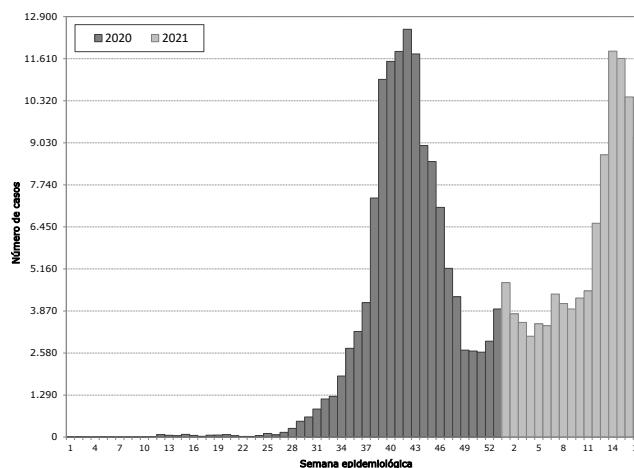
Investigadores de la carrera de Ingeniería en Computación de la Universidad Nacional de Tres de Febrero desarrollaron un modelo matemático denominado Modelo de Contagios Generalizado (MCG) que permite analizar los datos de propagación de la COVID-19 en Argentina y estimar cuándo se producen los picos de contagios en el país. De acuerdo al modelo, la provincia de Córdoba alcanzó el pico desde el comienzo de la segunda ola considerada a partir del 1 de marzo de 2021.

El modelo aporta el indicador *Mean Time Between Infections* (MTBI), que mide el promedio del tiempo que transcurre entre dos infecciones consecutivas en toda la población, correspondan o no al mismo individuo y estén o no separadas en distancia. Este indicador se mide en unidad de tiempo y se obtiene de los datos de infectados.

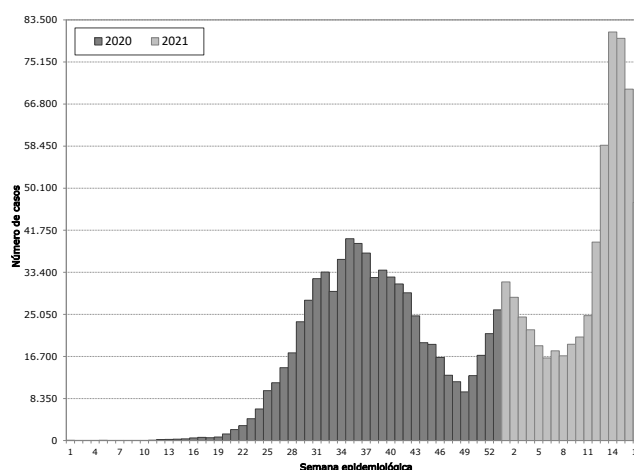
Al comienzo de la epidemia, este indicador va disminuyendo su valor ya que las infecciones se producen cada vez más rápido y al alcanzarse el pico en la tasa de contagios (número de infecciones por día) asume un valor casi constante. Luego del pico comienza a aumentar su valor, ya que las infecciones se producen más esporádicamente, de lo que se desprende que predecir el mínimo de este indicador equivale a predecir el momento en que se produce el pico en la tasa de contagios de la población.

Según el MTBI, Córdoba alcanzó el pico de contagios en un valor de 44,9 segundos el día 24 de abril y se observa que el indicador ha empezado a decaer para todos los distritos, lo que indica que se aproxima al mínimo.

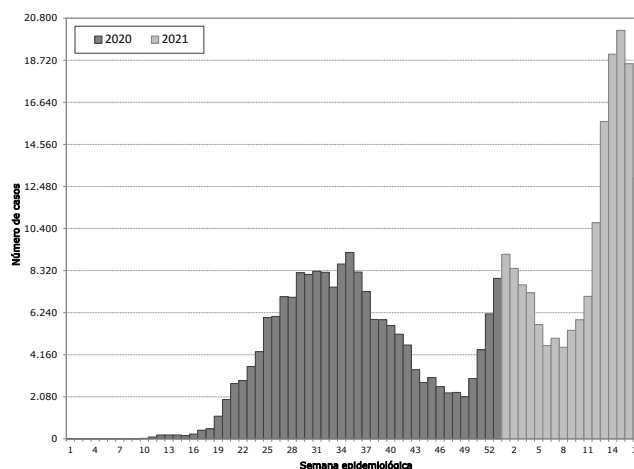
En el caso de la provincia de Buenos Aires el MTBI disminuye más lentamente que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por lo tanto alcanzaría el pico de contagios antes que la CABA.



Casos confirmados. Provincia de Córdoba. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 5 de mayo de 2021, 14:00 horas.



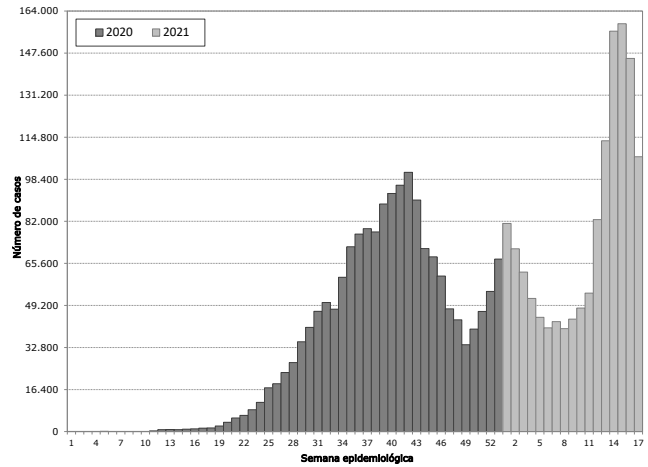
Casos confirmados. Provincia de Buenos Aires. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 5 de mayo de 2021, 14:00 horas.



Casos confirmados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 5 de mayo de 2021, 14:00 horas.

Los expertos también toman en cuenta los datos de la movilidad en la población indicada por el desplazamiento registrado en los dispositivos celulares. Se observa que hubo un aumento de 10% de la movilidad respecto del registro en el mes de enero, lo que provocó la suba de contagios. Actualmente la movilidad es mayor en algo más que 10% respecto de la que se registró en el pico de la primera ola durante el mes de octubre.

Según el MCG, si las condiciones de movilidad se mantienen, no se esperan grandes variaciones en el número de infectados diario. A su vez, una mayor restricción en la movilidad adelantaría el momento en el que se produzca el pico de contagios. Por otro lado, el indicador alcanzaría su mínimo aproximadamente en las próximas dos semanas.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 5 de mayo de 2021, 14:00 horas.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Servicio Departamental de Salud (SEDES) hace seguimiento a un nuevo caso sospechoso de rabia humana en el municipio de Cercado tras recibir el reporte de que una niña de 9 años falleció con síntomas de esta enfermedad.

“Si se confirma, con este serían cuatro casos de rabia humana y el segundo caso en Cercado. Este último es una paciente que aproximadamente el 16 de abril comenzó a presentar fiebre, vómitos y mareos”, señaló el 4 de mayo el jefe de Epidemiología, Yercin Mamani Ortiz.

Mencionó que la niña recibía atención en un establecimiento de salud de primer nivel, pero debió ser referida al Hospital del Niño ‘Dr. Manuel Ascencio Villarroel’ después de complicarse su estado de salud.

“La niña de 9 años ingresó con un diagnóstico de deshidratación grave, intoxicación folclórica y delirio. Se la catalogó como sospechosa de rabia humana. Un neurocirujano tomó una muestra de masa encefálica para ser remitida al laboratorio. Estamos aguardando los resultados”, precisó.

Mamani dijo que preparan informes técnicos para solicitar la declaratoria de emergencia por rabia en el municipio de Cercado para que las autoridades asignen más fondos para frenar la propagación del virus y se fortalezca la unidad de Zoonosis.

Los dos primeros casos se registraron en el municipio de Arbieta y el tercer caso que se confirmó se presentó en Cercado.

Los esfuerzos del Ministerio de Salud de Brasil en acciones estratégicas para combatir la malaria han dado resultados positivos en los últimos años. En 2020, se notificaron 140.974 casos de la enfermedad en el país, una reducción de 10,5% en comparación con 2019, cuando se notificaron 157.454 casos. Sin embargo, las cifras aún representan un escenario de alerta, especialmente en la Región Amazónica.

A pesar de la reducción de los casos de malaria, el año pasado el país registró un aumento de 32,6% en los casos de malaria por *Plasmodium falciparum*, una especie que causa formas graves de la enfermedad. *P. vivax* es la especie más prevalente, representando más de 80% de los casos de malaria en el país.

El 25 de abril, el Ministerio de Salud lanzó una campaña para orientar a la población y a los profesionales de la salud sobre la enfermedad, con recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en el tiempo recomendado, evitando casos graves y muertes.

La malaria en Brasil

Alrededor de 99% de los casos de malaria en el país se concentran en la Región Amazónica, en los estados de Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima y Tocantins.

“Para reducir el número de registros, es necesario asegurar la continuidad y fortalecimiento de las acciones de vigilancia de la enfermedad, la mejora en la oportunidad de diagnóstico y tratamiento, la respuesta rápida a brotes, la movilización social y la orientación en acciones de prevención de enfermedades para la población, fortalecer los niveles locales, además de la inversión continua, el liderazgo político y el compromiso de todos los involucrados en las acciones de vigilancia, prevención, control y eliminación”, destacó el Secretario de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, Arnaldo Correia de Medeiros.

Acciones

Ante los desafíos planteados por la pandemia de la COVID-19 en 2020, el Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria (PNCM) logró desarrollar diversas acciones, como estrategias de prevención, control y eliminación de la enfermedad.

Se destacó la realización de capacitaciones virtuales, enfocadas en las acciones del Proyecto de Promotores Municipales para la Prevención, Control y Eliminación de la Malaria, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El PNCM también realizó visitas técnicas, conferencias web y capacitaciones en línea sobre la guía de tratamiento de la malaria en Brasil con los estados, municipios y Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI).

Metas

A nivel estatal, 15 estados han logrado el objetivo de reducir o eliminar la malaria generalizada y 20 estados han logrado el objetivo de reducir la malaria por *P. falciparum* en su territorio. Sin embargo, 164 municipios brasileños no experimentaron reducciones.

En 2015, Brasil lanzó el Plan de Eliminación de la Malaria por *Plasmodium falciparum*. En 2021, el PNCM trabaja para eliminar la enfermedad en el país. Debido al aumento en el número de casos registrados en 2017, las metas de reducción se pactaron nuevamente con los estados, municipios y DSEI en 2019; la meta es reducir 90% para 2030 y la eliminación total de la enfermedad para 2035.

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Los Ríos está intensificando la labor en terreno y la prevención tras la confirmación del octavo caso de hantavirus de 2021, de los que tres han fallecido a la fecha por esta enfermedad.

Rita Herminia Mansilla Gómez, encargada del departamento de Zoonosis de Los Ríos, sostuvo que en general son personas jóvenes las que han contraído el virus, cuyos síntomas son similares a los de la COVID-19.



La profesional, detalló además que en las fiscalizaciones en terreno se han encontrado con situaciones que aumentan la probabilidad de contagios en trabajadores, como en el caso de las forestales, que instalan baños a las afueras de la zona de faenas.

La encargada de Zoonosis de la Región de Los Ríos comentó además que esta temporada el número de ratones portadores del virus pudo haber crecido ante el acceso a distintos tipos de frutos.

Cabe mencionar que la mayoría de los casos registrados en los Ríos se han concentrado en la parte norte de la región, como en el caso de Panguipulli, donde un joven de 27 años es el último contagiado, quien permanecerá en el Hospital Base de Valdivia mientras se evalúa la derivación a un establecimiento con sistema de oxigenación extracorpórea.

La autoridad recordó “que el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), portador de este virus, está presente en esta región, por eso, si se realizan actividades de riesgo como entrar a una bodega oscura, que no ha sido ventilada por mucho tiempo o se va a recolectar frutos silvestres o recoger leña, se debe usar mascarilla N95 para evitar el contagio”.



Cuando los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#) de Estados Unidos informaron recientemente que casi 8% de las millones de personas que recibieron la primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 no habían vuelto a aplicarse la segunda que necesitaban, surgió la preocupación de que el país no pueda alcanzar la inmunidad comunitaria.

Pero los expertos en salud dicen que lo más sorprendente es lo bajo que es ese número, lo que apunta a la necesidad de informar a la gente sobre la importancia de esa segunda dosis para su propia protección y la de los demás en una pandemia... y para hacerles saber que no es demasiado tarde para conseguirla.

Dos de las vacunas que se utilizan en Estados Unidos –la de Pfizer/BioNTech y la de Moderna– requieren que la gente se aplique una segunda dosis para obtener la máxima protección que las vacunas pueden proporcionar.

Sobre este tema, los expertos en salud afirman que no es raro que la gente se abstenga de la segunda dosis requerida para una vacuna.

Por ejemplo, la tasa de omisión de la segunda dosis de la vacuna que previene el herpes zóster fue de [alrededor de 26%](#) entre los beneficiarios de Medicare.

Los CDC dijeron que el número de personas que perdieron su dosis –5 millones– puede no ser exacto.

Si una persona recibió las dos dosis de diferentes instituciones –por ejemplo, primero de una clínica estatal y luego de una clínica de salud local–, puede que no hayan sido vinculadas por las bases de datos, dijo una portavoz de los CDC.

“Sin embargo, las razones que explican el retraso o la ausencia de las segundas dosis requieren un análisis más profundo”, agregó la portavoz, y las autoridades deben trabajar para entender si esto se debe al acceso o a la indecisión de la vacuna.

Razones y excusas que da la gente para saltarse la segunda dosis

Varias personas informaron que se pusieron la segunda dosis en un lugar distinto al de la primera, y los administradores del primer sitio se comunicaron con ellas en repetidas ocasiones para programar una cita para una segunda dosis, que ya se había administrado en otro lugar.

Sin embargo, es cierto que algunas personas no reciben su segunda dosis.

El miedo a los efectos secundarios de la segunda dosis –que al parecer son más fuertes que los de la primera para algunas personas– junto con la dificultad para conseguir una cita y encontrar el momento para ello son algunas de las razones que la gente da sobre no recibir la segunda inyección.

La segunda dosis de la vacuna de Pfizer debe administrarse 21 días después de la primera. Para la de Moderna, la segunda dosis es 28 días después.

Cuando el Dr. Ashish Jha, decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Brown recibió su segunda dosis, “fue en un día horriblemente inoportuno, y traté de cambiarlo. Me dijeron: ‘Tienes que presentarte este día a esta hora’”, comentó.

“Mi sensación es que mucho de esto es difícil de conseguir. La gente falta a las citas, la gente falta a las citas con el médico”, afirmó Jha.

“No creo que la gente dude o no quiera conseguir su segunda dosis”, agregó Jha. “Es difícil conseguirla, y especialmente dos dosis seguidas”.

Una solución: hacer más fácil de obtener esa segunda dosis

“Creo que en lo que realmente se debe trabajar es en hacer que la vacunación sea una opción fácil y conveniente”, dijo Leana Wen, analista médica. “Es realmente importante todo lo que se pueda hacer para llevar las vacunas a las consultas médicas, a las farmacias, a los lugares de trabajo, a las escuelas, dondequiera que esté la gente”.

Dentro de la Red del Hospital Universitario St. Luke’s de Pennsylvania, la tasa de éxito en la vacunación completa de las personas es de 99%, dijo el Dr. Jeffrey Jahre, experto en enfermedades infecciosas de ese centro, en parte porque la red facilitó la obtención de la segunda cita, pues se asignó cuando se administró la primera dosis.

Después, la red hizo un seguimiento con múltiples recordatorios de la cita –con cinco días de anticipación, con tres días de antelación y un día antes–, y a los que no pudieron acudir a esa cita “se les dio una manera sencilla para cambiarla”, indicó Jahre.

Más de 43% de la población estadounidense recibió la vacuna al menos una vez, y 30% está totalmente vacunado, según datos de los CDC. Y en muchos lugares del país, cada vez es más fácil vacunarse a medida que aumenta la oferta y disminuye la demanda.

Una solución quizá más difícil: combatir las ideas falsas

Asimismo, otra razón por la que la gente puede saltarse la segunda dosis es que no entiende su importancia o está mal informada. Y eso puede ser más difícil de solucionar.

“Algunas personas se saltan la segunda dosis porque creen que la primera les ofrece suficiente protección”, dijo Wen.

La gente dice: “Oh, estoy bien. No tengo tanto riesgo, así que solo necesito una vacuna”, comentó Wen. “Y otras personas creen que una sola vacuna les dará, de alguna manera, suficiente protección. La segunda es solo por si acaso. Pero eso no es cierto”.

“No quiero que piensen que tienen inmunidad contra la COVID-19 cuando en realidad no la tienen, porque únicamente recibieron la primera dosis”, explicó Wen.

Personas mal informadas

De hecho, la mayoría de los estadounidenses pueden estar mal informados sobre el momento de la inmunidad tras la vacunación, según un nuevo [comentario](#).

Los autores analizaron los resultados de una encuesta realizada a 1.027 adultos estadounidenses entre el 11 y el 15 de febrero a través de un panel creado por el National Opinion Research Center.

Alrededor de 20% de los encuestados creía que las vacunas proporcionaban una fuerte protección después de la primera dosis, y otro 36% no estaba seguro.

Solo 44% de las personas vacunadas declaró que las vacunas daban una “fuerte protección” entre una y dos semanas después de la segunda dosis, tal y como establecen las directrices de los CDC.

“A pesar de los esfuerzos actuales, muchos estadounidenses, incluidos los que ya han recibido una primera dosis de la vacuna, siguen confundidos sobre el momento de la protección y la necesidad de una segunda dosis”, escribieron los autores.

A principios de este año, hubo un debate público entre las autoridades sanitarias sobre el retraso de las segundas dosis para centrarse en la creación de una inmunidad parcial en una franja más amplia de la población antes de dar a todos la segunda dosis. Ese debate puede contribuir a que el público no entienda la importancia de la segunda dosis, dijeron los autores.

Una dosis no es suficiente

Es más, la primera dosis solo prepara el sistema inmunológico, y luego la segunda lo refuerza. Esto la convierte en una mejor opción para obtener inmunidad.

Aunque hay cierta protección después de la primera dosis, no está claro cuánto dura, y no se acerca a lo que ofrece la inmunización completa.

“Hay una diferencia de 36 veces entre la vacunación completa y la parcial”, señaló el Dr. Anthony Stephen Fauci en una sesión informativa el 30 de abril.

Dudas sobre la inmunidad comunitaria

Y luego está la cuestión de si el país puede obtener la inmunidad comunitaria –lo que significa que entre 70% y 85% de la población sea inmune– si el número de personas que no optan por la segunda dosis sigue aumentando.

Asimismo, para llegar a donde se quiere en términos de inmunidad comunitaria, hay que tener la resistencia a largo plazo, hay que tener continuidad. Y es muy importante que la gente reciba esa segunda dosis.

Y es ciertamente un problema ese 8% que no recibe la segunda dosis: es necesario que las personas estén totalmente vacunadas para proteger también a los demás.

La gente también debe saber que si se encuentra entre el 8% que solo recibió la primera dosis de Moderna o de Pfizer/BioNTech, puede que no sea demasiado tarde para recibir esa segunda dosis.

Según los CDC, si “no es posible respetar el intervalo recomendado y es inevitable un retraso en la vacunación”, la segunda dosis de las vacunas Pfizer-BioNTech y Moderna puede administrarse hasta seis semanas –o 42 días– después de la primera dosis.

Un estudio reciente estimó las vidas, las hospitalizaciones y los costos que pueden ahorrarse, incluso con aumentos relativamente pequeños de la cobertura de vacunación, alcanzando antes los niveles de cobertura de vacunación contra la COVID-19, a finales del verano frente al otoño/invierno.

El equipo de investigación desarrolló un modelo de simulación por ordenador de todo Estados Unidos y de la propagación del SARS-CoV-2 por todo el país. Utilizando el modelo, pudieron simular la vacunación de diferentes proporciones de la población a diferentes ritmos con diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19.

Al igual que las personas reales, cada una de estas personas virtuales podría infectarse con el virus y desarrollar diferentes síntomas a lo largo del tiempo y, dependiendo de la gravedad de esos síntomas, visitar urgencias u hospitales. Éstos, a su vez, tendrían costos asociados, lo que permitiría el seguimiento de diversos costos médicos y pérdidas de productividad.

El estudio demostró que pasar de una cobertura de vacunación de 30 a una de 40% podría ahorrar 24,3 millones de casos y 33.100 millones de dólares en costos médicos directos y pérdidas de productividad. Pasar de una cobertura de 50 a 70% podría ahorrar 9,5 millones de casos y 10.800 millones de dólares en costos médicos directos y pérdidas de productividad.

De hecho, incluso un aumento relativamente pequeño de la cobertura vacunal puede evitar miles de casos y vidas y cientos de millones en costos. Por ejemplo, los resultados del modelo mostraron que cada aumento de 1% entre 40 y 50% de la población estadounidense vacunada antes del otoño puede evitar 1,6 millones de casos, 60.190 hospitalizaciones y 7.100 muertes y ahorrar 674,2 millones de dólares en costos médicos directos y 1.500 millones en pérdidas de productividad. Cada aumento de 1% entre 50 y 70% puede evitar 473.900 casos, 17.600 hospitalizaciones, 2.000 muertes y 537 millones en costos médicos directos y pérdidas de productividad.

El estudio también destacó la importancia de alcanzar niveles de cobertura más altos lo antes posible. Por ejemplo, acelerar la vacunación para alcanzar una cobertura de 50% en julio de 2021 en lugar de octubre de 2021 podría ahorrar 5,8 millones de casos adicionales, 215.790 hospitalizaciones, 26.370 muertes, 3.500 millones de dólares en costos médicos directos y 4.300 millones de dólares en pérdidas de productividad.

Los resultados sugirieron que sería especialmente importante conseguir que el mayor número posible de personas se vacunara antes del inicio del invierno. El modelo incorporó los cambios en la transmisión del virus que se produjeron con el cambio de estación en 2020, cuando se produjeron repuntes durante los meses de invierno, y proyectó lo que podría ocurrir en 2021.

Por ejemplo, si se vacuna a 50% de la población estadounidense en octubre de 2021 en lugar de a finales de diciembre de 2021, se ahorrarían 6,6 millones de casos, 252.260 hospitalizaciones, 29.380 muertes, 4.000 millones de dólares de costos médicos directos y 8.000 millones de dólares de pérdidas de productividad.

El 4 de mayo se reportó la primera muerte del año por dengue en Puerto Rico y el titular del Departamento de salud, Carlos Mellado López, solicitó a la ciudadanía no bajar la guardia ante las enfermedades arbovirales y tomar las medidas de prevención para evitar criaderos de mosquitos portadores del dengue, como lo son los neumáticos.

La víctima de dengue fue una mujer de 42 años del Área Metropolitana de Puerto Rico. Otro caso de dengue similar también es analizado.

“Nuestro llamado es a la prevención. Estamos a tres semanas de que inicie la época lluviosa y queremos que todas las familias sepan que más allá de la COVID-19, el dengue continúa estando allá fuera”, indicó.

“Los casos han ido en aumento y no queremos perder más vidas a causa del dengue. Es responsabilidad de todos tomar acción y establecer las medidas para eliminar recipientes o envases que fomenten el estancamiento del agua en los patios”, resaltó Mellado tras anunciar que próximamente comenzará una campaña de orientación a la ciudadanía sobre el dengue.

Los casos de dengue y fiebre zika

De acuerdo al informe de Salud, los municipios de la Isla con mayor cantidad de casos identificados fueron San Juan (127), Bayamón (21), Carolina (19), Guaynabo (14), Trujillo Alto (11), Toa Baja (7) y Guayama (7). Los niños de entre 5 y 9 años fueron los más propensos a adquirir el virus Dengue.

“Al mismo tiempo que nos cuidamos de la COVID-19, no podemos olvidarnos del dengue. En lo que va del año se han registrado 97 hospitalizaciones, de los cuales 13 casos han sido severos y uno fatal”, agregó el titular de la agencia.

Durante el año 2020, se identificaron 844 casos confirmados y 321 hospitalizaciones; sin embargo, no hubo fallecimientos relacionados con el dengue, lo que se atribuye a la emergencia de salud pública vinculada a la COVID-19.

El funcionario también advirtió sobre la fiebre zika, ya que dijo que se presentaron 13 casos y se reportaron cuatro hospitalizaciones y en el grupo de edad de 15 a 19 años. Al momento, no se ha identificado ningún caso de fiebre chikungunya en la isla.

Emergencia de neumáticos

El desecho de neumáticos, que son lugar de cría para los mosquitos transmisores de enfermedades, detonó el 5 de mayo un “estado de emergencia ambiental” decretado por el gobernador Pedro Rafael Pierluisi Urrutia.

Esto se debe al exceso de neumáticos usados y desechados en gomerías y otras instalaciones en la isla, los cuales bien podrían ser usados para asfalto en las autovías.

Pierluisi activó los mecanismos necesarios para el manejo y disposición de los neumáticos y propuso que los materiales de las gomas de vehículos de motor puedan ser utilizados para asfalto y productos finales a base de caucho, entre otros fines.

En Venezuela, una encuesta halló que si bien muchos conocen las medidas preventivas contra la COVID-19 y son optimistas sobre los esfuerzos internacionales para superar la pandemia, hay cierto pesimismo sobre las posibilidades del país para controlar los contagios.



Esta desconfianza debe considerarse un punto crítico a la hora de diseñar estrategias de salud pública para prevenir la enfermedad, concluyó un [artículo](#) que presentó los resultados del relevamiento que analizó las actitudes hacia la pandemia.

La encuesta compartida online (correo electrónico, Whatsapp, Twitter y Facebook) fue respondida por 3.122 personas mayores de 18 años. Los resultados mostraron que entre los venezolanos que respondieron hay mayor conocimiento sobre la COVID-19 que en Ecuador y Colombia, pues contestaron correctamente 85,8% de diferentes preguntas vinculadas a la pandemia. En comparación con estudios similares, 76,8% de los colombianos respondieron correctamente y 82,3% entre los ecuatorianos.

Sin embargo, más de 60% de los encuestados expresaron falta de credibilidad en las capacidades del país para controlar el virus, aunque más de 63% sí ve positivamente las estrategias internacionales contra la enfermedad.

La grave situación del país alimenta esta percepción negativa. La crisis humanitaria y económica vigente en Venezuela desde 2014 solo está empeorando, y ha producido tasas de pobreza extrema de casi 80%.

La confianza hacia las autoridades es vital en una estrategia de control de la enfermedad. Es necesario que la población tenga –y sienta que tiene– el apoyo de sus gobernantes para mantener medidas tan extremas como el confinamiento.

La población padece el colapso de los servicios básicos –como agua, electricidad y gas–, por lo que hay un escepticismo generalizado hacia el funcionamiento de todo el sector público.

Hasta el 25 de abril, Venezuela había reportado 191.518 casos de COVID-19 desde el inicio de la pandemia, con 2.047 muertes. Sin embargo, también hay dudas sobre los datos, debido a la opacidad y la falta de transparencia con la que se han manejado las cifras de salud en el país.

Prevención a reforzar

Mayor conocimiento sobre la pandemia no necesariamente se traduce en mayor obediencia a las medidas preventivas, pues casi una cuarta parte de los encuestados venezolanos informaron que acudieron a lugares concurridos la semana anterior a la consulta, un número más alto que en Colombia y Ecuador.

Las mismas condiciones de crisis hacen difícil cumplir con las recomendaciones: por ejemplo, se puede saber que hay que lavarse las manos constantemente, pero es imposible si no se cuenta con agua potable.

Hombres, menores de 30 años, personas con menor grado de instrucción y quienes se dedican a trabajos manuales son los grupos que menos se adhieren a las prácticas preventivas en Venezuela.

Estudiantes y hombres jóvenes suelen autoperibirse como “invencibles” frente a la COVID-19, por lo que se necesitan mensajes de salud pública eficaces para ellos, indica el artículo.

Entre quienes desempeñan labores manuales hay otros obstáculos para la prevención, como la necesidad de trabajar en grupo y el agotamiento físico, que dificulta el uso del barbijo. La recomendación de los investigadores en este caso es que las políticas preventivas se enfoquen en mejorar las condiciones de trabajo.

Gul Meena Hotak estaba haciendo su ronda rutinaria, yendo de puerta en puerta para vacunar contra la poliomielitis en la ciudad de Jalalabad, situada en el este de Afganistán, cuando oyó disparos.

La preocupación más inmediata de esta joven de 22 años fue saber el estado en el que se encontraban su amiga Negin y otras compañeras que estaban cerca del lugar donde se produjeron los hechos. “Negin y mi supervisora estaban en un barrio cercano cuando un hombre armado se acercó y les disparó. Mi supervisora escapó, aunque con heridas de bala, pero Negin murió en el acto”, dijo Hotak.



Una sanitaria administra una vacuna a un niño durante la primera campaña contra la poliomielitis de 2021 en Afganistán.

Traumatizada y asustada, Hotak volvió a su oficina, donde se enteró de que otras compañeras habían sido víctimas de otro ataque. Otras dos vacunadoras contra la poliomielitis, Samina y Basira, que al igual que Negin eran conocidas por su nombre de pila, fueron asesinadas en la ciudad de Jalalabad.

Ningún grupo se ha atribuido por el momento la autoría de los atentados ocurridos el pasado 30 de marzo, que forman parte de una oleada de asesinatos en Afganistán desde que Estados Unidos firmó un acuerdo con los talibanes el año pasado. La [Comisión Independiente de Derechos Humanos de Afganistán](#) registró 2.250 asesinatos en 2020, un aumento de 169% desde 2019.

Tras los asesinatos, las campañas contra la poliomielitis, vitales para la erradicación de la enfermedad, quedaron suspendidas en toda la provincia. En estos momentos permanecen pausadas en al menos tres distritos, incluida la ciudad de Jalalabad.

“La situación en las provincias del sur y del este ha sido problemática durante muchos años debido a las prohibiciones impuestas por los talibanes, así como por el Estado Islámico de Irak y el Levante (ISIS), que controló durante un corto periodo de tiempo algunas partes del país. No permitieron las campañas de vacunación puerta a puerta”, indicó Merjan Rasekh, responsable de sensibilización del programa de erradicación de la poliomielitis del Ministerio de Sanidad.

La violencia se ceba con las mujeres

Afganistán es, junto con Pakistán, uno de los últimos países del mundo donde la poliomielitis sigue siendo endémica. Según Rasekh, los talibanes no están en contra de la vacunación como tal, pero desconfían de las campañas, ya que temen que el personal que inmuniza contra la poliomielitis sea utilizado para obtener información sobre su paradero. “Pero los recientes asesinatos de las trabajadoras han sido espantosos y no tienen precedentes en la historia de nuestras campañas de inmunización”.

Las mujeres que participan activamente en la vida pública han sido el principal blanco de ataque de esta nueva ola de violencia. En la ciudad de Jalalabad se habían producido seis asesinatos en los cuatro meses anteriores a los ataques contra las trabajadoras de la poliomielitis. “No habíamos recibido ninguna amenaza ni advertencia antes del ataque, pero la violencia y los asesinatos se están convirtiendo en parte de nuestra vida cotidiana. Están matando a mujeres periodistas y activistas todos los días”, dijo Hotak, que ahora teme por su vida.

Además de estos problemas de seguridad, las trabajadoras de Afganistán se enfrentan a muchos problemas. En una sociedad profundamente conservadora, las mujeres que trabajan rompen los estereotipos y las normas culturales. “Nos acosan, nos maltratan; algunos utilizan un lenguaje ofensivo. Hay veces que la gente nos echa de sus barrios, pero seguimos con nuestro trabajo”, dijo Hotak.

A raíz de los asesinatos, muchas mujeres afganas han dejado sus trabajos. “Hay una presión tremenda sobre las mujeres –por parte de sus familias–, y muchas de nuestras voluntarias no están dispuestas a reincorporarse a las campañas. Al menos la mitad de ellas tiene ahora miedo de salir de sus casas”, dijo Hotak. Enikass TV, un medio de comunicación de la provincia oriental, pidió a sus empleadas que dejaran temporalmente de acudir al trabajo tras el asesinato de [cuatro trabajadoras](#).

Preocupación por el aumento de casos

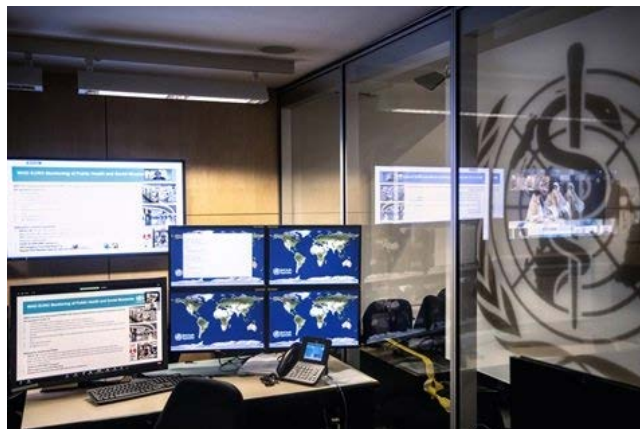
Rasekh reconoció que obligar a las mujeres a abandonar la vida pública tendría, sin duda, un impacto negativo en la sociedad, en este caso en la campaña contra la poliomielitis. “En el contexto afgano, las trabajadoras se encuentran entre el personal de primera línea más importante. Porque culturalmente, las madres afganas de los hogares conservadores no pueden salir a la calle ni permitir que un hombre entre en la casa para vacunar a sus hijos. Pero las vacunadoras pueden acceder a estos hogares e incluso convencer a las personas que tengan dudas”.

Con menos mujeres dispuestas a ser voluntarias o a trabajar en la campaña, el departamento que gestiona la operación contra la poliomielitis teme un aumento de los casos en los próximos meses y un retroceso en el progreso logrado durante años.

El país ya ha tenido 56 casos –la cifra más alta en 20 años– durante los confinamientos por la pandemia. “En 2020, solo tuvimos dos casos en la región oriental, gracias a los esfuerzos de las numerosas mujeres que trabajan en esta campaña. Pero ahora nos preocupa mucho el incremento de casos si las mujeres no pueden retomar el trabajo por los problemas de seguridad”, indicó el Dr. Jan Mohammad, coordinador de la campaña nacional.

A pesar de las dificultades, algunas mujeres no están dispuestas a dar un paso atrás. “Sí, tengo miedo, pero no puedo rendirme ahora porque para estos niños es una cuestión de vida o muerte”, dijo Hotak, que está dispuesta a volver al trabajo en cuanto se reanude la campaña. “Si dejamos el país en manos de los insurgentes, lo destruirán”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Alemania establecerán un nuevo centro global para la innovación en inteligencia, datos, vigilancia y análisis de pandemias y epidemias. El Centro, con sede en Berlín y trabajando con socios de todo el mundo, liderará las innovaciones en análisis de datos en la red más grande de datos globales para predecir, prevenir, detectar, prepararse y responder a riesgos de pandemias y epidemias en todo el mundo.



La Canciller de Alemania, Dra. Angela Dorothea Merkel, dijo: “La actual pandemia de COVID-19 nos ha enseñado que solo podemos luchar juntos contra las pandemias y las epidemias. El nuevo Centro de la OMS será una plataforma mundial para la prevención de las pandemias, que reunirá a varios organismos gubernamentales, académicos y privados del sector. Estoy encantado de que la OMS haya elegido Berlín como su sede e invito a socios de todo el mundo a contribuir al centro de la OMS”.

El Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias de la OMS es parte del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y será una nueva colaboración de países y socios en todo el mundo, impulsando innovaciones para aumentar la disponibilidad y el enlace de datos diversos; desarrollar herramientas y modelos predictivos para el análisis de riesgos; y monitorear las medidas de control de enfermedades, la aceptación de la comunidad y la infodemia. Fundamentalmente, el Centro de la OMS apoyará el trabajo de los expertos en salud pública y los formuladores de políticas en todos los países con conocimientos para que puedan tomar decisiones rápidas para prevenir y responder a futuras emergencias de salud pública.

“Necesitamos identificar los riesgos de una pandemia y una epidemia lo más rápido posible, dondequiera que ocurran en el mundo. Para ese objetivo, necesitamos fortalecer el sistema de vigilancia de alerta temprana global con una mejor recopilación de datos relacionados con la salud y análisis de riesgo interdisciplinario”, dijo Jens Spahn, Ministro de Salud de Alemania. “Alemania se ha comprometido constantemente a apoyar el trabajo de la OMS en la preparación y respuesta a emergencias sanitarias, y el Centro de la OMS es una iniciativa concreta que hará que el mundo sea más seguro”.

Trabajando con socios a nivel mundial, el Centro de la OMS impulsará una ampliación de la innovación para las capacidades existentes de predicción y alerta temprana en la OMS y los Estados Miembros. Al mismo tiempo, el Centro de la OMS acelerará las colaboraciones globales entre las organizaciones del sector público y privado, el mundo académico y las redes de socios internacionales. Les ayudará a colaborar y co-crear las herramientas necesarias para gestionar y analizar datos para la vigilancia de alerta temprana. También promoverá un mayor acceso a los datos y la información.

“Una de las lecciones de la COVID-19 es que el mundo necesita un avance significativo en el análisis de datos para ayudar a los líderes a tomar decisiones informadas sobre salud pública”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Esto requiere aprovechar el potencial de tecnologías avanzadas como la inteligencia artificial, combinar diversas fuentes de datos y colaborar en múltiples disciplinas. Mejores datos y mejores análisis conducirán a mejores decisiones”.

En Nepal se está desarrollando una situación que luce escalofriantemente familiar: los casos de COVID-19 se están disparando, los hospitales están abrumados y el primer ministro del país está pidiendo ayuda a otras naciones.

Nepal está informando alrededor de 20 casos diarios de COVID-19 cada 100.000 habitantes, aproximadamente el mismo número que India informaba hace dos semanas.



El fin de semana pasado, 44% de las pruebas de COVID-19 de Nepal dieron positivo, según cifras gubernamentales citadas por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), que advirtió sobre una crisis inminente.

“Lo que está sucediendo en India en este momento es un anticipo horrible del futuro de Nepal si no podemos contener este último aumento de la COVID-19 que está cobrando más vidas por minuto”, dijo la presidenta de la Cruz Roja de Nepal, el Dr. Netra Prasad Timsina.

La rápida propagación del virus ha suscitado temores de que Nepal esté al borde de una crisis tan devastadora como la de India, si no peor.

Nepal tiene un sistema de salud frágil, con menos médicos per cápita que India y una cobertura de vacunación más baja que su vecino. La alta tasa de positividad de los testeos en el país sugiere que no se están detectando suficientes casos.

Los eventos públicos masivos, incluidos festivales, reuniones políticas y bodas, han permitido que los casos se propaguen, junto con la complacencia de la población en general y la lenta acción del Gobierno.

“La situación empeora día a día y puede salirse de control en el futuro”, dijo el 3 de mayo el Dr. Samir Adhikari, portavoz del Ministerio de Salud y Población de Nepal.

Aunque Nepal ha reforzado las fronteras e impuesto cierres en sus regiones más afectadas, incluida la capital, algunos temen que no sea suficiente para contener el virus a medida que se propaga por la capital e incluso hasta el campamento base del Everest.

Una frontera porosa

Sin oxígeno, varias personas mueren en hospital de India 3:32

Hace solo un mes, esta nación del Himalaya de 31 millones de habitantes informaba alrededor de 100 casos al día. Ahora son más de 8.600.

Algunos han culpado de eso a la furiosa segunda ola de India que se extendió a Nepal, que comparte una frontera terrestre larga y abierta con su vecino.

Los nepalíes no necesitan mostrar su pasaporte o tarjeta de identificación para ingresar a su país, y muchos tienen negocios en India y viceversa, lo que significa que el tráfico transfronterizo es alto. “En las últimas semanas, algunos indios han huido de la segunda ola de su país, con la esperanza de acceder a la atención médica en Nepal o escapar a un tercer país”, dijo Adhikari.



“Es muy difícil detener toda la movilidad entre los dos países”, agregó.

En los últimos días, Nepal endureció esas reglas. Los ciudadanos nepalíes ahora solo pueden cruzar desde India en 13 de los 35 puntos fronterizos, según el ministro de Relaciones Exteriores de Nepal, Pradeep Kumar Gyawali.

“Pero los repatriados deben ser examinados en la frontera”, informó Shankar Bahadur Bista, subdirector de distrito del distrito de Banke, que limita con India.

“Cualquiera que tenga un resultado negativo puede irse a casa, pero los casos positivos deben ingresar a una instalación de cuarentena u hospital”, agregó.

Sin embargo, el Dr. Sameer Mani Dixit, un científico de investigación en salud pública con sede en Nepal, dijo que esas medidas llegaron demasiado tarde: el virus ya se estaba propagando por el país.

Reuniones a gran escala

La crisis de Nepal comenzó a forjarse a principios de abril, cuando el primer ministro del país, Khadga Prasad Sharma Oli, promocionó otro remedio no probado para la COVID-19.

Oli dijo que la enfermedad podría tratarse haciendo gárgaras con hojas de guayaba, añadiendo ese a sus comentarios ridiculizados el año pasado de que los nepalíes tenían un sistema inmunológico más fuerte debido a su ingesta diaria de especias.

A medida que avanzaba abril, los nepalíes se reunieron para los festivales religiosos en casa y al otro lado de la frontera en India, donde los devotos nepalíes se unieron a los hindúes que se bañaban en el Ganges para la *Kumbhamela*, una de las reuniones religiosas más grandes del mundo.¹

Entre ellos se encontraban el antiguo rey de Nepal Gyanendra Bir Bikram Shah Dev y la reina Komal Rajya Lakshmi Devi Shah, que fueron ingresados con COVID-19 en el Norvic International Hospital de Katmandú a su regreso a Nepal.

Aproximadamente al mismo tiempo, miles de nepalíes se reunieron en la capital para celebrar el principal festival religioso Pahan Charhe. Otros se reunieron en Bhaktapur, una ciudad cercana para celebrar Bisket Jatra, a pesar de que las autoridades les ordenaron no hacerlo. Un cartel en apoyo del evento decía: “Nuestro festival es más querido que nuestras vidas para nosotros”.

¹ En el marco del hinduismo, la *Kumbhamela* es un peregrinaje que se realiza cuatro veces cada doce años, y tiene lugar, por turno, en los siguientes lugares santos: Prayagraj (en Uttar Pradesh), Haridwar (en Uttarakhand), Ujjain (en Madhya Pradesh) y Nasik (en Maharashtra).

Cada ciclo de doce años, cuando según la astrología védica, Júpiter entra en la constelación de Acuario, incluye un *mahā kumbhamela* en Prayagraj, en las riberas del Ganges, en la que participan varios millones de personas, lo que hace que probablemente sea el mayor peregrinaje que se celebra en el mundo. Las estimaciones consideran que en las tres semanas del *mahā kumbhamela* de 2001, se dieron cita 70 millones de personas.

El 24 de abril, cuando el país informó más de 2.400 nuevos casos, los medios de comunicación se agruparon alrededor de Oli cuando inauguró un nuevo Dharahara, para reemplazar una torre destruida en el mortal terremoto de 2015.

Cinco días después, el 29 de abril, cuando los casos diarios se habían duplicado a más de 4.800, el Gobierno impuso un confinamiento de dos semanas en la capital. Al día siguiente, el Ministerio de Salud y Población admitió que estaba sobrepasado.



Devotos nepalíes en el Bisket Jatra en Taumadi, Bhaktapur, Nepal.

“A medida que el número de infecciones ha aumentado más allá del control del sistema de salud, se ha vuelto difícil proporcionar camas de hospital para la atención”, dijo el ministerio el 30 de abril.

Oli dijo el lunes que el virus se había disparado en Nepal a pesar del “máximo esfuerzo” del Gobierno para contenerlo.

“Dado que vivimos en un mundo interconectado, pandemias como esta no perdonan a nadie y nadie está a salvo”, dijo.

La falta de acción del Gobierno ha enfurecido a la gente en Nepal. Los expertos dicen que, si bien podría no haber sido posible prevenir una segunda ola, el gobierno podría haber hecho más para controlarla.

El analista político Surendra Labh dijo que era inapropiado dejar que los festivales siguieran adelante y argumentó que tales eventos, junto con las ceremonias de boda, habían empeorado el brote.

“Creo que el Gobierno no está manejando bien el brote... el Gobierno está más enfocado en su propia política”, dijo.

El experto en salud Suresh Panthee, uno de los fundadores del Instituto de Estudios e Investigaciones Sostenibles en Nepal, dijo que el país se volvió complaciente después de evitar un brote catastrófico durante la primera ola.

“A medida que aumentaban los casos en la frontera, Nepal podría haber preparado un sistema de cuarentena para los ciudadanos que regresaban. Tuvimos suficiente tiempo pero no nos preparamos”, dijo.

Sistema de salud en apuros

Nepal es uno de los países más pobres del mundo, y eso se refleja en su sistema de salud.

Según el plan de respuesta al COVID-19 del Gobierno de mayo pasado, el país solo cuenta con 1.595 camas de cuidados intensivos y 480 ventiladores para sus cerca de 30 millones de habitantes.

También hay escasez de médicos, con solo 0,7 médicos por cada 100.000 habitantes, según datos del Banco Mundial, menos que el 0,9 de India. Se está llamando a los trabajadores de la salud con licencias a largo plazo para ayudar a manejar la crisis, mientras que el Ejército de Nepal ordenó el 5 de mayo al personal médico retirado que esté listo para ser llamado.

Hasta el sábado, había escasez de camas de hospital en 22 de los 77 distritos del país, según el Centro de Operaciones de Emergencias Sanitarias (HEOC) de Nepal.

El Dr. Paras Shrestha, un médico senior en un pabellón de unidades de cuidados intensivos (UCI) de COVID-19 en la ciudad fronteriza de Nepalgunj, dijo que su hospital está tan saturado que aconseja a los pacientes con síntomas leves que se aíslen en casa.

“La situación en la ciudad ya es crítica”, dijo Dipak Shrestha, jefe de la oficina de campo del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia en Nepalgunj, quien advirtió que lo mismo podría suceder en otros lugares.

Mientras India es golpeada por su brutal segunda ola, el gobierno de Nepal parece estar tomando medidas.

La semana pasada, ordenó 20.000 cilindros de oxígeno del extranjero, ya que la demanda de oxígeno médico se triplicó, según el portavoz del Ministerio de Salud, el Dr. Jageshwor Gautam.

Y el 4 de mayo, el Ejército de Nepal comenzó a ampliar las instalaciones de atención médica en una zona fronteriza con India, para atender al gran número de trabajadores nepalíes que regresan a casa.

Se está agregando un centro de aislamiento de 200 camas, junto con 2.000 camas, a una instalación en la provincia de Sudurpashchim, donde los funcionarios informan que hay escasez de cilindros de oxígeno y gas.

Pero los desafíos son enormes. Nepal tiene alrededor del doble de la tasa de positividad de India, lo que sugiere que una gran cantidad de casos no son detectados.

Las pruebas se han actualizado desde el inicio de la primera ola: el país inicialmente envió las pruebas a Hong Kong para su procesamiento, pero se actualizó a alrededor de 20.000 pruebas por día. “Aún no es suficiente”, dijo Panthee.

Hay indicios de subregistro en el Campamento Base, donde dos fuentes dijeron que había habido docenas de casos sospechosos de COVID-19 en las últimas semanas. Un portavoz del departamento de turismo de Nepal negó que hubiera habido casos.

Además de eso, Nepal tiene una baja cobertura de vacunación. A fines de abril, 7,2% de la población había recibido al menos una dosis de la vacuna, menos que en la India, donde alrededor de 10% de la población ha sido al menos parcialmente vacunada.

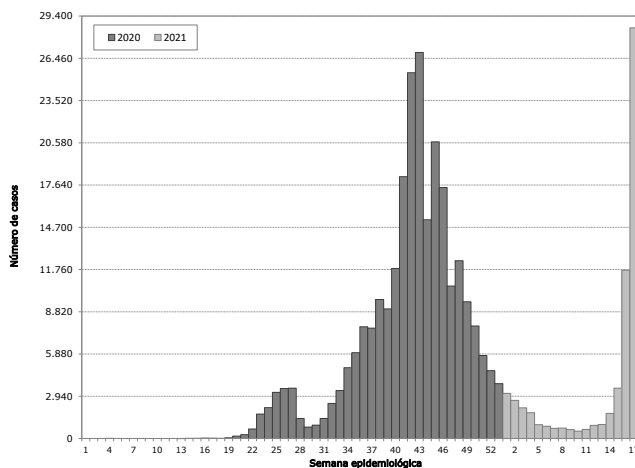
“Puedo decir que el Gobierno está haciendo todo lo posible, pero tenemos un sistema de salud muy débil y frágil en el país”, dijo Adhikari, del Ministerio de Salud.

¿Qué pasa después?

Las próximas semanas serán cruciales para controlar el brote de Nepal.

El 29 de abril pasado, las autoridades impusieron un confinamiento de dos semanas en Katmandú, pero antes de que entrara en vigor, algunos trabajadores migrantes regresaron a sus hogares.

Las aldeas suelen tener un gran número de personas mayores y una atención médica limitada, lo que genera temores de que los migrantes puedan haber propagado el virus a áreas re-



Casos confirmados. Nepal. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 6 de mayo de 2021, 15:39 horas.

motas. “Es demasiado pronto para decir si la migración previa al bloqueo dará lugar a otro pico”, dijo Adhikari.

“En unas semanas, nuestra situación será mala. Pero estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo”, agregó.

Las autoridades están tomando otras medidas para limitar la propagación. “A partir del 6 de mayo, todos los vuelos internacionales estarán prohibidos”, dijo Oli el 3 de mayo.

Existen reglas que restringen las reuniones en 46 de 77 distritos.

Shrestha, el médico de Nepalgunj, espera que si la gente sigue las reglas y tiene paciencia, los casos disminuirán.

Pero Dixit dice que las reglas a menudo cambian, lo que dificulta que el público las cumpla. “Un confinamiento por sí solo no es suficiente”, dijo Panthee. El Gobierno necesitaba hacer pruebas de COVID-19 a todos los contactos cercanos, aislar los casos positivos, administrar mejor la frontera y aumentar su suministro de oxígeno.

Y estos confinamientos tienen un costo. Gita Kuchikar, una limpiadora de 45 años y madre de tres en Katmandú, perdió su trabajo debido al cierre de la ciudad y las preocupaciones sobre la educación de sus hijos.

“Tengo miedo porque en Nepal los casos están aumentando como en India. No sé cómo nuestro Gobierno manejará la situación”, dijo.

En las próximas semanas, se acercan más festivales. El festival Rato Macchidranath comenzará a fines de este mes cerca de Katmandú, aunque los organizadores dijeron que adoptarán medidas de distanciamiento físico y el uso obligatorio de barbijo.

Gautam, del Ministerio de Salud, predijo que la gente podría no seguir las órdenes de toque de queda y cierre debido a las celebraciones.

“Algunos festivales también se acercan durante este período de prohibición, pero el Gobierno no está en condiciones de decir nada”, dijo Gautam, y agregó que la situación ahora está en manos del pueblo nepalí.

“Estamos cansados de decirle a la gente que siga las medidas de seguridad”.



Nepalíes con trajes protectores cremando los cuerpos de víctimas de la COVID-19 cerca al templo Pashupatinath en Katmandú.

Una vacuna contra la influenza fabricada con nanopartículas y administrada por vía nasal mejora la respuesta inmunitaria del organismo a la infección por el virus de la influenza y ofrece una amplia protección contra diferentes cepas virales, según una nueva [investigación](#).

Las epidemias recurrentes de influenza estacional y las posibles pandemias son una de las amenazas más graves para la salud pública. Las actuales vacunas contra la influenza estacional inducen una inmunidad específica para cada cepa y son menos eficaces contra las cepas no coincidentes. Se necesitan urgentemente vacunas antigripales de amplia protección.

Las vacunas intranasales son una estrategia prometedora para combatir las enfermedades respiratorias infecciosas, como la influenza. Son más eficaces que las vacunas inyectadas en un músculo porque pueden inducir respuestas inmunitarias en la mucosa de las vías respiratorias, evitando la infección en el portal de entrada del virus. También pueden estimular respuestas inmunitarias sistémicas en todo el cuerpo.

Los científicos pueden superar los problemas de seguridad de las vacunas y la larga fase de producción de las vacunas antigripales basadas en virus, construyendo vacunas intranasales con proteínas o péptidos recombinantes. Sin embargo, estas vacunas son pobres en la producción de respuestas inmunes, por lo que es necesario contar con potentes adyuvantes de la mucosa, sustancias que aumentan la respuesta inmune del cuerpo a los antígenos. La ausencia de adyuvantes mucosos adecuados dificulta actualmente el desarrollo de una vacuna de este tipo.

En este estudio, los investigadores desarrollaron una vacuna intranasal contra la influenza utilizando hemaglutinina (HA) recombinante, una proteína que se encuentra en la superficie de los virus de la influenza, como componente antigénico de la vacuna. La HA es parte integrante de la capacidad del virus de la influenza para causar la infección.

También crearon un nanomaterial bidimensional (nanopartículas de óxido de grafeno funcionalizadas con polietileno) y descubrieron que presentaba potentes efectos adyuvantes en las vacunas contra la influenza administradas por vía intranasal.

Las vacunas convencionales contra la influenza inducen sobre todo respuestas de anticuerpos. Sin embargo, investigaciones recientes demuestran que las respuestas de las células T de memoria residentes en el pulmón son indispensables para una óptima protección cruzada contra la infección de la influenza pulmonar. El desarrollo de respuestas de células T residentes en el pulmón requiere la vacunación por vía respiratoria o la infección por el virus de la influenza.

Esta investigación abre una nueva vía para el desarrollo de vacunas antigripales intranasales sin agujas y logísticamente simplificadas para la protección cruzada.

El estudio informa por primera vez que los nanomateriales de óxido de grafeno bidimensionales tenían un potente efecto adyuvante para potenciar las respuestas inmunitarias de las vacunas intranasales de hemaglutinina.

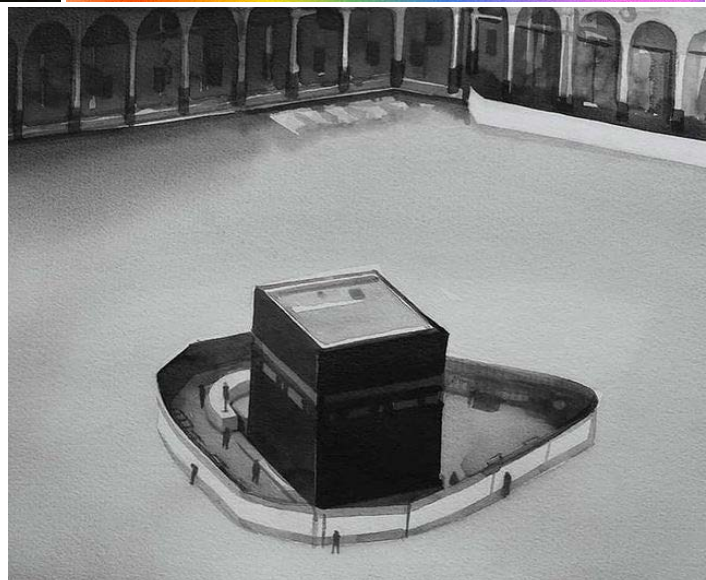
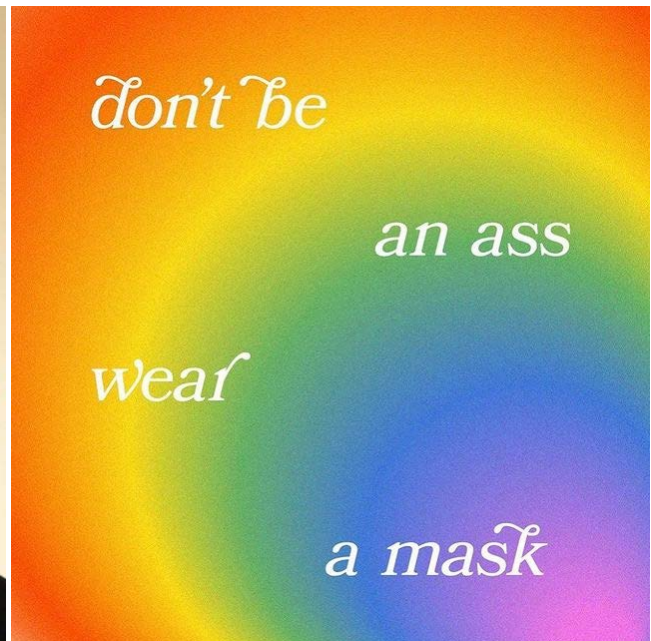
También aporta nuevos conocimientos sobre el desarrollo de sistemas de vacunas intranasales de alto rendimiento con nanopartículas bidimensionales en forma de lámina. Las nano-

partículas de óxido de grafeno tienen atributos extraordinarios para la administración de fármacos o el desarrollo de vacunas, como la superficie ultra grande para la carga de antígenos de alta densidad, y la vacuna mostró propiedades superiores de mejora de la inmunidad *in vitro* e *in vivo*. La nanoplataforma podría adaptarse fácilmente a la construcción de vacunas para la mucosa contra diferentes patógenos respiratorios.

El estudio, realizado en ratones y en cultivos celulares, descubrió que las nanopartículas mejoraban significativamente las respuestas inmunitarias en las superficies de las mucosas y en todo el cuerpo de los ratones. Las sólidas respuestas inmunitarias conferían protección inmunitaria contra los desafíos del virus de la influenza por cepas de virus homólogas y heterólogas.

Los resultados también son prometedores, ya que las vacunas antigripales intranasales sin aguja presentan ventajas logísticas superiores a las vacunas inyectables tradicionales, como la facilidad de administración con gran aceptación por parte de los receptores y la evitación de residuos de riesgo biológico.

Arte y pandemia



Consumismo en tiempos de pandemia.

La Gran Mezquita de La Meca, vacía por el temor a la COVID-19.

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.