

ARGENTINA

- Las claves que marcarán el futuro de la pandemia de COVID-19 en el país
- Vigilancia de enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- Brasil: Continúan disminuyendo los casos de dengue en el Distrito Federal
- Brasil: Detectan dos casos de encefalopatía espongiiforme bovina

- Estados Unidos: Un nuevo conflicto: cómo tratar a los no vacunados contra la COVID-19

- Honduras: Registran 15 casos de mucormicosis en pacientes con COVID-19

EL MUNDO

- China: Nuevo caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H9N2)
- Corea del Sur: Primer caso de encefalitis japonesa de 2021
- España: Alerta en Extremadura tras varios posibles casos de carbunco en humanos y animales

- Madagascar: Brote de peste neumónica en Antananarivo

- República Democrática del Congo: Declaran un brote de meningitis en la provincia de Tshopo

- Singapur: El brote de la variante Delta amenaza el modelo de 'convivencia con la COVID-19'

- Sudáfrica: Confirmaron siete casos de rabia humana en los últimos 10 días

- Cuándo es conveniente levantar las restricciones por la pandemia de COVID-19

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 en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

PILAR AOKI // HUGUES 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



Logos of adherent organizations including:

- CEMICOM (Centro Médico de Córdoba)
- SLAMVI (Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero)
- Associação Brasileira de Infectologia (SBI)
- Comité Nacional de Infectología SAP
- Facultad de Ciencias Médicas
- UCC
- Rev. Panam. de Enf. Infecciosas
- Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica
- Asociación Parasitológica Argentina
- Asociación Argentina de Vacunología e Inmunología (AAVA)
- DDNA (Defensoría de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes)
- Vacunas SADI 2019
- GEMICOMED (seimc.org)
- S.A.D.I.

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

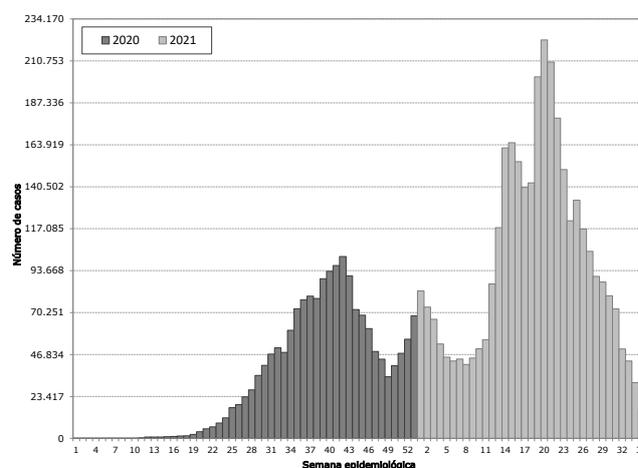
Vacunación, ingreso de nuevas variantes y continuidad de las medidas de cuidado. Esos son los términos de la ecuación sobre cómo seguirá el curso de la pandemia de COVID-19 en Argentina, según los especialistas. El país registra 10 semanas de descenso sostenido de casos, 13 de baja de fallecidos, la ocupación de camas de terapia intensiva más baja desde agosto de 2020 y una campaña de vacunación que avanza a buen ritmo.

“Estamos viviendo una situación de tranquilidad, los casos bajaron mucho y las internaciones también”, valoró el médico infectólogo Martín Hojman del Hospital General de Agudos ‘Bernardino Rivadavia’ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Pero los especialistas son cuidadosos y aún mantienen la incógnita sobre el impacto que podría tener la demorada expansión de la variante Delta: “Es imposible determinar cuánto tiempo se sostendrá este descenso de casos”, indicó Hojman.

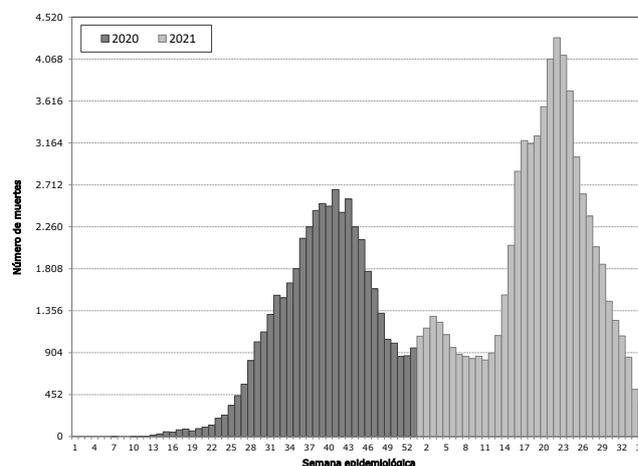
El ministro de Salud bonaerense, [Nicolás Kreplak](#), fue un paso más allá el 7 de septiembre, y se esperanzó con que “podría no haber una tercera ola”, gracias al alto nivel de vacunación. En Buenos Aires, 90% de la población ya cuenta con al menos una dosis de la vacuna contra la COVID-19. Sin embargo, poco después intentó bajar el tono de sus esperanzas y aclaró: “Muchos especialistas dicen que es ineludible, seguiremos trabajando y pensando en el peor escenario posible para retrasarla”.

La variante Delta

“Sabemos que ya se detectaron personas con la variante Delta sin nexo con viajeros; en otros países, desde que sucedió eso hasta que se hizo predominante pasaron de cuatro a seis sema-



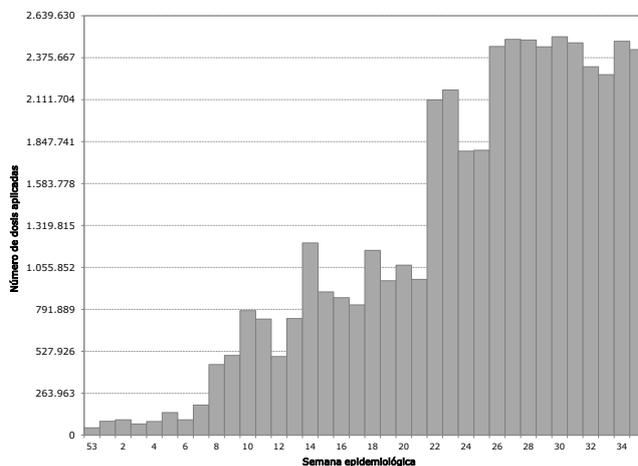
Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 8 de septiembre de 2021.



Muertes confirmadas. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 8 de septiembre de 2021.

nas; en Argentina esto se está dilatando”, señaló Hojman, y agregó que los motivos por los cuales sucede esto en el país pueden ser múltiples.

La médica infectóloga Elena Obieta, integrante de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), sobre el demorado avance de la temida variante Delta, arriesgó una hipótesis: “Las variantes predominantes en Argentina –Gamma (identificada por primera vez en Manaus) y Lambda (conocida como Andina)–, no le están facilitando el camino a la instalación comunitaria de Delta (de India)”.



Dosis aplicadas de vacunas contra la COVID-19. Argentina. De semana epidemiológica 53 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Monitor Público de Vacunación. Datos al 8 de septiembre de 2021.

“En el Hemisferio Norte, en cambio, donde la predominante era Alpha (de Gran Bretaña) enseguida fue desplazada por Delta”, comparó Obieta. En esa línea, Hojman acompañó: “Puede ser el avance de la vacunación; hay quienes sostienen que la variante que predomina en el país, Gamma, podría influir en que no se disemine tan rápido Delta, pero no está claro”.

Por el momento, lo que prima es la cautela: “Sigue vigente la idea de que existe el riesgo de otra ola impulsada por la variante Delta, como sucedió en todo el mundo, y es algo que se espera que suceda dentro de poco tiempo”, resaltó Hojman.

El impacto de la vacunación

Hay un dato que es certero y es el del avance de la campaña de vacunación. Según el [Monitor Público de Vacunación](#), en Argentina ya se aplicaron 45.177.464 de dosis: 28.431.871 de primeras dosis y 16.745.593 de segundas dosis, que completaron en el esquema de vacunación con altos índices entre los mayores de edad y pacientes de riesgo.

“En este momento estamos viendo el impacto de la vacunación en la disminución de las internaciones y formas graves, y si bien ha bajado mucho la cantidad de fallecidos, todavía no vemos el impacto al cien por ciento”, destacó Obieta. Sin embargo, la duda surge ante las cifras de [muertes diarias que continúa por encima de las 100](#).

“Los pacientes que tenemos hoy internados en las unidades de terapia intensiva (UTI) son de hace 20 días o un mes, porque tienen 10 años menos de la edad promedio que tenían quienes estuvieron en cuidados críticos en la primera ola. Son más jóvenes, resisten más tiempo en UTI y quizás no habían sido alcanzados todavía por la vacunación”, explicó Obieta.

Según el cálculo del Grupo de Investigación en Bases de Datos de la Facultad Regional Concepción del Uruguay, con los datos del 6 de septiembre, el promedio de los últimos siete días de casos a nivel nacional es de 4.115 notificaciones diarias, y el de muertes es de 152.

El 3 de septiembre, el Ministerio de Salud de la Nación informó que “mientras que en la semana epidemiológica 20 (del 16 al 22 de mayo) –la de mayor cantidad de infectados– se alcanzaron los 225.938 casos según fecha de inicio de síntomas, en la semana pasada (del 22 al 28 de agosto) el número llegó a 26.346. Esto implica una reducción de 88,4%”.

El relajamiento de las restricciones

La baja constante de casos que dejó fuera de la zona de “alarma” a regiones del país como el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), donde se concentra la máxima cantidad de con-

tagios desde el inicio de la pandemia, permitió al gobierno nacional y los gobiernos provinciales y municipales avanzar con el relajamiento de restricciones, como la vuelta a la presencialidad en las escuelas.

”En tanto y en cuanto haya circulación comunitaria de virus, toda modificación como las grandes aperturas, la vuelta a la presencialidad plena, o los viajes de egresados a San Carlos de Bariloche, pueden provocar súper eventos diseminadores y cuando esto



sucede pueden aparecer nuevas variantes, como sucedió en Colombia y Ecuador con la que fue denominada recientemente como Mu, y clasificada como de interés por la Organización Mundial de la Salud”, describió Obieta.

“Por esto se debe insistir y continuar con los cuidados, porque esto causa que haya menos casos y por lo tanto el virus mute menos; en paralelo hay que continuar con la vacunación”, sostuvo la especialista.

Y añadió: “Sabemos hasta ahora que las dos dosis de las vacunas son efectivas contra la variante Delta para disminuir los casos graves y las muertes, pero no el contagio; un estudio reciente indicó que una persona con vacunación completa tenía la misma carga viral de la variante Delta en la nariz que una sin vacunarse, o sea que se deben seguir manteniendo los cuidados”.

La variante Mu

En Argentina no hay hasta el momento evidencia de circulación comunitaria de la variante Delta ni Mu, entendiendo que esto implicaría una “detección sistemática en el tiempo y un riesgo de que la población la adquiera en la comunidad”, según explicó Mariana Viegas, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y coordinadora del Proyecto Argentino Interinstitucional de Genómica del SARS-CoV-2 (PAIS).

En el último Boletín de Vigilancia de las variantes del SARS-CoV-2 del Ministerio de Salud se reportó que hasta el 30 de agosto habían sido identificados 311 casos en el país de variante Delta confirmados por laboratorio, de los cuales 283 corresponden a casos importados o relacionados con la importación (224 a viajeros internacionales y 59 a personas relacionadas con dichos viajeros, es decir contactos estrechos o contactos de sus contactos) y 15 casos en los que no se ha podido establecer la relación con la importación.

El Boletín informó que de estos 15, tres fueron contactos identificados a través de la investigación epidemiológica de los casos y trece corresponden a un conglomerado de casos relacionados entre sí en los que se encuentra en investigación su origen.

En referencia a la variante Mu, hasta el 3 de septiembre, Viegas indicó que se había detectado ese linaje durante agosto en casos esporádicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en algunos viajeros y dos o tres casos sin nexo.

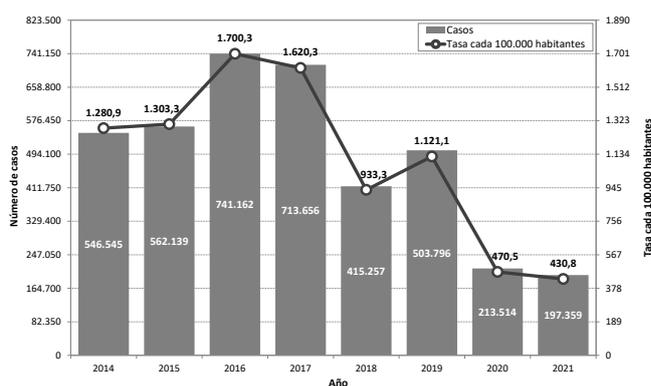
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	117.216	638,21	4.252	138,25	1.988	64,57
Buenos Aires	1.010.258	994,70	44.589	254,20	69.666	393,38
Córdoba	278.970	1.282,36	10.093	268,40	11.779	310,12
Entre Ríos	229.260	2.849,57	13.104	945,48	5.956	425,88
Santa Fe	108.982	528,09	1.933	54,66	1.027	28,82
Centro	1.744.686	1.024,08	73.971	252,46	90.416	305,99
Mendoza	77.602	674,57	3.351	168,36	3.579	178,03
San Juan	65.907	1.461,29	3.512	449,55	4.054	513,50
San Luis	32.036	1.098,67	1.581	311,02	1.059	205,79
Cuyo	175.545	927,33	8.444	257,45	8.692	262,24
Chaco	195.087	2.798,64	16.000	1.328,31	11.047	908,29
Corrientes	178.735	2.743,92	14.538	1.297,11	6.375	564,00
Formosa	118.000	3.349,46	9.742	1.609,73	3.365	551,62
Misiones	250.522	3.447,16	19.588	1.553,01	19.562	1.534,28
Noreste Argentino	742.344	3.058,05	59.868	1.428,21	40.349	953,52
Catamarca	109.663	4.540,78	11.509	2.770,33	5.677	1.354,92
Jujuy	127.712	2.873,24	14.563	1.889,14	10.945	1.404,62
La Rioja	72.794	3.231,17	11.031	2.803,08	7.632	1.914,47
Salta	96.476	1.181,53	7.756	544,51	8.081	560,41
Santiago del Estero	83.140	1.469,14	2.676	273,53	1.464	148,14
Tucumán	113.280	1.162,85	8.642	509,96	4.178	243,69
Noroeste Argentino	603.065	1.845,43	56.177	989,52	37.977	661,44
Chubut	41.238	1.179,65	1.002	161,88	1.141	181,35
La Pampa	23.044	1.104,57	632	176,33	428	118,43
Neuquén	44.853	1.180,56	991	149,23	1.912	284,33
Río Negro	75.270	1.757,97	9.783	1.308,57	14.026	1.852,71
Santa Cruz	23.078	1.151,49	2.252	615,81	2.360	629,74
Tierra del Fuego	9.426	990,32	394	227,18	58	32,64
Sur	216.909	1.305,19	15.054	514,10	19.925	670,30
Total Argentina	3.482.549	1.324,82	213.514	470,54	197.359	430,83

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 30. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 30, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 197.359 casos. La tasa de incidencia de este período es 8,44% inferior a la correspondiente a igual intervalo de 2020. Nueve provincias presentan una mayor incidencia que en igual periodo del año 2020: Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan y Santa Cruz.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 30, equivale a 32,52% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Río Negro es la única jurisdicción del país que presenta una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019.

En base a los datos de las primeras 30 semanas de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, aunque con un repunte en 2019. Sin embargo, los casos notificados en los años 2020 y 2021 son claramente inferiores respecto de los registros de los años previos.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 30. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Secretaria
de Saúde



BRASIL

CONTINUÁN DISMINUYENDO LOS CASOS
DE DENGUE EN EL DISTRITO FEDERAL

04/09/2021

De enero a agosto de este año, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica (DIVEP) de la Secretaría de Salud registró 11.236 casos probables de dengue en el Distrito Federal. La cifra es 72,9% menor a la registrada en el mismo período de 2020, cuando la DIVEP reportó 44.236 casos probables de la enfermedad. Si bien la tendencia a la baja se ha mantenido desde principios de este año, las acciones para prevenir y combatir el mosquito deben mantenerse diariamente, comenzando en interiores.

Las acciones de los agentes de Vigilancia Ambiental contra el mosquito *Aedes aegypti* ocurren diariamente en todas las regiones administrativas del Distrito Federal. Son los encargados de orientar a la población e inspeccionar posibles brotes en espacios públicos, comercios y viviendas. Si es necesario, los agentes pueden utilizar larvicidas o eliminar posibles focos.

Otros frentes de trabajo son el tratamiento focal con insecticidas o aplicación del producto en territorios específicos, el bloqueo focal y el uso de insecticidas a ultra bajo volumen (UBV) con equipo pesado.

Los [datos](#) difundidos por la Secretaría de Salud, además, registran otros 2.306 casos de dengue en residentes de otras unidades federativas que recibieron el diagnóstico en la capital federal. Considerando esta población y comparando con el mismo período presentado anteriormente, también hubo una disminución de 39,7% en las ocurrencias, ya que en 2020 el número de casos registrados de enero a agosto fue de 3.824.

Las regiones administrativas que registraron más casos de la enfermedad fueron: Planaltina (2.941); Sobradinho (1.328); Ceilândia (1.090); São Sebastião (801) y Sobradinho II (784). Se observa que los mayores registros ocurrieron en las ciudades que componen la Región Sanitaria Norte, formada por Sobradinho, Sobradinho II, Planaltina y Fercal.

Las regiones con mayores tasas de disminución fueron:



- Gama: reducción de 96,9% (de 4.690 en 2020 a 145 en 2021);
- Santa Maria: reducción de 96,1% (de 3.772 en 2020 a 158 en 2021);
- Vicente Pires: reducción de 89,1% (de 1.906 casos en 2020 a 214 en 2021);
- Park Way: reducción de 88,8% (de 189 casos en 2020 a 23 casos en 2021);
- Taguatinga: reducción de 88,4% (de 3.276 casos en 2020 a 373 en 2021);
- Guará: reducción de 88,2% (de 2.786 casos en 2020 a 342 en 2021).



Entre enero y agosto hubo 11 casos graves de dengue y 10 muertes en el Distrito Federal. En el mismo período de 2020 hubo 70 casos graves y 43 muertes. Considerando las muertes registradas este año, 60% fueron mujeres y 40% hombres. La mayor cifra de muertes (4) ocurrió en personas de 40 a 49 años.

El 30 de agosto llovió en el Distrito Federal, aunque aún no estaba en la temporada de lluvias, que suele comenzar a mediados de octubre, mes en el que el dengue presenta un comportamiento estacional en la capital federal hasta mediados de mayo.

Con las lluvias, se debe redoblar el cuidado con posibles depósitos de agua, como llantas, botellas y otros recipientes.

Brasil suspendió las exportaciones de carne vacuna a China después de confirmar dos casos de encefalopatía espongiforme bovina “atípica” en dos plantas nacionales diferentes de procesamiento de carne.

“La suspensión de las exportaciones de carne vacuna comenzó de inmediato”, dijo el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento en un comunicado el 4 de septiembre, y agregó que Beijing decidirá cuándo comenzará a importar nuevamente.



La suspensión temporal fue tomada bajo un protocolo bilateral existente entre los dos países, aunque el ministerio enfatizó que “no existe riesgo para la salud humana o animal”.

Brasil es el mayor exportador de carne vacuna del mundo, y China es su mayor cliente. Más de la mitad de las exportaciones de carne vacuna de Brasil se destina a China y Hong Kong.

Los dos casos fueron “atípicos” ya que la enfermedad apareció “de manera espontánea y esporádica, sin relación con la ingestión de alimentos contaminados”, dijo el ministerio.

Los dos casos fueron identificados durante las inspecciones sanitarias en los estados de Minas Gerais y Mato Grosso, en ganado de varios años de edad.

“Brasil nunca ha registrado un caso clásico de encefalopatía espongiforme bovina”, dijo el ministerio, que notificó oficialmente a la Organización Mundial de Sanidad Animal.

En junio de 2019, Brasil también suspendió temporalmente sus exportaciones de ganado a China después de que se detectara un caso atípico de encefalopatía espongiforme bovina en Mato Grosso en una vaca de 17 años.

La enfermedad de las vacas locas apareció por primera vez en el Reino Unido en la década de 1980 y se extendió a muchos países de Europa y de todo el mundo, provocando alarma en los consumidores y causando una grave crisis en la industria de la carne vacuna.

La enfermedad se propagó ampliamente a causa de los agricultores que alimentaban al ganado con harina de carne y huesos de animales muertos e infectados.

Las personas murieron luego de contraer la nueva variante humana de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (nvCJD), que se transmite al consumir carne vacuna infectada.¹

¹ La encefalopatía espongiforme bovina no es contagiosa y existe en dos tipos, clásica y atípica. La forma clásica es la que se produjo principalmente en el Reino Unido, a partir de fines de la década de 1980, y se ha relacionado con una variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJD) en las personas. La principal fuente de infección de la forma clásica son los alimentos contaminados con el agente priónico infeccioso, como la harina de carne y huesos que contiene proteínas derivadas de ganado vacuno infectado. Las regulaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos prohíben la inclusión de proteínas de mamíferos en los alimentos para ganado y otros rumiantes desde 1997 y también prohíben los materiales de tejido de alto riesgo en todos los alimentos para animales desde 2009.

La encefalopatía espongiforme bovina atípica es diferente y generalmente ocurre en ganado de más edad, generalmente de 8 años o más. Parece surgir de forma rara y espontánea en todas las poblaciones de ganado.



A medida que Estados Unidos alcanzó otro hito importante en la vacunación –más de 75% de los adultos han recibido al menos una dosis, según la Casa Blanca–, existe una pregunta creciente sobre cómo lidiar con los inalcanzables oponentes a la vacuna contra la COVID-19 que no la recibirán sin importar lo peligroso que eso sea para sus familias, vecinos y personas que encuentren al azar.

Las nueces más difíciles de romper o bien declaran audazmente su oposición a la vacuna –alegando una creencia profundamente arraigada– o bien caminan silenciosamente entre la gente, ocultándola del mundo.

El resultado final son disputas dolorosas sobre los requisitos informales de vacunación, que separan a las familias antes de bodas o reuniones familiares largamente postergadas (como esta que se describe en The Cut).

Deberían:

- ¿Condenarlos al ostracismo de los eventos públicos, como en la ciudad de New York a partir de la próxima semana y en San Francisco muy pronto?
- ¿Ponerles obstáculos y dejarlos al borde del ostracismo, como podría decirse que está haciendo la Liga Nacional de Fútbol Americano (NFL)?
- ¿Que los empleadores que dividen los costos de sus primas les cobren más por el seguro médico?
- ¿O protegerlos por ejercer su libre albedrío, como han prometido los legisladores republicanos, incluso cuando ponen en peligro a todos los demás?

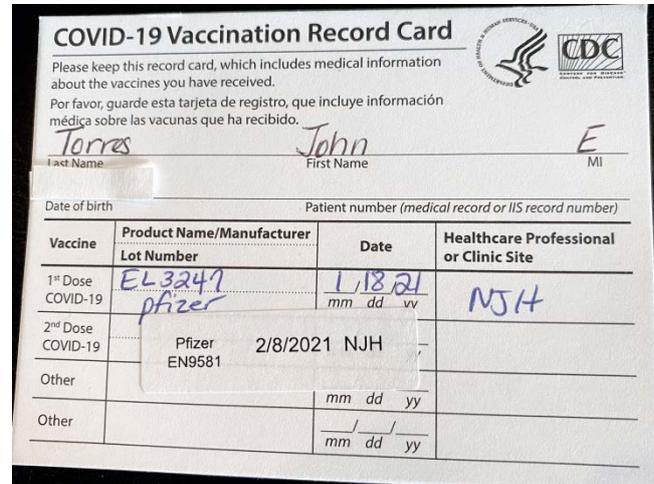
El ultimátum de una médica

La respuesta varía de un estado a otro y de un caso a otro. Y de paciente a paciente. En Florida, una médica les dijo a los pacientes que no los vería en persona después del 15 de septiembre a menos que estuvieran vacunados. Solo de 10% a 15% de sus pacientes se verían afectados.

La decisión de la Dra. Linda Marraccini va en contra del espíritu de los esfuerzos del gobernador republicano Ronald Dion DeSantis para proteger de cualquier tipo de requerimiento a las personas que dudan de las vacunas.

La protección del estado

Otro gobernador que intenta proteger el derecho de las personas a evitar la vacuna es el gobernador republicano Douglas Anthony Ducey en Arizona. Los republicanos que controlan el gobierno estatal aprobaron una ley que impide que las ciudades y los condados impongan



requisitos de vacunas. La ciudad de Tucson, en un esfuerzo por adelantarse a la ley, que entrará en vigencia el 29 de septiembre, ordenó a los trabajadores de la ciudad recibir la vacuna antes del 24 de agosto o ser suspendidos sin paga. Alrededor de 300 empleados –una pequeña minoría de los empleados de la ciudad– no cumplieron con el plazo, según los informes en ese momento.



El fiscal general republicano del estado, Mark Brnovich, dijo el 7 de septiembre que la ciudad podría ser considerada responsable de su requisito.

Enredo por los barbijos y las vacunas.

Los líderes de Arizona han argumentado en contra del uso obligatorio del barbijo porque so-cavaban el impulso de la vacunación, y en contra de los requisitos de vacunación porque dijeron que los barbijos pueden hacer lo suficiente para proteger a las personas del virus.

Brnovich argumentó que los barbijos funcionan en las aerolíneas sin una pizca de ironía de que las aerolíneas las exigen, pero Arizona se ha opuesto a los requisitos del uso del barbijo. Esa es una lógica impenetrable.

Apoyo creciente a los requisitos de vacunación

Las encuestas de algunos medios acerca de si los estadounidenses apoyan a las empresas que requieren que sus empleados se vacunen para concurrir sugieren una tendencia al aumento bastante decente en el apoyo a ese requisito, de 45% en abril a 52% en una encuesta publicada en septiembre.

Abandonar el trabajo

En las escuelas, hay mucha variación en lo que hace a barbijos y vacunas. Un artículo de esta semana relata sobre los profesores en campus universitarios que no tienen requisitos aturridos por los estudiantes reacios al barbijo.

Se conoce una multitud de dramas alrededor de las vacunas que se desarrollan en los deportes profesionales, y los equipos más vacunados tienen una ventaja competitiva.

Los Boston Red Sox esperan que las infecciones por COVID-19 y las cuarentenas dentro de su equipo, que tiene una de las peores tasas de vacunación en el béisbol, no causen problemas en los playoffs.

Mariscales de campo

Thomas Edward Patrick Brady Jr. y todo el equipo de los Tampa Bay Buccaneers, campeón defensor de la NFL, están vacunados. Están listos para jugar.

Mientras tanto, Kirk Daniel Cousins, el mariscal de campo de los Minnesota Vikings extremadamente bien pagado y cuya estancia en Minnesota no ha sido excelente, no se aplicará la vacuna. Y como resultado, no pudo jugar recientemente. Los equipos posiblemente podrían perder juegos por las cuarentenas de COVID-19 este año.

Si bien no exige la vacuna para los jugadores, la NFL ha creado un sistema que hace la vida mucho más difícil para los jugadores no vacunados, quienes deben usar barbijo, hacerse la prueba, adherirse a distancias más estrictas y vivir bajo reglas distintas.

Ceder por el bien mayor

El receptor de los Buffalo Bills, Isaiah McKenzie, recibió su primera dosis después de que la NFL le envió una carta que incluía fechas y horas específicas en las que él, como jugador no vacunado, había violado la política de uso del barbijo. McKenzie publicó una selfie con su tarjeta de vacunación en las redes sociales. “Por el bien común...”, dijo. Anteriormente, había publicado una carta de reprimenda de la NFL que incluía la vigilancia sobre sus violaciones al uso de barbijo.

Al igual que otras ligas, la NFL ha requerido que el personal del equipo y los entrenadores se vacunen para interactuar con los jugadores. Hubo múltiples informes de [entrenadores de diferentes equipos](#) que fueron expulsados por negarse a recibir la vacuna. Pero los jugadores, protegidos por un sindicato, tienen reglas diferentes. [Los sindicatos de policías, bomberos y docentes](#) están desempeñando un papel similar contra los requisitos de vacunación.

Vigilar a los no vacunados

El entrenador de los Jacksonville Jaguars, Urban Frank Meyer III, dijo que estaba tomando en consideración el estado de vacunación de los jugadores al decidir a quién cortar, aunque ese comentario provocó el escrutinio del sindicato de jugadores. Y aunque el entrenador en jefe de los New England Patriots, William Stephen Belichick, dijo que el estado de vacunación del mariscal de campo Cameron Jerrell Newton no tuvo nada que ver con su salida del equipo, eso pone fin al dolor de cabeza de cómo lidiar con un jugador clave no vacunado.

Si bien los jugadores no tienen que vacunarse en absoluto, cualquiera que quiera ir a verlos en muchas ciudades tendrá que hacerlo. En ciudades como [Las Vegas, Seattle y New Orleans](#), los fanáticos tendrán que demostrar su estado de vacunación o mostrar resultados recientes de pruebas negativas para poder asistir a los juegos.

San Francisco comenzó a [exigir un comprobante de vacunación](#) para cenas en interiores y otras actividades en agosto, y New York comenzará a hacer cumplir su requisito de vacunación el 13 de septiembre. Los no vacunados todavía pueden comer al aire libre. Pero no pueden ir a Broadway.

Rango de mejora

Las verificaciones de vacunas son claramente algo para lo que existe un mercado sólido. Pero están operando en un vacío no regulado.

Un profesor en New York usó recientemente una imagen de Mickey Mouse para piratear un Excelsior Pass, el sistema de verificación del estado que permite a los usuarios mostrar su estado de vacunación o de prueba, algo que se requerirá para comer en el interior de un restaurante, ir a una obra de Broadway, hacer ejercicio en un gimnasio o cualquier otra actividad comunitaria en el interior. Este enfoque gradual de la verificación tendrá que ser suficiente, ya que el presidente Joseph Robinette Biden Jr. descartó hace mucho tiempo la idea de un programa de verificación federal.

El fiscal de distrito de Manhattan ha presentado [cargos de fraude contra 15 personas](#) acusadas de participar en una conspiración de tarjetas de vacunación falsas.

¿Pueden las Big Tech arreglarlo?

[Apple, Google, Samsung y otros](#) están trabajando en versiones de un repositorio seguro de verificación de vacunas, ya que algunas de las aplicaciones existentes no están a la altura.

Están permitiendo que los usuarios carguen fotos de su tarjeta de vacunación, o de cualquier cosa, y dejan que los propietarios de las empresas tengan la responsabilidad de determinar si son reales. Hasta la fecha, se han vendido innumerables tarjetas de vacunación falsificadas en la *dark web* y en Estados Unidos la patrulla fronteriza ha incautado miles de falsificaciones.



La alternativa distópica es la aplicación telefónica del gobierno saudí, que rastrea las ubicaciones de los ciudadanos en todo momento y se requiere para verificar la vacunación en centros comerciales, escuelas y supermercados.

Es poco probable que los estadounidenses estén de acuerdo con ese tipo de intrusión. Pero con su énfasis en la libertad de no usar barbijo y de no estar vacunados en algunas partes de Estados Unidos, todo el país pagará un precio, en vidas e infecciones.

El número de casos de mucormicosis en Honduras aumentó a 15 tras reportarse tres nuevos pacientes, informó el 3 de septiembre la jefa de la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS), Karla Pavón.

“Habíamos detectado 12 casos de mucormicosis hasta esta semana y eso nos hizo investigar en los hospitales, donde pudimos constatar que eran 15 los casos ya en el país”, explicó Pavón.

Señaló que es “algo inusual” la cantidad de casos registrados, pues en años anteriores solo se han contabilizado uno a dos pacientes con la infección en el país.

“Es algo muy preocupante porque los pacientes están llegando muy tarde a la consulta médica, y la mucormicosis es tratable, pero si llegan a buscar ayuda a tiempo”, subrayó Pavón.

“Del total de casos confirmados que se ha detectado en pacientes con patologías muy específicas que han contraído la COVID-19, 10 han fallecido por esta causa”, añadió.

Pavón instó a la población a vacunarse contra la COVID-19 y mantener las medias de bioseguridad recomendadas por las autoridades sanitarias para evitar la propagación del virus.

La funcionara afirmó que las personas que sufren diabetes son las que más riesgos tienen de contraer la infección por este tipo de hongo.

En Honduras existen antecedentes de la presencia de estos hongos desde hace 40 años, cuando se confirmó el primer caso, diagnosticado por los médicos Hernán Corrales Padilla y Edmundo Pujol, según registros sanitarios.

Estos hongos crecen en alimentos como carne, pan o verduras en proceso de descomposición y pueden ser contraídos en la ingesta de estos productos, por contacto directo con la piel, a través de una herida abierta, o al respirarlos.

Autoridades sanitarias y médicos que están en primera línea de atención durante la pandemia han pedido a pacientes recuperados de la COVID-19 que eviten la exposición a hongos de la familia de los mucorales.²



² La COVID-19 puede presentarse como una neumonía leve a potencialmente mortal, con co-infecciones oportunistas causadas por diferentes bacterias y hongos, entre las que puede presentarse la mucormicosis. Se denomina mucormicosis a las infecciones causadas por diversas especies de hongos pertenecientes al orden Mucorales. La infección se adquiere por la implantación de las esporas del hongo en la mucosa oral, nasal y conjuntival, por inhalación, o por la ingestión de alimentos contaminados.

Los hongos Mucorales son “oportunistas”, dado que sólo provocan enfermedad en personas con déficit de defensas, como individuos inmunodeprimidos o con diabetes mal controlada. La infección causa dolor, fiebre, tos y genera la destrucción y necrosis de los tejidos. Se la suele describir como “hongo negro”, porque hace que los tejidos infectados se tornen negros.

De progresión veloz, la recuperación del paciente depende de la rapidez con que se diagnostique y se inicie el tratamiento antifúngico específico (Anfotericina B), y en muchos casos es necesaria la resección quirúrgica del tejido muerto. La tasa de letalidad se estima en 40-80%.



CHINA

NUEVO CASO HUMANO DE INFECCIÓN POR EL
VIRUS DE LA INFLUENZA AVIAR A(H9N2)

03/09/2021

La Comisión Nacional de Salud de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2) el 30 de agosto de 2021. El caso es una niña de 20 meses de edad oriunda de Changsha, provincia de Hunan, China, con inicio de enfermedad leve el 23 de agosto de 2021 y que fue hospitalizada el 24 de agosto. El caso tenía antecedentes de exposición a aves de corral domésticas antes del inicio de la enfermedad y no se detectaron más casos sospechosos entre los miembros de su familia o cualquier otro contacto cercano al momento de la notificación.

Este es el decimoquinto caso de influenza aviar A(H9N2) notificado en China en 2021. Desde diciembre de 2015, China ha notificado oficialmente a la OMS un total de 56 casos de infección humana por influenza aviar A(H9N2).³

³ El A(H9N2) es el subtipo más común de virus de la influenza en los pollos chinos y, por lo tanto, causa una gran pérdida económica para la industria avícola, incluso bajo los programas de vacunación a largo plazo. Las infecciones humanas con este subtipo revelaron que el A(H9N2) es el gen donante de los virus A(H7N9) y A(H10N8), que también están infectando a los humanos. Es crucial el papel del virus A(H9N2), debido a la amplia gama de hospedadores, la adaptación tanto a las aves de corral como a los mamíferos y el amplio reordenamiento de genes. En China, que se considera un caldo de cultivo de los virus de la influenza aviar, el virus A(H9N2) se ha detectado en múltiples especies de aves, como pollos, patos, codornices, faisanes, perdices, palomas y garzas.

El virus de la influenza A(H9N2) es enzoótico en las poblaciones de aves de corral en partes de África, Asia y Medio Oriente. Puede transmitirse por gotitas de aire, polvo, alimento o agua. Los pollos generalmente parecían estar sanos después de la infección, pero algunos de ellos muestran depresión y plumas erizadas. El virus se replica en la tráquea. Hace que los pollos sean más susceptibles a infecciones secundarias, especialmente por *Escherichia coli*, con una tasa de mortalidad de al menos 10%. Además, la tráquea o los bronquios se embolizan fácilmente con moco cuando la ventilación es deficiente, lo que provoca una enfermedad respiratoria grave y la muerte.

El virus de la influenza aviar A(H9N2) ha causado repetidas infecciones humanas en Asia desde 1998. La mayoría de los casos humanos estuvieron expuestos al virus a través del contacto con aves de corral infectadas o ambientes contaminados. La infección humana tiende a provocar una enfermedad clínica leve. La presencia continua del virus de la influenza A(H9N2) en los mercados de aves de corral en el sur de China aumenta la probabilidad de transmisión entre especies de aves a humanos.

El número de infecciones humanas por este virus ha aumentado en 2021 (15 casos, incluyendo este último caso) en comparación con años anteriores, lo que es motivo de preocupación y destaca la necesidad de un seguimiento continuo y evaluaciones de riesgos de estos virus con potencial pandémico.

La Agencia para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea del Sur confirmó el 30 de agosto el primer caso de encefalitis japonesa de este año en el país, y solicitó atención especial al cumplimiento de las normas de prevención de picaduras de mosquitos.

El caso es el de una mujer de unos 40 años que vive en la ciudad de Sejong. No tenía otra enfermedad subyacente que no fuera un quiste ovárico y no tenía antecedentes de vacunación contra la encefalitis japonesa.

La ubicación donde tuvo lugar la infección puede ser diferente a la de la residencia del paciente y actualmente se está realizando una investigación epidemiológica.

Esta paciente es la primera desde que se emitió una advertencia por encefalitis japonesa el 22 de marzo, y una alerta el 5 de agosto de 2021, y se adelantó en más de un mes al primer registro del año pasado, que ocurrió el 8 de octubre.

La encefalitis japonesa se puede transmitir a través de la picadura de un mosquito portador del virus, y los síntomas clínicos ocurren en aproximadamente una de cada 250 personas; algunos casos progresan a encefalitis aguda, de los que fallecen entre 20 y 30%, y de 30 a 50% de los sobrevivientes tendrán problemas neurológicos, cognitivos o secuelas de comportamiento.

Deben vacunarse los niños de 12 meses a 12 años que están sujetos al Programa Nacional de Vacunación contra la Encefalitis Japonesa, según el calendario de vacunación estándar.

Se recomienda la vacunación a los adultos que nunca han sido vacunados contra la encefalitis japonesa en el pasado, en especial los que viven en áreas con presencia del mosquito vector de la enfermedad, o que planean viajar a países donde la encefalitis japonesa es endémica.

Los países endémicos de encefalitis japonesa incluyen: Australia, Bangladesh, Brunei, Camboya, China, Filipinas, Guam, India, Indonesia, Japón, Laos, Malasia, Myanmar, Nepal, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Rusia, Saipán, Singapur, Sri Lanka, Tailandia, Taiwán, Timor Oriental, Vietnam, etc.⁴

⁴ La temporada de transmisión del virus de la encefalitis japonesa está en curso en Corea del Sur. Los casos de encefalitis japonesa de los últimos años y el reportado anteriormente no son sorprendentes, ya que Corea del Sur se encuentra dentro del área endémica de la enfermedad y los casos ocurren esporádicamente allí. Aunque los casos graves son infrecuentes, la vacunación recomendada por las autoridades sanitarias es prudente, ya que las infecciones pueden ser graves e incluso mortales. Los individuos afectados adquieren la infección en áreas agrícolas donde el mosquito vector es común y las aves que son los reservorios están presentes y se reproducen. La transmisión del virus de la encefalitis japonesa continuará hasta que ocurran las primeras heladas del otoño.

La Gerencia del Área de Salud de Don Benito y Villanueva de la Serena de la Consejería de Sanidad de Extremadura emitió el 4 de septiembre una alerta epidemiológica tras la aparición de varios casos sospechosos de carbunco en animales y humanos en la región.

La intención de la alerta es aumentar la sospecha clínica en casos con epidemiología y síntomas compatibles tanto en animales como en humanos. En este sentido, señalaron que se trata de una enfermedad en humanos de “declaración individualizada y urgente para la red de vigilancia epidemiológica extremeña”.

“La declaración debe realizarse ante la sospecha clínica y epidemiológica, no siendo necesaria la confirmación diagnóstica para la declaración de los casos”, explicaron.

Por su parte, la Consejería de Agricultura de Extremadura comunicó que está pendiente la confirmación oficial del laboratorio de referencia del positivo de al menos un animal.

Asimismo, señaló que se ha puesto en marcha un plan de plan de vigilancia epidemiológica para hacer un seguimiento de varios animales sospechosos de haber contraído la enfermedad y se están realizando las encuestas epidemiológicas necesarias.

El carbunco en España: una zoonosis relacionada con el ganado

El [último informe anual de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles](#), correspondiente a los años 2017-2018, del Instituto de Salud ‘Carlos III’, señalaba que el número de casos de carbunco en España había descendido en los últimos años.

Así, la forma más frecuente de esta zoonosis es el carbunco cutáneo, que afecta principalmente a hombres adultos (agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria peletera) y se presenta en forma de casos esporádicos.

“La prevención del carbunco en las personas está unida al control de esta zoonosis. Desde la introducción en la década de 1970 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido drásticamente el número de casos humanos”, señalaba el informe.

En el año 2017 sólo se declaró un caso probable de carbunco. En 2018 se notificaron tres casos: uno se confirmó y los otros dos fueron casos probables. Desde el año 2012 se han notificado un total de 18 casos de carbunco. La mayoría de los casos se clasificaron como probables de acuerdo con la clínica y el antecedente epidemiológico de exposición y no se llegaron a confirmar.

El caso probable de 2017 fue un hombre de 49 años de edad que se caracterizó como carbunco cutáneo. Castilla y León notificó en 2018 un caso probable en un hombre de 38 años de edad. Ese mismo año, Extremadura notificó un caso probable y otro confirmado en dos hombres de 50 años. Todos los casos presentaron la forma cutánea de la enfermedad, y todos tenían como antecedente epidemiológico el contacto con ganado o trabajos en el campo.

Por su parte, el Ministro de Agricultura, Pesca y Alimentación explicó que el carbunco afecta a gran cantidad de especies, aunque presenta una virulencia y unos síntomas clínicos variables, siendo especialmente relevante por su gravedad e incidencia en herbívoros.

Sus características principales son su elevada mortalidad y la gran resistencia del agente en el medio, debido a la capacidad de desarrollar formas de resistencia denominadas esporas, con potencial infeccioso. “No es un microorganismo invasivo, por lo que la infección se suele producir por ingestión de alimento contaminado o más raramente, a través de lesiones dérmicas”, indicaron.⁵

⁵ El carbunco en el ganado es esporádico en España. Este es claramente un evento inusual. En el pasado, antes de la implementación de su programa nacional de control y vigilancia, el centro de España tenía carbunco enzoótico y notificaba un número significativo de casos humanos cada año. Se podría sospechar que este pastizal, actualmente contaminado, tendría varias fosas de ganado con carbunco. Es posible que las inundaciones pasadas hayan hecho flotar las esporas hacia la superficie superior del suelo. Y el ganado se contaminó con las esporas infecciosas durante el pastoreo.



A medida que el número de casos de COVID-19 desciende drásticamente en Madagascar, hasta menos de cinco casos por día, el país se enfrenta a un preocupante resurgimiento de la peste.

Según información del Ministerio de Salud, desde el 25 de agosto se han registrado al menos siete muertes, incluidos seis casos confirmados de peste neumónica, en la comuna de Mian-drandra, región de Itasy, ubicada en la parte central de Antananarivo, capital de Madagascar.

Desde el pasado fin de semana se están analizando otros 22 casos sospechosos. La semana pasada, una delegación formada por representantes del Ministerio de Salud Pública y del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Madagascar se desplazó hasta la localidad en cuestión para realizar una intervención de emergencia.

Al término de una reunión con la policía, se instaló una barrera sanitaria a la entrada de esta localidad para controlar las entradas y salidas, y así prevenir la propagación de la epidemia.

Según un funcionario de la Dirección General de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud, estos nuevos casos de peste estarían vinculados al período de reversión de las muertes (en malgache *Famadihana*), práctica tradicional que se desarrolla durante los meses de agosto y septiembre.⁶

“Cuando las familias devuelven los restos de personas con peste, la epidemia se propaga fácilmente”, dijo el mismo funcionario. El Ministro de Salud reiteró que la *Famadihana* sigue prohibida en todo el territorio nacional hasta nuevo aviso, especialmente en tres regiones: Analamanga, Bongolava e Itasy.

La peste se considera una enfermedad estacional en Madagascar. El país enfrentó un brote epidémico de peste neumónica urbana en 2018 que mató a casi 100 personas.

Según el Instituto Pasteur de Madagascar, la peste es endémica en la Isla Grande, con un número de casos humanos que varía de 280 a 600 por año. En este momento se registran cuatro brotes de peste, incluido uno en Hauts-Plateaux, en la parte central del país. La temporada de peste se extiende generalmente de julio a abril, dependiendo de las zonas afectadas.

⁶ *Famadihana* es una tradición funeraria del pueblo malgache, que consiste en desenterrar los cuerpos de los antepasados de las criptas familiares, como mínimo cada cinco años, en los meses de junio a septiembre. Los restos se envuelven en seda blanca y se baila con los cadáveres alrededor de la tumba con música en directo. Se sacrifican animales y su carne se reparte entre los invitados y miembros de la familia. Los ancianos explican a sus hijos la importancia de los muertos que se hallan delante de ellos.

La decisión que determina la organización de esta ceremonia está a menudo ligada a lo sobrenatural; por ejemplo, cuando en un sueño un padre difunto dice a uno de sus descendientes que tiene frío. Un *Famadihana* es oneroso, ya que se deben ofrecer durante tres días fiestas a los familiares, a los habitantes del pueblo, a los invitados (cientos de personas) y contratar grupos de música. Todos los miembros de la familia que puedan, pagan una parte. Después de hacer un *fomba* (ceremonia a través de la cual se pide la opinión de los ancestros tras compartir ron entre los vivos y los muertos), los astrólogos de la familia fijan el día y la hora del principio y el fin de la fiesta de *Famadihana*.

Según las creencias malgaches, las personas no están hechas de barro, sino de los cuerpos de los antepasados, razón por la que los valoran tanto. Creen que mientras los cuerpos no se descomponen totalmente, los muertos no dejan a los vivos por completo y son capaces de comunicarse con ellos. Así que mientras no se han ido totalmente, el amor y el respeto se demuestra a través del *Famadihana*.

Actualmente su práctica está en decadencia ya que supone un gasto considerable, pues se preparan comidas suntuosas para los huéspedes, ropa nueva para los vivos y sábanas de seda para los muertos. Algunos de los pobres no tienen criptas familiares, por lo que ahorran durante varios años para poder construir su cripta y luego celebrar una fiesta para sus propios antepasados muertos. Es considerado una grave infracción si la familia tiene suficientes recursos para celebrar el *Famadihana* y no lo hace.

La República Democrática del Congo declaró un brote de meningitis en la provincia noro-oriental de Tshopo, donde se han reportado 261 casos sospechosos y 129 muertes, una alta tasa de letalidad de 50%.

Las pruebas de confirmación realizadas por el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de París detectaron *Neisseria meningitidis*, uno de los tipos más frecuentes de meningitis bacteriana con el potencial de causar grandes epidemias.



Las autoridades sanitarias han desplegado un equipo de emergencia inicial y, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se están realizando esfuerzos para acelerar rápidamente la respuesta. Se ha creado un comité de respuesta a la crisis en Banalia, la comunidad afectada por el brote, así como en Kisangani, la capital de Tshopo, para acelerar los esfuerzos de control del brote. La OMS ha proporcionado suministros médicos en Banalia y planea desplegar más expertos y recursos.

“La meningitis es una infección grave y un importante desafío para la salud pública. Nos estamos moviendo rápido, entregando medicamentos y desplegando expertos para apoyar los esfuerzos del gobierno para controlar el brote en el menor tiempo posible”, dijo la Dra. Matshidiso Moeti, Director Regional de la OMS para África.

Más de 100 pacientes ya están recibiendo tratamiento en su hogar y en los centros de salud de Banalia. La meningitis se transmite entre las personas a través de gotitas de secreciones respiratorias o de la garganta de personas infectadas. El contacto cercano y prolongado o vivir en lugares cerrados con una persona infectada facilitan la propagación de la enfermedad. Aunque personas de todas las edades pueden contraerla, afecta principalmente a bebés, niños y jóvenes.

“Estamos ampliando las medidas de control dentro de la comunidad e investigando rápidamente los casos sospechosos en las localidades circundantes para tratar a los pacientes y evitar una potencial generalización de las infecciones”, dijo el Dr. Amédée Prosper Djiguimdé, Representante de la OMS en la República Democrática del Congo.

Más de 1,6 millones de personas de entre 1 y 29 años fueron vacunadas en una campaña masiva en 2016 en Tshopo, que se encuentra en el ‘cinturón africano de la meningitis’, que atraviesa el continente desde Senegal hasta Etiopía y comprende 26 países. El ‘cinturón africano de la meningitis’ es el área más vulnerable a los brotes recurrentes a nivel mundial.

En el pasado, se han producido brotes de meningitis en varias provincias de la República Democrática del Congo. En 2009, un brote en Kisangani infectó a 214 personas y causó 15 muertes, una tasa de letalidad de 8%.

La meningitis es potencialmente mortal y es una emergencia médica. La admisión para el tratamiento es necesaria y el tratamiento antibiótico adecuado debe iniciarse lo antes posible. A

lo largo de los años, se han realizado importantes mejoras en las vacunas, que son específicas para el tipo de meningitis.

En noviembre de 2020, la Asamblea Mundial de la Salud –el organismo que establece las políticas de salud a nivel mundial–, aprobó una hoja de ruta para un mundo libre de meningitis para 2030, con tres objetivos clave: eliminación de la meningitis bacteriana, reducción de la meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en 50% y muertes en 70%, así como reducción de la discapacidad y mejora de la calidad de vida después de la meningitis.

Singapur advirtió que es posible que deba volver a imponer las restricciones por la COVID-19 si no se contiene un nuevo brote de la variante Delta que es altamente infecciosa, lo que pone en riesgo el cambio de la ciudad hacia la vida con el virus.

El número de nuevas infecciones por COVID-19 en Singapur se duplicó la semana pasada, según el Ministerio de Salud del país, y aumentó a más de 1.200 casos en la semana que finalizó el 5 de septiembre.

Hasta la fecha, Singapur ha registrado un total de 68.901 casos de COVID-19 y 55 muertes, según la Organización Mundial de la Salud.

El 6 de septiembre, Lawrence Wong, jefe del grupo de trabajo para COVID-19 de Singapur, dijo que no es solo el número total de casos diarios lo que preocupa al gobierno, sino también “la velocidad a la que se está propagando el virus”.

“Sabemos por la experiencia de otros países que cuando los casos aumentan de manera tan pronunciada, habrá muchos más casos en las unidades de cuidados intensivos y muchas más personas sucumbirán al virus”, dijo.

Singapur siguió una política agresiva de “COVID cero” durante la pandemia, imponiendo estrictas restricciones, incluido el cierre de restaurantes, el cierre de fronteras y la imposición del distanciamiento físico.

Pero en junio, el gobierno anunció que planeaba avanzar hacia una estrategia de vivir con la COVID-19: controlar los brotes con vacunas y monitorear las hospitalizaciones en lugar de restringir la vida de los ciudadanos.

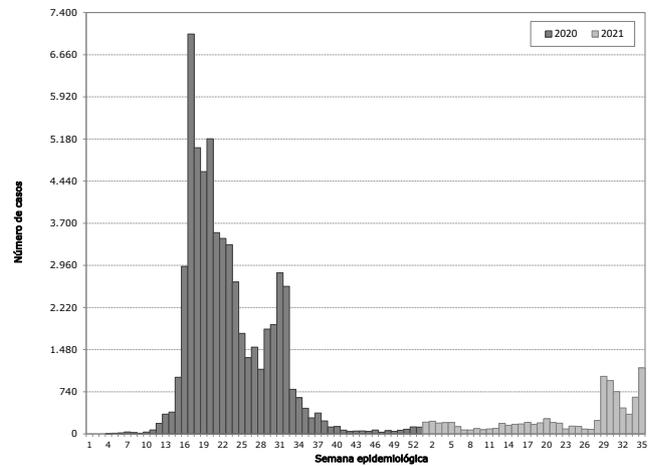
“La mala noticia es que es posible que la COVID-19 nunca desaparezca. La buena noticia es que es posible vivir normalmente con él entre nosotros”, manifestaron los principales funcionarios de COVID-19 de Singapur en junio.

Nuevas restricciones

Singapur tiene una de las tasas de vacunación contra la COVID-19 más altas del mundo, con más de 80% de la población completamente inmunizada.

A lo largo de agosto, el país comenzó a relajar algunas de sus restricciones de la COVID-19, lo que permitió a las personas completamente vacunadas cenar en restaurantes y reunirse en grupos de cinco, en lugar de dos.

Pero el nuevo brote ha detenido cualquier reapertura, dijo el 6 de septiembre Lawrence Wong.



Casos confirmados. Singapur. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 7 de septiembre de 2021, 10:36 horas.

Wong dijo que Singapur intentará contener el nuevo brote a través de un rastreo de contactos más agresivo.

Las pruebas obligatorias para los trabajadores de alto riesgo también se realizarán con más frecuencia, una vez a la semana en lugar de una vez cada dos semanas. Y la lista de trabajadores sujetos a pruebas obligatorias se ampliará para incluir al personal minorista, de reparto y de transporte público.



Medidas de distanciamiento físico en un área de asientos públicos en Orchard Road, Singapur.

Singapur también ha prohibido todas las reuniones en el lugar de trabajo a partir del 8 de septiembre, y Wong alentó a los ciudadanos a evitar eventos sociales innecesarios mientras intentan contener el brote.

Dijo que gracias a la nueva política de Singapur y las altas tasas de vacunación, el país pudo mantener un nivel de apertura durante el nuevo brote. “Pero si, a pesar de nuestros mejores esfuerzos, encontramos que el número de casos graves que necesitan oxígeno en las unidades de cuidados intensivos aumenta drásticamente, es posible que no tengamos más opciones que endurecer nuestra postura general, por lo que no debemos descartar eso”, dijo.

Una advertencia para otros países

El brote de Singapur se produce cuando otros países de la región, que antes buscaban cero infecciones, avanzan hacia un modelo similar de convivencia con la COVID-19.

Millones de residentes en los estados australianos de New South Wales y Victoria han estado viviendo encerrados durante meses mientras las autoridades locales intentaban contener los brotes de la variante Delta. Desde entonces han admitido que eso no será posible.

El gobierno australiano anunció en agosto que una vez que 70% de las personas mayores de 16 años reciban dos dosis de vacuna, habrá una reducción constante de las restricciones. Solo 38,4% de la población de Australia estaba completamente vacunada hasta el 6 de septiembre.

Pero algunos líderes estatales australianos han advertido contra la apertura prematura de las fronteras estatales, cuestionando por qué expondrían voluntariamente a sus poblaciones al virus.

Western Australia y Queensland actualmente no tienen casos de COVID-19 en la comunidad.

“Tenemos algunas de las comunidades más libres, abiertas y emocionantes del mundo, y queremos que siga siendo así mientras vacunamos a nuestra población”, dijo el primer ministro de Western Australia Occidental, Mark McGowan, el 30 de agosto.

“La idea de que decidiría prematuramente importar deliberadamente el virus... es una completa locura”, añadió.

Algunos epidemiólogos dicen que si se alivian las restricciones antes de que las tasas de vacunación en las comunidades vulnerables sean lo suficientemente altas, los resultados podrían ser catastróficos.

Se han confirmado siete casos de rabia humana en Sudáfrica desde el 23 de agosto. Los casos ocurrieron en las provincias de Limpopo (3 casos), KwaZulu-Natal (2) y Eastern Cape (2), según informó el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD).

Uno de los casos de KwaZulu-Natal es el de un hombre de 40 años de Empangeni, distrito de King Cetshwayo. Sufrió un ataque no provocado por parte de un perro callejero a mediados de junio, sufriendo múltiples mordeduras en la cara, el antebrazo izquierdo y las palmas de las manos. Al día siguiente, recibió profilaxis post exposición (PPE) en un hospital local, que incluyó lavado de heridas, inmunoglobulina antirrábica y vacunas contra la rabia y el tétanos.

Cinco semanas después, presentó fiebre, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, agitación, inquietud, confusión, alucinaciones, taquicardia, hipotermia, sudoración y sialorrea, síntomas propios de la rabia. Posteriormente murió en el hospital el 25 de julio, varios días después de que comenzara su enfermedad.

El NICD dijo que una sola muestra de saliva antes de la muerte recolectada dio negativo para rabia, lo cual es insuficiente para excluir el diagnóstico. No hubo más muestras disponibles para la investigación de laboratorio.

El NICD informó que el caso más reciente fue el de una niña de cinco años de East London, municipio metropolitano de Buffalo City en Eastern Cape. La niña fue atacada por un perro el 9 de julio, sufrió heridas faciales y supuestamente se le administró la PPE, pero luego se perdió durante el seguimiento. No está claro si la PPE incluyó la inmunoglobulina antirrábica.

Experimentó fiebre, espasmos musculares, anorexia, confusión, insomnio y sialorrea dos semanas después y murió el 28 de julio en el hospital. El 2 de agosto, se confirmó la rabia en una muestra de cerebro de la niña fallecida mediante una prueba de inmunofluorescencia directa.⁷

⁷ En Sudáfrica, el control de la rabia es difícil debido a su presencia endémica en perros domésticos, la especie más importante en la transmisión de esta zoonosis. También están involucradas varias especies de animales silvestres. La rabia canina es endémica, especialmente en las zonas rurales densamente pobladas de las provincias de Limpopo, Mpumalanga y KwaZulu-Natal, y ha persistido en KwaZulu-Natal a pesar de los esfuerzos concertados para controlarla mediante campañas de vacunación parenteral. Se cree que el fracaso de las campañas de vacunación se debe a la alta densidad de perros, especialmente en los municipios urbanos, y a la alta rotación de la población, ya que la mayoría de los perros tienen menos de 3 años.

Con la propagación de la COVID-19 por el mundo y sin vacunas ni tratamientos específicos en los primeros meses de 2020, los gobiernos empezaron a establecer restricciones diferentes en la movilidad de la población para desacelerar su expansión. Los confinamientos masivos afectaron a más de la mitad de la población mundial mientras también se promovió el uso del barbijo, el distanciamiento, evitar reuniones en espacios cerrados con no convivientes, y la ventilación permanente de los espacios cerrados como oficinas, hospitales y escuelas. Con el paso de los meses, se desarrollaron las vacunas con alta eficacia y seguridad para prevenir complicaciones y muertes, y surgió la disyuntiva: ¿Cuándo conviene liberar las restricciones cuando ya hay vacunas disponibles?

Un equipo de investigadores buscó dar una respuesta desde la ciencia. El [nuevo análisis](#) sugiere que, para potenciar las libertades y proteger contra nuevas olas de COVID-19, el ritmo al que se levantan las restricciones para reducir la propagación debe estar directamente ligado al ritmo de la vacunación.

Más de un año después del inicio de la pandemia de COVID-19, los programas de vacunación prometen aliviar muchas cargas causadas por la enfermedad, incluidas las restricciones necesarias que han tenido consecuencias sociales y económicas. Hasta ahora se han administrado más de 5.410 millones de dosis de vacunas en todo el mundo, lo que equivale a 71 dosis cada 100 personas. Aunque existe una gran diferencia entre los programas de vacunación de los distintos países: solo 1,8% de la población de los países de bajos ingresos accedió a una dosis de vacuna. Emiratos Árabes, Portugal y Qatar son los países que más han vacunado con el esquema completo a su población: ya superaron el 80%.

Gran parte de la investigación se centró en la asignación y priorización de las vacunas, y en las formas óptimas de controlar la propagación. Sin embargo, la forma de ejecutar una transición suave entre una población desprotegida y una eventual inmunidad de la población sigue siendo una cuestión abierta.

Para abordar esta cuestión, se aplicaron modelos matemáticos a los datos epidemiológicos y de vacunación de Alemania, Francia, el Reino Unido y otros países europeos. Cuantificaron el ritmo al que podrían levantarse las restricciones durante la distribución de la vacuna para mitigar el riesgo de olas de COVID-19 de repuntes de casos que saturen las unidades de cuidados intensivos.

País	Dosis administradas		% población	
	Total	Cada 100 habitantes	Al menos una dosis	Esquema completo
Emiratos Árabes Unidos	18.439.345	189	90%	78%
Uruguay	5.779.889	167	78%	73%
Qatar	4.523.990	160	83%	77%
Malta	799.214	159	83%	82%
Singapur	8.965.092	157	81%	79%
Israel	14.148.244	156	66%	61%
Chile	29.439.957	155	76%	72%
Bahrein	2.508.943	153	70%	67%
China	2.113.083.000	151	77%	64%
Dinamarca	8.627.954	148	76%	73%
Portugal	15.087.942	147	85%	76%
Islandia	530.087	147	77%	73%
Canadá	53.829.771	143	75%	68%
España	67.190.707	143	78%	73%
Bélgica	16.289.129	142	74%	71%
Aruba	149.277	140	74%	66%
Irlanda	6.924.260	140	75%	70%
Reino Unido	91.725.196	137	72%	65%
Bután	1.045.074	137	74%	63%
Mongolia	4.349.057	135	70%	65%

Vacunas aplicadas contra la COVID-19 en los 20 países con más dosis administradas cada 100 habitantes. Datos al 7 de septiembre de 2021. Fuente: Our World in Data.

Al considerar varios escenarios posibles, se llegó a la conclusión de que sólo pueden evitarse nuevas olas graves si las restricciones se levantan no más rápido que el ritmo dictado por el progreso de la vacunación, y que básicamente no se gana nada en libertad si se aligeran las restricciones demasiado rápido.

Los resultados sugieren que, incluso después de que 80% de la población adulta haya sido vacunada, nuevas variantes más infecciosas podrían desencadenar una nueva ola de COVID-19 y saturar las unidades de cuidados intensivos si se levantan todas las restricciones. En tal caso, las restricciones deberían restablecerse rápidamente, con lo que se desvanecería el espejismo de la libertad.

Además, un levantamiento prematuro tendría altos costos de morbilidad y mortalidad. Mientras tanto, la relajación de las restricciones al ritmo de la vacunación muestra casi el mismo progreso en la 'libertad', manteniendo la baja incidencia.

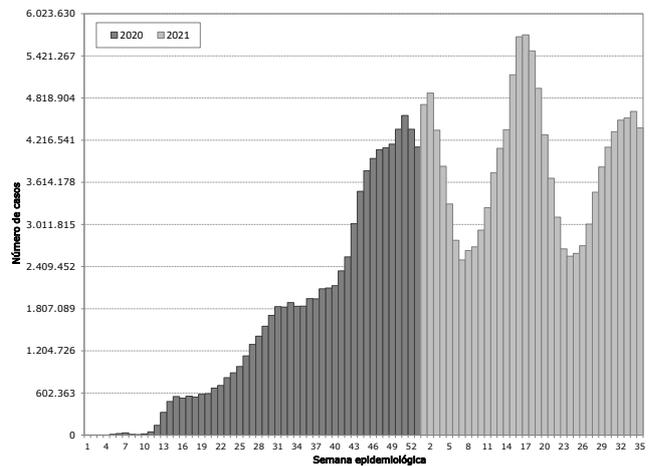
Los resultados sugieren que, a pesar de la presión pública, los responsables políticos no deben apresurar la relajación de las restricciones, y que es necesario mantener una tasa de vacunación elevada, especialmente entre las poblaciones de alto riesgo. Igualmente los científicos reconocieron que será necesario seguir investigando para diseñar escenarios óptimos desde una perspectiva global.

Otro [estudio](#) sobre el efecto de los cambios en la movilidad a nivel suburbano meses después de la irrupción de la COVID-19 en América Latina, examinó las asociaciones longitudinales entre la movilidad de la población y la incidencia de COVID-19 a nivel de subciudad en un gran número de ciudades latinoamericanas.

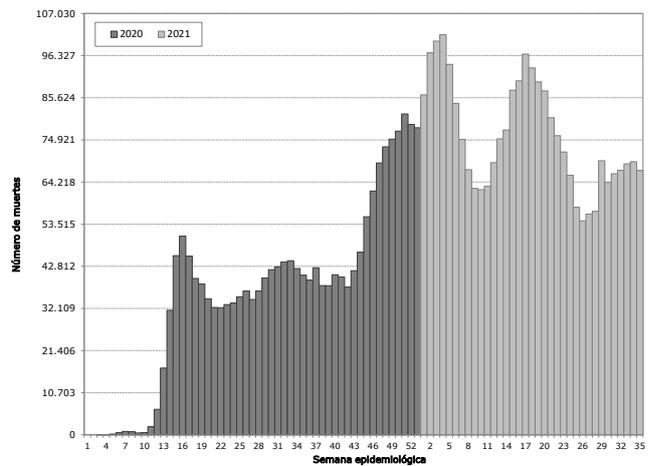
En este estudio ecológico longitudinal, se compilaron los datos agregados de ubicación de teléfonos móviles, casos de COVID-19 confirmados diariamente y características de entornos urbanos y sociales para analizar la movilidad de la población y la incidencia de la COVID-19 a nivel de subciudad entre ciudades con más de 100.000 habitantes en Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala y México, del 2 de marzo al 29 de agosto de 2020.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe y Granda proporcionaron datos de teléfonos móviles agregados espacialmente; los casos confirmados de COVID-19 provienen de informes del gobierno nacional y los factores demográficos y socioeconómicos provienen del último censo nacional de cada país. El análisis incluyó 1.031 áreas suburbanas, que representan 314 ciudades latinoamericanas, en Brasil (416 áreas suburbanas), México (406), Argentina (107), Colombia (82) y Guatemala (20).

En el modelo principal ajustado, se observó 10% menos de movilidad semanal que se asoció con una incidencia de COVID-19 8,6% menor en la semana siguiente. Esta asociación se debili-



Casos confirmados a nivel global. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 7 de septiembre de 2021, 16:53 horas.



Muertes confirmadas a nivel global. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 7 de septiembre de 2021, 16:53 horas.

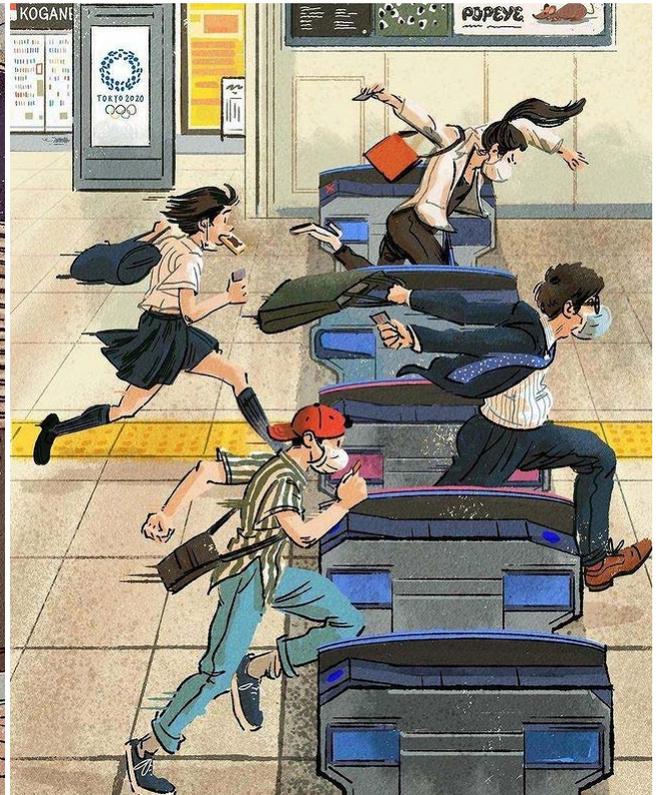
tó gradualmente a medida que aumentaba el desfase entre la movilidad y la incidencia de COVID-19, lo que indica que la reducción del movimiento de población dentro de un área suburbana se asocia con una disminución posterior en la incidencia de COVID-19 entre los residentes. Las políticas que reducen la movilidad de la población a nivel suburbano pueden ser una estrategia eficaz de mitigación de la COVID-19, aunque deben combinarse con estrategias que mitiguen las consecuencias sociales y económicas adversas de la movilidad reducida para los grupos más vulnerables.

Alrededor de 80% de la población de América Latina vive en áreas urbanas y muchos de los brotes más graves de COVID-19 se han producido en las ciudades de América Latina. En un intento por mitigar la propagación de la COVID-19, los gobiernos se han basado en intervenciones regionales o en toda la ciudad para reducir la transmisión del SARS-CoV-2, mediante el establecimiento de políticas universales, como las restricciones para quedarse en casa. Aunque estas medidas generalizadas han ayudado a mitigar la incidencia de la COVID-19, han incurrido en costos sociales y económicos sustanciales, particularmente en muchas ciudades de América Latina donde han persistido la transmisión generalizada y las restricciones asociadas de quedarse en casa.

Dentro de los cinco países estudiados, las áreas suburbanas tuvieron una disminución sustancial en la movilidad hacia fines de marzo. Las áreas suburbanas en todos los países tuvieron fuertes reducciones en la movilidad en marzo de 2020, incluso antes de que comenzaran las restricciones federales. En Argentina, Colombia y México, las reducciones de la movilidad persistieron en los meses siguientes, con una variabilidad dentro del país relativamente estrecha. Por el contrario, en Brasil y Guatemala, la movilidad diaria volvió gradualmente a tasas similares a la movilidad de referencia, con una gran variabilidad dentro del país.

En términos de la incidencia diaria media de casos confirmados de COVID-19, se evidenció una amplia variación dentro del país entre las áreas suburbanas del mismo país. Para agosto de 2020, la incidencia de la COVID-19 en áreas suburbanas de Brasil, Colombia, Guatemala y México estaba disminuyendo o estable, mientras que en Argentina, la incidencia de COVID-19 continuó aumentando.

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.