



Reporte Epidemiológico de Córdoba

20 DE ABRIL
2020
REC 2.308

ARGENTINA

- Vigilancia de dengue
- Actualizaron la definición de caso sospechoso de COVID-19

AMÉRICA

- América Latina y el Caribe: Es vital ampliar drásticamente la cobertura de pruebas de detección de la COVID-19
- Bolivia: Alta tasa de infecciones de transmisión sexual en mujeres rurales de La Paz

- Ecuador: Alarma por el desproporcionado aumento de defunciones en Guayaquil
- Estados Unidos: Reportaron 10 casos de rabia en animales salvajes en el condado de Oswego, New York
- México: Ya son 150 los casos de sarampión, 80% en no vacunados
- Panamá: Confirmaron un caso de hantaviriosis en Los Santos

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo

- China: En medio de las sospechas, el país reconoce 50% más de muertes en Wuhan
- Japón: Hokkaido sufrió un rebrote de casos de COVID-19 tras levantarse el aislamiento
- Nigeria: Siguen aumentando los casos de fiebre hemorrágica de Lassa
- Región del Mediterráneo Oriental: El progreso hacia la eliminación del sarampión
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

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

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



Comité Nacional
de Infectología
SAP



Rev. Panam. de
Enf. Infecciosas



**Vacunas
SADI 2019**

GEMICOMED
seimc.org



En la presente temporada, desde la semana epidemiológica (SE) 31 de 2019 hasta la SE 14 de 2020 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 39.573 casos con sospecha de dengue u otras arbovirosis, de los cuales 14.237 resultaron confirmados o probables para dengue (11.297 sin antecedentes de viaje en 17 provincias y 2.945 casos con antecedentes de viaje a zonas con circulación viral fuera de la jurisdicción de residencia o con antecedente epidemiológico en investigación).

Hasta el momento, se registra en diferentes sitios del territorio nacional la presencia de tres serotipos: DENV-1 (62% de los casos), DENV-4 (36%) y DENV-2 (2%).

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje					Con antecedente de viaje				En investigación		Total notif.
	Conf.	Prob.	Nexo	Total	Serotipo	A otro país		A otra provincia		Conf.	Prob.	
						Conf.	Prob.	Conf.	Prob.			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	549	1.279	1.238	3.066	1-2-4	184	1-4	45	5-	1-	27	58-3
Buenos Aires	348	1.598	142	2.088	1-2-4	169	2-6	35	67	134	25-	73-7
Córdoba	156	17-	1	157	1-4	2-	8	13	4	257	111	3.684
Entre Ríos	29	15-	29	58	1-4	8	9	7	1-	2	12	679
Santa Fe	11-	234	565	799	1-4	23	13	14	8	37	77	2.676
Centro	1.082	3.111	1.975	6.168	-	384	30	114	79	430	227	7.039
Mendoza	1	-	-	1	4	3	1	2	2	1	1	23
San Juan	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	2	27
San Luis	-	8	-	8	-	-	-	-	4	-	1	75
Cuyo	1	8	-	9	-	3	1	6	10	1	4	125
Chaco	75	645	7	727	1-4	5	8	8	13	-	19	2.623
Corrientes	22	512	2	536	1-4	22	24	16	47	2	64	2.262
Formosa	8	112	-	120	1-4	19	16	6	3	1	11	422
Misiones	171	730	-	901	1-2-4	10	12	3	6	23	197	3.707
Noreste Argentino	276	1.999	9	2.284	-	56	60	33	69	26	291	9.014
Catamarca	22	60	-	82	1	2	-	10	10	-	11	940
Jujuy	91	207	399	697	1-4	6	4	4	2	34	66	2.150
La Rioja	15	577	12	604	1	1	-	-	-	-	41	1.385
Salta	96	378	232	706	1-4	17	14	7	-	23	141	3.477
Santiago del Estero	19	16	14	49	1	4	-	3	-	-	4	555
Tucumán	12	68	188	268	1-4	2	5	1	11	3	16	1.658
Noroeste Argentino	255	1.306	845	2.406	-	32	23	25	23	60	279	10.165
Chubut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
La Pampa	-	-	-	-	-	-	2	-	4	1	-	20
Neuquén	-	-	-	-	-	-	2	1	4	-	-	29
Río Negro	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	2	19
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	23
Tierra del Fuego	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	14
Sur	-	-	-	-	-	1	4	3	8	3	5	120
Total Argentina	1.614	6.424	2.829	10.867	-	476	118	181	189	520	806	26.463

Tabla 1. Casos de dengue con y sin antecedentes de viaje según clasificación, serotipos y totales de casos con sospecha de arbovirosis notificados según jurisdicción de residencia. Argentina. Desde semana epidemiológica 31 de 2019 hasta semana epidemiológica 14 de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

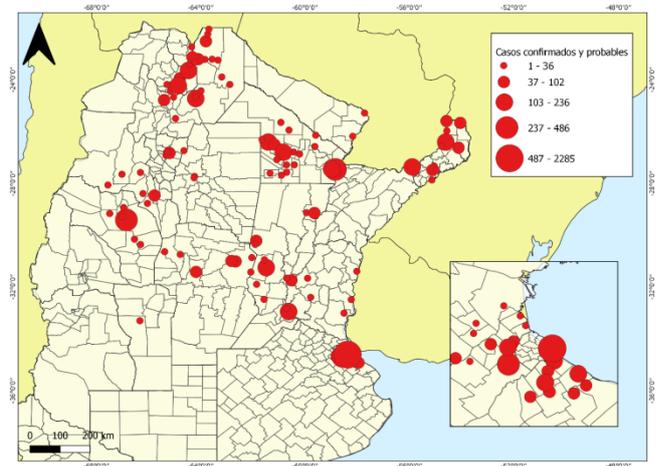
En la presente temporada se han registrado 25 fallecimientos con sospecha de dengue hasta el 4 de abril de 2020. De los 25 fallecidos notificados, 10 registraron pruebas positivas para dengue: tres mujeres y siete varones), con edades entre 14 y 87 años y una mediana de 69 años.

Los 10 casos con pruebas positivas se registraron en las provincias de Buenos Aires (4 casos), Misiones (2), Córdoba (1), Entre Ríos (1), La Rioja (1) y Santa Fe (1).

Los 15 casos restantes, que están aún en investigación, corresponden a las provincias de Santa Fe (7 casos), Entre Ríos (3), Salta (2), Buenos Aires (1), Córdoba (1) y La Rioja (1).

La curva de casos muestra un ascenso desde la SE 1 y en particular a partir de la SE 6, a expensas de todas las provincias en brote, a excepción de Misiones, que venía registrando un brote desde la SE 46 de 2019. En las últimas tres semanas epidemiológicas las jurisdicciones que reportaron el mayor número de casos fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y las provincias de Buenos Aires, Chaco, Jujuy, Salta y Santa Fe.

Hasta el momento se han visto afectadas 319 localidades por brotes de dengue, incluyendo como localidades a comunas de la CABA.



Mapa 1. Casos confirmados y probables en localidades con brote de dengue. Argentina. Desde semana epidemiológica 31 de 2019 hasta semana epidemiológica 14 de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

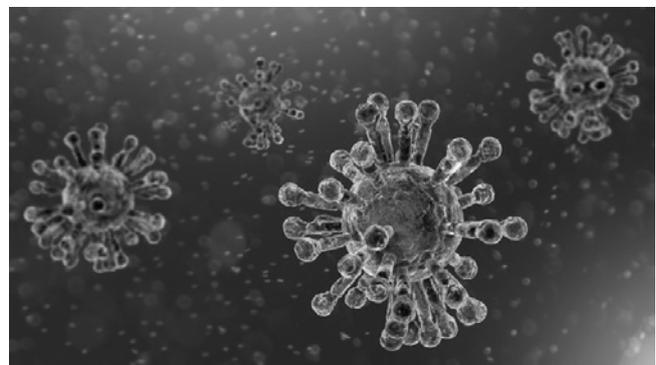


ACTUALIZARON LA DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19

16/04/2020

El 16 de abril, las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud de Argentina actualizaron la definición de caso sospechoso de COVID-19 e incluyeron entre los criterios para sospechar la enfermedad la dificultad de las personas para detectar el gusto y los olores, así como fiebre a partir de los 37,5°C.

Específicamente, la nueva definición de caso sospechoso de COVID-19 incluye a toda persona que presente fiebre de 37,5°C o más y uno o más de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, falta de olfato o gusto (anosmia/disgeusia) sin otra enfermedad que explique completamente el cuadro clínico.



Además, a estas características clínicas se le debe sumar el hecho de que esa persona haya estado en los últimos 14 días en contacto con casos confirmados de COVID-19; o tenga un antecedente de viaje internacional; o tenga un historial de viaje o residencia en nuestro país en zonas de transmisión local de COVID-19, ya sea comunitaria o por conglomerados.

También se establece que el equipo de salud debe sospechar de COVID-19 en todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía y sin otra etiología que explique el cuadro clínico.

Dentro de los nuevos criterios establecidos por las autoridades sanitarias, a partir de ahora, todo paciente que sólo presente anosmia/disgeusia, de reciente aparición y sin otra causa definida, se le indicará aislamiento durante 72 horas y la toma de muestra para diagnóstico mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), al tercer día de iniciados los síntomas.

Recomendaciones para los trabajadores de salud

En cuanto al personal de salud y el personal esencial, se definió que deberán ser evaluados mediante PCR todos aquellos que presenten fiebre o por lo menos dos de los síntomas descriptos de la enfermedad. Ante la presencia de dos o más de los síntomas descriptos sin la presencia de fiebre se indicará aislamiento durante 72 horas y posterior toma de muestras para diagnóstico mediante PCR, al tercer día de iniciados los síntomas.

Respecto del personal de salud afectado por la COVID-19, la secretaria de Acceso a la Salud, Carla Vizzotti, afirmó que del total de 2.669 los casos confirmados, 14% corresponde a este grupo, y de ese porcentaje, 33% tiene un antecedente de viaje. “En las conclusiones preliminares de la investigación se han observado cadenas de transmisión en distintas instituciones y la explicación es que el equipo de salud trabaja en distintos sitios”, informó Vizzotti.

La secretaria de Acceso a la Salud afirmó que en base a la investigación epidemiológica realizada, la principal vía de transmisión dentro del equipo de salud es horizontal. “Eso significa que es entre el personal de salud y no el 100% a partir de un paciente confirmado con COVID-19. Por esa razón, los trabajadores de la salud que presenten alguno de los síntomas incluidos en la definición de caso sospechoso de COVID-19 deben quedarse en casa, contactar al sistema de salud y no asistir al trabajo”, solicitó Vizzotti.

La recomendación del Ministerio de Salud de la Nación es fortalecer el distanciamiento físico y las pautas de cuidado tanto para el personal de salud como para todos los trabajadores de la institución sanitaria, aunque no tengan contacto directo con los pacientes. También es fundamental reforzar el uso adecuado del equipo de protección personal.

En cuanto a las cadenas de transmisión en el personal de salud en La Rioja, Río Negro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Chaco, Vizzotti informó que se están llevando a cabo investigaciones cualitativas cuyos resultados serán publicadas en el Boletín de Vigilancia Epidemiológica.

Los indicadores se mantienen estables

“En los últimos días estamos compartiendo indicadores que están estables, cuanto más estable es mejor. Son buenas noticias que nos van a permitir seguir trabajando en la administración del aislamiento y en la estratificación y escala de actividades esenciales definida en función de la situación epidemiológica que es variada a nivel nacional”, aseguró la secretaria de Acceso a la Salud, Carla Vizzotti.

Por otra parte, Vizzotti informó que el Ministerio de Salud de la Nación ya distribuyó a las provincias más de 60% del total de dosis de la vacuna antigripal, que es gratuita y está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para el personal de salud; los mayores de 65 años de edad; los niños de entre 6 y 24 meses de edad; las embarazadas y las puérperas (una dosis, hasta 10 días posteriores al parto en caso de no haber recibido en el embarazo); y las personas de 2 a 64 años con factores de riesgo como obesidad, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, pacientes oncohematológicos, trasplantados o personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, entre otras.

Tras la primera etapa de la aplicación progresiva de la vacuna para el personal de salud y adultos mayores, la semana que viene comenzará la segunda para embarazadas y niños entre 6 y 24 meses. “El trabajo que están realizando las jurisdicciones para la vacunación antigripal en forma escalonada y cumpliendo las recomendaciones de distanciamiento físico y de prevención en el contexto de pandemia es un esfuerzo inmenso que se traduce en un número muy importante de personas vacunadas contra la influenza”, destacó la viceministra.

Respecto de los testeos para detectar la COVID-19, el subsecretario de Estrategias Sanitarias, Alejandro Salvador Costa, comunicó que se realizaron un total de 26.457, de los cuales 20.647 casos fueron descartados por resultar negativos. El índice de positividad continúa disminuyendo, llegando en este momento a 11,07%.

El papel del periodismo en la cobertura de la pandemia

“En la avidez por encontrar una forma de detener la progresión de la epidemia, las investigaciones y las comunicaciones se multiplicaron a un ritmo vertiginoso, muchas veces pasando por alto normas establecidas y muy estrictas en la comunidad científica como la revisión por pares o la experimentación en animales”, advirtió la presidenta de la Red Argentina de Periodismo Científico, Nora Lía Bär.

Por la situación descripta por la periodista científica, la información “que nos llega puede ser abrumadora y en lugar de iluminarnos puede confundirnos o ser tóxica” por esa razón “los periodistas científicos que nos entrenamos para el tratamiento de estos temas sabemos que es fundamental conocer sobre estas materias, cómo se hace un estudio clínico, o cómo se trabaja en el mundo científico para no difundir falsas promesas o tratamientos mágicos”.

En este sentido, Bär recomendó a los periodistas ser precisos cuando se informa sobre resultados preliminares *in vitro* o en animales, ser meticulosos con los datos y consultar distintas fuentes pertinentes. Para la periodista es importante “siempre tener en mente que el objetivo principal cuando se elige una noticia es el bien público”.

Los nuevos casos

El Ministerio de Salud de la Nación registró el 19 de abril dos nuevas muertes por la COVID-19 y 102 contagios en las últimas 24 horas. El total de infectados en todo el país ascendió a 2.941 y las víctimas fatales suman 134.

Las personas fallecidas son dos hombres, uno de 93 años, residente en la provincia de Buenos Aires; y otro de 74 años, residente en la provincia de Córdoba.

Del total de casos, 858 (29,2%) son importados, 1.235 (42%) son contactos estrechos de casos confirmados, 538 (18,3%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra en investigación epidemiológica.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	706	38	22,95	5,38
Buenos Aires	873	55	4,98	6,30
Córdoba	260	8	6,91	3,08
Entre Ríos	22	—	1,59	—
Santa Fe	222	2	6,28	0,90
Centro	2.083	103	7,11	4,94
Mendoza	72	7	3,62	9,72
San Juan	2	—	0,26	—
San Luis	11	—	2,16	—
Cuyo	85	7	2,59	8,24
Chaco	253	10	22,57	3,95
Corrientes	31	—	2,57	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	5	—	0,40	—
Noreste Argentino	289	10	6,89	3,46
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	5	—	0,65	—
La Rioja	39	3	9,91	7,69
Salta	3	—	0,21	—
Santiago del Estero	12	—	1,23	—
Tucumán	30	4	1,77	13,33
Noroeste Argentino	89	7	1,57	7,87
Chubut	2	—	0,32	—
La Pampa	5	—	1,39	—
Neuquén	99	4	14,91	4,04
Río Negro	127	3	16,99	2,36
Santa Cruz	40	—	10,94	—
Tierra del Fuego	122	—	70,34	—
Sur	395	7	13,49	1,77
Total Argentina	2.941	134	6,48	4,56

Tabla 2. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 19 de abril. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

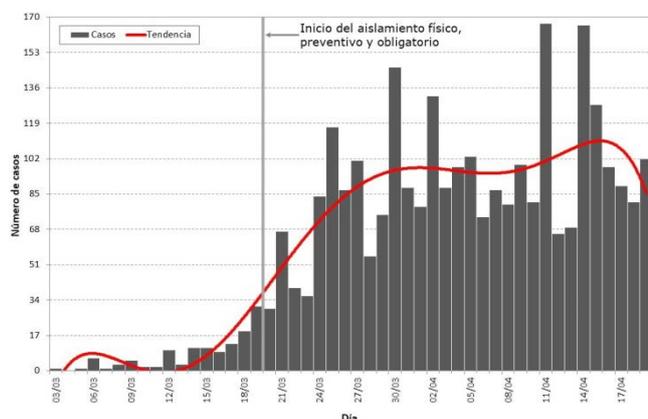


Gráfico 1. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Del 3 de marzo al 19 de abril de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

representan la cantidad de personas que perdieron la vida hasta el momento. Por otra parte, el número de casos descartados hasta ayer es de 25.259, por laboratorio y por criterio clínico epidemiológico.

El 18 de abril fueron realizados 1.770 nuevos Testeos y desde el inicio del brote se realizaron 32.712, lo que equivale a 720,9 testeos cada millón de habitantes, detalló la cartera sanitaria en la mañana del 19 de abril.

En las últimas horas el presidente Alberto Ángel Fernández hizo hincapié en la necesidad de seguir manteniendo el aislamiento en forma estricta, pero sin dejar de poner el foco en el daño económico que implica mantener la mayoría de las actividades económicas y productivas paradas.

“Sabemos del deterioro económico. La preocupación es la salud, pero también nos ocupamos de la economía, manteniendo los puestos de trabajo. Sabemos que habrá muchas pérdidas económicas, pero esto no debe de ningún modo tapan la cuestión sanitaria”, sostuvo.

Los nuevos casos confirmados corresponden a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (15 casos), y las provincias de Buenos Aires (48), Córdoba (11), Río Negro (8), Chaco (5), La Rioja (4), Mendoza (3), Neuquén (3), Tierra del Fuego (3), Chubut (1) y Santa Fe (1).

La mayor cantidad de casos se concentra en la provincia de Buenos Aires (873) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (706), que involucran 53,7% del total de casos del país. Es por eso que el Gobierno ha puesto la lupa sobre cómo contener la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la zona urbana que conecta el territorio porteño con los municipios del Conurbano.

El último informe del Ministerio de Salud arrojó una buena noticia en el medio del avance de la pandemia en Argentina y del crecimiento –paulatino y esperado por las autoridades del Gobierno– del número de muertos. Desde que se conoció el primer caso de COVID-19 en el país el 3 de marzo, 709 personas ya lograron el alta médica.

Esas 709 personas representan 24,1% del total y son el símbolo de la esperanza en un tiempo marcado por la incertidumbre sobre el regreso a las actividades laborales, sociales y recreativas. Además, marcan una diferencia positiva frente a 4,6% que



AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ES VITAL AMPLIAR DRÁSTICAMENTE LA COBERTURA DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE LA COVID-19

02/04/2020

El éxito de una respuesta eficaz en los países de América Latina y el Caribe para contener la pandemia de COVID-19 depende de una ampliación colosal de la cobertura de pruebas, a fin de identificar e interrumpir las cadenas de contagio. Esta ampliación debe realizarse incluso a niveles superiores a los efectuados en los países industrializados, dadas las características de la región. Sin el acompañamiento de estrategias agresivas de detección y rastreo de casos de COVID-19, las medidas de aislamiento serán poco efectivas y necesitarán ser prolongadas.

Por esta razón, más de 200 miembros de la comunidad académica y de investigación en Demografía y Salud de la Población solicitaron con urgencia a los gobiernos de América Latina y el Caribe e instancias internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevar a cabo acciones inmediatas para incrementar significativamente la cobertura de pruebas de Detección de la COVID-19 y las estrategias de rastreo de contagio en los países de la región.

La pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe

Los primeros casos de COVID-19 en países de América Latina y el Caribe fueron identificados a fines de febrero, dos meses después que en China y un mes después que en Europa. Actualmente, se reportan cinco veces menos casos confirmados y muertes en comparación con los países asiáticos y europeos. Sin embargo, las tasas de crecimiento de casos reportados son mayores que las observadas en países en donde el contagio se encuentra en estados más avanzados. Todo esto en un contexto de mayores desafíos, dado el estado de salud de la población, la precaria infraestructura de atención sanitaria, y las condiciones socioeconómicas y de vivienda. Estas condiciones pueden exacerbar de manera dramática las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en términos de número de infectados, muertes por el virus, colapso general del sistema de salud y condiciones de bienestar.

País	Testeos	Testeos cada millón de hab.
Venezuela	268.503	9.442
Chile	103.873	5.434
Panamá	17.850	4.137
Perú	127.513	3.867
Uruguay	11.239	3.235
.....
México	40.091	311
Brasil	62.985	296
Honduras	2.012	203
Bolivia	2.185	187
Haití	365	32

Tabla 3. Países de América Latina y el Caribe con mayores y menores tasas de testeos para detección de COVID-19 cada millón de habitantes. Año 2020, hasta el 17 de abril de 2020, 19:17 horas. Fuente: Worldometer.

Hoy hay fuertes indicios de una importante subestimación de casos en los países de América Latina y el Caribe. Esta situación hace imposible tener una idea precisa del avance del contagio. A pesar de que no disponemos de información acerca de la cobertura de pruebas de detección de la COVID-19 en todos los países de la región, el caso de Bolivia y México es ilustrativo. Ambos países reportan la menor cobertura de pruebas y reportan la menor cantidad de casos per cápita. Esto indica una subestimación de gran magnitud en la identificación de casos. Lo anterior se traduce en una menor disponibilidad de información que es indispensable para la regulación de medidas de contención de forma efectiva, eficiente y proporcional al panorama real de contagio del virus en cada país.

Situaciones agravantes en la región

Ahora bien, en los países de América Latina y el Caribe se identifican al menos cuatro factores agravantes de la pandemia:

- 1. Prevalencia de enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de muerte por COVID-19.** Las enfermedades crónicas preexistentes, como las respiratorias, las afectaciones de las arterias coronarias, la hipertensión y la diabetes, aumentan hasta 10 veces el riesgo de deceso por COVID-19. Dado que varios países de América Latina y el Caribe presentan alta prevalencia de enfermedades crónicas, no solo los adultos mayores tendrán un riesgo elevado de complicaciones críticas y deceso. A diferencia de la población europea, la de América Latina y el Caribe cuenta con una mayor incidencia de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, en la actualidad la región presenta la mayor epidemia de dengue registrada en su historia. Así las cosas, aunque América Latina y el Caribe cuente con una población más joven que la de los países europeos, este atenuante es contrarrestado por el alto grado de comorbilidad en la población. Por estas razones es importante la identificación y aislamiento de personas con COVID-19 para interrumpir las cadenas de contagio, especialmente protegiendo la población más vulnerable. En esta estrategia la disponibilidad de pruebas es fundamental.
- 2. Carencias en la infraestructura de atención en salud.** Uno de los principales agravantes de la actual pandemia es la saturación de los sistemas de salud. España e Italia ya se han visto en la necesidad de dictar protocolos para priorizar el tratamiento de unos pacientes sobre otros, dada las limitaciones en infraestructura, equipos y personal médico. Una situación que se da en dos países europeos que cuentan con 2,97 y 3,18 camas de hospital cada 1.000 habitantes, respectivamente. En los países de América Latina y el Caribe, por su parte, el indicador promedio es inferior a 2 camas de hospital cada 1.000 habitantes, lo cual causaría una saturación más rápida y crítica del sistema de salud. El panorama se agudiza en zonas rurales o de frontera y para poblaciones migrantes, refugiadas o desplazadas, las cuales viven en contextos de vulnerabilidad. Por estas razones es importante monitorear la velocidad de contagio de la COVID-19 para informar estrategias que eviten la saturación del sistema de salud. La forma más efectiva de hacer este monitoreo es aumentando la capacidad de pruebas en la región.
- 3. Condiciones socioeconómicas limitadas para el confinamiento de la población.** Un componente esencial de la estrategia para la contención de la epidemia de COVID-19 es la implementación de medidas estrictas de distanciamiento y confinamiento físico. Algunos países de la región ya las han adoptado apropiadamente. Sin embargo, dadas las condiciones socioeconómicas de la región, estas medidas tienen una capacidad limitada de sostenimiento en el tiempo, pues cerca de la mitad de la fuerza de trabajo es informal y no se cuenta con suficientes políticas de protección laboral dentro del sector formal. Esto se

traduce en que un gran porcentaje de la población no cuenta con los recursos suficientes para suspender su actividad económica por un periodo prolongado. Las personas en situación económica más precaria se verán obligadas a exponerse a mayores riesgos de infección iniciando nuevas cadenas de contagio. Adicionalmente, las precarias condiciones de vivienda de una proporción importante de personas en la región, como los altos grados de hacinamiento y la deficiente salubridad, imponen adicionales desafíos de salud y convivencia en relación con las medidas estrictas de confinamiento. Por estas razones es importante contar con sistemas de monitoreo que permitan regular las medidas de contención de forma eficiente. Para hacerlo se necesitarán más pruebas de detección del virus.

- 4. Estructuras familiares que aumentan el riesgo de contagio a las edades de mayor vulnerabilidad.** En los países donde se han realizado pruebas de diagnóstico con mayor cobertura y desde la etapa primaria de la pandemia, como son los casos de Alemania, Canadá y Corea del Sur, se ha identificado que las mayores tasas de infección inicial se dan entre jóvenes y adultos, quienes tienen una mayor movilidad internacional. En España e Italia, se considera que el mayor grado de contagio en adultos mayores, quienes son la población más vulnerable, ha sido el resultado del alto grado de cohabitación intergeneracional. En comparación con estos países europeos, en América Latina y el Caribe las familias son más extensas y la cohabitación de jóvenes y adultos mayores es aún superior, lo cual incrementa aún más el riesgo de contagio en las edades más vulnerables. Por estas razones es importante contar con pruebas para la identificación de casos asintomáticos que eviten el contagio hacia las personas más vulnerables.

¿Qué se puede hacer?

Toda estrategia que se adopte para la contención o mitigación de la pandemia de COVID-19 en los países de América Latina y el Caribe debe estar acompañada de una ampliación considerable de la cobertura de pruebas, con el fin de identificar las personas infectadas, interrumpir las cadenas de contagio y monitorear posibles brotes.

Existe evidencia de que la contención efectiva de la transmisión del virus en Singapur y Corea del Sur se debió a la aplicación masiva de pruebas para detectar infecciones, acompañado de las medidas drásticas de distanciamiento físico. Gracias a esto, se logró rastrear y aislar a las personas infectadas, lo que interrumpió las cadenas de contagio y disminuyó considerablemente las tasas de mortalidad. Sólo después de esto, pudieron flexibilizarse las medidas de confinamiento físico. Sin el acompañamiento de estrategias agresivas de detección de casos de COVID-19, no habrá información disponible para regular eficazmente las estrategias de aislamiento.

Mientras que Singapur y Corea del Sur han llevado a cabo más de 7.000 pruebas cada millón de habitantes, en los países de América Latina y el Caribe donde se dispone de información, el promedio se encuentra en 512 pruebas cada millón de habitantes.

Si bien es cierto que dicha estrategia demanda altos costos económicos iniciales, los beneficios obtenidos implicarán menores tasas de mortalidad, menores secuelas de salud física y mental y un menor empobrecimiento de la población en el largo plazo. Esto sin contar con la reducción sustancial del riesgo de nuevos brotes y la consecuente flexibilización gradual de confinamientos que serán, cada vez, de más difícil aplicación. Cualquiera que sea la estrategia que adopten los gobiernos para contener o mitigar el avance de la pandemia, ésta debe ser acompañada de un estricto monitoreo de los niveles de contagio de COVID-19 a partir de pruebas de detección del virus.

Por las razones expuestas, se urge a los gobiernos de los países de América Latina y el Caribe e instancias internacionales, incluyendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se lleven a cabo acciones inmediatas para ampliar drásticamente la cobertura de pruebas de detección de la COVID-19 en la Región.

El correcto diagnóstico de la situación permitirá no sólo atender a los pacientes que requieran acceso a los servicios de salud y salvar vidas, sino planear y proyectar con mayor precisión el impacto que tendrá la pandemia en el bienestar de la sociedad y las economías y así, generar políticas públicas adecuadas para mitigar estos efectos.



BOLIVIA

ALTA TASA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL EN MUJERES RURALES DE LA PAZ

06/03/2020

Las mujeres de las comunidades rurales del norte y oeste de La Paz, Bolivia, tienen una alta prevalencia de infecciones virales de transmisión sexual, en especial del herpes simplex tipo 2 (HSV-2), hepatitis B y el virus del papiloma humano (VPH).



En Bolivia, las mujeres rurales tienen poca información sobre las infecciones de transmisión sexual.

Una investigación, que incluyó la evaluación de 394 mujeres residentes de las provincias rurales Abel Iturralde y Caranavi, en el departamento de La Paz, encontró que 64% de ellas tenía al menos una de esas infecciones virales, y casi 15% presentaba dos de estas infecciones, la mayoría de las veces HSV-2 y VPH.

Si bien se sabía por informes epidemiológicos que la prevalencia de infecciones virales de transmisión sexual se había incrementado en Bolivia en los últimos 10 años, no había estudios sobre su incidencia en poblaciones rurales.



Células del cuello uterino. Izquierda, células normales; derecha, células infectadas por el virus del papiloma humano.

El 53% de las participantes presentó HSV-2 (contra 14,4% estimado en la población femenina de las Américas); 27%, infección por VPH, y 15,8% infección crónica por hepatitis B.

El herpes genital casi triplica el riesgo de contraer el VIH, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, ninguna de las participantes dio positivo en los exámenes del VIH, situación que concuerda con la baja

prevalencia entre la población general del país (0,3%), según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), y que se atribuye a la mejora en la

monitorización del VIH por el Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida.

Se halló una alta prevalencia de infección por el HSV-2, que produce úlceras a nivel genital y puede transmitirse a pesar de no mostrar lesiones visibles. Aún no existe una vacuna para esa infección, que es considerada factor de riesgo de adquisición del VIH, y posiblemente asociada a la persistencia del VPH en el desarrollo de cáncer cervical.

Por ello es importante promover el uso de preservativos barrera (condones), ya que este es el único medio de protección contra estos agentes infecciosos. El estudio detectó que solo 4% lo usaba.

La OPS señala que cada año en la región de América Latina y el Caribe, más de 56.000 mujeres reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino y más de 28.000 mueren. Y otros estudios señalan la imposibilidad de dar cifras sobre la incidencia del VPH y el cáncer cervical en Latinoamérica debido a la falta de datos y a diferencias en el nivel de desarrollo, a veces dentro del mismo país.

Bolivia tiene 2.000 nuevos casos de cáncer cervical registrados al año y es el país con mayor número de este tipo de cáncer de todo Sudamérica, según datos de mayo 2019 de The Global Cancer Observatory. La OPS lo considera la primera causa de muerte en mujeres del país. El VPH está presente en 100% de los casos, siendo los tipos 16 y 18 los responsables de cerca de 85% de los cánceres cervicales.

El VPH está conformado por un grupo numeroso de virus que afectan la piel, la boca y la zona genital y/o anal. Existen más de 100 tipos de VPH. Los tipos denominados “de bajo riesgo” pueden provocar lesiones benignas como verrugas. Los llamados “de alto riesgo” (como el 16 y el 18) pueden evolucionar a una infección persistente, provocar lesiones precancerosas y cáncer de cuello de útero, ano, pene, boca o garganta.

El cáncer de cuello uterino se presenta en mujeres que no tienen acceso o no acuden al servicio de salud.

El estudio comprobó que en las zonas rurales las poblaciones más vulnerables desde el punto de vista económico reciben poca información sobre infecciones de transmisión sexual, tienen muy limitado acceso al sistema nacional de salud y casi no disponen de recursos para realizar tratamientos.

También se identificó en las pobladoras rurales una mayor prevalencia de los tipos de alto riesgo 56, 39 y 31 del VPH, que de los 16 y 18. Los tipos 56, 39 y 31 no están incluidos en la vacuna contra esta enfermedad, que es obligatoria desde 2017 para niñas de entre 10-12 años.



Mujer boliviana con su bebé.

La decisión de un país en aplicar una vacuna —particularmente Bolivia—, toma mucho tiempo de reflexión y análisis. Las evidencias presentadas y analizadas, no solo desde el aspecto biológico sino social y económico, validan esa decisión, aunque los datos aportados por esta nueva investigación requieren de nuevos estudios.

Debe evaluarse el método de determinación, respecto a la sensibilidad de la prueba, y comparar con pruebas clínicamente validadas para hacer una comparación de resultados, ya



La vacunación contra el virus de papiloma humano en Bolivia es obligatoria desde 2017 para niñas de entre 10 y 12 años.

que existe un perfil epidemiológico mundial ampliamente estudiado y publicado en la literatura científica que indica que los principales tipos de VPH de alto riesgo ya están definidos, y son los 16 y 18, y no hay hallazgos nuevos ni diferencias marcadas por regiones.

Las infecciones por el VPH pueden desaparecer por sí solas en la mayoría de los casos, y si bien la vacuna no cubre los genotipos presentes en la población estudiada, sí muestra protección cruzada

contra otros genotipos del VPH, como 31, 33 y 45, pero aún no se tiene referencia de protección contra 39 y 56.

Por ello es de gran importancia promover la vacunación, pero también la realización de estudios de seguimiento de casos persistentes de VPH, y el estudio de los tipos de VPH predominantes en mujeres con cáncer cervical.

En la actualidad, las infecciones por el virus de la hepatitis B y por el VPH pueden ser prevenidas con el uso de vacunas, mientras que el VIH tiene un tratamiento gratuito con resultados exitosos.

No obstante, es de gran importancia promover la educación sexual, y con ello el uso de condones para evitar infecciones de transmisión sexual en general, realizar examen citológico de Papanicolaou para la prevención de cáncer cervical, y adecuar las campañas según la población o la región.

En su investigación, los autores consideran imprescindible la obtención de datos de prevalencia y factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual en las comunidades rurales a fin de mejorar las políticas de salud en Bolivia.¹



ECUADOR

ALARMA POR EL DESPROPORCIONADO AUMENTO DE
DEFUNCIONES EN GUAYAQUIL

19/04/2020

El desproporcionado índice de fallecimientos en la provincia de Guayas en la primera quincena de abril abre interrogantes sobre el verdadero alcance de la pandemia en Ecuador, cuando la Organización Mundial de la Salud pide a todos los países esclarecer sus cifras.

De acuerdo a las autoridades, hay un desfase de unos 5.700 muertos en la provincia de Guayas, la más castigada por la COVID-19, –con más de 6.000 de los contagiados a nivel

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

nacional, que superaron la barrera de los 9.000–, y donde habitualmente mueren unas 2.000 personas al mes por diversas causas.

Al cruzar cifras con diferentes instituciones del Estado, “tenemos aproximadamente 6.703 fallecidos reportados en estos 15 días de abril en la provincia de Guayas”, dijo el 16 de abril el jefe de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC), Jorge Miguel Wated Reshuan. E indicó que “está disminuyendo el número de muertos en los hospitales, lo que es una medida muy alentadora”, pero que la cifra de fallecidos reportados en otros registros parece ser mucho más alta de lo normal.



En Guayaquil colapsaron los sistemas sanitarios y funerarios.

Teniendo en cuenta que el “promedio usual mensual en Guayas es de aproximadamente 2.000 personas”, el desfase a estas alturas sería de unos 5.700 muertos por encima de lo habitual, lo que Wated atribuyó a “diferentes causas: COVID-19, presunto COVID-19 y muertes naturales”.

Unos cálculos que no son “tan ciertos” para Byron Antonio Villacís Cruz, ex director del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ya que en una pandemia “hay muertes que no ocurren pues hay cuarentena” y se reducen los accidentes de tránsito (de alta ocurrencia en Ecuador), hay menos riñas y homicidios.



Un cuerpo cubierto por una sábana se encuentra fuera de un centro de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en medio de la propagación de la COVID-19, en Guayaquil, Ecuador.

temor al contagio y problemas en los cementerios, provocaron a fines de marzo un colapso del sistema funerario, que derivó en que muchos tuvieron que convivir días con los cadáveres de sus familiares en casa.

Ello obligó al Gobierno a crear la FTC para avanzar en el levantamiento de cadáveres, y a cambiar el sistema de suscripción de actas de defunciones para agilizar su entrega.

Una decisión cuestionada por Villacís, quien recordó que internacionalmente se sigue un proceso estandarizado para conocer la causa de una muerte, con una persona especializada que firma el certificado de defunción. “Al relajar el procedimiento en medio de la emergencia por la COVID-19, lo que antes tenía que certificar un médico, ahora lo puede hacer cualquier funcionario público, como un policía, y por ello será muchísimo más difícil o va a tomar años, determinar la causa de la muerte”, dijo.

Mientras el Gobierno avanza en sus intentos por mejorar el tema sanitario, Villacís cree que “Ecuador vive una crisis de salud pública generalizada, y urge al esclarecimiento de los datos, pues las cifras oficiales de contagios parecen muy conservadoras”.

Según la ministra de Gobierno, María Paula Romo Rodríguez, no se podrá conocer la causa real de todas las muertes pues “no se están aplicando pruebas a todas las personas que murieron, pero sí un protocolo de recolección de datos para poder conocer las causas posibles”. Recogen así algunos datos de la familia, de quien ha estado cerca para poder saber cuántos de los decesos son atribuibles a la COVID-19.

La cantidad de fallecidos en Guayas, la negativa de algunas funerarias a trabajar por

El 2 de abril, cuando oficialmente se registraban 3.163 contagios y 120 muertes por la COVID-19, el presidente, Lenín Boltaire Moreno Garcés, pidió que se transparente la información “por dolorosa que esta sea”. Y apuntó: “Según los investigadores científicos, con toda seguridad, hoy tenemos decenas de miles de contagios y ya cientos de vidas cegadas por este virus”.



El gobierno entregó miles de ataúdes de cartón para contener la crisis de entierros en Guayaquil.

Aunque se desconoce si los miles de decesos en Guayas la primera quincena de abril fueron por la COVID-19, para Villacís “haber revelado esta semana la grave cifra de fallecidos en esa provincia es un paso, pero pequeñito”.

Y advirtió de un gran problema en torno a la falta de transparencia sobre protocolos de cómo se contabilizan los muertos y el número de pruebas realizadas, así como por la calidad de los actuales certificados de defunción, elementos claves para la toma de decisiones, más aún, durante una emergencia sanitaria.



La cifra de muertos se triplicó en 15 días.

Por ello, le parece complejo que en la misma semana en que se revelara la alta cifra de fallecidos, el Gobierno haya comenzado a hablar de la posibilidad de aligerar poco a poco las restricciones para ciertos sectores, con planes piloto para reactivar la economía.

“¿Cómo vamos a controlar ahorita si ni siquiera el número de muertos podemos contar bien?”, se preguntó Villacís. “Tomar decisiones sin información fidedigna es como si se apagara el panel de control de un auto en movimiento y, sin datos de su funcionamiento, se decidiera acelerar e ir por caminos más peligrosos. Eso es lo que están haciendo ahorita”, advirtió.



ESTADOS UNIDOS

REPORTARON 10 CASOS DE RABIA EN ANIMALES SALVAJES EN EL CONDADO DE OSWEGO, NEW YORK

17/04/2020

El Departamento de Salud del Condado de Oswego continúa investigando informes de rabia animal. Hasta la fecha, ha habido 10 casos confirmados de rabia en animales silvestres dentro del condado.

En febrero, se reportó rabia en mapaches (*Procyon lotor*) en las ciudades de Granby, Oswego y Scriba. En marzo, se reportaron en mapaches en las ciudades de Palermo y Volney. En lo



Mapache (*Procyon lotor*).

que va de abril, en dos mapaches y un zorro gris (*Urocyon cinereoargenteus*) en la ciudad de Scriba, en un mapache en la ciudad de Hannibal y en una marta pescadora (*Pekania pennanti*) en la ciudad de Boylston.

Judy Grandy, directora de la División Ambiental del Departamento de Salud del Condado de Oswego, dijo: “La población puede ver más animales salvajes ahora que se quedan en sus casas durante esta

pandemia de COVID-19. Si alguien ve un animal que parece amenazar a personas o mascotas, debe llamar a la División de Medio Ambiente del Departamento de Salud del Condado de Oswego. Nuestro programa de prevención de la rabia continúa disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para investigar casos de posible exposición a la rabia”.

	<p>MÉXICO</p> <p>YA SON 150 LOS CASOS DE SARAPIÓN, 80% EN NO VACUNADOS</p>
	<p>17/04/2020</p>

Hasta el momento, México registra 150 casos de sarampión, de los cuales 80% no tiene antecedentes de vacunación, reveló la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud Federal.

El informe de la dependencia reveló que del porcentaje total de no vacunados, 55 son menores de 18 años, es decir, 46%. En tanto, se confirmaron 71 casos de sarampión en este grupo etario.

El primer caso de la enfermedad se registró el 22 de febrero de 2020. En la Ciudad de México se han notificado 126 casos, en las siguientes entidades: Gustavo Adolfo Madero (67 casos), Miguel Hidalgo (17), Iztapalapa (9), Cuajimalpa de Morelos (8), Álvaro Obregón (7), Cuauhtémoc (4), Xochimilco (4), Coyoacán (2), Tláhuac (2), Tlalpán (2), Azcapotzalco (1), Iztacalco (1), Milpa Alta (1) y Venustiano Carranza (1).

En tanto, en el Estado de México se han registrado 23 casos, en Ecatepec (8 casos), Tlalnepantla (5), Nezahualcóyotl (2), Tecámac (2), Toluca (2), Atizapán de Zaragoza (1), Chimalhuacán (1), Naucalpan (1) y Zinacantepec (1).

Además, se registró un caso en Champoton, Campeche.

De acuerdo con el informe, las edades de los afectados oscilan entre los tres meses y los 68 años. Asimismo, detalló que 58% de los casos se presentó en la población masculina y 42% en mujeres.

La provincia de Los Santos, en Panamá, confirmó su primer caso de síndrome cardiopulmonar por hantavirus de este año. Se trata de un paciente masculino de 45 años, residente en el área de Alto de Güera, distrito de Tonosí.

“El paciente de encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital ‘Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas’ de Las Tablas”, confirmó Ayvar Isaías Hernández Saavedra, director provincial de Salud en Los Santos.

Ya la provincia, a principio de año, había registrado un caso de fiebre por hantavirus, pero este caso de síndrome cardiopulmonar es el primero de la época, en una de las zonas donde más casos se dan a nivel nacional. Hernández indicó que los equipos de Epidemiología y Control de Vectores realizaron inspecciones en la residencia del paciente, para brindar orientación a su familia y vecinos.

Según se informó, esta época supone un gran reto para los equipos, ya que se dan la mayor parte de los casos de hantavirrosis, sobre todo en el área de Tonosí. El nuevo caso de se presenta en medio de un aumento de los casos en la región santeña, donde esta semana se confirmaron tres casos nuevos de COVID-19 en los distritos de Los Santos y Macaracas.

El mundo

Alemania considera que el brote está bajo control

El número de casos de COVID-19 en Alemania aumentó en unos 3.380 casos el 17 de abril, llevando el total del país a 133.830, según informó el Robert Koch Institut.

Las muertes aumentaron a 3.868 (tasa de letalidad de 2,9%). La mayor parte de los casos se notificaron en los estados federales de Bayern (36.027), Nordrhein-Westfalen (27.030) y Baden-Württemberg (26.543).

Alemania declaró que el brote de COVID-19 está bajo control, mientras se prepara para dar sus primeros pasos tentativos para terminar con el aislamiento la próxima semana. “Esto es gracias a las medidas impuestas después de un aumento temprano en los casos”, dijo el ministro de Salud alemán, Jens Spahn. “Las cifras de casos se han hundido significativamente, especialmente el aumento relativo día a día”, dijo.

Algunos comercios y escuelas se reabrirán en las próximas dos semanas, mientras que las reuniones de dos o más personas aún no estarán permitidas.

Además, Spahn está haciendo campaña por una nueva normalidad en la atención hospitalaria. “Queremos reservar aproximadamente 25-30% de las camas de cuidados intensivos para los tratamientos de la COVID-19 de mayo”.

El Instituto Robert Koch para el control de enfermedades publicó datos que muestran que la tasa de infección de persona a persona en Alemania se había reducido a 0,7, lo que significa que cada persona que portaba el virus ahora estaba infectando a menos de una persona en promedio.

En Malasia, 80% de los fallecidos presentaban enfermedades crónicas

El Ministerio de Salud de Malasia informó 110 nuevos casos de COVID-19 el 16 de abril, lo que eleva el total del país a 5.182.

La cifra de muertos aumentó en uno cuando un ciudadano de Malasia de 66 años con antecedentes de enfermedad cardíaca e hipertensión murió el 15 de abril en el Hospital de Kuala Lumpur. Esto lleva el total de muertes a 84.

Los funcionarios de salud señalaron que la mayoría de los casos y las muertes por COVID-19 se registraba entre los mayores de 60 años. Este es un grupo de alto riesgo de complicaciones y muerte debido a la infección por el SARS-CoV-2 debido a la edad y a afecciones crónicas.

Las estadísticas de óbitos por la COVID-19 registrados hasta el momento muestran que 62,6% corresponde a mayores de 60 años. Además, 80,7% de los casos fatales presentaba enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad cardíaca y otras afecciones.

Países y territorios	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	746.379	41.379	225,7	5,5
España	195.944	20.453	419,1	10,4
Italia	178.972	23.660	295,9	13,2
Francia	152.996	19.744	234,5	12,9
Alemania	145.184	4.586	173,4	3,2
Reino Unido	121.172	16.095	178,7	13,3
Turquía	86.306	2.017	102,5	2,3
China	83.805	4.636	5,8	5,5
Irán	82.211	5.118	98,1	6,2
Rusia	42.853	361	29,4	0,8
Bélgica	38.496	5.683	332,4	14,8
Brasil	37.437	2.388	17,6	6,4
Canadá	34.979	1.537	92,8	4,4
Países Bajos	32.835	3.696	191,7	11,3
Suiza	27.740	1.393	321,0	5,0
Portugal	20.206	714	198,1	3,5
India	17.615	559	1,3	3,2
Perú	15.628	400	47,5	2,6
Irlanda	15.251	610	309,5	4,0
Austria	14.749	452	163,9	3,1
Suecia	14.385	1.540	142,6	10,7
Israel	13.491	172	156,4	1,3
Japón	10.797	236	8,5	2,2
Corea del Sur	10.661	234	20,8	2,2
Chile	10.088	133	52,9	1,3
Ecuador	9.468	474	53,8	5,0
Arabia Saudí	9.362	97	27,0	1,0
Polonia	9.287	360	24,5	3,9
Rumanía	8.746	451	45,4	5,2
Pakistán	8.348	168	3,8	2,0
Dinamarca	7.580	355	131,0	4,7
México	7.497	650	5,8	8,7
Noruega	7.078	165	130,8	2,3
Emiratos Árabes Unidos	6.781	41	68,7	0,6
República Checa	6.701	186	62,6	2,8
Singapur	6.588	11	112,8	0,2
Indonesia	6.575	582	2,4	8,9
Australia	6.547	67	25,7	1,0
Filipinas	6.259	409	5,7	6,5
Serbia	5.994	117	68,5	2,0
Ucrania	5.449	141	12,4	2,6
Qatar	5.448	8	189,7	0,1
Malasia	5.389	89	16,7	1,7
Belarús	4.779	47	50,6	1,0
República Dominicana	4.680	226	43,2	4,8
Panamá	4.273	120	99,3	2,8
Finlandia	3.783	94	68,3	2,5
Colombia	3.621	166	7,1	4,6
Luxemburgo	3.550	73	568,9	2,1
Sudáfrica	3.158	54	5,3	1,7
Egipto	3.144	239	3,1	7,6
Marruecos	2.855	141	7,8	4,9
Argentina	2.839	132	6,3	4,6
Otros 160 países y territorios	70.212	2.323	4,0	1,7
Total	2.386.171	165.782	30,7	6,9

Tabla 4. Casos confirmados y muertes por la COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 19 de abril de 2020, 16:38 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

Millones de personas hacen fila para recibir comida gratis en Estados Unidos

Sin empleo y sin dinero por la pandemia de COVID-19, millones de personas hacen fila durante horas en Estados Unidos para poder recibir comida gratis.

Los bancos de alimentos, que ya atendían a una población vulnerable, multiplican la distribución, pero temen no poder hacer frente a la creciente demanda.

Las mismas escenas se reproducen por todo el país, de New Orleans a Detroit, pasando por New York, donde el gobierno municipal reparte desayuno, almuerzo y cena gratuitos en varios puntos de la ciudad.

Son imágenes de una población desesperada, que en general ha perdido su empleo y por tanto sus ingresos, a la espera de la llegada de un cheque del gobierno federal, que aprobó a fines de marzo un gran plan de apoyo a la economía.

Pero para algunos, como millones de inmigrantes sin papeles, en su mayoría de origen latinoamericano, no habrá cheque, advirtió el gobierno de Donald John Trump.

El 14 de abril, más de 1.000 vehículos esperaban en fila en una distribución organizada por el banco de alimentos de Pittsburgh, en Pennsylvania, cuya demanda aumentó 38% en marzo.

En ocho operaciones excepcionales como esta, fueron repartidas unas 227 toneladas de comida.

El 9 de abril, en San Antonio, Texas, unos 10.000 vehículos hicieron fila en un banco de alimentos, algunos desde la noche hasta la mañana siguiente.

En Akron, Ohio, las necesidades de los bancos de alimentos aumentaron 30%.

Los bancos de alimentos, incluidas las 200 filiales locales de la red Feeding America, están recibiendo donaciones excepcionales. Sin estas donaciones, estos bancos de alimentos no podrían enfrentar la demanda: actualmente están comprando 35% de sus suministros, contra 5% en tiempos normales, ya que el resto proviene de donaciones.

Tras un mes bajo tensión, la red de bancos de alimentos aguanta, pero la preocupación crece. El aprovisionamiento es aún suficiente, pero no se sabe que ocurrirá dentro de un mes.

El plan de apoyo a la economía prevé 850 millones de dólares en comida para estos bancos, pero los primeros beneficios recién se verán en junio.

Reino Unido registra el menor incremento de muertes en casi dos semanas

El número de muertes en los hospitales británicos por la COVID-19 aumentó en 596, hasta 16.060, según datos del 18 de abril, lo que supone el menor incremento diario en casi dos semanas, dijo el 19 de abril el Ministerio de Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Europa	1.195.143	104.131	127,9	8,7
América	883.723	47.914	86,5	5,4
Pacífico Occidental	133.444	5.723	6,7	4,3
Mediterráneo Oriental	129.304	6.039	17,8	4,7
Sudeste Asiático	29.900	1.291	1,5	4,3
África	14.657	684	1,3	4,7
Total	2.386.171	165.782	30,7	6,9

Tabla 5. Casos confirmados y muertes por la COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 19 de abril de 2020, 16:38 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

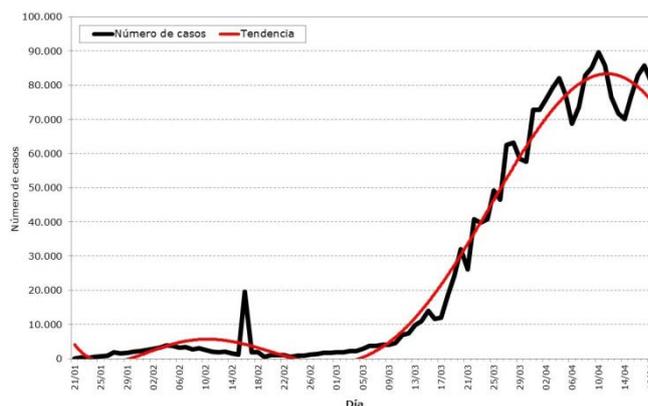


Gráfico 2. Casos confirmados de COVID-19 a nivel global, y línea de tendencia. Del 21 de enero al 18 de abril de 2020. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Los datos publicados los días domingo han tendido a mostrar menores aumentos en el número de muertes. El 6 de abril fue el último día en que la cifra de fallecimientos fue menor que la anunciada el domingo.



CHINA

EN MEDIO DE LAS SOSPECHAS, EL PAÍS
RECONOCE 50% MÁS DE MUERTES EN WUHAN

17/04/2020

China, blanco de sospechas y críticas por su gestión de la epidemia de la COVID-19, revisó sus cifras y anunció el 17 de abril 1.290 muertes adicionales en la ciudad de Wuhan –50% más de los reconocidos hasta el momento–, la ciudad donde se originó la pandemia.



Con este nuevo balance, el número de víctimas en Wuhan pasa de 2.579 a 3.869. En un comunicado publicado en las redes sociales, la ciudad de 11 millones de

habitantes explicó que en el apogeo de la epidemia, algunos pacientes murieron en sus casas porque no podían ser atendidos en hospitales y no fueron contabilizados. Sin embargo, el régimen chino desmintió haber “ocultado” cifras y adjudicó el error a “retrasos, omisiones e imprecisiones” en los reportes de los centros de salud.

Además, el número total de casos en la ciudad donde se originó el virus se incrementó en 325, hasta 50.333, alrededor de dos terceras partes de los 82.367 contagios reportados por Beijing.

Los balances oficiales chinos de casos y decesos por la COVID-19 provocan desde hace semanas sospechas, especialmente en Estados Unidos. El país había informado hasta ahora 3.342 muertos y más de 82.000 contagios en un país de casi 1.400 millones de habitantes. Ahora, el saldo total de fallecimientos en China se situaría en 4.632.

“Jamás hubo ningún ocultamiento y no autorizaremos ninguno”, defendió el 17 de abril el ministro de Relaciones Exteriores chino, Zhao Lijian, y reconoció “retrasos, omisiones e imprecisiones” en los registros de decesos al inicio de la epidemia, a raíz de la saturación de los hospitales.

“La respuesta de China a la epidemia es irreprochable”, subrayó.

Un funcionario no identificado de la Oficina de Prevención y Control de Epidemias en Wuhan dijo que en las primeras fases del brote, “debido a insuficiencias en la capacidad de ingresos y tratamiento, algunas instituciones médicas no lograron contactar con el sistema de prevención y control de enfermedades a tiempo, mientras los hospitales estaban desbordados y los médicos sobrepasados con los pacientes. Como resultado, hubo informes tardíos, perdidos y erróneos”, dijo el funcionario.

Las nuevas cifras se recopilaban a través de una comparación de datos del sistema de *big data* de control y prevención de epidemias en Wuhan, el sistema de servicios funerarios de la ciudad, el sistema de información de la autoridad hospitalaria municipal y el sistema de pruebas de ácido nucleico para “retirar los casos contabilizados dos veces e incluir los ignorados”, apuntó el funcionario.

“Se sumaron nuevas muertes porque las que no se habían producido en hospitales no estaban registradas en el sistema de información de control de enfermedades, y algunas instituciones médicas no habían comunicado casos o lo hicieron tarde”, agregó.

Dudas

Las nuevas cifras de Wuhan aumentan las dudas sobre qué pasó realmente en China cuando brotó el patógeno y cuán creíbles son los balances de sus autoridades, acusadas de falta de transparencia en la gestión de esta crisis.

El 16 de abril, el presidente francés Emmanuel Jean-Michel Frédéric Macron estimó que había “zonas oscuras” en la gestión china y que “hay cosas que sucedieron que no sabemos”.

“Tendremos que hacer preguntas complicadas sobre la aparición del virus y sobre por qué no pudo ser frenado a tiempo”, dijo, en la misma línea, el ministro de Relaciones Exteriores británico, Dominic Rennie Raab.

Los nuevos datos seguirán sin convencer a los críticos y escépticos pero parecen ser suficientes para el presidente ruso, Vladímir Vladímirovich Putin, uno de los pocos dirigentes mundiales en defender a Beijing, que consideró que estas acusaciones contra China eran “contraproducentes”.

BBC

JAPÓN

HOKKAIDO SUFRIÓ UN REBROTE DE CASOS DE COVID-19 TRAS LEVANTARSE EL AISLAMIENTO

18/04/2020

Hace apenas un mes se consideraba que Hokkaido, la segunda isla más grande de Japón, era un caso de éxito en la contención, detección y aislamiento del SARS-CoV-2.

Sin embargo, las noticias ahora no son tan buenas: la región atraviesa desde esta semana una segunda ola de infecciones confirmadas y volvió a estar en el centro de la atención por el rebrote de la pandemia.



A fines de febrero, este territorio con más de cinco millones de habitantes fue el primero en declarar estado de emergencia en suelo japonés debido a la COVID-19.

Se cerraron las escuelas, se cancelaron las reuniones a gran escala y los vecinos se alentaban a quedarse en casa.

El gobierno local persiguió el virus con determinación, rastreando agresivamente y aislando a cualquiera que hubiera tenido contacto con los contagiados.

La política funcionó y a mediados de marzo, el número de casos nuevos se había reducido a uno o dos por día. El 19 de marzo se levantó el estado de emergencia y, a principios de abril, se reabrieron las escuelas.

Sin embargo, apenas 26 días después del levantamiento paulatino de las restricciones, se volvió a decretar la cuarentena en Hokkaido.



El gobernador de Hokkaido declaró el estado de emergencia el 28 de febrero.

Las autoridades locales actuaron de manera independiente del gobierno central, que colocó a Tokio, Osaka y otras cinco regiones en estado de emergencia recién la semana pasada. La declaratoria a nivel nacional se produjo el 16 de abril.

En la última semana, Hokkaido registró 135 nuevos casos confirmados de COVID-19.

A diferencia del primer brote de febrero, no hay evidencia de que el virus haya sido

reimportado desde fuera de Japón. Ninguno de los nuevos contagios son extranjeros y los afectados no viajaron fuera de Japón en el último mes.

¿Qué nos dice esto sobre cómo se manejó el brote de COVID-19 en Hokkaido? Hay al menos tres lecciones.

Primera lección

Primero que nada, se puede tener bajo control el brote si se lo detecta temprano.

“Es relativamente sencillo delimitar grupos de contagiados, hacer seguimiento y aislar”, explicó el profesor Kenji Shibuya, del King’s College de Londres, quien sostiene que las autoridades japonesas tuvieron bastante éxito en su enfoque de control de aglomeraciones.

”Japón estaba en la fase inicial del brote en ese entonces, fue localizado y se convirtió en un caso de éxito”, indicó.

En este sentido, Hokkaido tiene cierta similitud con lo que sucedió en la ciudad surcoreana de Daegu. Allí, un gran brote provocado dentro de un grupo de culto religioso fue rastreado agresivamente. Los infectados fueron aislados y se logró suprimir el foco de contagio.



La economía de Hokkaido depende del turismo en gran medida.

Segunda lección

La segunda lección que nos deja Hokkaido es mucho menos tranquilizadora.

Después del brote de Daegu, el gobierno de Corea del Sur comenzó un programa de pruebas masivas para tratar de rastrear la epidemia. Japón hizo lo contrario.

Incluso ahora, más de tres meses después de que Japón registrara su primer caso, los exámenes para detectar contagios se realizaron a un pequeño porcentaje de la población.



La isla japonesa tuvo que reinstalar la cuarentena menos de un mes después del levantamiento de las restricciones.

Inicialmente, el gobierno afirmó que las pruebas a gran escala eran un “desperdicio de recursos”, pero en las últimas semanas cambió de tono y anunció que aumentarán las pruebas.

De todas formas, esto ha sido un proceso lento. En primer lugar, el Ministerio de Salud de Japón manifestó que existe el peligro de que los hospitales se vean abrumados por la cantidad de personas que den positivo en la

prueba, pero que solo presenten “síntomas menores”.

Además, en Japón los exámenes son responsabilidad de los centros de salud locales y no del gobierno nacional. Y algunos de estos establecimientos simplemente no cuentan con el personal o el equipo para practicar pruebas a gran escala.

Por si fuera poco, las líneas telefónicas gratuitas habilitadas se han visto abrumadas por la cantidad de personas que buscan información y lograr ser derivado a un médico es un problema.

“Esta combinación de factores significa que las autoridades en Japón no tienen una idea clara de cómo el virus se está moviendo a través de su población”, sostuvo Shibuya.

”Estamos en mitad de la fase explosiva del brote”, añadió.

“La principal lección que se puede extraer de Hokkaido es que, incluso si se tuvo éxito en la contención la primera vez, es difícil aislar y mantener el bloqueo durante un largo período. A menos que se amplíe la cobertura de pruebas, es difícil identificar la transmisión comunitaria y la transmisión hospitalaria”, explicó.



La tercera lección a largo plazo

Existe una tercera lección y es que esta “nueva realidad” durará mucho más de lo que la mayoría de la gente espera.



La segunda ola de contagios no solo ha afectado a Hokkaido sino a todo el país.

Hokkaido tuvo que volver a imponer las restricciones, aunque la versión japonesa del “bloqueo” a la COVID-19 es bastante más suave que el impuesto en otros países.

La mayoría de la gente todavía va a trabajar. Las escuelas pueden estar cerradas, pero las tiendas e incluso los bares permanecen abiertos.

Kenji Shibuya piensa que sin medidas más duras, Japón tiene pocas esperanzas de

controlar esta llamada “segunda ola” de infecciones que se ha producido no solo en Hokkaido, sino en todo el país.

Otra lección clave, señaló Shibuya, es que “incluso si se tiene éxito en la contención local, pero hay transmisión en otras partes del país, mientras la gente se mueva, es difícil mantener a una zona libre del virus”, concluyó.

La economía

Aun con restricciones más blandas que las tomadas en otros lugares, la economía en Hokkaido ya está sufriendo mucho.

La isla depende en gran medida del turismo y Japón prohibió los viajes desde Estados Unidos, Europa y la mayoría de los países de Asia.

El propietario de un bar en la ciudad de Chitose, dentro de la isla, se vio obligado a cerrarlo y despedir a su personal. Más al norte, en la población de Asahikawa, Naoki Tamura, también dueña de un bar, indicó que lo mantiene abierto, pero que casi no tiene clientes. Recibe a una o dos personas por noche.

“Solía haber muchos turistas de China y el Sudeste Asiático, y han desaparecido por completo. Ahora no se habla ningún idioma extranjero en la calle. Los lugares de alojamiento más pequeños tienen que cerrar. Las empresas de turismo realmente están sufriendo”, lamentó.

El nuevo estado de emergencia en Hokkaido finalizará oficialmente el 6 de mayo, en el final de los feriados por la “Semana Dorada” de Japón.

Aunque un funcionario del gobierno local que trabaja en la supresión de epidemias en Hokkaido ya anunció que las medidas de restricción podrán mantenerse en vigencia durante mucho más tiempo debido a esta segunda ola.

“Creemos que tenemos que seguir haciendo lo mismo. El objetivo es minimizar el contacto entre las personas para detener la propagación del virus. ¿Y cuánto tiempo puede significar eso? Hasta que encontremos una vacuna tenemos que seguir deteniendo la expansión”, dijo.

	<i>NIGERIA</i>
	SIGUEN AUMENTANDO LOS CASOS DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE LASSA
	<i>12/04/2020</i>

El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 12 de abril 10 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica 15 (del 5 al 11 de abril), con lo que el total para 2020 hasta la fecha es de 973 casos. Esta cifra fue inferior a la de la semana previa, que contabilizó 12 casos.

No se informaron nuevas muertes entre los casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa durante las primeras 15 semanas epidemiológicas del año ahora es de 188, con una tasa de letalidad de 19,3%. Esta tasa es inferior a la registrada en el mismo periodo del año 2019, que fue de 22,6%.

Los 10 nuevos casos fueron reportados en cinco estados: Edo (6 casos), Kogi (1), Nasarawa (1), Ondo (1) y Plateau (1).

Ningún trabajador de la salud se vio afectado por la enfermedad en esta semana. En lo que va del año, son 37 los trabajadores de la salud afectados por la enfermedad.

En lo que va de 2020, 27 estados han registrado casos confirmados, en 119 Áreas de Gobierno Local. Los estados que más casos notificaron son: Edo (320 casos; 32,89% del total), Ondo (310 casos; 31,86%), Ebonyi (73 casos; 7,50%), Taraba (55 casos; 5,65%), Bauchi (43 casos; 4,42%), Kogi (35 casos; 3,60%), Plateau (29 casos; 2,98%), Delta (16 casos; 1,64%), Enugu (10 casos; 1,03%) y Rivers (9 casos; 0,92%).

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: menos de 1 año hasta 78 años; mediana de edad: 33 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:1,2.

El número de casos sospechosos se ha incrementado significativamente respecto de los reportados en igual período de 2019, al pasar de 2.133 a 4.287².



REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

EL PROGRESO HACIA LA
ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN

17/04/2020

En 1997, durante la 41ª sesión del Comité Regional, los 21 países de la Región del Mediterráneo Oriental³ (RMO) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron una resolución para eliminar el sarampión⁴. En 2015, este objetivo se incluyó como una prioridad en el Plan de Acción de Vacunas para el Mediterráneo Oriental 2016-2020 (EMVAP), aprobado en la 62ª sesión del Comité Regional. Para lograr este objetivo, la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental desarrolló una estrategia de cuatro frentes:

- 1) lograr una cobertura de vacunación de 95% o más con la primera dosis de la vacuna con componente antisarampionoso (MCV1) entre los niños de todos los distritos de cada país a través de los servicios de inmunización de rutina;
- 2) lograr una cobertura de vacunación de 95% o más con una segunda dosis de la vacuna con componente antisarampionoso (MCV2) en cada distrito de cada país, ya sea mediante la implementación de un programa de vacunación de rutina de dos dosis o mediante actividades de inmunización suplementarias (AIS);⁵
- 3) realizar vigilancia de alta calidad basada en casos en todos los países; y

² Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

³ La Región del Mediterráneo Oriental, una de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud, consta de 21 Estados Miembros y Palestina, con una población de casi 583 millones de personas. Los estados miembros incluyen Afganistán, Arabia Saudí, Bahrein, Djibuti, Egipto, El Líbano, Emiratos Árabes Unidos, Irán, Irak, Jordania, Kuwait, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

⁴ La eliminación del sarampión se define como la ausencia de casos endémicos de sarampión durante un período de 12 meses o más, en presencia de una vigilancia adecuada.

⁵ Las actividades de inmunización suplementarias (AIS) son campañas de inmunización, que generalmente se llevan a cabo utilizando dos rangos de edad específicos. Inicialmente, las AIS de recuperación a nivel nacional se dirigen a todos los niños de 9 meses a 14 años de edad, con el objetivo de eliminar la susceptibilidad al sarampión en la población. Las AIS de seguimiento periódicas se dirigen a todos los niños nacidos desde la última AIS. Las AIS de seguimiento generalmente se realizan cada 2 a 4 años y se dirigen a niños de 9 a 59 meses de edad; el objetivo de una AIS de seguimiento es vacunar a los niños que no han recibido una primera dosis y proteger a los niños que no recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión.

- 4) proporcionar un manejo óptimo de los casos clínicos de sarampión, incluyendo la suplementación dietética con vitamina A.

La cobertura estimada para la MCV1 aumentó de 79% en 2013 a 82% en 2018. La cobertura de MCV2 aumentó de 59% en 2013 a 74% en 2018. Además, durante 2013/2019, aproximadamente 326,4 millones de niños recibieron MCV durante las AIS. La incidencia reportada de casos confirmados de sarampión aumentó de 33,5 cada millón de habitantes en 2013 a 91,2 en 2018, con grandes brotes en Pakistán, Somalia y Yemen; la incidencia disminuyó a 23,3 en 2019. En 2019, la tasa de casos descartados no relacionados con el sarampión fue de 5,4 cada 100.000 habitantes⁶. Para lograr la eliminación del sarampión en la RMO, se necesita una mayor visibilidad de los esfuerzos para lograr el objetivo de eliminación del sarampión, al igual que inversiones sostenibles y predecibles para aumentar la cobertura con MCV1 y MCV2, realizar AIS de alta calidad y llegar a las poblaciones en riesgo por no acceder a los servicios de inmunización o por vivir en zonas con conflictos civiles.

Actividades de inmunización

Los datos de cobertura administrativa con MCV1 y MCV2⁷ son informadas cada año por todos los países y áreas de la RMO a la OMS y al Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La OMS y el UNICEF utilizan la cobertura administrativa informada y los resultados de las encuestas disponibles para generar estimaciones anuales de la cobertura de vacunación a través de los servicios de inmunización de rutina. Durante 2013/2018, la cobertura regional estimada con MCV1 aumentó de 79% a 82%, y la cobertura estimada con MCV2 aumentó de 59% a 74%. En 2018, 52% (11/21) de los países y áreas lograron una cobertura con MCV1 y MCV2 de 95% o más. Hasta 2018, solo un país de la RMO – Somalia – aún no había introducido la MCV2. Durante 2013/2019, 326,4 millones de personas fueron vacunadas durante 89 AIS, con una cobertura regional ponderada de AIS de 98%. La cobertura de vacunación informada fue de 90% o más en 68% (25/37) de las AIS a nivel nacional, incluyendo 30% (11/37) que alcanzaron coberturas de 95% o más.

Actividades de vigilancia

Los datos de vigilancia de sarampión basada en casos⁸ son informados mensualmente a la OMS por todos los países de la RMO, excepto Somalia. En Somalia, la vigilancia del sarampión cambió en 2014 de la vigilancia basada en casos con pruebas de laboratorio de un número limitado de casos en hospitales en dos regiones al reporte agregado⁹ de los casos clínicamente compatibles, sin investigaciones completas de cada caso, en todas las regiones. La Red Mundial de Laboratorios de Sarampión y Rubéola de la OMS apoya la vigilancia al proporcionar confirmación de laboratorio y genotipado de los casos notificados. Los genotipos del virus del sarampión se informan a la base de datos mundial de vigilancia de nucleótidos del sarampión de la OMS. Los casos sospechosos de sarampión se confirman con base en resultados de laboratorio, un vínculo epidemiológico o criterios clínicos. La vigilancia

⁶ Los casos sospechosos que se han investigado y se ha determinado que no son sarampión utilizando pruebas de laboratorio en un laboratorio competente o un vínculo epidemiológico con un brote confirmado por laboratorio de otra enfermedad transmisible que no es sarampión se descartan como casos que no son de sarampión. Un laboratorio competente es aquel que está acreditado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o tiene un programa de garantía de calidad establecido con la supervisión de un laboratorio acreditado por la OMS.

⁷ La cobertura administrativa de vacunación es el número de dosis de vacuna administradas dividido por la población objetivo estimada.

⁸ La vigilancia del sarampión basada en casos incluye la investigación de los casos individuales y la recolección de muestras de sangre para pruebas de laboratorio.

⁹ La vigilancia agregada del sarampión implica un informe de un resumen de casos sospechosos de sarampión, por grupo de edad y ubicación (distrito), pero no incluye una lista de los casos individuales.

de sarampión basada en casos en países y áreas de la RMO se monitorea utilizando importantes indicadores de desempeño de vigilancia¹⁰, incluyendo:

- 1) el número de casos sospechosos de sarampión descartados en última instancia como no sarampión (objetivo: dos o más cada 100.000 habitantes);
- 2) la proporción de unidades de segundo nivel (p. ej., Distritos) con dos o más casos descartados cada 100.000 habitantes (objetivo: 80%);
- 3) casos sospechosos con investigación adecuada¹¹ (objetivo: 80%);
- 4) casos sospechosos con muestras de sangre adecuadas¹² (objetivo: 80%); y
- 5) resultados de laboratorio disponibles antes de los cinco días posteriores a la recepción de la muestra (objetivo: 80%).

Durante 2013/2019, el número de países y áreas de la RMO que cumplieron el objetivo de casos sospechosos descartados como no-sarampión cada 100.000 habitantes a nivel nacional aumentó de 14 (67%) a 18 (86%), y de siete (33%) a 11 (52%) a nivel subnacional. De 2013 a 2019, la tasa de casos descartados como no-sarampión disminuyó de 6,4 cada 100.000 habitantes a 5,4; el porcentaje de casos sospechosos con investigaciones adecuadas aumentó de 76% a 86%; el porcentaje de casos sospechosos con muestras adecuadas recolectadas para pruebas de laboratorio disminuyó de 85% a 70%, y la proporción de muestras de sangre recibidas por el laboratorio con resultados disponibles antes de los cinco días disminuyó de 86% a 66%. Las disminuciones en los últimos dos indicadores de rendimiento se debieron en gran medida a los cambios en la vigilancia en Somalia y un brote a gran escala en Yemen durante 2018-2019.

Incidencia de sarampión y genotipos

En la RMO, los casos reportados de sarampión disminuyeron 74% de 2013 a 2014, de 16.531 a un mínimo histórico de 9.499; sin embargo, en 2015, 2017 y 2018, los casos reportados aumentaron a 21.734, 34.286 y 64.198, respectivamente, y luego disminuyeron a 16.703 en 2019. La incidencia anual regional de sarampión cada millón de habitantes casi se triplicó, pasando de 33,5 en 2013 a 91,2 en 2018, disminuyendo luego a 23,3 en 2019. El aumento en los casos durante 2015/2018 se debió principalmente a grandes brotes en Somalia durante 2015/2017, en Pakistán durante 2017/2018 y Yemen en 2018. El número de genotipos circulantes del virus del sarampión detectados en la RMO disminuyó de cuatro en 2013 (B3 en 13 países, D4 en tres países, D8 en tres países y H1 en un país) a dos en 2019 (B3 en 15 países y D8 en cinco países).

¹⁰ Los indicadores importantes del desempeño de la vigilancia incluyen:

- 1) dos o más casos descartados como no-sarampión cada 100.000 habitantes a nivel nacional por año;
- 2) dos o más casos descartados como no-sarampión cada 100.000 habitantes por año en 80% o más de las unidades administrativas subnacionales;
- 3) investigación adecuada de 80% o más de los casos sospechosos de sarampión realizados dentro de las 48 horas posteriores a la notificación;
- 4) recolección y pruebas adecuadas en un laboratorio competente de muestras de 80% o más de los casos sospechosos para detectar infección aguda por sarampión y rubéola;
- 5) recepción de 80% o más de las muestras en el laboratorio dentro de los cinco días posteriores a la recolección;
- 6) informe de 80% o más de los resultados de la serología por el laboratorio dentro de los cuatro días posteriores a la recepción de la muestra; y
- 7) informes oportunos de los datos de sarampión y rubéola a nivel nacional en 80% o más de las unidades de vigilancia.

¹¹ La investigación adecuada es un caso investigado dentro de las 48 horas posteriores a la notificación que incluye las 10 variables principales: 1) identificación del caso; 2) fecha de nacimiento/edad; 3) sexo; 4) lugar de residencia; 5) estado de vacunación o fecha de la última vacunación; 6) fecha de inicio de la erupción; 7) fecha de notificación; 8) fecha de investigación; 9) fecha de recolección de la muestra de sangre; y 10) lugar de la infección o historial de viaje.

¹² Una muestra de sangre adecuada es una muestra por punción venosa en un tubo estéril con un volumen de 5 ml para niños mayores y adultos y de 1 ml para bebés y niños más pequeños. Las muestras adecuadas para la detección de anticuerpos son las recolectadas dentro de los 28 días posteriores al inicio de la erupción.

Verificación regional de la eliminación del sarampión

La Comisión de Verificación de la RMO para la Eliminación del Sarampión se estableció en febrero de 2018 para evaluar el estado de la eliminación del sarampión en los países de la Región con base en la documentación presentada anualmente por los comités nacionales de verificación. A fines de 2019, se verificó que tres países de la RMO (14%, Bahrein, Irán y Omán) habían logrado la eliminación del sarampión.

Discusión

Durante 2013/2018, la cobertura con MCV1 y MCV2 en la RMO aumentó, pero permaneció 14 puntos porcentuales y 22 puntos porcentuales por debajo del nivel recomendado por la OMS de 95% o más. Aunque algunos países de la RMO han logrado y mantenido la eliminación del sarampión, los brotes a gran escala en otros han revelado una cobertura subóptima persistente con dos dosis de MCV a través de los servicios de inmunización de rutina. En varios países de la RMO, los principales desafíos para implementar actividades de eliminación del sarampión incluyen disturbios civiles, conflictos armados y desplazamientos y reasentamientos masivos de población impredecibles que pueden interrumpir todos los aspectos de la planificación y la implementación de la prestación de los servicios de inmunización, incluidas las AIS. La realización de AIS en áreas sin gobierno local requiere la creación de asociaciones sólidas y vínculos estrechos con las comunidades locales. La implementación periódica de AIS, acordes a los lineamientos de la OMS, y la utilización de la herramienta de evaluación para la preparación de AIS de la OMS para garantizar una actividad de alta calidad que logre una cobertura de 95% o más, particularmente en áreas con emergencias humanitarias complejas, requiere la disponibilidad de fondos adecuados para vacunas y suministros, costos operativos y personal experimentado que pueda implementar una actividad compleja de una manera culturalmente apropiada bajo circunstancias desafiantes.

Los esfuerzos de eliminación del sarampión pueden aprovechar los activos, la experiencia y la capacidad de la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis (GPEI). El Grupo Asesor Técnico Regional sobre Inmunización del Mediterráneo Oriental recomendó formar un grupo de trabajo con múltiples asociados para aplicar las lecciones aprendidas por la GPEI y abordar las brechas en la cobertura de vacunación contra el sarampión. Estos incluyen áreas de mapeo donde viven los niños que no son alcanzados por los servicios de inmunización de rutina, identificando las razones por las que no se los alcanza y desarrollando un plan estratégico que incluye la asignación de los recursos necesarios para la implementación.

Los hallazgos en este informe están sujetos a al menos dos limitaciones. Primero, la cobertura administrativa podría sobreestimar la cobertura de vacunación mediante la inclusión errónea de dosis de AIS o dosis administradas a niños fuera de los grupos de edad objetivo, estimaciones inexactas del tamaño de la población objetivo e informes inexactos del número de dosis administradas. En segundo lugar, los datos de vigilancia probablemente subestiman la incidencia del sarampión, porque no todos los pacientes buscan atención, y no se informan todos los casos de sarampión en pacientes que buscan atención.

Para acelerar el progreso hacia la eliminación del sarampión en la RMO, se debe aumentar la visibilidad de los esfuerzos para lograr el objetivo de la eliminación del sarampión, incluidos los beneficios de lograr la eliminación. El nuevo documento de orientación global que se presentará para su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud en 2020, la Agenda de

Inmunización 2030: una estrategia global para no dejar a nadie atrás (IA2030),¹³ se basa en las lecciones aprendidas y el progreso realizado hacia los objetivos del Plan de Acción Global sobre Vacunas y, lo que es más importante, identifica la incidencia del sarampión como una señal para mejorar los servicios de inmunización y fortalecer los sistemas de atención primaria de la salud. Para lograr la cobertura de vacunación y los objetivos de equidad que no dejan a nadie atrás y acelerar el progreso hacia la eliminación del sarampión y los objetivos más amplios de EMVAP e IA2030, es crítico contar con inversiones sostenibles y predecibles y un manejo cuidadoso del aprovechamiento de la infraestructura y los recursos sustanciales de la erradicación de la poliomielitis.¹⁴



REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ÉBOLA

16/04/2020

Entre el 10 y el 14 de abril de 2020 se notificaron tres nuevos casos confirmados de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en el marco del brote activo en la República Democrática del Congo. Todos los casos se notificaron en la zona sanitaria de Beni (provincia de Nord-Kivu). Dos personas fallecieron en la comunidad después de haber visitado varios establecimientos sanitarios. La infección de la tercera persona se ha vinculado epidemiológicamente a uno de los dos casos citados. Esta persona está siendo atendida actualmente en un Centro para el Tratamiento del Ébola. Antes de estos tres casos, la última persona en la que se había confirmado la enfermedad había presentado dos análisis negativos consecutivos y había sido dada de alta del Centro de Tratamiento el 3 de marzo de 2020.

Se han enviado muestras de todos los casos confirmados al Instituto Nacional de Investigaciones Biomédicas (INRB) de Katwa y Kinshasa para su secuenciación genética con el fin de ayudar a los equipos de vigilancia a investigar el origen de la infección y determinar si los casos están asociados a una cadena de transmisión conocida. Se han registrado un total de 332 contactos de esos casos y hasta el 14 de abril de 2020 se ha realizado un seguimiento de 248 de los contactos, 200 de los cuales han sido vacunados por los tres equipos de vacunación activados. Aunque en la zona sanitaria de Beni se dispone de unas 6.000 dosis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé posibles dificultades futuras en el suministro de vacunas ante la limitación de los vuelos como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

Entre el 8 y el 14 de abril de 2020 se notificaron e investigaron en promedio 2.015 alertas diarias. De ellas, diariamente se validaron 177 como casos sospechosos que requerían atención especializada y pruebas de laboratorio para descartar la presencia de la enfermedad. El número diario de alertas ha disminuido en las tres últimas semanas, en las que los equipos están teniendo que atender otras situaciones de emergencia, entre ellas la COVID-19. Otras dificultades son la presencia de grupos armados y el acceso limitado a algunas áreas

¹³ Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

sanitarias afectadas, el movimiento de los contactos, así como una posible subnotificación al servicio centralizado de coordinación de la respuesta al brote. Once laboratorios siguen realizando pruebas a los casos sospechosos dentro de los plazos previstos. Entre el 6 y el 12 de abril de 2020 se analizaron 968 muestras: 466 muestras de sangre de pacientes vivos presuntamente enfermos, 274 frotis de fallecidos en la comunidad y 228 muestras de pacientes a los que ya se habían realizado pruebas con anterioridad. Globalmente, las actividades de los laboratorios disminuyeron 28% con respecto a la semana anterior.

El 9 de abril de 2020 se validaron retrospectivamente dos nuevos casos probables, cuyos síntomas iniciales aparecieron en noviembre de 2019 y diciembre de 2019, respectivamente. Hasta el 14 de abril de 2020 se habían notificado en total 3.458 casos de EVE en 29 zonas sanitarias. La cifra comprende 3.313 casos confirmados y 145 probables, con 2.277 pacientes fallecidos (tasa global de letalidad de 66%). De todos los casos confirmados y probables, 1.943 (56%) eran mujeres, 982 (28%) eran menores de 18 años y 171 (5%) eran trabajadores sanitarios.

La aparición de nuevos casos confirmados 40 días después de que la última persona presentase resultados analíticos negativos y fuese dada de alta no es algo inesperado. Los criterios recomendados por la OMS para declarar el fin de un brote de EVE prevén un periodo de espera de 42 días ante la posibilidad de aparición de cadenas de transmisión no detectadas o nuevos rebrotes¹⁵. El análisis mediante secuenciación será crucial para orientar la investigación del origen de la infección y ayudar a detectar los casos que hayan podido pasarse por alto en la cadena de transmisión que desembocó en este conglomerado de casos. Es esencial permanecer muy atentos y mantener capacidades de vigilancia reforzada, detección rápida y respuesta y seguir implicando a los líderes comunitarios para superar o mitigar la desconfianza en las comunidades afectadas.

Evaluación de riesgo de la OMS

El 14 de abril de 2020, la OMS modificó su evaluación de los niveles de riesgo nacionales y regionales, que pasaron de altos a moderados, mientras que el nivel de riesgo mundial sigue siendo bajo. El riesgo se reevaluará de forma continua en los próximos días en función de la información disponible y comunicada.

Recomendaciones de la OMS

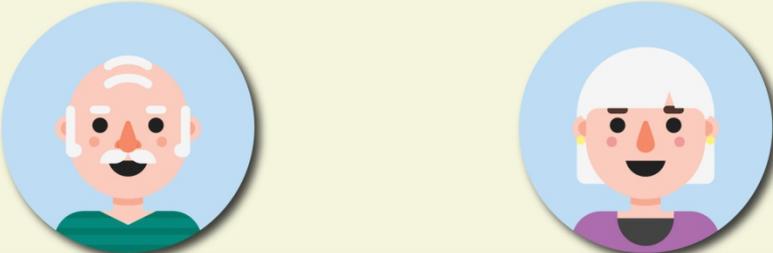
Teniendo en cuenta la información disponible, la OMS aconseja no restringir los viajes a la República Democrática del Congo ni el comercio con este país. El requisito de tener un certificado de vacunación contra el virus del Ébola no constituye una base razonable para restringir los desplazamientos transfronterizos o la expedición de visados a los viajeros que entran en los países afectados o salen de ellos. La OMS sigue vigilando de cerca y, de ser necesario, verificando las medidas con respecto a los viajes y al comercio en relación con este evento. En la actualidad, ningún país ha aplicado medidas relativas a los viajes que interfieran significativamente con el tráfico internacional hacia la República Democrática del Congo y desde este país. Los viajeros deben solicitar asesoramiento médico antes de viajar y observar prácticas adecuadas de higiene.¹⁶

¹⁵ Puede consultar el documento *WHO recommended criteria for declaring the end of the Ebola virus disease outbreak*, actualizado por la Organización Mundial de la Salud el 4 de marzo de 2020, haciendo clic [aquí](#).

¹⁶ Para mayor información, puede consultar el documento *WHO recommendations for international traffic related to the Ebola Virus Disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo*, publicado por la Organización Mundial de la Salud el 19 de julio de 2019, haciendo clic [aquí](#).

COVID-19 **LINDUNGI WARGA EMAS**
DARIPADA COVID-19

Warga emas berisiko tinggi untuk mendapat jangkitan dan komplikasi yang lebih serius



ANAK ATAU PENJAGA YANG TINGGAL BERSAMA PASTIKAN:

- Barang keperluan harian mencukupi
- Bekalan ubatan mencukupi dan patuhi temujanji rawatan
- Mendapat rawatan segera jika sakit
- Memberi sokongan psikologi
- Kerap cuci tangan dengan air dan sabun
- Guna tisu apabila batuk dan bersin
- Pakai penutup mulut dan hidung jika bersejela
- Jarak sosial sekurang-kurangnya 1 meter

Kementerian Kesihatan Malaysia |  |  | 

Kementerian Kesihatan Malaysia (2020. Malasia).

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.