



Reporte Epidemiológico de Córdoba

29 DE ABRIL
2020
REC 2.312

EDITORIAL

- Se conmemora la Semana de Vacunación en las Américas

ARGENTINA

- Vigilancia de dengue
- Suman ya 4.127 los casos de COVID-19 y 207 los fallecidos por la enfermedad
- Los niños no presentan un riesgo mayor que los adultos frente a la COVID-19

- Buenos Aires: Se confirmaron 13 casos de hantaviriosis en las 16 primeras semanas de 2020

- Buenos Aires: *Aedes aegypti* desarrolló una adaptación para sobrevivir al frío en la provincia

AMÉRICA

- América Latina: La peligrosa combinación de las tres epidemias de COVID-19, dengue y sarampión
- Perú: La desesperante situación que se vive en la región peruana de Loreto por la COVID-19

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Etiopía: Declaran controlado el brote de fiebre amarilla
- Níger: Nuevo brote de poliomielitis vinculado con la vacunación
- Por qué son difíciles las comparaciones de los datos sobre la COVID-19 entre países
- Hallazgos sobre la hepatitis C en lactantes pueden conducir a mejores tratamientos
- La pandemia de COVID-19 pueda provocar un aumento de las tasas de VIH y otras ITS

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



- La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) se suma a la realización de la 18^a Campaña de la Semana de Vacunación en las Américas, una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para generar conciencia sobre la importancia de la prevención de enfermedades a través de la inmunización.
- Bajo el lema “Ama. Confía. Protege. #Vacúnate”², se insta a fortalecer la confianza en la capacidad de las vacunas para salvar vidas, así como la protección que proporcionan contra enfermedades para todas las personas en todas partes del mundo.

Desde el 25 de abril hasta el 2 de mayo de 2020 se realizará por 18^a ocasión la Campaña de la Semana de Vacunación en las Américas. Está vigente ininterrumpidamente desde 2003 y, a la fecha, lleva vacunados más de 806 millones de personas de todas las edades contra un amplio rango de enfermedades.

La vacunación representa la estrategia de salud pública más efectiva, junto con el agua potable, para prevenir enfermedades, algunas de ellas potencialmente mortales.

Durante la Semana de Vacunación en las Américas, más de 40 países y territorios en América del Sur, América Central y América del Norte se unen para crear conciencia sobre la importancia de la inmunización y para vacunar a sus poblaciones. Se estima que 1,4 millones de niños en las Américas no completan sus esquemas básicos de vacunación.³

Desde 2003, esta iniciativa fomenta la vacunación como un eje fundamental de la salud en la sociedad, concientiza a la población de lo vital que es vacunarse, destaca la importancia de los Programas Nacionales de Inmunización y concientiza a los gobiernos sobre la importancia de invertir en vacunas.

La historia de Semana de Vacunación en las Américas se remonta a la propuesta que los Ministros de Salud de la Sub Región Andina



¹ El Dr. Manuel Rocca Rivarola es Secretario de Relaciones Institucionales de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). La Dra. Ana Ceballos es miembro del Comité de Infectología de la SAP.

² Puede visitar el sitio web oficial de la Semana de Vacunación en las Américas 2020, de la Organización Panamericana de la Salud, haciendo clic [aquí](#).

³ Puede visitar la página web oficial sobre Inmunización, de la Organización Panamericana de la Salud, haciendo clic [aquí](#).



#Vacínate
www.paho.org/lvae



#Vacínate
www.paho.org/lvae



#Vacínate
www.paho.org/lvae



#Vacínate
www.paho.org/lvae



#Vacínate
www.paho.org/lvae

presentaron en el año 2002 a raíz del último brote de sarampión endémico que ocurrió en el continente. En esa propuesta pedían que se realizara una campaña sincronizada de vacunación en todos los países andinos para llegar a las poblaciones más vulnerables, poner fin al brote y prevenir brotes futuros. Hoy en día, la Región de las Américas está enfrentando nuevos brotes de sarampión, después de haber sido declarada libre de esta enfermedad en 2016.

Gracias a la vacunación generalizada, en las Américas prácticamente se lograron eliminar cuatro enfermedades: la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el tétanos neonatal, tener bajo control otras dos –difteria y tos convulsa⁴– y reducir notablemente la prevalencia de la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, la encefalitis varicelosa y la hepatitis A fulminante.

En opinión de los especialistas, las tres circunstancias principales que explicarían la ‘no vacunación’ son:

- a) una ‘involuntaria’ a los individuos, más relacionada a cuestiones de acceso, económicas u organizativas de los países;
- b) de ‘desconocimiento o negligencia’, al no vacunarse por no considerarlo como algo trascendente, situación que suele ocurrir con enfermedades que están erradicadas y donde el desafío es continuar vacunando para evitar nuevamente su aparición; y
- c) la corriente ‘anti vacunas’, probablemente la que más daño genera, basando sus conductas en argumentos absolutamente falaces y desprovistos de toda evidencia científica.

Como todos los años, y siendo un eje de gestión de la Comisión Directiva de la SAP, se llevan a cabo acciones en el marco la Semana de la Vacunación en todas las filiales de la Sociedad. Así, en 2015 se instauró en Córdoba ‘La Noche de las Vacunas’ inspirada en La Noche de los Museos. Esta original actividad fue organizada durante sus cinco ediciones por la Dra. Silvia Yolanda Ferreyra, Directora del Hospital Pediátrico del Niño Jesús de esa ciudad, y que contó con el apoyo del Ministerio de Salud de Córdoba, el Programa Nacional de Inmunizaciones, la OPS y la filial de la Sociedad Argentina de Pediatría de Córdoba. En la edición correspondiente al año 2019 se aplicaron más de 7.000 dosis de todas las vacunas del calendario nacional, en adultos y niños.

Por ello, en estos tiempos de pandemia, la SAP insta a continuar con los esquemas de vacunación, articulando con su pediatra el día que programe su control de salud.

⁴ Puede consultar el documento *Impacto de las vacunas en las Américas 2020*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud el 6 de abril de 2020, haciendo clic [aquí](#).

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	1.019	1.103	1.585	3.707	1-2-4	196	96	55	44	3	2	6.607
Buenos Aires	929	1.590	219	2.738	1-2-4	180	199	39	64	48	36	7.899
Córdoba	779	171	11	961	1-4	21	8	13	4	72	26	4.065
Entre Ríos	178	26	43	247	1-4	11	6	11	6	7	6	740
Santa Fe	157	210	965	1.332	1-2-4	24	12	14	8	42	84	3.108
Centro	3.062	3.100	2.823	8.985	—	432	321	132	126	172	154	22.419
Mendoza	1	—	1	2	2-4	3	1	2	2	1	1	23
San Juan	—	2	—	2	—	—	—	4	4	—	2	32
San Luis	—	8	—	8	—	—	—	1	3	—	1	76
Cuyo	1	10	1	12	—	3	1	7	9	1	4	131
Chaco	235	531	9	775	1-4	6	9	13	9	3	19	2.709
Corrientes	22	513	3	538	1-4	22	26	16	50	1	60	2.332
Formosa	8	155	2	165	1-4	20	20	6	3	2	17	702
Misiones	221	953	1.443	2.617	1-2-4	11	12	4	6	1	1	3.827
Noreste Argentino	486	2.152	1.457	4.095	—	59	67	39	68	7	97	9.570
Catamarca	22	54	8	84	1	2	—	10	10	—	10	995
Jujuy	232	85	697	1.014	1-4	6	4	5	3	60	45	2.553
La Rioja	442	198	17	657	1	1	—	—	1	13	31	1.460
Salta	198	332	658	1.188	1-4	17	15	7	—	51	117	3.761
Santiago del Estero	19	16	4	39	1-4	4	—	4	—	2	3	607
Tucumán	49	30	669	748	1-4	5	4	10	3	6	13	1.878
Noroeste Argentino	962	715	2.053	3.730	—	35	23	36	17	132	219	11.254
Chubut	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15
La Pampa	—	—	—	—	—	—	2	1	4	—	—	19
Neuquén	—	—	—	—	—	—	2	3	1	—	1	30
Río Negro	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	1	20
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	25
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	14
Sur	—	—	—	—	—	1	4	6	5	3	5	123
Total Argentina	4.511	5.977	6.334	16.822	—	530	416	220	225	315	479	43.497

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 15 de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En la presente temporada, desde la semana epidemiológica (SE) 31 de 2019 hasta la SE 15 de 2020 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 43.497 casos con sospecha de dengue u otras arbovirosis. Se registraron 16.822 casos probables y confirmados por laboratorio sin antecedente de viaje y confirmados por nexo epidemiológico autóctono, otros 1.391 casos confirmados y probables con antecedente de viaje a otras jurisdicciones o localidades que no se hallan en brote y 794 casos confirmados y probables en investigación (ver Tabla 1).

Hasta el momento, se registraron en diferentes sitios del territorio nacional la presencia de tres serotipos: DENV-1 (70% de los casos), DENV-4 (27%) y DENV-2 (3%).

La provincia de Misiones registra la mayor incidencia del período con 207,49 casos cada 100.000 habitantes, seguida por La Rioja (166,95), Jujuy (131,54) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (120,53) (ver Gráfico 1).

Hasta el momento, 421 localidades se han visto afectadas por brotes de dengue.

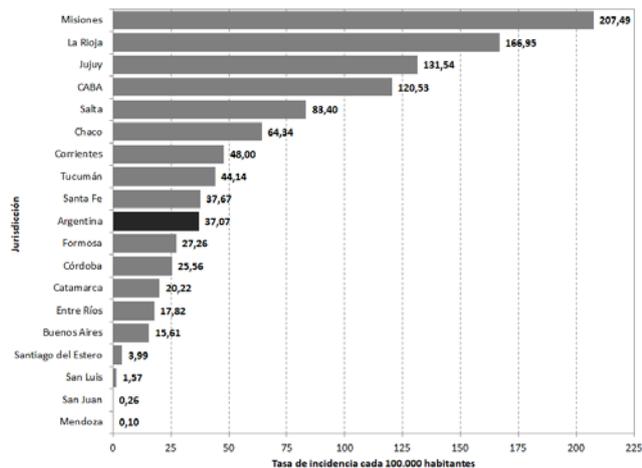
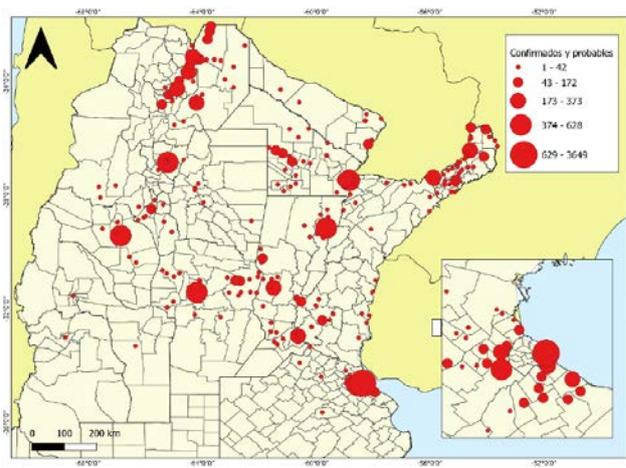


Gráfico 1. Tasa de incidencia de casos sin antecedentes de viaje cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Desde semana epidemiológica 31 de 2019 hasta semana epidemiológica 15 de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Mapa 1. Casos confirmados y probables en localidades con brotes. Argentina. Desde semana epidemiológica 31 de 2019 hasta semana epidemiológica 15 de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

A nivel nacional se observa un pico de casos en la SE 11 del año 2020 a expensas de la Región Centro, donde se registra el mayor número de casos en esa semana, y un descenso general en el número de casos a partir de entonces, escalonado hasta la SE 14. La Región Noreste Argentino (NEA) muestra un aumento de los casos a partir de la SE 45 de 2019, mientras que las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Centro registran un aumento a partir de la SE 1 de 2020.

- **Región Noreste Argentino:** se registran casos durante el año 2019 en Misiones, con un aumento desde las primeras semanas de 2020. A partir de la SE 4 comienza a aumentar el número de casos en Formosa y a partir de las SE 7 y 8 aumentan los casos en Chaco y Corrientes. Entre las SE 9 y 12 se produce el mayor número de casos notificados en la Región a expensas de Misiones, Chaco y Corrientes (Formosa notificó muy pocos casos luego de la SE 8).
- **Región Noroeste Argentino:** se verifica un aumento desde la SE 5, comenzando principalmente por las provincias de Salta y Jujuy, y comenzando la notificación de casos de La Rioja. El mayor número de casos de la región se concentra entre las SE 9 y 14, con un pico en la SE 12, a expensas de todas las provincias.
- **Región Centro:** el aumento de casos se evidencia a partir de la SE 7, con un pico máximo en la SE 11, coincidente con el mayor número de casos registrados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires y Córdoba. Santa Fe registró el mayor número de casos en la SE 12 y Entre Ríos en la SE 13.

Casos fallecidos

En la presente temporada se registraron 21 fallecimientos en personas con pruebas positivas para dengue y otras 10 se encuentran en investigación (con sospecha de dengue pero sin laboratorio) hasta el 12 de abril de 2020. De los 21 fallecidos que registran pruebas positivas para dengue seis eran mujeres y 15 varones, con edades entre 14 y 87 años, y una mediana de 57 años.

Los fallecimientos fueron notificados por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (dos casos; uno confirmado y uno sospechoso), y las provincias de Santa Fe (siete casos; dos confirmados, uno probable y cuatro sospechosos), Buenos Aires (cinco casos; cuatro confirmado y uno sospechoso), Córdoba (cinco casos confirmados), Entre Ríos (tres casos; uno confirmado y dos sospechosos), Tucumán (tres casos confirmados), La Rioja (dos casos; uno confirmado y uno sospechoso), Misiones (dos casos; uno confirmado y uno probable), Chaco (un caso probable) y Salta (un caso sospechoso).

infobae

SUMAN YA 4.127 LOS CASOS DE COVID-19 Y 207
LOS FALLECIDOS POR LA ENFERMEDAD

28/04/2020

El Ministerio de Salud de Argentina registró el 28 de abril 10 nuevas muertes por la COVID-19 y 124 contagios en las últimas 24 horas. Así, la cifra del total de infectados en el país ascendió a 4.127 y las víctimas fatales suman 207.

Del total de esos casos, 909 (22%) son importados, 1.766 (42,8%) son contactos estrechos de casos confirmados, 984 (23,8%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Los 124 casos nuevos se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (50 casos), y en las provincias de Buenos Aires (48), Río Negro (13), Tierra del Fuego (6), Córdoba (2), Corrientes (1), La Rioja (1), Mendoza (1), Santa Fe (1) y Tucumán (1).

Los casos fatales se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (dos casos; una mujer de 84 años y un hombre de 86 años), y en las provincias de Buenos Aires (seis casos; cinco mujeres de 61, 69, 80, 83 y 87 años, y un hombre de 71 años), Córdoba (una mujer de 85 años) y Neuquén (una mujer de 70 años).

En la tarde del 28 de abril se confirmó la muerte de otra trabajadora del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires. La mujer, de 62 años, falleció en el Sanatorio San Carlos, recientemente intervenido por el Estado después de comprobarse una larga lista de irregularidades en el manejo de la pandemia.

Formosa y Catamarca son las únicas jurisdicciones que hasta el momento no han presentado casos de COVID-19.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.089	61	35,41	5,60
Buenos Aires	1.429	84	8,15	5,88
Córdoba	275	15	7,31	5,45
Entre Ríos	23	—	1,66	—
Santa Fe	243	2	6,87	0,82
Centro	3.059	162	10,44	5,30
Mendoza	76	9	3,82	11,84
San Juan	2	—	0,26	—
San Luis	11	—	2,16	—
Cuyo	89	9	2,71	10,11
Chaco	307	13	27,39	4,23
Corrientes	47	—	3,90	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	8	1	0,63	12,50
Noreste Argentino	362	14	8,64	3,87
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	5	—	0,65	—
La Rioja	51	6	12,96	11,76
Salta	4	—	0,28	—
Santiago del Estero	15	—	1,53	—
Tucumán	36	4	2,12	11,11
Noroeste Argentino	111	10	1,96	9,01
Chubut	2	—	0,32	—
La Pampa	5	—	1,39	—
Neuquén	108	5	16,26	4,63
Río Negro	206	7	27,55	3,40
Santa Cruz	48	—	13,13	—
Tierra del Fuego	137	—	78,99	—
Sur	506	12	17,28	2,37
Total Argentina	4.127	207	9,09	5,02

Tabla 2. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 28 de abril. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

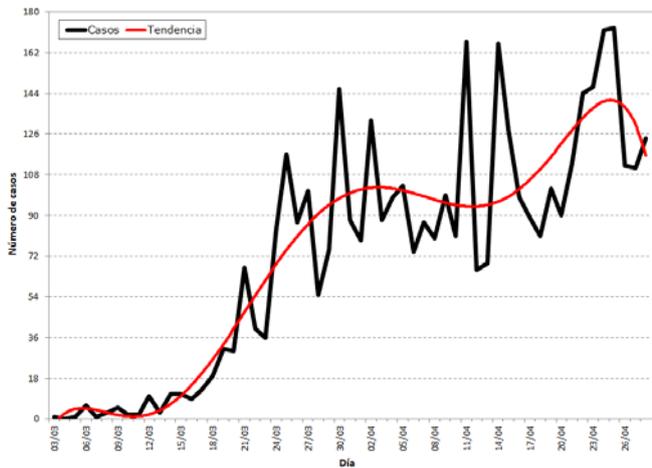


Gráfico 2. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Del 3 de marzo al 28 de abril de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Durante la jornada del 27 de abril fueron analizadas 1.700 nuevas muestras y desde el inicio del brote se realizaron 53.600 pruebas diagnósticas para esta enfermedad, lo que equivale a 1.181,2 muestras cada millón de habitantes.

Hasta el 28 de abril, el número de casos descartados es de 41.559 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico). El grupo etario más afectado es el 20 a 59 años de edad, siendo la edad promedio de 43 años. A la fecha, han sido dados de alta 1.162 personas.

Después de prolongar la cuarentena obligatoria hasta el domingo 10 de mayo, el presidente Alberto Ángel Fernández habilitó las actividades recreativas. “No podemos mantener a la gente en un encierro eterno. Queremos preservar la salud de la gente y eso implica también preservar la salud psicológica. La línea 911 recibió muchos pedidos de atención psicológica y eso hay que tenerlo en cuenta. En los últimos días hubo cierto relajamiento social del que todos hablamos y eso no es ni más ni menos que el reclamo de tener algún tipo de permiso para salir a la calle”, sostuvo.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba decidieron conjuntamente no habilitar las salidas. Estas cuatro jurisdicciones nucleaban casi 70% de la población del país y sus dirigentes consideraron importante mantener un alto grado de cohesión. Por eso entendieron que era importante comunicar en forma conjunta. “Hay que mostrarse unidos y firmes en cómo debe seguir la cuarentena”, explicaron.

En las últimas horas, al listado de provincias que decidieron no habilitar las salidas se sumaron Tucumán, Corrientes, Salta, Misiones y Mendoza.

El gobierno porteño siguió con atención el movimiento de la cifra de contagios diarios de COVID-19 en el país durante la semana pasada. Uno de los datos más alarmantes es que casi 8 de cada 10 infectados no lo saben ni lo sospechan.

El dato surge del último informe epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud porteño. Allí se señala que del total de pasajeros positivos para el SARS-CoV-2 aislados en hoteles, 76,7% no presentó ninguna sintomatología.

Los niños menores de 24 meses son sujetos altamente susceptibles a cerca de 10 virus respiratorios, siendo los más frecuentes el virus sincicial respiratorio, el de la influenza, los

rinovirus, el metapneumovirus y el adenovirus, entre otros, pero la situación es distinta en lo que se refiere al coronavirus SARS-CoV-2, que produce la COVID-19.

“La evidencia actual muestra que los niños no presentan un riesgo mayor que los adultos frente a la COVID-19. Los niños son susceptibles, pero la mayoría de los casos corresponden a adultos. En niños, esta infección tiene una forma de presentación clínica más leve con fiebre, dolor de garganta y síntomas de la vía aérea alta, a los que se pueden agregar vómitos y diarrea”, afirmó Damián Jorge Álvarez-Paggi, biofísicoquímico e investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en la Fundación INFANT, una organización sin fines de lucro, creada por médicos argentinos en 2003, cuya misión es investigar las causas de enfermedades respiratorias que afectan gravemente a los niños, como el asma, la bronquiolitis, la neumonía y la influenza.

De todos modos, Álvarez-Paggi destacó que es importante entender que los síntomas mencionados que afectan a los niños son resultados promedio, y que el riesgo de cada paciente individual se enmarca en un espectro. “Algunos niños pueden presentar formas severas de enfermedad, particularmente si presentan otros factores de riesgo como condiciones cardíacas o pulmonares preexistentes”, subrayó.

“No se sabe actualmente por qué los chicos en general cursan enfermedad leve, similar a lo que ocurrió con el síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome respiratorio de Medio Oriente, pero hay varias hipótesis –puntualizó Álvarez-Paggi–. Una indica que los niños no estuvieron expuestos a tanta polución e inflamación crónica como los adultos, por lo que sus pulmones son más robustos frente a ataques del virus. Otros postulan que el sistema inmune no sobreactúa frente a la infección llenando los pulmones con moléculas clave para la inflamación. Hoy es todo especulación basada en datos previos, sin un claro entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la COVID-19 en niños y adultos”.

Por su parte, Mauricio Tomás Caballero, médico pediatra y también investigador del CONICET en la Fundación INFANT, indicó que el control de foco en un brote es clave para mitigar el crecimiento de casos y por ende de muertes relacionadas con la COVID-19 en la población de riesgo. “En este punto es muy importante que los niños no se contagien y, por sobre todo, no sean fuente de contagio de adultos en riesgo. Tan importante es esto que la primera medida del Gobierno Nacional fue suspender las clases, entendiendo con esto que los niños pueden ser portadores asintomáticos o sintomáticos leves de una infección por SARS-CoV-2 y ser fuente de contagio a los adultos más propensos de desarrollar una infección severa”.

“El desarrollo de una vacuna desde su diseño hasta el ingreso al mercado es largo, tarda años, por lo que no será una solución para la crisis que estamos transcurriendo en la actualidad –dijo Álvarez-Paggi–. Por eso es necesario repetir hasta el cansancio que hoy las herramientas más efectivas son el testeo masivo, la identificación de casos positivos, el aislamiento, el distanciamiento social y las medidas higiénicas como el lavado de manos”.

Inversión en ciencia y salud

Caballero también subrayó que la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19 realza la importancia de invertir en salud pública. “En esta medida los insumos para el autocuidado y el cuidado a terceros para profesionales de la salud son fundamentales para cuidar al capital humano que se expondrá a un posible desborde de la carga asistencial”, puntualizó.

“Contar con suficientes tecnologías para asistir a pacientes graves también es imperioso –dijo Caballero–, y me refiero a los equipos de asistencia ventilatoria mecánica y no invasiva,

bombas de infusión, catéteres y otros elementos. Otro punto a tener en cuenta en términos de inversión asistencial es contar con insumos diagnósticos de laboratorio eficientes basados en biología molecular que permita a las autoridades sanitarias regionales realizar control de foco en tiempo real. Con todos estos recursos, contar con todo el personal médico y no médico será otra de las medidas que marcarán el curso de la epidemia en nuestro país”.

“Desde mi perspectiva como médico investigador creo que una pandemia trae consigo un sinnúmero de enseñanzas a múltiples sectores. Creo que la ciencia ya está jugando un rol clave, poniendo a disposición mundial elementos diagnósticos, y técnicos precisos. Contamos, sin ir más lejos, con datos en tiempo real del número de casos, y óbitos por región y países”, destacó Caballero.

“La ciencia debe dar respuestas a las preguntas relevantes respecto a esta pandemia, y no debe conformarse con resultados parciales, sino ir al fondo de todos los procesos desarrollados. Para lograr este objetivo debe haber soporte socio-político a un sector constantemente castigado. También creo que el sector científico tiene que tener más voz en las mesas de toma de decisiones. Y por último creo que otros actores deben ser también protagonistas de esta pandemia que está devastando economías mundiales: las sociedades del mundo. Sin la conciencia de autocuidado y cuidado a terceros de cada uno de nosotros no podremos llegar a buen puerto con el menor número de muertes posibles”, concluyó.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO	<i>BUENOS AIRES</i> SE CONFIRMARON 13 CASOS DE HANTAVIROSIIS EN LAS 16 PRIMERAS SEMANAS DE 2020 <i>23/04/2020</i>
--	--

En la provincia de Buenos Aires, la hantavirosis es una enfermedad endémica de tipo estacional de primavera-verano, concentrándose 70% de los casos entre noviembre y marzo. Todos los años se registran entre 20 y 25 casos en una amplia zona endémica de la provincia, cifra que puede duplicarse en años de intensas lluvias e inviernos benignos; el número de casos humanos durante 2001/2002 superó los 50. El problema más importante no es la incidencia anual sino la tasa de letalidad, que puede superar el 30% y la posibilidad de que en ocasiones se produzca un brote en algún lugar de exposición de varias personas en un ambiente o vivienda invadida por roedores silvestres. La tasa de letalidad promedio por síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) es de 22,4%, mientras que la tasa nacional es de 25,8%.

En la provincia de Buenos Aires, hasta el año 2010, se aislaron cinco genotipos: Andes-Lechiguanas, Andes-Buenos Aires y Andes-Plata, asociados a casos de SPH, siendo su reservorio el roedor *Oligoryzomys flavescens*, los genotipos Pergamino y Maciel no han sido asociados a casos, y sus reservorios son *Bolomys obscurus* y *Akodon azara*, respectivamente.

Situación actual

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 16 de 2020, en la provincia de Buenos Aires se notificaron 195 casos sospechosos de hantavirosis, de los cuales 13 fueron confirmados (7%),

157 se descartaron y 24 aún continúan en estudio (12%). Los casos confirmados pertenecen a los municipios de Azul, Berazategui, Chivilcoy, El Peligro, General Alvarado, La Matanza, Las Flores, Lisandro Olmos, Marcos Paz, Olavarría y Pinamar.

Todos los casos confirmados requirieron internación; diez de ellos tuvieron buena evolución y sólo un caso aún continúa internado.

Todos los casos confirmados corresponden a zonas consideradas endémicas dentro de la provincia.

En la SE 5, se registró el fallecimiento de una persona de 32 años, con residencia en el conurbano bonaerense, con diagnóstico confirmado para hantavirus. Aún se encuentra en desarrollo la investigación epidemiológica para identificar los factores determinantes y el sitio probable de contagio.

En la SE 12, se registró el fallecimiento de una persona de 57 años, con residencia en el municipio de General Alvarado (Región Sanitaria VIII), con diagnóstico confirmado para hantavirus. Como antecedente epidemiológico se estableció que era trabajador rural.

Para el mismo período de 2019 se habían notificado 453 casos y confirmado 21 casos de la enfermedad en los municipios de Almirante Brown, Ayacucho, Berazategui, Berisso, Bolívar, Cañuelas, Castelli, Chacabuco, Florencio Varela, General Alvarado, General Madariaga, General Rodríguez, General San Martín, La Plata, Lobos, Magdalena, Navarro, San Pedro, Tandil y Zárate.

El rango de edad en los casos notificados va de 2 a 60 años. La tasa de notificación por grupos etarios muestra que el de 50 a 59 años registra la más alta (2,61 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el de 40 a 49 años (2,00 casos cada 100.000 habitantes).

Entre la SE 1 de 2019 y la SE 16 de 2020 la distribución estacional de los casos muestra un incremento de las notificaciones en primavera e inicio del verano, con una reducción en los meses de otoño y más acentuada en invierno, si bien estas características pueden modificarse de acuerdo a las condiciones del clima, ya que, en inviernos benignos con elevada temperatura y acentuado régimen de lluvias, la casuística se mantiene.



BUENOS AIRES
Aedes aegypti DESARROLLÓ UNA ADAPTACIÓN
PARA SOBREVIVIR AL FRÍO EN LA PROVINCIA

24/04/2020

Investigadores del Grupo de Mosquitos de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires descubrieron que, en ejemplares de *Aedes aegypti* de la provincia de Buenos Aires, las hembras desarrollaron una adaptación al clima que, en función de las horas de luz, le indica a los huevos cuándo es el momento indicado para eclosionar. Se trata de un mecanismo llamado “diapausa” y que, hasta el momento, nunca había sido descrito en esta especie.

En otras especies de mosquitos, la señal ambiental que determina si los huevos van a eclosionar o no es el fotoperiodo –la cantidad de horas de luz que experimentan las madres de los huevos–, ya que es un indicador mucho más confiable que la temperatura, que es fluctuante y podría confundir a los insectos.

Una adaptación inesperada

En regiones cálidas y tropicales, hábitats de *Aedes aegypti* por excelencia, la temperatura parece ser indicador suficiente para que los huevos del mosquito se conviertan en larva y sigan el ciclo hasta volverse adultos. Sin embargo, en Buenos Aires y otras regiones del país, esta observación no parece cumplirse siempre.

Por ejemplo, si en la antesala al invierno se viven varios días seguidos con más de 12°C, este contexto podría incitar la eclosión de los huevos, pero si luego desciende la temperatura, las larvas morirían al cabo de horas, perdiendo una gran cantidad de futuros adultos en ese “error de cálculo”.

En otras palabras, los huevos necesitan superar con éxito el invierno, y lo logran al evitar las eclosiones inoportunas. Al parecer, las hembras de *Aedes aegypti* desarrollaron, al menos localmente, la estrategia de la diapausa, que esta especie no desarrolló en ninguna otra parte del mundo.

Muchísima bibliografía científica sostiene que *Aedes aegypti* no tiene diapausa, y eso permitió aseverar que el mosquito no iba a poder franquear determinados límites climáticos; sin embargo, en Argentina, el vector está avanzando en su distribución y se lo ha encontrado tanto en el centro de Buenos Aires como en La Pampa, Mendoza, San Juan, Neuquén y Río Negro.

El estudio

El inusual cambio adaptativo de las hembras de *Aedes* locales parece tener larga data en Buenos Aires. Ya en 2009, se observó que, en algunos casos, los huevos no eclosionaban aunque estuvieran expuestos a temperaturas favorables.

Se empezaron a encontrar resultados inesperados que, en un principio, se atribuyeron a errores. En el año 2016 volvió a ocurrir, y ahí se encendió una luz de advertencia.

Se criaron dos grupos de mosquitos por separado: unos con fotoperiodo de verano (simulación de día largo) y otro con fotoperiodo de fines de otoño (día corto).

Cuando las hembras tuvieron huevos, se los puso a eclosionar con temperaturas favorables para ese cometido, y se observó que, en los huevos de hembras criadas con fotoperiodos de invierno, la eclosión era muchísimo menor que en los huevos de las hembras criadas con fotoperiodo de verano, lo cual es una evidencia para pensar en la diapausa.

Estudios fisiológicos y ecológicos posteriores no hicieron más que corroborar esa hipótesis, pero aún faltan análisis de tipo genético que permitan comprender el fenómeno desde otra dimensión.

Si bien *Aedes aegypti* parece haber encontrado nuevas estrategias contra el frío del territorio argentino, el mayor reto lo enfrenta cuando los vecinos se organizan y eliminan los criaderos de sus casas. Frente a eso, no hay adaptación que valga.

El SARS-CoV-2, que fue identificado en China en diciembre de 2019 y se propagó rápidamente por el mundo, llegó a América Latina el 26 de febrero.

Cuando Brasil confirmó el primer caso en São Paulo, los países de la región ya habían tenido tiempo de observar el impacto del virus alrededor del mundo.

Comparado con Asia, Europa y América del Norte, el virus llegó tarde a América Latina.

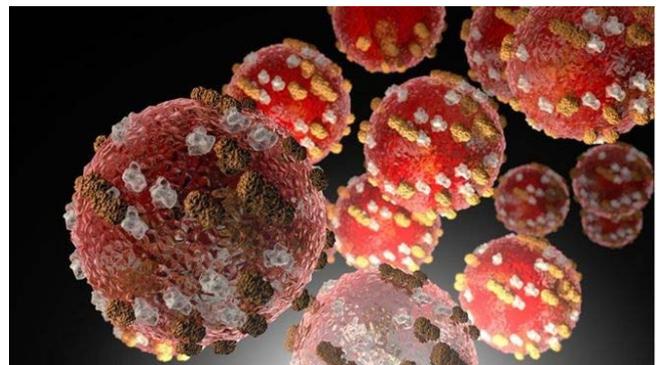
Pero la pandemia llegó a una región que se ha visto azotada recientemente por uno de los peores brotes de dengue de la historia, una epidemia de fiebre zika y brotes de sarampión.

¿Qué ocurre cuando dos o tres virus circulan en una misma población al mismo tiempo? Los científicos lo llaman sindemia.

“Sindemia es un concepto que hace referencia a una situación epidemiológica compleja en un país, en el cual este tiene que enfrentarse simultáneamente a varias epidemias”, dijo el Dr. Alfonso Javier Rodríguez Morales, profesor de salud pública de la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia, y vicepresidente de la Asociación Colombiana de Infectología.



En países como Honduras, el peligro de la COVID-19 se suma al de otros brotes virales.



El sarampión, el dengue y la COVID-19 son causadas por virus y presentan síntomas similares.

“Y eso es parte de los retos que enfrenta en este momento América Latina con la llegada de la COVID-19, cuando seguimos teniendo epidemias de dengue y el problema de sarampión y tos convulsa desde el año pasado”, agregó.

Múltiples virus

La COVID-19 llegó a América Latina después de la grave epidemia de dengue de 2019, que causó en toda la región más de tres millones de casos. Esto fue un aumento de más de 20% desde 2015, el año que había tenido el registro más alto de casos.

El dengue, a su vez, surgió después de una grave epidemia de fiebre zika, en 2016, y de la introducción en América de la fiebre chikungunya en 2013.

Y en 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una alerta epidemiológica por el preocupante aumento de los casos de sarampión en la región.

Ahora, la llegada de la COVID-19, preocupa a los expertos por el impacto que esta enfermedad puede tener en una persona contagiada con otra enfermedad.

“La pandemia de COVID-19 llega a América Latina cuando otras epidemias y brotes que han azotado a la región por generaciones siguen estando allí”, dijo la Dra. Josefina Coloma, investigadora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley, y miembro del comité asesor de la OPS.

“Este es el problema de la llamada ‘doble carga’ de dos enfermedades, como dengue y COVID-19, que se pueden dar al mismo tiempo, en las mismas personas y en los mismos lugares”.



La epidemia de dengue de 2019 en América Latina fue una de las más extendidas y graves que se han registrado.

La doble carga en Ecuador

La investigadora, quien está dirigiendo un estudio de dengue y fiebre zika en Ecuador, cree que esta “doble carga” podría estar ocurriendo ya en Guayaquil, Ecuador, donde recientemente se observó un aumento drástico en el número de muertos con la llegada de la COVID-19.

“No tenemos datos específicos, pero pensamos que tiene que ver con esta doble carga. Si se observan las tablas epidemiológicas que publica Ecuador, la curva de dengue era muy alta a principios de año y de pronto, en marzo, cuando empezó la COVID-19, el dengue bajó a cero. Y no es que haya bajado a cero, sino que el sistema de salud se saturó y nadie está realmente siguiendo específicamente los casos de dengue”, dijo. “Entonces se ha vuelto una situación muy difícil”, agregó.

Esto, señalan los expertos, representa un enorme desafío de salud pública, principalmente porque debido a que todas estas enfermedades son causadas por virus, sus síntomas son similares y pueden fácilmente confundirse y complicar aún más las enfermedades.

“Todas las enfermedades virales en sus primeros días se manifiestan con los mismos síntomas: fiebre inespecífica, dolor de cuerpo, agotamiento. Y eso puede ser dengue, fiebre chikungunya, COVID-19”, explicó Coloma.

“Entonces hacer un diagnóstico puramente clínico con las manifestaciones de los primeros días es imposible porque todas se parecen”, agregó.

Pero también está el problema de las coinfecciones, como explicó Rodríguez Morales. “Esto se da cuando una persona puede tener simultáneamente, por ejemplo, COVID-19 y dengue, o COVID-19 e influenza, etc.”.

“Esto es un tema que lógicamente preocupa muchísimo porque cada una de las enfermedades pueden evolucionar de forma más complicada”.

El dengue, aunque no tiene una alta mortalidad, puede presentar complicaciones graves, causando la muerte, y esta es una situación que, dicen los expertos, puede ocurrir en el caso de coinfección con el SARS-CoV-2.

Otro problema que están actualmente analizando los investigadores es el fenómeno de la llamada “respuesta inmune cruzada”, Es decir, la posibilidad de que una persona que tuvo una



En lugares como Chacao, en Caracas, Venezuela, hubo un plan de fumigación en 2019 para evitar la propagación del mosquito que transmite la fiebre zika y la fiebre chikungunya.

el continente en 2016, y aunque era una enfermedad débil que producía pocos síntomas, mucha gente enfermó”, dijo la experta.

“La gente entonces desarrolló anticuerpos y tenemos la teoría de que esa respuesta inmune al virus Zika fue lo que exacerbó la infección y severidad del dengue. Entonces se piensa que gran parte de lo que está pasando ahora con el dengue es resultado de la fiebre zika que estuvo presente hace tres años en el continente”, agregó.

Los expertos no saben si podría ocurrir la misma respuesta inmune cruzada con otros virus, como el SARS-CoV-2. Pero sí se cree que una infección por este coronavirus podría hacer más vulnerable a la persona de contraer un dengue severo.

El otro virus: sarampión

Actualmente no están circulando números altos de otros virus como Chikungunya o Zika en la región. Pero otro problema importante, además del dengue, es el sarampión.

Las cifras de la OPS muestran que en 2019 hubo 20.430 casos confirmados de la enfermedad en 14 países de América, con 19 muertes.

En las primeras cuatro semanas de 2020, dice la OPS, hubo un incremento de 29% en el número de casos confirmados de sarampión, que también es causado por un virus.

Esto se debió principalmente a que en algunos países no ha habido una buena cobertura de vacunación contra la enfermedad lo que ha causado propagación a otros países, provocando transmisiones autóctonas. Por ejemplo, en el norte de Brasil se produjeron más de 10.000 casos de sarampión entre 2018 y 2019, originados a partir de casos que llegaron de Venezuela.



Existe una vacuna contra el sarampión, pero en años recientes ha habido fallos en la cobertura de vacunación.

“Esto fue una amplificación de la epidemia en Venezuela, donde el año pasado se produjeron entre 6.000 y 7.000 casos de sarampión. Y con la migración venezolana los casos se regaron por toda Sudamérica, incluidos Chile y Argentina”, explicó Rodríguez Morales.

Riesgo de coinfección

Se desconoce cuál puede ser el impacto de la circulación simultánea de los virus SARS-CoV-2 y el del sarampión, pero los expertos creen que una coinfección de ambos virus podría ser peligrosa.

“Cualquier enfermedad viral desregula el sistema inmune, porque el organismo produce una inflamación, una cascada inflamatoria para atacar al virus. Si de repente se presenta otra infección secundaria, esta debilidad en el organismo lo pone en desventaja contra el segundo virus”, explicó Coloma.

Lo cierto, dicen los expertos, es que es importante que en los lugares donde circulan el dengue o el sarampión, los profesionales de salud deben estar conscientes de que el paciente puede tener dos infecciones. Y es urgente llevar a cabo pruebas no sólo para conocer la situación del coronavirus, sino también para poder detectar y diferenciar las enfermedades.

“La situación es compleja y varía en los países. Pero hay que tener presente que no vamos a poder conocer la realidad de la situación epidemiológica si no se realizan pruebas. Es crítico y fundamental que se masifiquen las pruebas de laboratorio en los países de la región”, agregó Rodríguez Morales.

BBC

PERÚ
LA DESESPERANTE SITUACIÓN QUE SE VIVE EN LA
REGIÓN PERUANA DE LORETO POR LA COVID-19

27/04/2020

La imagen es impactante: una docena de cadáveres, envueltos en bolsas de plástico desde hace días, se amontonan unos encima de otros dentro de un salón que parece ser una morgue. El video, que no dura más de 20 segundos, fue grabado en la morgue municipal de Iquitos, la capital de la región de Loreto, en el norte de Perú, que debido al aumento dramático de muertes a causa de la pandemia de la COVID-19 en los últimos días se encuentra totalmente desbordada.



El video, que no dura más de 20 segundos, sugiere la dimensión de la pandemia en Iquitos.

“La morgue tiene capacidad para cremar entre dos y cuatro cuerpos por día. Entre ayer y hoy llegaron más de ocho cuerpos, lo que desbordó la capacidad del lugar”, dijo el gobernador de Loreto, Elisban Ochoa Sosa.

Y esto ocurre cuando las cifras muestran que Perú –debido entre otras cosas a un aumento en los testeos para detectar el virus– tiene hasta el 27 de abril 27.517 contagios confirmados y 728 fallecidos, lo que lo ubica como el segundo país en América Latina con mayor número de casos, solo detrás de Brasil.

En Perú hace más de 30 días se declaró una cuarentena general para reducir la propagación del virus. Y en Loreto, la provincia más extensa del país y con una población de 830.000 habitantes, la pandemia ha desbordado los hospitales.

Pacientes en pasillos

A pesar de que las autoridades señalaron que están tomando las medidas para aliviar a la morgue municipal con la adecuación de una fosa común en el cementerio local, los médicos que atienden la emergencia en la provincia señalan que la situación empeorará.

Y otra imagen que revela la dimensión de la crisis: fotografías de pacientes que deben ser atendidos en los pasillos de los dos únicos centros médicos que tiene Iquitos destinados a la gestión de la pandemia.

“Los dos hospitales de Iquitos están desbordados. No tenemos donde atender a ningún paciente más y eso significa que las personas van a morir en sus casas”, dijo Luis Leonardo Runciman Soplín, decano del Colegio de Médicos de Perú en la Regional Iquitos.

Runciman confesó que se siente “impotente y frustrado” por no poder proveer atención a las personas que lo necesitan. “Aunque tengamos oxígeno, no tenemos manómetros para instalarlos. Y aunque tenemos respiradores, tampoco tenemos enfermeras para que los manejen”, señaló el decano.

“A eso se suma que tampoco tenemos la manera de diagnosticar la COVID-19, porque no tenemos suficientes pruebas moleculares ni pruebas rápidas para hacerlo”, añadió.



Iquitos es la principal ciudad de la región de Loreto.

De acuerdo al gobierno regional, desde Lima solo fueron enviadas poco más de 700 pruebas moleculares y unas 2.500 pruebas rápidas, “lo que no es suficiente para atender a toda la población”.

Sin agua

Hasta el 23 de abril, la región de Loreto tenía cerca de 700 casos confirmados y 23 fallecidos, la mayoría de ellos en los últimos días. El gobierno regional, que integra la misma alianza del gobierno nacional, señaló que habían habilitado un terreno en el municipio de San Juan Bautista donde se llevarán los cadáveres acumulados en la morgue después de ser cremados.

Sin embargo, varias autoridades de Iquitos denunciaron que las condiciones están lejos de ser las ideales –a pesar del esfuerzo de los gobiernos locales y el central– para enfrentar una situación que ellos consideran “será peor en las próximas semanas”.

En Iquitos, la tasa de contagios hasta la fecha es la segunda más alta del país, solo detrás de Lima, con 16,15 casos cada 100.000 habitantes.

Las condiciones de las infraestructuras no hacen sino agravar la situación. “En Iquitos no tenemos suministro constante de agua”, indicó el representante del Colegio Médico.

“Aquí el agua potable llega cinco horas por día, por turnos. Mientras eso pasa, le están diciendo a la gente que se tiene que lavar varias veces las manos con agua y jabón como el principal modo de prevenir la enfermedad”.

Runciman puso la atención en otra crisis: la del personal sanitario. Hasta el momento, hay confirmados 80 contagios entre las personas que atienden pacientes, de los cuales cerca de la mitad son médicos. Y tres de ellos se encuentran en la unidad de cuidados intensivos.

Recurrir a estudiantes

La Dirección Médica Regional de Iquitos confirmó que tuvieron que recurrir a estudiantes recién egresados de la Escuela de Medicina –que aún no han recibido el diploma– para poder atender al creciente número de personas que a diario llegan con síntomas de la enfermedad.

“Tuvimos varios casos de contagio en la primera oleada debido a que los médicos, aunque se protegían de manera adecuada ante los pacientes, no lo hacían tanto cuando estaban entre ellos. Y por eso el número elevado”, dijo Percy Luis Minaya León, Director Regional de Salud de Iquitos.



Hasta ahora se han contabilizado más de 40 muertos en la región de Loreto. Además tiene la segunda tasa de contagios más alta del país.

es la región más extensa del país, con gran porcentaje de población indígena, y el enfoque para tratar esta epidemia debe ser muy distinto”, indicó.

“A esta crisis se suma también que no tenemos medicamentos suficientes para atender a los pacientes. Estamos escasos de medicinas que son vitales para personas contagiadas de la COVID-19”, agregó.

Tanto Minaya como Runciman coincidieron en que se necesita, al menos, aumentar la capacidad de diagnóstico, para poder tener un panorama más claro de la escala de los contagios en Loreto.

“Es posible que haya diez veces más casos que los que hemos confirmado y eso significa que si apenas 1% necesita de cuidados intensivos no tenemos manera de atenderlos en nuestros centros de salud”, señaló el médico.

“Migajas”

La situación es delicada en Iquitos, donde los pacientes tienen que ser tratados en pasillos y los cuerpos de los fallecidos pasan días sin ser atendidos. El personal de salud de los hospitales está asustado. No saben si van a resultar contagiados después de que los cuerpos llevan varios días allí y ya comienzan a oler mal. Y eso puede hacer que el hospital se convierta en un foco de infección.



Perú tiene el segundo número de contagiados confirmados en América Latina.

Además, los corredores de los centros médicos están desbordados con pacientes que esperan ser atendidos, porque ya no hay más camas para ellos.

El gobernador regional Ochoa Sosa aceptó que la situación es difícil, pero aseguró que se están tomando medidas para evitar que tanto el hospital como la morgue colapsen. “Ya



El 30% de la población de Loreto es indígena.

hemos dispuesto de un territorio cerca de Iquitos para que los cuerpos, después de ser cremados y cumplir con todos los protocolos médicos, sean enterrados allí. Aunque cabe aclarar que no todos los cuerpos son de personas que fallecieron por la COVID-19”, explicó.

También señaló que se está aumentando el número de camas disponibles, para llegar a un total de 1.000.

“Esta es una región que limita con tres países, es la más extensa de Perú, con la mayor población indígena, y el gobierno nacional nos da la ayuda con cuentagotas. Lo que recibimos son migajas”, reclamó el gobernador.

Señaló que, a pesar de los distintos esfuerzos, la mayor dificultad es el diagnóstico de la población rural, a la que solo pueden acceder en muchos casos a través de los ríos. “A ellos no hemos podido llegar como se debe porque no tenemos los recursos para hacerlo de la forma adecuada”, dijo. Y agregó: “Es una situación que nos ha desbordado aquí en Loreto”.

Desde Lima

Perú, después de Brasil, es el país con el mayor número de contagios en la región. Pese a ello, la tasa de letalidad es de las más bajas (apenas de 2,65%), de acuerdo con el gobierno nacional.

Según señaló el presidente de la nación, Martín Alberto Vizcarra Cornejo, eso se debe a que se ha hecho un esfuerzo por aumentar los exámenes de diagnóstico y por ende se ha registrado un mayor número total de casos.

“Hasta el momento se han hecho más de 185.000 pruebas en el país. A pesar de los esfuerzos, hemos contabilizado 728 muertes”, indicó el mandatario.

“Pero a pesar de que tenemos un nivel por debajo de las tasas de mortalidad que se registran en el mundo, lo más importante del país es su gente, es la salud de los peruanos, es la vida de su población y por eso extendemos la situación de emergencia por dos semanas”, dijo el 23 de abril Vizcarra.

El ministro de Salud, Víctor Marcial Zamora Mesía, señaló que la mortalidad del virus “no solo se debe a la virulencia con que afecta a las personas más vulnerables, sino que también está relacionada con la propia organización del sistema de salud”, tradicionalmente deficiente.

Y señaló que el gobierno nacional está concentrado en habilitar más camas de cuidados intensivos y adquirir de cerca de 300 ventiladores mecánicos, para sumarlos a los que están produciendo la Marina de Guerra y la Universidad Católica.



Los médicos y el gobierno regional señalan que no tienen herramientas suficientes para atender la emergencia en su territorio.



Nueva Zelanda logró poner fin a los contagios locales

Con casos de COVID-19 de un solo dígito durante siete días –y solo uno el 26 de abril– la primera ministra Jacinda Kate Laurell Ardern anunció que el virus ha sido “actualmente eliminado” en Nueva Zelanda.

Pero la mandataria y funcionarios de su gobierno advirtieron contra la complacencia, asegurando que esta buena noticia no significa el final total de nuevos casos de COVID-19 en el territorio y que conviene seguir tomando medidas. “Estamos abriendo la economía, pero no la vida social”, aclaró Ardern.

A partir del 28 de abril, se podrán reanudar algunas actividades comerciales, así como servicios de atención médica y actividades educativas no esenciales. Sin embargo, se pedirá a la mayoría de los ciudadanos que permanezcan en sus casas en todo momento y que eviten las interacciones sociales en la medida de lo posible.

Nueva Zelanda ha reportado menos de 1.500 casos confirmados o probables de COVID-19 y 19 muertes en total. El director general de Salud de Nueva Zelanda, Ashley Robin Bloomfield, dijo que el bajo número de casos nuevos en los últimos días “nos da confianza de que hemos logrado nuestro objetivo de eliminación del virus en el país”.

A la 00:00 horas del 28 de abril, Nueva Zelanda pasará del bloqueo de nivel cuatro al nivel tres. Eso significa que la mayoría de las empresas podrán reabrir, incluidos los restaurantes con comida para llevar, pero no aquellos que involucren contacto cara a cara entre las personas.

Las reuniones masivas aún están prohibidas, los centros comerciales permanecen cerrados y la mayoría de los niños no irán a la escuela. La frontera de Nueva Zelanda permanecerá cerrada.

El país introdujo algunas de las restricciones más duras del mundo en viajes y actividades locales desde el principio de la pandemia, cuando solo registraba unas pocas docenas de casos. Cerró sus fronteras, comenzó a imponer la cuarentena a todas las personas que llegaran al país, impuso un estricto bloqueo y creó una extensa operación de pruebas y rastreo de contactos.

Las playas, los paseos marítimos y los parques infantiles se cerraron el 26 de marzo, al igual que las oficinas y las escuelas. Los bares y restaurantes también estaban cerrados, incluso aunque ofrecieran solo comida para llevar.

La ubicación remota de Nueva Zelanda y la facilidad de cierre de sus fronteras jugaron a su favor cuando estalló el virus, dicen los expertos. Pero el gobierno neozelandés también ha sido elogiado por la claridad de sus mensajes durante la crisis.

Singapur enfrenta la peor situación en el Sudeste Asiático

Singapur confirmó el 27 de abril 799 casos de COVID-19, lo que elevó la cifra de casos a 14.423, el mayor número entre los países del Sudeste Asiático.

El moderno sistema de salud de la ciudad-estado, sin embargo, le ha permitido contener las muertes en 14. Naciones de la región con menos casos positivos como Indonesia (9.096) y Filipinas (7.777) reportan, sin embargo, más fallecimientos (765 y 511, respectivamente).

En vista de que la inmensa mayoría de los infectados son trabajadores inmigrantes albergados en campamentos con limitadas condiciones de higiene, el gobierno construirá con urgencia varios hospitales de campaña. Uno de estos estará en el centro de exhibiciones Changi, uno de los mayores de Asia, donde serán internados más de 4.000 pacientes con síntomas leves y en recuperación. En su interior hay espacio para instalar 2.700 camas, mientras el exterior se ampliará para habilitar otras 1.700. Según los planes, un equipo de robots llevará a los enfermos comida y otros servicios para minimizar los riesgos de infección al personal médico.

Vietnam lleva once días sin nuevos casos autóctonos

Vietnam entró hoy a su onceavo día consecutivo sin casos nuevos de COVID-19 por vía comunitaria y sigue sin reportar fallecimientos a causa de la enfermedad.

El país mantiene así sus buenas estadísticas frente a la pandemia: 270 contagiados desde la entrada del SARS-Cov-2 hace más de tres meses y 225 pacientes recuperados. De los 45 que aún están bajo tratamiento, tres dieron negativo dos veces a la prueba de detección del SARS-CoV-2 y 13 a la primera, por lo que la cifra de restablecidos podría aumentar en las próximas horas.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100,000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	1.000.886	57.169	302,7	5,7
España	232.128	23.822	496,5	10,3
Italia	201.505	27.359	333,2	13,6
Francia	164.590	23.293	252,3	14,2
Alemania	159.038	6.174	189,9	3,9
Reino Unido	157.149	21.092	231,7	13,4
Turquía	114.653	2.992	136,2	2,6
Rusia	93.558	867	64,1	0,9
Irán	92.584	5.877	110,5	6,3
China	82.856	4.634	5,8	5,6
Brasil	68.188	4.674	32,1	6,9
Canadá	49.751	2.851	132,0	5,7
Bélgica	47.334	7.331	408,8	15,5
Países Bajos	38.416	4.566	224,3	11,9
India	29.451	939	2,1	3,2
Suiza	29.264	1.699	338,6	5,8
Perú	28.699	782	87,3	2,7
Portugal	24.322	948	238,4	3,9
Ecuador	23.240	663	132,1	2,9
Arabia Saudí	20.077	152	57,8	0,8
Irlanda	19.648	1.102	398,8	5,6
Suecia	19.621	2.355	194,5	12,0
Israel	15.589	208	180,7	1,3
México	15.529	1.434	12,1	9,2
Austria	15.357	569	170,7	3,7
Singapur	14.951	14	256,0	0,1
Pakistán	14.514	312	6,6	2,1
Chile	14.365	207	75,3	1,4
Japón	13.614	385	10,8	2,8
Polonia	12.218	596	32,3	4,9
Belarús	12.208	79	129,2	0,6
Qatar	11.921	10	415,2	0,1
Rumania	11.616	663	60,3	5,7
Emiratos Árabes Unidos	11.380	89	115,3	0,8
Corea del Sur	10.752	244	21,0	2,3
Indonesia	9.511	773	3,5	8,1
Ucrania	9.410	239	21,5	2,5
Dinamarca	8.851	434	152,9	4,9
Filipinas	7.958	530	7,3	6,7
Noruega	7.619	206	140,8	2,7
República Checa	7.486	225	69,9	3,0
Australia	6.721	83	26,4	1,2
Serbia	6.630	125	75,8	1,9
Bangladesh	6.462	155	3,9	2,4
República Dominicana	6.416	286	59,3	4,5
Panamá	6.021	167	140,0	2,8
Malasia	5.851	100	18,1	1,7
Colombia	5.597	253	11,0	4,5
Egipto	5.042	359	4,9	7,1
Sudáfrica	4.793	90	8,1	1,9
Finlandia	4.740	199	85,6	4,2
Marruecos	4.252	165	11,5	3,9
Argentina	4.003	197	8,9	4,9
Luxemburgo	3.741	89	599,6	2,4
Otros 162 países y territorios	91.291	2.999	8,4	12,0
Total	3.083.367	213.825	39,63	6,93

Tabla 3. Casos confirmados y muertes por la COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 28 de abril de 2020, 14:31 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Europa	1.455.706	128.552	155,77	8,83
América	1.231.902	69.122	120,64	5,61
Mediterráneo Oriental	176.368	7.286	24,22	4,13
Pacífico Occidental	147.251	6.042	7,41	4,10
Sudeste Asiático	49.460	1.933	2,48	3,91
África	22.680	890	2,03	3,92
Total	3.083.367	213.825	39,63	6,93

Tabla 4. 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 28 de abril de 2020, 14:31 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

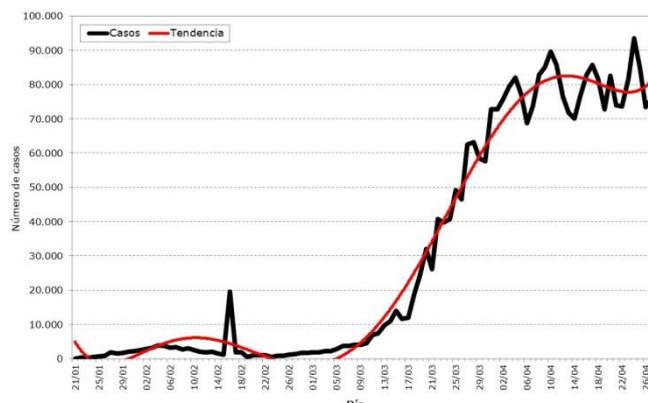


Gráfico 3. Casos confirmados de COVID-19 a nivel global, y línea de tendencia. Del 21 de enero al 27 de abril de 2020. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En realidad, la cantidad de infectados a la fecha debiera ser de 268, pero el 24 de abril regresó al país un grupo de nacionales que estaban varados en Japón y dos de ellos dieron positivo al SARS-Cov-2 en cuanto llegaron.

El 24 de abril el gobierno comenzó a relajar las medidas de prevención en algunas provincias y ciudades consideradas fuera de riesgo y anunció que a fin de mes hará lo mismo con otros territorios si la situación del momento lo permite.

Sin embargo, Vietnam aún deberá recorrer un largo camino antes de declararse victorioso sobre la COVID-19: aparte de recuperar a los actuales enfermos y atender a los que eventualmente sean detectados, también tiene bajo aislamiento preventivo u observación médica a más de 52.000 personas.

Levantar toque de queda en Arabia Saudí

El rey Salmán bin Abdulaziz de Arabia Saudí ordenó levantar desde el 26 de abril y hasta el 13 de mayo el toque de queda, de 09:00 a 17:00 horas, excepto en la ciudad sagrada de Makkah. La decisión también incluye la apertura de actividades económicas y comerciales desde el 29 de abril.

Hasta el 25 de abril, el reino confirmó 16.299 infecciones y 136 muertes por la COVID-19, la más alta entre los seis miembros del Consejo de Cooperación del Golfo.

Desde el 2 de abril último, las autoridades impusieron medidas de excepción por 24 horas en las ciudades sagradas musulmanas de Makkah y Al-Madina. También suspendieron la peregrinación del Umrah, que consiste en visitas a lo largo del año a los sitios sagrados islámicos, y es muy probable que se cancele la del Hajj, prevista para fines de julio.

El año pasado, 2,5 millones de personas viajaron a Arabia Saudí para participar del Hajj, uno de los mandamientos del Corán que exige a los musulmanes que gocen de salud y posean recursos económicos a realizarlo al menos una vez en la vida.

Cancelar el Hajj carece de precedentes en los tiempos modernos, aunque tiene como antecedente la prohibición a viajeros procedentes de lugares con riesgo de contagio de la enfermedad por el virus del Ébola.

La economía más grande del mundo árabe también cerró cines, centros comerciales y restaurantes y detuvo conexiones aéreas desde el exterior.

Andorra prevé testear a toda su población

El gobierno de Andorra lanzó una campaña de detección masiva del SARS-CoV-2, que se iniciará el 29 de abril, con el objetivo de someter a test a toda la población, de 77.000 personas, del principado.

Hasta ahora unas 50.000 personas se han declarado voluntarias para las pruebas, informó el ministro de Salud, Joan Martínez Benazet, que instó a toda la población a participar en la campaña.

El gobierno afirma poder realizar unos 7.000 test serológicos diarios, en once lugares diferentes del país, y con unidades móviles.

Hasta el 27 de abril, Andorra registró 40 muertes por la COVID-19, y 738 casos.

Las personas positivas en el primer test serán sometidas a un segundo test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En caso positivo, el enfermo será confinado.

El gobierno andorrano prevé así llegar a un desconfinamiento progresivo “protegiendo a los ciudadanos más vulnerables y minimizando el riesgo de contagio”.

El principado ha invertido 1,6 millones de euros en la compra de estos test en China y en la implementación del dispositivo.

Los más pequeños vuelven a la escuela en Noruega

Noruega, donde la epidemia de la COVID-19 retrocede, reabrió el 27 de abril las escuelas para los más pequeños, nueva etapa de una normalización muy lenta y progresiva que preocupa a algunos padres.

Una semana después de los *barnehager* que sirven de guarderías y jardines de infantes en el país nórdico, llegó el turno de los niños de seis a diez años de volver a las aulas, en clases reducidas de 15 alumnos, luego de cinco semanas de “tele-enseñanza”.

Noruega continúa así poniendo fin de manera progresiva a las restricciones anunciadas el 12 de marzo para controlar la epidemia de COVID-19 en su territorio.

El país nórdico, de 4,5 millones de habitantes, tenía hasta el 27 de abril 7.554 casos de la enfermedad y 205 muertos, con una curva de personas hospitalizadas que cayó con fuerza en las últimas semanas.



ETIOPÍA

DECLARAN CONTROLADO EL
BROTE DE FIEBRE AMARILLA

27/04/2020

Un brote de fiebre amarilla, que fue reportado a principios de marzo en la zona de Gurage, en la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur, ha sido contenido desde el 29 de marzo de 2020, según el Ministerio de Salud.

La cartera informó que se han reportado cuatro muertes en el contexto del brote.

El ministerio informó que a principios de marzo se notificaron unos 86 casos de fiebre amarilla en el distrito de Enemoreena Enor, zona de Gurage.

El brote comenzó con un caso índice el 3 de marzo de 2020, y el último caso se informó el 29 de marzo del mismo año.

En razón de ello, se realizó una búsqueda activa de casos en cinco *kebeles* del distrito y se visitaron 1.275 hogares y dos escuelas como parte del esfuerzo de respuesta.

Posteriormente, 27.178 personas recibieron la vacuna contra la fiebre amarilla y el brote fue contenido partir del 29 de marzo de 2020; no se han reportado casos desde entonces.

 Organización Mundial de la Salud	<i>NÍGER</i>
	NUEVO BROTE DE POLIOMIELITIS VINCULADO CON LA VACUNACIÓN
	24/04/2020

Níger reportó un nuevo brote de poliomielitis que afectó a dos niños en Niamey y en la región de Tillabéri.

En diciembre pasado, Níger, junto con Kenia y Mozambique, informaron que habían puesto fin a los brotes de poliomielitis que habían durado 24 meses. Sin embargo, esta nueva transmisión de poliovirus derivado de la vacuna circulante, que paralizó a un niño el 15 de febrero, no está relacionada con el brote que se cerró el año pasado.

“Níger detuvo los anteriores brotes de poliomielitis al organizar campañas de vacunación masiva de alta calidad en 2019. Desafortunadamente, eso no será posible ahora ya que se han suspendido las campañas de vacunación masiva contra la poliomielitis debido a la pandemia de COVID-19, que requieren estándares globales de distanciamiento físico y prácticas de higiene de lavado de manos”, dijo el Dr. Pascal Mkanda, Coordinador del Programa de Erradicación de la Poliomielitis en la Región de África.

“El poliovirus inevitablemente continuará circulando y puede paralizar a más niños, ya que no se pueden realizar campañas de inmunización de alta calidad de manera oportuna”, dijo Mkanda.

Níger ahora se une a la lista de países que están experimentando brotes de infección por poliovirus derivados de la vacuna en África, aumentando el total a 15 países. Los otros países son: Angola, Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Etiopía, Ghana, Malí, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Togo y Zambia.

En estos países, la deficiente cobertura de vacunación de rutina, el rechazo a la inmunización, el difícil acceso a algunos lugares y las campañas de vacunación de baja calidad han dificultado la inmunización de todos los niños.

Los poliovirus derivados de la vacuna son raros, pero estos virus afectan a las poblaciones no inmunizadas y subinmunizadas que viven en áreas con saneamiento inadecuado y bajos niveles de inmunización contra la poliomielitis. Cuando los niños son inmunizados con la vacuna oral contra la poliomielitis, el virus de la vacuna atenuada se replica en sus intestinos por un corto tiempo para desarrollar la inmunidad necesaria y luego se excreta en las heces al ambiente, donde puede mutar. Si la cobertura de inmunización contra la poliomielitis sigue siendo baja en una comunidad y el saneamiento sigue siendo inadecuado, los virus mutados se transmitirán a las poblaciones susceptibles, dando lugar a la aparición de infecciones por poliovirus derivados de la vacuna.

A medida que la pandemia de la COVID-19 continúa extendiéndose en la Región de África, la mayoría de los países han impuesto restricciones de viaje y suspendido las actividades de salud que no cumplen con las pautas de distanciamiento físico, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las actividades de inmunización masiva en toda la región se han pospuesto hasta nuevo aviso. Sin embargo, el programa de erradicación de la poliomielitis en la Región de África se esfuerza por mantener las funciones esenciales de vigilancia de enfermedades, así como la planificación de una rápida ampliación de las actividades de inmunización una vez que la situación de la COVID-19 lo permita.

“Actualmente estamos investigando para comprender lo que sucedió con el brote en Níger, y llevando a cabo una evaluación de riesgos para conocer la magnitud del problema. También estamos trabajando con colegas de la OMS en los países, autoridades locales y socios para preparar un equipo que se desplegará una vez que termine la COVID-19”, dijo el Dr. Modjirom Ndoutabe, Coordinador del Equipo de Respuesta Rápida liderado por la OMS para la Región de África para enfrentar los brotes de poliomielitis.

El último caso de poliomielitis salvaje en Níger se registró en 2012, y la Comisión de Certificación Regional para África (ARCC), la comisión independiente designada para certificar la erradicación del poliovirus salvaje en la Región, aceptó la documentación nacional del estado libre de poliovirus salvaje en 2016.

No se ha detectado ningún caso de poliovirus salvaje en ningún lugar de África desde 2016. Esto contrasta marcadamente con 1996, un año en que el poliovirus salvaje paralizó a más de 75.000 niños en todos los países del continente. Se esperaba que la ARCC certificara la región libre de poliovirus salvaje en junio de 2020; sin embargo, dada las restricciones de viaje a causa de la COVID-19, esta línea de tiempo ha debido alterarse.



POR QUÉ SON DIFÍCILES LAS COMPARACIONES DE LOS DATOS SOBRE LA COVID-19 ENTRE PAÍSES

25/03/2020

Todos quieren saber cómo su país está abordando la crisis de la COVID-19 y qué tan bien lo está haciendo en comparación con otros.

Pero hay que asegurarse de que se estén confrontando las mismas cosas. Por ejemplo, Estados Unidos tiene muchas más muertes por COVID-19 que cualquier otro país. Hasta el 27 de abril, hubo 54.877 fallecidos, según el reporte de la Organización Mundial de la Salud. Pero Estados Unidos tiene una población de más de 328 millones de personas.



¿Cómo comparar los datos relacionados con la COVID-19 entre países?

Si se toman los cinco países más grandes de Europa Occidental (Reino Unido, Alemania, Francia, Italia y España), su población combinada es de aproximadamente 324 millones. Y el número total de muertes por la COVID-19 registradas en esos cinco países, al 27 de abril, es de 99.834, casi el doble que en Estados Unidos.



Los datos no siempre cuentan la misma historia en todos los países.

Entonces, las estadísticas individuales no cuentan la historia completa. “Para que las comparaciones sean útiles hay dos cuestiones generales a considerar”, dijo Rowland Kao, profesor de Ciencia de Datos en la Universidad de Edinburgo, Reino Unido.

“¿Los datos a comparar significan lo mismo? Y ¿tiene sentido contrastar dos conjuntos de números si la epidemiología –es decir, todos los demás factores que rodean la propagación de la enfermedad– es diferente?”.

Contando muertes

Veamos primero algunos de los números. Existen diferencias en cómo los países registran las muertes por la COVID-19.

Francia, por ejemplo, incluye muertes en residencias en los números que recolecta todos los días, pero las cifras diarias de Reino Unido solo incluyen muertes en hospitales.

Tampoco hay un estándar internacional aceptado para medir las muertes, o sus causas.

¿Es necesario que alguien se haya realizado una prueba para detectar el SARS-CoV-2 para ser incluida en las estadísticas o son suficientes las sospechas de un médico?

¿Es necesario que el virus sea la causa principal de muerte o es suficiente con que haya alguna mención en un certificado de defunción?



No todos los países cuentan los muertos por la COVID-19 con los mismos criterios.

Tasas de mortalidad

Hay mucho interés en las tasas de mortalidad, pero también hay diferentes formas de medirlas.

Una es la tasa de letalidad: la proporción de muertes sobre casos confirmados. De todas las personas que dan positivo para el SARS-CoV-2, ¿cuántas mueren?

Pero, una vez más, los países están realizando pruebas de maneras muy diferentes.

Reino Unido realiza las pruebas de la COVID-19 principalmente a personas que están lo suficientemente enfermas como para ser internadas en el hospital. Esto puede hacer que la tasa de letalidad parezca mucho más alta que en un país que tenga un programa de pruebas más amplio.



Las medidas para evitar el contagio también difieren según los países.

Cuanto más pruebas realice un país, más personas encontrará que tienen la COVID-19 con síntomas leves o tal vez sin síntomas. Por lo tanto, la tasa de letalidad tomando como referencia los casos confirmados no es la misma que la tasa de letalidad general.

Otra medida es cuántas muertes ocurrieron en comparación con el tamaño de la población de un país. Por ejemplo, el número de muertes cada millón de personas. Pero

eso está determinado en parte por el momento en que el brote haya alcanzado a cada país. Si el primer caso de un país fue en las primeras etapas del brote global, entonces ha tenido más tiempo para que aumente su número de muertos.

El gobierno del Reino Unido compara cómo le fue a cada país desde que registró su muerte número 50, pero incluso eso plantea algunos problemas. Un país que haya alcanzado los 50 muertos más tarde desde que apareció el brote debería haber tenido más tiempo para prepararse para el virus y reducir el número de decesos.

Al estudiar estas comparaciones, también es importante resaltar que la gran mayoría de las personas que se infectan con el coronavirus se recuperarán.

Factores políticos

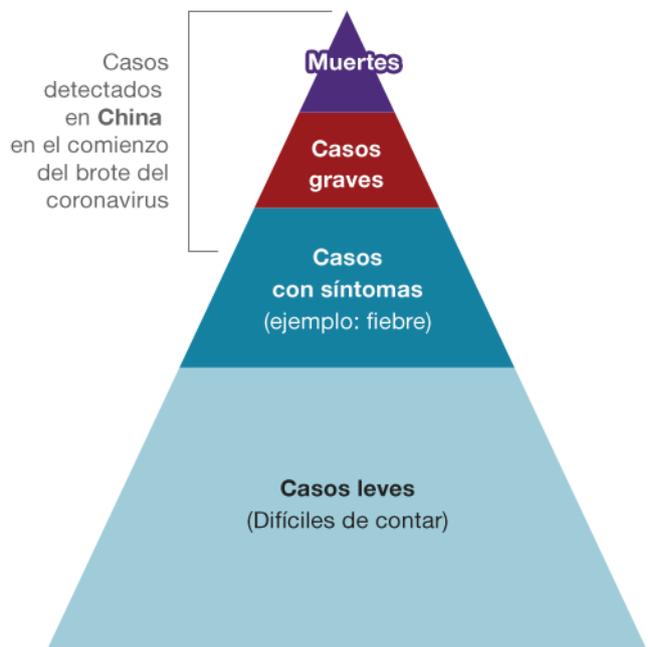
Es más difícil confiar en los datos que provienen de países con sistemas políticos estrictamente controlados.

¿Es precisa la cantidad de muertes reportadas hasta ahora en países como China o Irán? Realmente no se sabe.

Calculado el número de muertes cada millón de personas de su población, las cifras de China son extraordinariamente bajas, incluso después de que revisó al alza la cifra de muertos en Wuhan en 50%.



El tamaño de la población de un país también influye en las comparaciones.



La mayoría de los casos no fueron contados en Wuhan.

Entonces, ¿podemos realmente confiar en los datos?

Factores poblacionales

También existen diferencias reales en las características poblacionales de los distintos países. Los datos demográficos son particularmente importantes, como la edad promedio o el lugar donde vive la gente, por ejemplo.

Se han hecho comparaciones entre el Reino Unido y la República de Irlanda, pero surgen problemas: Irlanda tiene una densidad de población mucho menor y un porcentaje mucho mayor de personas que viven en zonas rurales.

Tiene más sentido comparar la ciudad y el condado de Dublín con una zona urbana en Reino Unido de aproximadamente el mismo tamaño (como Merseyside), que intentar comparar los dos países en su conjunto.



Son muchos los factores a tener en cuenta a la hora de comparar datos entre países.

También se debe asegurar en la comparación el rango de edad en las diferentes poblaciones de los países: una comparación de las tasas de mortalidad entre países de Europa y África no necesariamente funcionaría, porque los países de África tienden a tener poblaciones mucho más jóvenes. Y se sabe que las personas mayores tienen más probabilidades de morir por la COVID-19.



Los diferentes sistemas de salud también tienen un impacto sobre los datos a contar.

Diferentes servicios de salud

Por otro lado, la mayoría de los países europeos tienen sistemas de salud mejor financiados que los de la gran mayoría de los países africanos.

Y eso también tendrá un efecto sobre la gravedad del efecto de la COVID-19 en un país, al igual que factores como la facilidad con que las diferentes culturas se ajustan al distanciamiento físico.

Los sistemas de salud obviamente juegan un papel crucial al tratar de controlar una pandemia, pero no son todos iguales.

“¿Las personas van al médico? ¿Qué tan fácil es llegar a los hospitales? ¿Hay que pagar para recibir un buen tratamiento? Todas estas cosas varían de un lugar a otro”, dijo el profesor Andrew J. Tatem, de la Universidad de Southampton, Reino Unido.

Otro factor importante es el nivel de comorbilidad: la cantidad de otras afecciones, como diabetes, enfermedades cardíacas o presión arterial alta, que las personas pueden tener cuando se infectan.

Pruebas

Los países que hicieron muchas pruebas en el comienzo de la pandemia y un seguimiento de los contactos de cualquier persona infectada, parecen, hasta el momento, haber tenido más éxito para frenar la propagación de la enfermedad.

Tanto Alemania como Corea del Sur han tenido muchas menos muertes que los países más afectados.

El número de pruebas per cápita puede ser una estadística útil para predecir tasas de mortalidad más bajas.

Pero no todos los datos de las pruebas son iguales: algunos países registran el número de personas examinadas, mientras que otros lo hacen con el número total de pruebas realizadas (muchas personas necesitan hacerse más de una prueba para obtener un resultado preciso).

También se debe tener en cuenta el momento en que se hicieron las pruebas y si los análisis se realizaron principalmente en hospitales o en la comunidad.

Alemania y Corea del Sur llevaron a cabo una estrategia agresiva de pruebas desde el principio, y aprendieron mucho más sobre cómo se estaba propagando el virus.

Pero Italia, que también realizó muchos análisis, ha sufrido un número relativamente alto de muertes: Italia solo aumentó sustancialmente su capacidad de hacer pruebas después de que la pandemia ya se había esparcido.



Algunos países llevaron a cabo más pruebas que otros.



Es probable que tengamos que esperar a que la epidemia termine para saber qué país enfrentó mejor a la COVID-19.

Las comparaciones son difíciles

Entonces, ¿hay algo útil en todas estas comparaciones?

“Lo que se quiere saber es por qué un país está mejor que otro, y qué se puede aprender de eso”, dijo el profesor Jason Oke, de la Universidad de Oxford. “Y llevar a cabo pruebas parece ser el ejemplo más obvio hasta ahora”.

Pero hasta que no termine esta epidemia, no será posible saber con certeza qué países han enfrentado mejor el virus.

“Ahí es cuando realmente podremos aprender las lecciones para la próxima vez”, dijo Oke.

Gut

HALLAZGOS SOBRE LA HEPATITIS C EN LACTANTES
PUEDEN CONDUCIR A MEJORES TRATAMIENTOS

27/03/2020

Solo alrededor de 5% de los bebés nacidos de madres con hepatitis C están infectados por la enfermedad. Una posible razón de esta baja cifra es que el sistema inmunitario del bebé ya ha destruido el virus antes del nacimiento.

Un reciente estudio revela claras adaptaciones del sistema inmunitario de los bebés no infectados que pueden abrir el camino a nuevos métodos de tratamiento.

A diferencia de otras enfermedades que se transmiten por la sangre, como el VIH y la hepatitis B, el riesgo de infección durante el embarazo es bajo para la hepatitis C, y solo 5% de los bebés nacidos de madres con hepatitis C crónica contraen la enfermedad.

El sistema inmunitario de los bebés sanos muestra cambios similares a los de los bebés infectados con hepatitis C. Esto podría sugerir que las células inmunes se han encontrado con el virus en el útero y se las arreglaron para eliminarlo antes del nacimiento.



El estudio se realizó en el Hospital de Maternidad N° 16 de Sankt-Peterburg (Rusia). De las 55 mujeres embarazadas que participaron, 40 tenían una infección activa de hepatitis C, mientras que las otras tenían anticuerpos después de una infección previa.

Todos los bebés nacidos de mujeres con una infección activa se consideraron expuestos al virus y, a pesar de ello, solo tres de estos 40 bebés desarrollaron hepatitis C.

Todos los bebés fueron controlados hasta la edad de 18 meses a través de pruebas periódicas, y para aumentar el volumen de datos comparables, se agregaron muestras de 18 bebés que habían sido infectados con hepatitis C al nacer.

El estudio mostró que tanto los bebés nacidos con una infección como los bebés que habían sido expuestos al virus por una madre infectada tuvieron cambios similares en su sistema inmunitario adaptativo, con adaptaciones claras de los linfocitos B, cuya función es producir anticuerpos capaces de descubrir e identificar microbios extraños, como virus, bacterias y parásitos.

Una posible explicación es que la mayoría de los bebés expuestos al virus en el útero logran lidiar con él, lo que luego se puede corroborar por los linfocitos B. Una hipótesis interesante es que estas células pueden contener información nueva que se puede usar para protegernos contra la hepatitis C en el futuro.

Unos 70 millones de personas en todo el mundo viven con hepatitis C, una enfermedad que, si no se trata, provoca cirrosis hepática y cáncer de hígado. Gracias al reciente desarrollo de medicamentos eficaces, la Organización Mundial de la Salud (OMS) espera eliminar la enfermedad a nivel mundial para 2030. Sin embargo, los medicamentos curan solo una infección en curso y actualmente no hay vacuna.

Por eso, es necesario continuar investigando la hepatitis C. Es imprescindible comprender qué se necesita para obtener una protección duradera contra el virus. Solo así podrá alcanzarse el objetivo de la OMS.⁵

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

La respuesta a la pandemia provocada por el SARS-CoV2, causante de la COVID-19, está teniendo un gran efecto sobre distintos aspectos de la salud global. En Estados Unidos, un grupo de investigadores señaló que también podría traer consigo un aumento de las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y un retroceso en la lucha contra el VIH, debido a que los recursos de salud pública están centrados en la contención del coronavirus. En este mismo sentido, una encuesta realizada entre el personal sanitario en Reino Unido advierte que los servicios de salud sexual se están viendo afectados por la COVID-19 y un gran porcentaje de los médicos afirma que se ha reducido en más de 80% la capacidad de atender a las personas de forma presencial.

A medida que los departamentos de salud locales en Estados Unidos reorganizan los recursos para atender a la COVID-19, el acceso a los servicios de pruebas y tratamiento de ITS y VIH están disminuyendo y las clínicas reducen las horas o cierran completamente y cancelan algunos de sus programas. Además, estos recursos ya habían sufrido un recorte durante la recesión del año 2008. Hay que señalar que, en Estados Unidos, el VIH y las ITS afectan de manera desproporcionada a la población de hombres negros, en particular a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Gran parte de los 2.200 especialistas que trabajan atendiendo las ITS y otras enfermedades infecciosas están siendo reasignados a la respuesta frente a la COVID-19. Entre las actividades que realizan dichos especialistas está ponerse en contacto con personas que han dado positivo en las pruebas de ITS o VIH, asegurarse de que estén recibiendo tratamiento y realizar entrevistas confidenciales sobre sus contactos sexuales para asegurarse de que esas personas también reciben pruebas y tratamiento. Esto hace que las clínicas reduzcan sus horarios de atención y limiten las citas, reduciendo o suspendiendo sus servicios. Incluso algunas de estas clínicas han cerrado.

En consecuencia, las personas se quedan sin poder acceder a los servicios, por lo que en ocasiones sus infecciones no se tratan. Esto aumenta el riesgo de que aumente la tasa de transmisión de ITS, incluyendo el VIH, ya que si las personas no saben que tienen una ITS o el VIH pueden desarrollar complicaciones de salud y aumenta el riesgo de que las transmitan a sus parejas sexuales.

Por su parte, en Reino Unido los servicios de atención en persona dirigidos a pacientes que necesitan pruebas y tratamientos para las ITS, anticonceptivos y pruebas de VIH y la profilaxis preexposición (PrEP) se han reducido drásticamente, teniendo en cuenta que se ha cerrado 54% de las clínicas de salud sexual y la dotación de personal es menos de la mitad de lo que era a principios de marzo. La Asociación Británica sobre la Salud Sexual y el VIH (BASHH) realizó un sondeo entre el personal sanitario para conocer su perspectiva al respecto. En total, 196 personas miembros de BASHH (incluyendo personal médico, de enfermería, farmacéutico y otros) respondieron a la encuesta entre el 7 y el 17 de abril.

El 53% de las personas encuestadas afirmó que estaban realizando menos de 20% de sus citas en persona previas a la COVID-19. En cuanto a los servicios específicos del VIH, más de la mitad declaró que se había producido una reducción de más de 80% en el número de citas, y

35%, una reducción superior a 90%. Las personas encuestadas declararon que 48% de su personal seguía en servicio; 38% había sido reasignado a la atención de la COVID-19; y 17% estaba confinado en casa, o enfermo.

A pesar de que un número importante de la medicación para las ITS (55%) y para el VIH (59%) se envía por correo, los servicios de mensajería no han crecido mucho para adecuarse a las necesidades. En algunos casos, los retrasos logísticos o burocráticos locales han hecho que las personas tengan que seguir recogiendo medicamentos o recetas en la propia clínica.

El 99% de las clínicas realiza una preselección telefónica para restringir la asistencia en persona a las citas relacionadas con las ITS y en 92% se hace lo mismo con las citas para el VIH. Para compensar esto, muchas clínicas están aumentando los servicios de evaluación y prueba on-line y por correo. Así, 77% están enviando pruebas de ITS a casa, así como 67% envía pruebas de VIH a domicilio. Además, 35% realizan evaluaciones on-line para el tratamiento de las ITS.

No obstante, algunos servicios es preciso realizarlos en persona, y las clínicas los estaban manteniendo, especialmente los dirigidos a poblaciones vulnerables, como las personas usuarias de drogas y las que tienen problemas de salud mental, aunque la mayor parte del *counselling* y las sesiones de psicoterapia se han realizado de forma virtual.

A pesar de los esfuerzos por mantener los servicios y la atención, la encuesta reveló que apenas 13% de las clínicas seguía ofreciendo vacunas de rutina, solo 14% ofrecía anticonceptivos de acción prolongada distintos a Depo-Provera y únicamente dos tercios ofrecían la profilaxis preexposición al VIH o dispositivos intrauterinos como anticonceptivos de emergencia.

En España, los centros de atención de ITS también han modificado su operatividad y han adoptado protocolos especiales para atender a los pacientes, reduciendo al máximo los riesgos. Estas modificaciones podrían incluir la atención telefónica o por internet, posponer citas médicas y cribados rutinarios y atender únicamente a los casos urgentes de personas que presentan síntomas de ITS. Algunos de los centros de PrEP han tenido que interrumpir sus programas por la reubicación de los profesionales sanitarios en otras áreas hospitalarias dedicadas a la atención de pacientes con COVID-19. Otros centros de PrEP en España han seguido atendiendo solo a los usuarios en seguimiento por teléfono o internet y enviándoles la medicación por mensajería y han interrumpido la incorporación de nuevos usuarios a estos programas.⁶

⁶ Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Semana de Vacunación en las Américas 2020

Ama. Confía. Protege.

25 de abril al 2 de mayo

#Vacúnate
www.paho.org/vwa

MAURICIO DE SOUSA PRODUÇÕES

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
SECRETARÍA REGIONAL DE AMÉRICAS

OPS

© MSP - BRASIL
MAURICIO

Organización Panamericana de la Salud (2020).

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.