



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

22 DE JULIO  
2020  
REC 2.344

## CÓRDOBA

- Situación epidemiológica de la COVID-19

## ARGENTINA

- Vigilancia de neumonía
- La jornada con más casos y muertes por COVID-19 desde el inicio de la pandemia

## AMÉRICA

- América Latina: Se subestiman en gran medida las muertes por COVID-19

- Estados Unidos: Aumentan a 22 los casos confirmados de fiebre del Nilo Occidental en Miami-Dade
- Estados Unidos: Los presos tienen casi seis veces más chances de contraer la COVID-19
- Venezuela: La COVID-19 complica la lucha contra la malaria

## EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- China: Hasta 87% de los casos de COVID-19 en Wuhan entre enero y marzo no fueron detectados

- España: Hallan genotipos de un hongo en cerdos y jabalíes que puede transmitirse a humanos
- Suiza: Aumentan los casos de enfermedades transmitidas por garrapatas
- Taiwán: Registraron el caso más joven de encefalitis japonesa en 21 años
- Vietnam: Hà Nội fortalece la prevención de la enfermedad de manos, pies y boca y la difteria

## PUNTO DE VISTA

- La pandemia y el “anarcoboludismo”

### 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



El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba informó que el 20 de julio se confirmaron 39 nuevos casos de COVID-19, de los cuales 16 tienen domicilio en la ciudad de Córdoba (Capital), tres en Marcos Juárez (Marcos Juárez), dos en Inrville (Marcos Juárez), nueve en Oliva (Tercero Arriba), dos en Villa María (General San Martín), tres en Villa Dolores (San Javier) y cuatro en Oncativo (Río Segundo). Del total de casos, 34 están vinculados a contactos estrechos de casos confirmados anteriormente y cinco se encuentran bajo investigación (dos en Villa María y tres en la ciudad de Córdoba).

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha, en la provincia de Córdoba se realizaron tests mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a 104.564 personas. Esto resulta en una tasa de 27.806 personas estudiadas cada millón de habitantes. El 20 de julio se efectuaron 2.099 estudios, de los cuales 2.059 fueron mediante PCR y 40 test serológicos.

Se mantiene para la ciudad de Córdoba la fase de transmisión comunitaria, según constató la cartera sanitaria.

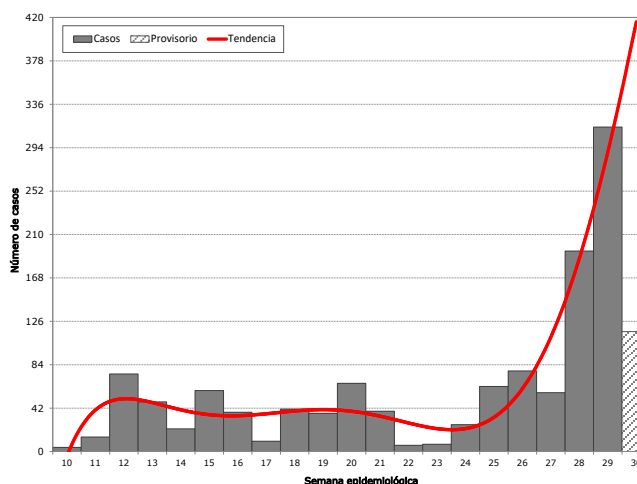
### Los casos

Desde el comienzo de la pandemia, en la provincia de Córdoba se notificaron 29.055 casos, de los cuales 26.420 se descartaron y 1.314 se confirmaron.

De esas 1.314 personas, 603 (45,89%) se

Departamento	Casos	Incidencia 100.000 hab	Localidades afectadas
Capital	669	44,21	1
San Javier	138	227,10	5
Marcos Juárez	110	92,27	6
Colón	109	42,67	10
Tercero Arriba	82	65,91	3
Punilla	44	21,80	8
General San Martín	33	22,73	4
Santa María	30	27,15	5
San Alberto	28	66,65	3
Río Cuarto	18	6,43	3
San Justo	16	6,86	5
Unión	10	8,34	6
Río Segundo	7	5,96	3
Calamuchita	4	6,42	2
Juárez Celman	4	5,76	1
General Roca	3	7,38	1
Cruz del Eje	3	4,47	2
Presidente Roque Sáenz Peña	1	2,43	1
Río Primero	1	1,88	1
Totoral	1	4,77	1
<b>Total provincia de Córdoba</b>	<b>1.311</b>	<b>34,86</b>	<b>71</b>
Provincia de Mendoza	1	—	—
Provincia de San Luis	1	—	—
Provincia de Santa Fe	1	—	—
<b>Total de atendidos en la provincia</b>	<b>1.314</b>	<b>—</b>	<b>71</b>

**Tabla 1.** Casos confirmados, tasa de incidencia cada 100.000 habitantes y localidades afectadas, según departamento. Provincia de Córdoba. Año 2020, hasta el 20 de julio. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.



**Gráfico 1.** Casos confirmados, según semana epidemiológica. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 30. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

encuentran en tratamiento ambulatorio con aislamiento domiciliario; 134 (10,19%) en tratamiento ambulatorio en instituciones intermedias; 57 (4,33%) en tratamiento hospitalario (internados), 40 (3,04%) fallecieron y 13 (0,99%) se encuentran en investigación porque corresponden a casos con residencia en otras provincias y en Brasil, de quienes no se cuenta con información sobre su estado clínico.

En relación con las personas recuperadas, si no se consideran los casos confirmados en los últimos 15 días, la proporción de altas es de 66%.

Se encuentra en investigación la actuación de un profesional del servicio de enfermería del Hospital Regional de Villa Dolores, debido a que una persona miembro del equipo de salud de dicha institución tuvo contacto estrecho con un caso positivo, luego de saber sobre dicha confirmación e incumpliendo ambas las correspondientes medidas de aislamiento.

# Argentina

BOLETÍN INTEGRADO  
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE NEUMONÍA

13/07/2020

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 24, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 21.580 casos, lo que representa una tasa de incidencia cada 100.000 habitantes equivalente a 35,71% de la correspondiente al año 2019. Todas las jurisdicciones presentan una menor incidencia que en idéntico periodo de 2019.

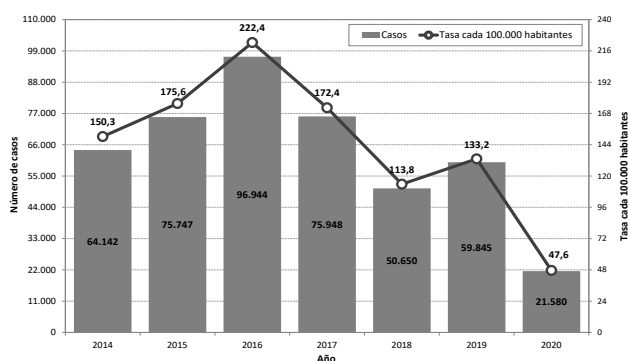
Asimismo, la incidencia del año 2020, hasta la SE 24, equivale a 29,54% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019 (ver Tabla 1).

En base a los datos de las primeras 24 semanas de los últimos siete años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, a partir de los cuales se observa una tendencia descendente. La notificación del año 2020 está claramente disminuida respecto de los registros de los años previos (ver Gráfico 1).

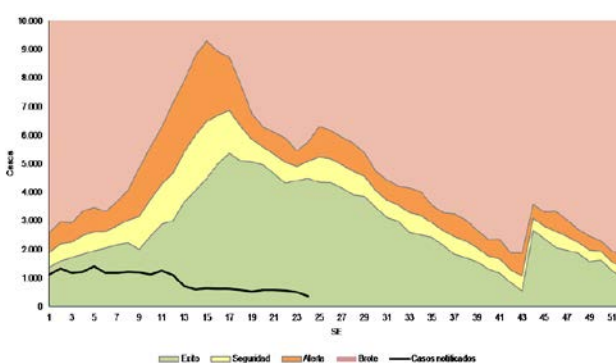
El corredor endémico muestra que los casos notificados semanalmente transitan por la zona de éxito durante las semanas analizadas, sin embargo, a partir de la SE 11 se observa un descenso muy por debajo de lo esperado, en coincidencia con el inicio de los casos de COVID-19 en el país (ver Gráfico 2).

Provincia/Región	2014/2019		2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	30.029	163,50	2.797	91,05	871	28,32
Buenos Aires	104.886	103,27	13.233	76,18	4.710	26,85
Córdoba	50.273	231,09	6.557	176,15	1.625	43,21
Entre Ríos	13.850	172,15	2.509	182,70	1.423	102,67
Santa Fe	33.151	160,64	3.900	111,14	632	17,87
<b>Centro</b>	<b>232.189</b>	<b>136,29</b>	<b>28.996</b>	<b>99,82</b>	<b>9.261</b>	<b>31,61</b>
Mendoza	30.133	261,94	5.089	258,33	1.529	76,82
San Juan	7.741	171,63	1.124	145,43	611	78,21
San Luis	8.422	288,83	1.401	279,08	679	133,58
<b>Cuyo</b>	<b>46.296</b>	<b>244,56</b>	<b>7.614</b>	<b>234,65</b>	<b>2.819</b>	<b>85,95</b>
Chaco	22.075	316,68	3.359	281,65	1.165	96,72
Corrientes	9.450	145,08	1.149	103,42	522	46,57
Formosa	7.559	214,56	1.344	223,91	364	60,15
Misiones	9.835	135,33	1.917	153,68	650	51,53
<b>Noreste Argentino</b>	<b>48.919</b>	<b>201,52</b>	<b>7.769</b>	<b>187,15</b>	<b>2.701</b>	<b>64,43</b>
Catamarca	5.002	207,12	1.152	279,73	379	91,23
Jujuy	7.357	165,52	1.366	179,16	455	59,02
La Rioja	7.205	319,81	1.481	381,32	573	145,60
Salta	21.209	259,74	3.616	257,08	1.537	107,91
Santiago del Estero	6.013	106,25	1.025	105,85	379	38,74
Tucumán	14.179	145,55	1.690	100,92	736	43,43
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>60.965</b>	<b>186,56</b>	<b>10.330</b>	<b>184,06</b>	<b>4.059</b>	<b>71,50</b>
Chubut	5.772	165,11	696	114,34	332	53,64
La Pampa	3.651	175,00	577	162,34	327	91,23
Neuquén	8.424	221,73	1.132	172,69	625	94,12
Río Negro	8.286	193,52	1.141	154,59	734	98,18
Santa Cruz	6.213	310,00	1.127	316,00	569	155,59
Tierra del Fuego	2.484	260,97	463	273,67	153	88,22
<b>Sur</b>	<b>34.830</b>	<b>209,58</b>	<b>5.136</b>	<b>178,11</b>	<b>2.740</b>	<b>93,57</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>423.199</b>	<b>160,99</b>	<b>59.845</b>	<b>133,17</b>	<b>21.580</b>	<b>47,56</b>

**Tabla 2.** Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2020, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



**Gráfico 2.** Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2020, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



**Gráfico 3.** Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El Ministerio de Salud de Argentina informó el 21 de julio que durante las últimas 24 horas se registraron 117 muertes y 5.344 nuevos casos de COVID-19. Con estos datos, el total de infectados en todo el país asciende a 136.118 y las víctimas fatales suman 2.490.

Del total de esos casos, 1.096 (0,8%) son importados, 42.253 (31%) son contactos estrechos de casos confirmados, 69.442 (51%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Las 117 muertes se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (32 muertes) y en las provincias de Buenos Aires (49), Jujuy (28)<sup>1</sup>, Río Negro (2), Córdoba (2), Jujuy (2), Entre Ríos (1) y Santiago del Estero (1).

El 20 de julio fueron realizadas 11.207 nuevas pruebas diagnósticas para esta enfermedad, 563.513 desde el inicio del brote, lo que equivale a 12.418,5 muestras cada millón de habitantes. El número de casos descartados hasta el 20 de julio es de 338.251 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico). Hasta la fecha, 58.598 personas han sido dadas de alta.

Según precisó la cartera sanitaria bonaerense, se registran 418 casos cada 100.000 habitantes. También se detalló que 35.831 personas ya se recuperaron y recibieron el alta. En la CABA, las altas acumuladas son 16.946, de las cuales 409 se dieron el 20 de julio; en tanto que el sistema de salud porteño detectó 749 casos de personas no residentes en la CABA y otorgó 110 altas, mientras que 18 personas no residentes fallecieron.

“Nuestro sistema de salud está dando respuesta a cada persona que lo necesita”, señaló Carla Vizzotti, secretaria de Acceso a la Salud de la Nación, quien hizo referencia a la ampliación de más de 40% en la disponibilidad de camas de cuidados críticos.

De los 69.720 pacientes que actualmente cursan la enfermedad, 853 lo hacen en unidades de terapia intensiva y 89% de estos últimos están ubicados en la CABA y en la provincia de Buenos Aires. La funcionaria destacó que el país aún tiene una “mortalidad que está entre las más bajas de la región” y dijo que la letalidad específica es de 1,8, cuando la global es de 4,14 y en la Región es de 4,01.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	48.158	914	1.565,78	1,90
Buenos Aires	76.817	1.237	437,92	1,61
Córdoba	1.377	42	36,62	3,05
Entre Ríos	656	6	47,33	0,91
Santa Fe	753	9	21,29	1,20
Centro	127.761	2.208	436,05	1,73
Mendoza	566	16	28,44	2,83
San Juan	16	—	2,05	—
San Luis	15	—	2,95	—
Cuyo	597	16	18,20	2,68
Chaco	3.031	123	270,43	4,06
Corrientes	130	1	10,79	0,77
Formosa	75	—	12,39	—
Misiones	41	2	3,25	4,88
Noreste Argentino	3.277	126	78,18	3,84
Catamarca	60	—	14,44	—
Jujuy	884	31	114,67	3,51
La Rioja	186	15	47,26	8,06
Salta	177	2	12,43	1,13
Santiago del Estero	38	1	3,88	2,63
Tucumán	99	5	5,84	5,05
Noroeste Argentino	1.444	54	25,44	3,74
Chubut	254	2	41,03	0,79
La Pampa	8	—	2,23	—
Neuquén	932	22	140,35	2,36
Río Negro	1.375	61	183,92	4,44
Santa Cruz	222	—	60,71	—
Tierra del Fuego	248	1	143,00	0,40
Sur	3.039	86	103,78	2,83
Total Argentina	136.118	2.490	299,97	1,83

**Tabla 3.** Casos y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 21 de julio. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

<sup>1</sup> El Ministro de Salud de Jujuy, Gustavo Bouhid, explicó que ese aumento repentino en el número de muertes en Jujuy responde a una homologación del sistema de reporte de datos con el Ministerio de Salud de la Nación y que los 24 fallecimientos notificados el 21 de julio no se reportaron en las últimas 24 horas.

“Cada infección que prevengamos hoy, será una cama que no se ocupará en unas semanas”, remarcó la funcionaria. También añadió que “es muy importante el cuidado de las condiciones crónicas” y que los pacientes con esas afecciones “continúen con sus controles”.

Vizzotti destacó que Argentina se encuentra en un momento para “valorar los logros” conseguidos y “fortalecer la responsabilidad individual”, con el objetivo de evitar mayor circulación del virus.

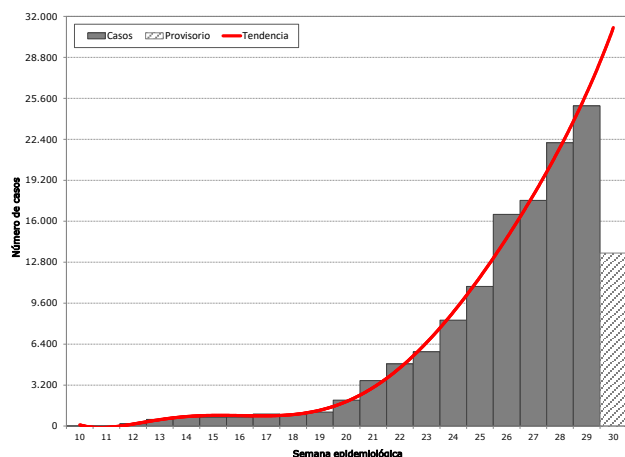


Gráfico 4. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 30. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

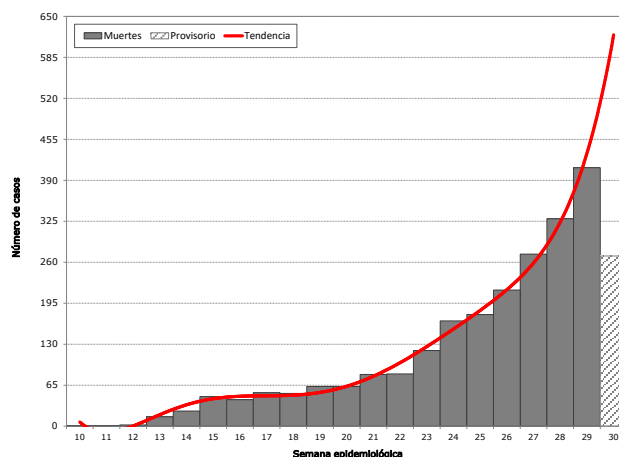


Gráfico 5. Muertes confirmadas y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 30. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

# América



AMÉRICA LATINA

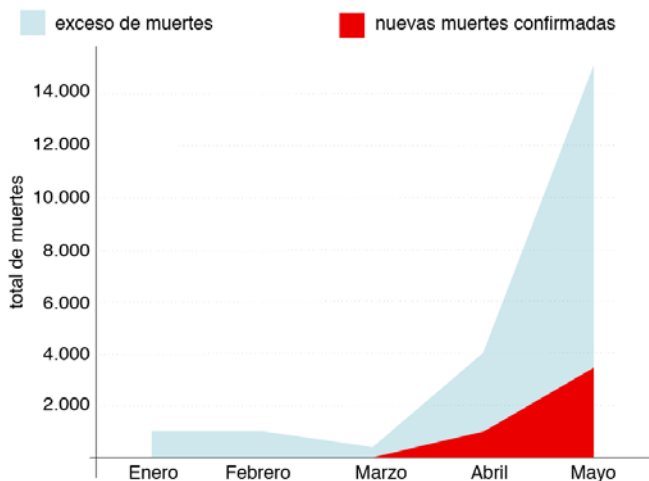
SE SUBESTIMAN EN GRAN MEDIDA  
LAS MUERTES POR COVID-19

15/07/2020

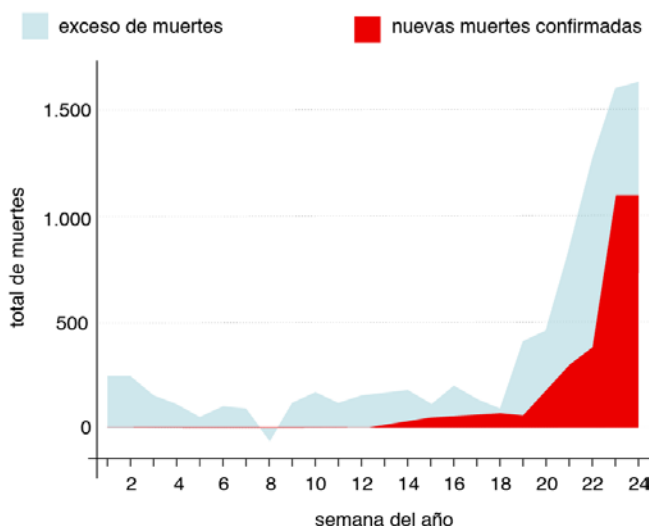
La COVID-19 ha causado al 14 de julio casi 160.000 muertes confirmadas en América Latina y el Caribe aunque, desafortunadamente, es probable que este número corresponda a una subestimación del verdadero efecto de la pandemia.

Como explican los investigadores de [Our World in Data](#), hay varias razones por las cuales el número de muertes confirmadas debido a la COVID-19 puede diferir del número real de muertes.

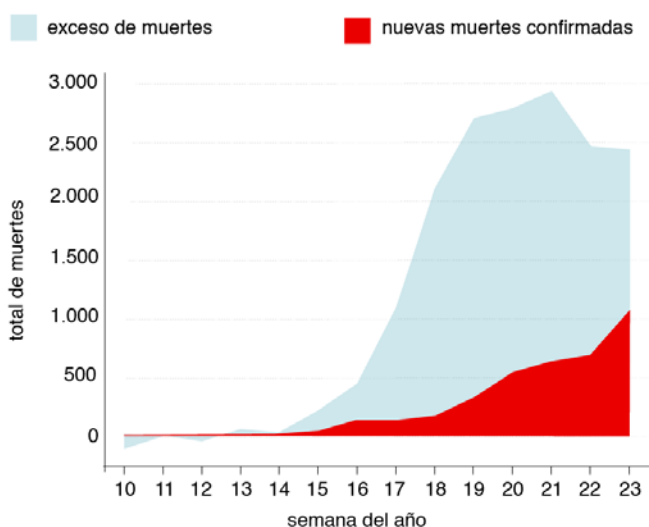
Estas razones se deben, por un lado, a la forma en que se informan las muertes por COVID-19 (por ejemplo, porque se informan solo aquellas muertes que ocurren en hospitales, o solo aquellas muertes para las que se realizó una prueba de COVID-19, o a la baja calidad general



**Gráfico 7.** Exceso de muertes y nuevas muertes confirmadas por COVID-19. Perú. Año 2020, de enero a mayo. Fuente: Graph for Thought. Datos al 6 de julio de 2020.



**Gráfico 7.** Exceso de muertes y nuevas muertes confirmadas por COVID-19. Chile. Año 2020, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Graph for Thought. Datos al 6 de julio de 2020.



**Gráfico 6.** Exceso de muertes y nuevas muertes confirmadas por COVID-19. Ciudad de México. Año 2020, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Graph for Thought. Datos al 6 de julio de 2020.

de los registros civiles) y, por otro lado, a la forma en que la COVID-19 impactó en la cantidad de muertes que ocurrieron debido a otras razones (por ejemplo, por una disminución en los accidentes de tránsito como resultado de las cuarentenas).

Los datos sobre “exceso de mortalidad” proveen una forma de estimar la cifra real de muertes de la pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el exceso de mortalidad como “mortalidad superior a la esperada en función de la tasa de mortalidad sin crisis en la población de interés”. El exceso de mortalidad es, por lo tanto, “la mortalidad atribuible a las condiciones de crisis”.

Estos registros históricos permiten estimar el número de muertes que se espera que ocurran durante un período de tiempo determinado en un año normal, brindando un escenario contrafáctico para comparar con la cifra de muertes reales que ocurren.

En el contexto de la COVID-19, al comparar el número real de muertes (por todas las causas) registradas con el número de muertes que se esperaba ver en ausencia de la pandemia, se puede arrojar algo de luz sobre el verdadero número de muertes causadas por la pandemia.

Los gráficos anexos utilizan los datos de exceso de mortalidad para Chile, México y Perú, donde se observa cómo el exceso de muertes (en celeste) se compara con el número de muertes confirmadas por COVID-19 (en rojo).

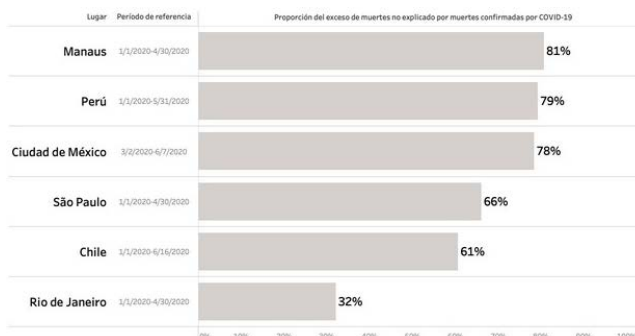
Dependiendo del país, los datos se muestran a nivel nacional (Chile, Perú) o subnacional (México) y se informan en intervalos semanales (Chile, México) o mensuales (Perú).

Si el número real de muertes se explicara por completo por el número de muertes confirmadas por COVID-19, se esperaría que la curva celeste y la curva roja durante este período sean más o menos las mismas.

Sin embargo, lo que se observa es que en todos los lugares que se grafican aquí, el número de muertes confirmadas por COVID-19 subestima enormemente el número real de muertes por la pandemia (la curva roja es constantemente mucho más baja que la curva celeste).

Si se calcula la proporción de muertes en exceso que no se contabilizan por las muertes confirmadas por COVID-19, esto brinda una estimación aproximada del posible grado de subregistro.

El Gráfico 7 muestra este indicador para cada país durante el período de referencia relevante. Como se puede ver, existe bastante heterogeneidad entre los países y dentro de ellos con respecto al grado de subregistro.



**Gráfico 7.** Porcentaje de subregistro de muertes por COVID-19. Año 2020. Países y ciudades seleccionados de América Latina. Fuente: *The Economist's COVID-19 excess deaths tracker*. Datos al 6 de julio de 2020.

En Brasil, por ejemplo, las ciudades de Manaus, São Paulo y Rio de Janeiro han sido zonas críticas del virus. Sin embargo, en Rio de Janeiro, solo 32% de las muertes en exceso no se tienen en cuenta por las muertes confirmadas por COVID-19 mientras que en Manaus esta proporción supera 80%.

Esto sugiere que en Manaus, la cifra real de muertes por la pandemia puede ser hasta cinco veces mayor que la reportada. En Perú y Ciudad de México se observa una tasa igualmente alta de subregistro.

Hay muchas razones por las cuales puede estar ocurriendo un subregistro. Una razón principal puede ser la limitada capacidad para realizar testeos en muchos países de la región.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el subregistro no es solo el resultado de bajas tasas de testeo. Por ejemplo, a pesar de tener las tasas más altas de testeos de COVID-19 por persona en América Latina y el Caribe, más de 60% del exceso de muertes siguen sin contabilizarse en Chile y Perú.

Podemos pensar que, en el caso de Chile, esto se debe a la metodología de notificación de muertes de COVID-19, que durante el período indicado no tuvo en cuenta a las personas que murieron fuera del hospital (por ejemplo, las que murieron en su hogar) o aquellos que murieron sin una prueba confirmada. El país anunció recientemente cambios en su metodología de presentación de informes.

En el caso de Perú, se puede pensar que la calidad de los testeos es una barrera para la presentación de informes más precisos, ya que la expansión de las “pruebas rápidas” de menor calidad puede haber reducido la probabilidad de que las muertes debidas a la COVID-19 se diagnosticaran correctamente.

No obstante lo anterior, debemos ser cautelosos al interpretar estos números como el verdadero grado de subregistro, ya que el informe preciso de las muertes por COVID-19 no es la única razón por la que las líneas celestes y rojas pueden diferir.

Como se mencionó anteriormente, es posible que la COVID-19 también haya afectado la línea gris al cambiar la velocidad a la que las personas mueren por otras causas.

De hecho, las medidas de contención de la COVID-19 pueden haber conducido a cambios en las tasas de mortalidad generales debido a impactos tales como la reducción de los accidentes de tráfico (si la movilidad disminuyó durante el cierre), el aumento del femicidio (si la violencia doméstica aumentó durante la cuarentena) o el aumento de las muertes debido a otros problemas de salud relacionados con el tema (por ejemplo si es que los hospitales se abrumaron y la demanda por servicios de salud cambió).



Para combatir eficazmente a la COVID-19, es fundamental que conozcamos el verdadero alcance del desafío al que se debe enfrentar.

Las decisiones urgentes que toman los gobiernos se ven dificultadas por el acceso a información limitada e imperfecta y mejorar la calidad de esta información requiere pruebas exhaustivas, sistemas de informes sólidos y estadísticas transparentes.

Algunos gobiernos están más equipados que otros para invertir en un desarrollo y despliegue rápido de este tipo de enfoque, y dada la necesidad de actuar rápidamente, todos los gobiernos están aprendiendo mientras lo hacen.

Si bien los datos sobre el exceso de muertes no son una medida perfecta de la cifra real de muertes por COVID-19, es un indicador que puede ayudarnos a mejorar nuestra comprensión de la grave situación que se desarrolla en terreno.

Puede ayudarnos a reflexionar sobre lo que las estadísticas oficiales pueden decirnos (o no) actualmente, y cómo podríamos mejorar los sistemas de información existentes en el futuro.

Este virus ha cobrado demasiadas vidas, muchas más de lo que se sabe, y se debe continuar haciendo todo lo posible para evitar mayores pérdidas.

---

**AP**

---

*ESTADOS UNIDOS*

AUMENTAN A 22 LOS CASOS CONFIRMADOS DE  
FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL EN MIAMI-DADE

*18/07/2020*

---

El Condado de Miami-Dade registra en la actualidad 22 casos confirmados de fiebre del Nilo Occidental después que las autoridades de salud anunciaron cuatro casos más.

El 17 de julio, el Departamento de Salud de la Florida en Miami-Dade confirmó que otros cuatro residentes tienen el virus tras haberse contagiado en el área.

Los primeros dos casos de fiebre del Nilo Occidental en Miami-Dade se descubrieron en mayo, ambos en residentes del condado y mediante transmisión local. Poco después, el 11 de junio, las autoridades sanitarias reportaron dos casos más. El 25 de junio, se confirmó que otros 10 residentes tenían el virus. Más tarde, el 3 de julio, cuatro residentes más arrojaron positivo para el virus.

A fines de junio, William Petrie, jefe de control de mosquitos de Miami-Dade, dijo que la reaparición este verano del virus del Nilo Occidental probablemente se deba a las torrenciales lluvias que provocan que aumenten considerablemente las poblaciones de mosquito. Más mosquitos equivalen a más picaduras, lo que aumenta las posibilidades de infección.



El Departamento dijo que el virus del Nilo Occidental es la principal causa de enfermedades transmitidas por mosquitos en Estados Unidos. No hay vacunas para prevenir la enfermedad ni medicamentos para tratarla.



ESTADOS UNIDOS

LOS PRESOS TIENEN CASI SEIS VECES  
MÁS CHANCES DE CONTRAER LA COVID-19

08/07/2020

La tasa de COVID-19 en las prisiones de Estados Unidos es casi seis veces más alta que en la población general. Y es probable que la tasa de mortalidad por esta enfermedad entre los presos sea del triple, según una [reciente investigación](#).

“Aunque esas cifras son impresionantes, en realidad pensamos que las disparidades dentro de las prisiones son mucho más grandes”, señaló el autor principal del estudio, Brendan Saloner, profesor asociado de políticas y gestión de la salud de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins.

“Algunas prisiones no están reportando ningún caso, otras ni siquiera hacen pruebas a los reclusos, de forma que la necesidad de proteger a las poblaciones de presos es más importante que nunca”, añadió Saloner.

Se analizaron los casos y las muertes por la COVID-19 del 31 de marzo al 6 de junio. La tasa de COVID-19 entre los presos fue de 3.251 cada 100.000, en comparación con 587 cada 100.000 en la población general. Esto es 5,5 veces más alto.

La tasa de mortalidad por la COVID-19 fue de 39 muertes cada 100.000 presos, en comparación con 29 cada 100.000 en la población general. Tras ajustar por las diferencias en la edad y el sexo, la tasa de mortalidad sería tres veces más alta entre los presos que en la población no encarcelada.

Los presos son particularmente vulnerables a la propagación de una enfermedad tan infecciosa como la COVID-19, debido al confinamiento en espacios pequeños y el acceso limitado al equipo de protección personal. Unas tasas altas de afecciones respiratorias y cardíacas preexistentes también aumentan su susceptibilidad.

“Los reclusos tienen el derecho a una protección adecuada de su salud mientras están encarcelados”, enfatizó Saloner. “La realidad de estos hallazgos muestra que ni nos acercamos a satisfacer sus necesidades básicas. En última instancia, esto crea una situación



peligrosa para los reclusos, el personal de las prisiones, las comunidades donde las prisiones están ubicadas, y nuestro esfuerzo general por contener la crisis”.

Durante el periodo del estudio, los casos de COVID-19 en las prisiones aumentaron en alrededor de 8% al día, en comparación con alrededor de 3% en la población general.

Los investigadores registraron más de 42.100 casos y 510 muertes entre casi 1,3 millones de residentes de prisiones de Estados Unidos. En la población general, hubo 1,9 millones de infecciones y unas 95.600 muertes.



VENEZUELA

LA COVID-19 COMPLICA LA  
LUCHA CONTRA LA MALARIA

17/07/2020

El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la malaria estimó que en Venezuela se concentra 51% de los casos de la región, una situación que se ha agravado en los últimos meses debido a la pandemia de COVID-19, que se ha convertido en un obstáculo en la lucha contra esta enfermedad tropical.

Como consecuencia del creciente número de casos de COVID-19, los sistemas de salud de la región colapsaron y enfermedades como la malaria quedaron relegadas a un segundo plano.

“No se puede abandonar la lucha contra la malaria, no se puede debilitar por la existencia de una epidemia o pandemia, pero en la práctica sucede porque hay dificultades para la movilización del personal, la utilización de los recursos de diagnóstico y tratamiento para hacerlos llegar a las comunidades afectadas”, explicó el médico internista y ex ministro de Salud de Venezuela, José Félix Oletta López.

El especialista advirtió que, a veces, los síntomas de la COVID-19 pueden confundirse con los de la malaria: “Un paciente que presenta fiebre va a pensar en COVID-19, cuando antes pensaba en malaria, y puede resultar que tenga los dos problemas simultáneamente”.

Otra consecuencia de la pandemia de COVID-19 es el incremento del mercado negro de medicamentos en el país. Expertos indican que las personas, para no acercarse a los centros de salud por miedo a contagiarse la COVID-19, han empezado a comprar medicinas en lugares alternativos, exponiéndose así a un gran riesgo, ya que usualmente estos fármacos tienen problemas de control de calidad.

Oletta añadió que, debido a los obstáculos que se derivan de la contingencia de la pandemia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que los números de casos de malaria pueden incrementarse a fin de año en 50%, y los casos mortales, en 80%.

El personal sanitario que lucha para acabar con esta enfermedad denuncia las condiciones en las que se encuentran los centros de salud: “Si un hospital no tiene agua, no tiene higiene, manera de limpiar... no tienes un hospital operativo. Se le agrega la falta de electricidad, posibilidad de comunicarte”, explicó el Dr. Leopoldo Villegas, experto en malaria en Global Development One y director de la ONG Asociación Civil Impacto Social en Venezuela.

Villegas apuntó que “hay un bloqueo de la información epidemiológica por parte del Gobierno nacional”. Por otro lado, los medios del Estado destacan que la administración en disputa ejecuta acciones para hacer frente a la malaria en la nación.

### **Malaria y minería ilegal**

Aunque Venezuela tiene las condiciones ambientales óptimas para que se desarrolle la malaria, los especialistas apuntan que hay un factor clave en el incremento de esta enfermedad en el país: la minería ilegal.

Las áreas que sufren las peores consecuencias de la malaria son las zonas mineras del estado Bolívar, en especial el municipio Sifontes.

Según la OPS, esta localidad ubicada en la frontera con Guyana muestra un aumento en el número de casos desde 2012. “La actividad económica que la población conoce es la minería ilegal, sólo sabe hacer esta actividad económica. Es un problema bien complejo, no es algo tan fácil como decir ‘acaben con la minería’, cuando es el único ingreso de esta población”, apuntó Villegas.

Aunque la minería ilegal existe en la zona desde hace años, la crisis que atraviesa el país y la situación de inestabilidad económica creada por la pandemia han provocado que la población busque nuevas fuentes de financiación y acuda a trabajar a las minas. Incluso, hay personas que atraviesan las fronteras de Brasil y Guyana, motivadas por el deseo de encontrar oro. Como resultado, Venezuela se transforma en un exportador de malaria a los países vecinos.

### **Venezuela y su histórica lucha contra la malaria**

La realidad en la que se encuentra Venezuela es muy diferente a la de hace 50 años, cuando el país encabezaba la lista de los países con la mayor reducción de los casos de malaria a nivel nacional. La actividad fue dirigida por el Dr. Arnoldo José Gabaldón Carrillo, quien creó la Escuela de Malariología, institución de gran prestigio que formó a la gran mayoría de expertos en esta enfermedad que han sido directores de los programas de malaria en la región de las Américas.

Según los expertos, Venezuela pasó de ser un ejemplo a nivel internacional, a ser el país con la peor epidemia malárica del siglo XXI.

## Rebotes en Bélgica

Los casos de COVID-19 siguen aumentando en Bélgica, donde las autoridades de salud reiteraron que la solución es evitar los contactos y las acciones que favorecen la propagación del SARS-CoV-2.

Ante el rebrote experimentado en julio, el Centro Interfederal de Crisis retomó el 20 de julio sus conferencias de prensa, con un llamado a no olvidar que el virus continúa circulando.

“No hay que ocultarlo, la situación es menos favorable que hace 15 días, resulta absolutamente necesario asumir que no se ha ido”, subrayó el portavoz interfederal Yves Van Laethem.

Según las estadísticas oficiales, el promedio de nuevos contagios diarios subió a 154, 66% de incremento en relación con la semana precedente.

Van Laethem reconoció que el verano y las vacaciones constituyen un desafío, y lamentó que con frecuencia se vean a numerosas personas reunidas para bailar y festejar. “Ese es el terreno ideal para la diseminación del coronavirus: el canto y la conversación”, alertó.

El vocero fue claro respecto a lo que sucedería si la COVID-19 mantiene su auge, después de que la pandemia fuese señalada bajo control en Bélgica, donde desde mayo tiene lugar el proceso de desconfinamiento.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	3.858.034	141.415	1.166,90	3,67
Brasil	2.118.646	80.120	998,15	3,78
India	1.155.354	28.084	83,88	2,43
Rusia	782.040	12.561	535,93	1,61
Sudáfrica	373.628	5.173	631,54	1,38
Perú	353.590	13.187	1.075,36	3,73
México	349.396	39.485	271,55	11,30
Chile	334.683	8.677	1.753,78	2,59
Reino Unido	295.816	45.422	436,20	15,35
Irán	278.827	14.634	332,81	5,25
España	266.194	28.424	569,38	10,68
Pakistán	266.096	5.639	120,93	2,12
Arabia Saudí	255.825	2.557	737,11	1,00
Italia	244.752	35.073	404,69	14,33
Turquía	220.572	5.508	262,09	2,50
Bangladesh	210.510	2.709	128,08	1,29
Colombia	204.005	6.929	401,79	3,40
Francia	203.827	30.057	312,40	14,75
Alemania	203.565	9.099	243,12	4,47
Argentina	130.774	2.373	289,88	1,81
Canadá	113.005	8.902	299,94	7,88
Qatar	107.430	160	3.741,37	0,15
Irak	97.159	3.950	242,64	4,07
Indonesia	89.869	4.320	32,92	4,81
Egipto	88.402	4.352	86,71	4,92
China	83.613	4.634	5,81	5,54
Suecia	78.166	5.646	774,92	7,22
Ecuador	74.620	5.318	424,23	7,13
Kazajistán	73.468	585	392,20	0,80
Filipinas	70.764	1.837	64,75	2,60
Omán	69.887	337	1.375,56	0,48
Belarús	66.348	507	702,10	0,76
Bélgica	64.094	9.805	553,51	15,30
Ucrania	61.454	1.537	140,36	2,50
Bolivia	60.991	2.218	523,93	3,64
Kuwait	60.434	412	1.419,28	0,68
Emiratos Árabes Unidos	57.498	341	582,74	0,59
República Dominicana	54.797	999	506,15	1,82
Panamá	54.426	1.127	1.265,33	2,07
Israel	53.559	424	620,71	0,79
Países Bajos	52.073	6.136	304,03	11,78
Portugal	48.898	1.697	479,28	3,47
Singapur	48.434	27	829,16	0,06
Polonia	40.782	1.636	107,73	4,01
Rumania	39.133	2.074	203,16	5,30
Guatemala	39.039	1.502	218,71	3,85
Nigeria	37.225	801	18,15	2,15
Bahrein	36.936	128	2.186,37	0,35
Afganistán	35.615	1.186	91,91	3,33
Armenia	35.254	662	1.190,15	1,88
Otros 167 estados y territorios	775.380	21.212	—	—
<b>Total</b>	<b>14.774.887</b>	<b>611.598</b>	<b>189,97</b>	<b>4,14</b>

**Tabla 4.** Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 21 de julio de 2020, 14:37 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

“Si la transmisión aumenta, nuestras libertades disminuirán, por tanto actuar con responsabilidad es la manera de preservarlas”, subrayó.

## Portugal reporta la cifra más baja de casos en dos meses

Portugal registró hoy 135 nuevos casos de COVID-19, que representa la cifra más baja reportada en el país desde el 11 de mayo, cuando se contabilizaron 98 contagios.

“Estas cifras son de alguna manera representativas de lo que se ha informado los lunes, que, como sabemos, es más bajo que en otros días de la semana. Sin embargo, los números son muy alentadores en relación con el trabajo que hemos estado haciendo”, dijo la ministra de Salud, Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões.

La Dirección General de Salud informó que en las últimas 24 horas murieron dos personas a causa de la COVID-19, lo que eleva el número de decesos a 1.691 desde el inicio de la pandemia.

Los infectados en Portugal desde el primer caso del virus en el país ascienden a 48.771, de los cuales se han recuperado 33.547.

Actualmente, 13.533 pacientes portugueses activos se mantienen bajo vigilancia de las autoridades sanitarias.

## Siguen altas las cifras de contagios en México

México sigue registrando altas cifras de contagios de COVID-19, y el 20 de julio reportó 5.172 nuevos casos, elevando el total del país a casi 350.000, de acuerdo con la Secretaría de Salud del país. Asimismo se reportaron 301 nuevos decesos, para un acumulado de casi 39.500.

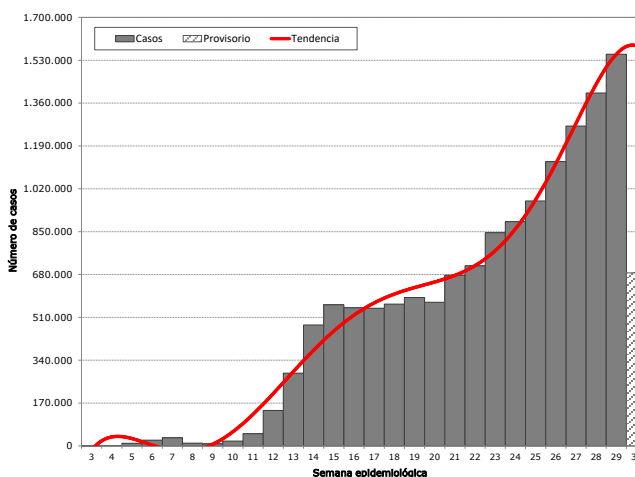
La alta tasa de transmisión ha causado que algunas zonas turísticas del país den marcha atrás a las reaperturas o tomen medidas enérgicas para el uso de barbijos. La región sureña del estado de Quintana Roo, en la costa del Caribe, reimpuso límites a la ocupación hotelera, y el destino turístico de La Paz, en Baja California Sur, volvió a cerrar las playas.

Durante el fin de semana, el gobierno local de la ciudad colonial de San Miguel de Allende anunció el 19 de julio que la policía había arrestado a dos turistas por rehusarse a portar barbijos. La ciudad ha hecho que el uso de barbijos sea obligatorio en espacios públicos y los infractores podrían recibir una advertencia, ser detenidos por hasta 36 horas o multados con hasta 385 dólares.

El gobierno de la ciudad dijo que la policía se acercó a dos turistas mexicanos en la pintoresca plaza de la localidad el 18 de julio por la noche y les recordaron la regla de uso de barbijos. El hombre y la mujer se negaron a portar uno. Fueron detenidos, estuvieron bajo custodia de las autoridades por 12 horas y multados por el equivalente a unos 67 dólares.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
América	7.845.733	314.314	770,48	4,01
Europa	3.152.561	208.513	337,34	6,61
Sudeste Asiático	1.483.211	35.243	74,47	2,38
Mediterráneo Oriental	1.409.884	35.511	193,63	2,52
África	613.354	9.924	54,95	1,62
Pacífico Occidental	270.144	8.093	13,59	3,00
Total	14.774.887	611.598	189,97	4,14

**Tabla 5.** Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de julio de 2020, 14:3 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.



**Gráfico 8.** Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 3 a 30. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Los brotes y rebrotes de COVID-19 que se están produciendo en varios países, sugieren que, según un reciente estudio, es mucho más frecuente que lo que se creía. La mayoría de los casos de personas infectadas con el SARS-CoV-2, se escapan a los radares.

El informe muestra que hasta 87% de los casos de COVID-19 en Wuhan (China), que se produjeron entre enero y marzo de 2020 pueden no haber sido detectados. Estos hallazgos son muy similares a estudios serológicos recientes realizados en Estados Unidos y Europa.



Las infecciones no detectadas o no confirmadas, que pueden haber incluido individuos asintomáticos o presintomáticos, o aquellos con síntomas leves, probablemente tuvieron un papel importante en la rápida propagación de la enfermedad, y podrían conducir a un resurgimiento de infecciones al levantarse las restricciones demasiado prematuramente.

Se cree que las personas con COVID-19 asintomáticas, presintomáticas o que presentan síntomas leves tienen un papel importante en la rápida propagación de la infección, porque son difíciles de detectar y aislar. Reconstruir la dinámica completa de un brote permite una mejor comprensión de la proporción y los efectos de las infecciones por el SARS-CoV-2 no detectadas, lo que podría informar los esfuerzos para monitorear y controlar el resurgimiento de la enfermedad.

El trabajo analizó la dinámica de transmisión del brote de COVID-19 en Wuhan y evaluó el impacto de las distintas intervenciones programadas utilizando datos de 32.583 casos confirmados por laboratorio desde el 8 de diciembre de 2019 hasta el 8 de marzo de 2020.

Se emplearon estos datos para modelar el brote del 1 de enero de 2020 y lo dividieron en cinco períodos basados en eventos e intervenciones clave: Año Nuevo chino y la imposición de aislamiento centralizado y cuarentena.

Los resultados revelan que la tasa de transmisión inicial fue muy alta, con un número reproductivo básico ( $R_0$ ) de 3,54 en el primer período, cayendo a alrededor de 0,28 al final del período de estudio.

Este hallazgo sugiere que las intervenciones de salud pública progresivas y multifacéticas que se implementaron entre fines de enero y marzo de 2020 redujeron el número de infecciones totales en Wuhan en 96,0% para el 8 de marzo.

Al ajustar sus modelos matemáticos a los datos epidemiológicos, los autores demuestran que es probable que haya habido infecciones extensas no detectadas en Wuhan. Así, calculan que 87% de las infecciones no se detectaron durante el período de estudio, con un límite inferior de la estimación de 53% bajo un supuesto extremo de que todos los casos se detectaron en la fase inicial.

Las intervenciones de salud pública, como la cuarentena y el distanciamiento físico, parecen ser una forma efectiva de bloquear la transmisión de casos no detectados y controlar el brote. Sin embargo, se necesitan más investigaciones, como estudios serológicos, para confirmar estas estimaciones.

Además, este mismo modelo ha predicho la posibilidad de una segunda ola de infecciones. Considerando que se eliminan todas las restricciones después de 14 días desde el primer día en el que no se informan nuevos casos, se espera que las posibilidades de resurgimiento de la enfermedad sean muy altas (hasta 97%), debido a la influencia de los casos no detectados con síntomas leves o sin síntomas. Así, el aumento en el número de casos se produciría 34 días después de que se levantaran las restricciones.

En un escenario más estricto, en el que todas las restricciones se levantan solo después de 14 días consecutivos sin casos, la probabilidad de resurgimiento cae a 32%, y un nuevo incremento podría retrasarse a 42 días después del levantamiento de las restricciones.

Transboundary and Emerging Diseases	ESPAÑA HALLAN GENOTIPOS DE UN HONGO EN CERDOS Y JABALÍES QUE PUEDE TRANSMITIRSE A HUMANOS 05/06/2020
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un grupo de investigadores españoles identificaron en cerdos ibéricos (*Sus scrofa domestica*) y jabalíes (*Sus scrofa ferus*) dos genotipos con potencial zoonótico del hongo parásito *Enterocytozoon bieneusi*. El trabajo sugiere que este hongo se puede transmitir entre ambos animales, pero también que los cerdos y jabalíes pueden actuar como potenciales fuentes de la infección a otros animales y a las personas.

*E. bieneusi* pertenece a la familia de los microsporidios, hongos que viven como parásitos intracelulares en diferentes animales vertebrados e invertebrados. Este hongo es la causa más común de microsporidiosis en humanos, una enfermedad rara que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos (por ejemplo, pacientes con VIH o personas sometidas a trasplantes), normalmente asociada a diarrea y que puede llegar a ser grave. La enfermedad puede contraerse de diferentes maneras: por ingestión de agua o alimento contaminados con esporas del hongo o tras tener contacto con personas o animales infectados.

### Caracterización molecular y epidemiológica

El estudio aportó nueva información molecular y epidemiológica de la presencia del hongo *E. bieneusi* en suinos –el suborden de mamíferos que incluye a los cerdos– domésticos y salvajes en España, un ámbito que hasta el momento es poco conocido. La investigación se ha llevado a cabo sobre más de 300 cerdos ibéricos y jabalíes en la provincia de Córdoba, en los que la infección por este hongo se ha confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en 23% de los cerdos ibéricos y 2% de los jabalíes investigados. La infección es más común entre las cerdas que han tenido lechones que entre los cerdos destinados al engorde.



La investigación identificó cinco genotipos del hongo en los cerdos ibéricos, cuatro ya conocidos anteriormente y uno nuevo. En el caso de los jabalíes se han localizado dos de estos cinco genotipos: el nuevo y uno de los que ya se conocían. Los cinco genotipos tienen potencial zoonótico.

Este estudio, que supone la primera caracterización en España de las características moleculares y epidemiológicas del hongo *E. bieneusi* en cerdos y jabalíes, advierte de que ambos hospedadores pueden representar una fuente de contagio de microsporidiosis, tanto a otros animales como a las personas.

le News

SUIZA

AUMENTAN LOS CASOS DE ENFERMEDADES  
TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS

17/07/2020

El número de casos de encefalitis transmitida por garrapatas ha aumentado considerablemente en las últimas semanas, según datos publicados por la Oficina Federal de Salud Pública (FOPH) de Suiza.

Se registraron 124 casos durante las últimas cuatro semanas, una cifra 110% superior a los 59 casos registrados durante el mismo período del año pasado. La encefalitis transmitida por garrapatas es una enfermedad de notificación obligatoria, lo

que significa que los médicos deben informar los casos a las autoridades. En lo que va del año, se han reportado 215 casos. La temporada de garrapatas dura de marzo a noviembre.

Los síntomas de la encefalitis transmitida por garrapatas incluyen fiebre, dolor, pérdida de apetito, dolor de cabeza, náuseas y vómitos. En 20% a 30% de los casos se produce encefalitis, confusión y alteraciones sensoriales. La tasa de letalidad es de 1%.

No existe tratamiento para la encefalitis transmitida por garrapatas, sin embargo, existe una vacuna eficaz que consta de tres dosis: la segunda se aplica 30 días después de la primera y la tercera de 9 a 12 meses después. Desde principios de 2019, esta vacuna ha estado cubierta por el Seguro de Salud básico suizo.

La borreliosis de Lyme, otra enfermedad transmitida por garrapatas común, es una infección bacteriana. Tampoco hay vacuna contra ella. Debe ser detectada y tratada con antibióticos. Si no se trata, a veces puede tener graves efectos sobre la salud. En la primera mitad de 2020, se estima que 19.600 personas visitaron a su médico por una condición relacionada con garrapatas. Alrededor de 7.600 casos fueron de borreliosis de Lyme aguda, según la FOPH.

La FOPH proporciona [mapas de los puntos críticos de la encefalitis transmitida por garrapatas](#). Por su parte, la borreliosis de Lyme está en casi todo el territorio suizo, excepto a gran altitud.



Recientemente se confirmaron cuatro nuevos casos de encefalitis japonesa en Taiwán, incluido un bebé de 3 meses que es el paciente más joven infectado en el país desde 1999, dijeron el 14 de julio los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de la isla.

Desde que la encefalitis japonesa fue designada como enfermedad transmisible de notificación obligatoria en 1999, no han sido infectados muchos bebés en Taiwán, dijeron los CDC, y agregaron que el más joven antes de éste ocurrió en 2007 y tenía 6 meses.

Sin embargo, a fines de junio, un bebé de 3 meses en el condado de Changhua desarrolló síntomas de fiebre y pérdida de apetito, y en pocos días fue ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) después de presentar convulsiones.

El niño fue diagnosticado con encefalitis japonesa y ha estado en el hospital durante dos semanas; el bebé se está recuperando pero aún está bajo observación por los efectos de la enfermedad.

Además del bebé, se confirmó recientemente que contrajeron la enfermedad otras tres personas: los tres son hombres de entre 40 y 60 años de edad, provenientes de Taichung, New Taipei y Taoyuan.

El paciente de Taichung enfermó el 24 de junio y los otros tres el 30 de junio, con síntomas que incluyeron fiebre, dolor de cabeza, pérdida del equilibrio y convulsiones. Dos de ellos todavía están siendo tratados en el hospital, mientras que el tercero ha sido dado de alta.

Los tres hombres habían estado viviendo o trabajando cerca de corrales de cerdos, gallineros o arrozales, que se consideran de alto riesgo para la transmisión de la encefalitis japonesa, ya que son los principales lugares de reproducción del mosquito que porta el virus.

La mayoría de las personas infectadas por el virus de la encefalitis japonesa no presentan síntomas, mientras que algunas tienen síntomas leves, como fiebre, dolores de cabeza y meningitis aséptica. Las personas mayores y los niños pueden presentar síntomas más severos de la enfermedad, como desorientación, convulsiones, parálisis espástica, coma y, en última instancia, la muerte.

La confirmación de los cuatro casos más recientes eleva a 13 el número total para este año en Taiwán, en las localidades de Taoyuan (3), Changhua (2), Kaohsiung (2), Pingtung (2), New Taipei (1), Taichung (1), Chiayi (1) y Tainan (1).

Desde 2016-2019, Taiwán registró 79 casos de encefalitis japonesa, la mayoría de los cuales tenían alrededor de 40 años, según datos de los CDC.

En Taiwán, la encefalitis japonesa generalmente prevalece de mayo a octubre y alcanza su punto máximo entre junio y julio. La enfermedad es transmitida principalmente por el mosquito *Culex tritaeniorhynchus*, que se reproduce en arrozales, estanques y canales de riego.

El Departamento de Salud de Hà Nội ha instado a las unidades y establecimientos de medicina preventiva de la ciudad a fortalecer la prevención de enfermedades.

La medida responde a la emergencia de la difteria en Tây Nguyên y al aumento de los casos de la enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) en Hà Nội.

Según el Departamento General de Medicina Preventiva, la difteria se ha convertido en un problema en varias provincias de las tierras altas centrales. Se han notificado 78 casos en las provincias de Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai y Kon Tum, y tres personas han muerto.

El departamento ha ordenado al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Hà Nội que brinde capacitación profesional y orientación sobre la supervisión y el tratamiento de la difteria y la EMPB a los centros de salud de los distritos.

Todos los niños sometidos al programa nacional ampliado, incluidos los que utilizan los servicios pagos de vacunación, deben ser revisados.

Era imprescindible implementar vacunas adicionales para aquellos que han retrasado la inmunización o no han sido completamente vacunados, especialmente para las vacunas con componente antidiftérico.

Se ha solicitado al CDC de Hà Nội que supervise a las agencias en la implementación de medidas preventivas contra enfermedades y que trabaje con los establecimientos educativos para garantizar las prácticas de higiene en las escuelas. También se ha asignado al centro la tarea de proporcionar medicina preventiva y otro equipamiento necesario para el trabajo de prevención.

Para aumentar la conciencia de los pacientes infectados y la comunidad en la prevención y la lucha contra la difteria y la EMPB, el Departamento de Salud promovió la adopción de medidas preventivas efectivas que incluyen lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, limpiar superficies contaminadas y artículos sucios como juguetes con jabón y agua y luego usar una solución diluida de hipoclorito para desinfectarlos.

Se recomienda tener las vacunas al día y evitar el contacto cercano con pacientes con la enfermedad. Quienes contraen la enfermedad deben ir a centros médicos para su análisis y tratamiento.

### **Alto riesgo de propagación de la EMPB**

Desde principios de este año, Hà Nội ha registrado 329 casos de EMPB, igual cifra que la del año pasado. Sin embargo, el número de casos aumentó en las últimas dos semanas, según el CDC de Hà Nội.

Đỗ Thiện Hải, subdirector del Departamento de Infecciones del Hospital Nacional de Pediatría, dijo que la cantidad de niños que acudieron al hospital para su examen y tratamiento para la EMPB ha aumentado significativamente. Muchos de ellos han sido hospitalizados, dijo, y agregó que sin una intervención oportuna, puede sobrevenir una situación desafortunada para los niños.

Trương Văn Quý, jefe del Departamento de Pediatría del Hospital ‘E’, dijo que durante las últimas tres semanas, el departamento recibió entre 10 y 15 pacientes diarios con la EMPB.

Particularmente el 7 de julio, ingresó a cuatro pacientes que presentaban ampollas en la piel, palmas de las manos y pies. También presentaban fiebre intensa que no había cedido por largo tiempo.

“El calor inusual ha aumentado el riesgo de contraer enfermedades, incluida la EMPB”, dijo Quý.

Agregó que la epidemia podría aumentar considerablemente debido a la propagación del virus. La EMPB es causada por un grupo de enterovirus, de los cuales el coxsackie A16 y el enterovirus 71 (EV71) son los más comunes.

Un niño infectado podría transmitir la infección a otros compañeros de clase, dijo. Actualmente, no existe una vacuna o medicamento específico contra la EMPB.

“Es necesario llevar al niño afectado al centro médico más cercano para su control y tratamiento si presenta los síntomas durante más de dos días o fiebre superior a los 39°C, con vómitos y dificultad para dormir”, dijo Quý.

Para reducir el riesgo de contraer el virus, dijo, tanto los niños como los adultos deben lavarse las manos a menudo con agua y jabón muchas veces durante el día, y desinfectar las superficies tocadas, como los juguetes y los picaportes.

## Punto de vista

**La Voz**  
DEL INTERIOR

LA PANDEMIA Y EL “ANARCOBOLUDISMO”  
AUTOR: CLAUDIO FANTINI<sup>2</sup>

18/07/2020

Al escucharme perorar angustiado sobre un aspecto a la vez trágico y patético de la pandemia, Alberto Amuchástegui, minucioso analista con vocabulario frondoso para describir libros y escenarios sociales, recurrió a un término elocuente para calificar el fenómeno. Lo llamó “anarcoboludismo”.

La historia muestra distintas formas de anarquía. La palabra que enarbolaron revolucionarios como Bakunin, Proudhon y Kropotkin denominó a los movimientos que pretendían la abolición de la propiedad privada, el Estado, el gobierno y toda forma de poder de unos sobre otros; más tarde se fusionó con otros términos y dio lugar a conceptos como

<sup>2</sup> Claudio Fantini es periodista y politólogo.



anarcosindicalismo, anarcocomunismo, anarcocapitalismo, anarcoindividualismo, etcétera. Y en el escenario de la actual pandemia irrumpió el “anarcoboludismo”.

Un término adecuado para describir el rasgo deplorable que muestra demasiada gente en todo el mundo.

Sucede que, entre las principales causas de los brotes y los rebrotes de contagios, está la increíble estadística de fiestas multitudinarias, reuniones familiares numerosas, celebraciones de cumpleaños, nacimientos y casamientos con muchos invitados, asados con amigos, encuentros deportivos y otros eventos que generan aglomeraciones.

Todos los días en todos los rincones del planeta, y también en Argentina, se reportan cantidades de eventos que reúnen a decenas, centenares o miles de personas, a pesar de estar tan claro el peligro que eso implica. Todos los días las crónicas hablan de gente que se amontona a bailar, a beber, a festejar o a lo que sea, sabiendo que en ese tipo de reuniones saltan las chispas que encienden nuevos focos o reavivan los que estaban extinguiéndose.

Bajo el imperio del coronavirus, el festejo multitudinario pasó a la clandestinidad. Quienes participan en fiestas subrepticias se justifican invocando la amistad, el afecto familiar, la libertad y otras razones bastardeadas para camuflar de necesario lo peligroso y prescindible.

El gobernador Juan Schiaretti señaló la alta incidencia de las reuniones con más de 10 personas en las escaladas. Se quejó, y con razón, de que un problema grave tenga una causa superflua.

A esta altura de la pesadilla que está costando miles de vidas y debacles económicas, ¿qué es lo que no se entiende?

Está claro que el virus convierte a cada persona en un arma que dispara contagios, desatando una cadena en la que habrá muertos. No hay dudas de que cada contagiado es, al mismo tiempo, un eslabón y un big bang en el efecto cascada que esparce la COVID-19.

Una cosa es que las cuarentenas se caigan bajo su propio peso porque un océano de gente necesita reabrir su negocio, volver a su puesto de trabajo, al ejercicio de su profesión o a su actividad cuentapropista, y otra cosa es sabotear el distanciamiento físico para divertirse o porque sí.

Afrontar el riesgo de contagiarse y de contagiar porque la alternativa es el quebranto, el desempleo o el hambre es comprensible. También es comprensible la necesidad de salir del encierro para combatir la depresión. Son las razones objetivas por las que las cuarentenas tienen fecha de vencimiento. Pero violarlas y romper el distanciamiento social para amucharse en celebraciones y en otros tipos de reuniones con potencialidad de foco de contagios resulta deplorable.

Las multitudes que se aglomeran en playas europeas y norteamericanas porque hace calor en el verano del Hemisferio Norte, o bien los que atiborran salones o se abarrotan a bailar en fiestas electrónicas no tienen justificación alguna. Implican la rebelión de la estupidez contra los rigores que impone la pandemia para no ser amplificadores conscientes de los daños que causa.

Cada brote y cada rebrote dañan familias y economías, incrementando desempleo, pobreza y angustia; infecta a personas que podrán sobrevivir, pero en muchos casos con secuelas, y

también a personas que morirán por la vulnerabilidad que genera la edad o por las que causan algunas enfermedades preexistentes.

Tener clara esta realidad y, aun así, invocar un derecho “sagrado” al amontonamiento, defendiéndolo en nombre de la libertad, es la actitud lamentable que sabotea el distanciamiento físico.

Una cosa es la amistad y otra el amiguismo; una cosa es la alegría y otra el “alegrismo”; una cosa es la libertad y otra la insensatez con daños colaterales.

Los jóvenes que se aglomeran, amplia mayoría en el sector que se cansó de cuidarse para cuidar a los vulnerables, se parecen a la juventud que decidió sacarse de encima a los viejos en *El diario de la Guerra del Cerdo*, la novela distópica que escribió Adolfo Bioy Casares.

Los países que mejor van controlando la pandemia son aquellos en los que hubo menos gente violando el distanciamiento social por aburrimiento o por cualquier otra razón que no sea una extrema necesidad, como trabajar.

O sea, los países donde hay menos “anarcoboludismo”.

## Arte relacionado con la salud



Graffiti de una enfermera haciendo un gesto manual insultante al SARS-CoV-2 en una pared del Srinakarin Train Market, en Bangkok, Tailandia.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.