



Reporte Epidemiológico de Córdoba

2 DE SEPTIEMBRE
2020
REC 2.361

CÓRDOBA

- Situación epidemiológica de la COVID-19

ARGENTINA

- Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años
- Confirmaron 259 nuevas muertes y 10.504 casos por COVID-19 en las últimas 24 horas

AMÉRICA

- COVID-19 en personal de salud

- Paraguay: La COVID-19 agrava la situación de los enfermos de tuberculosis

- Saint Vincent and the Grenadines: Aumentaron los casos de dengue

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Argelia: Aumentan los casos de leishmaniosis cutánea en el oeste del país
- Chad: Brote de fiebre chikungunya

- Corea del Sur: Los niños pueden portar el SARS-CoV-2 en el tracto respiratorio durante semanas

- Nepal: Reportan cinco casos de tifus de los matorrales en Darchula

- Sierra Leona: El miedo a la COVID-19 favorece la epidemia de malaria

- Sri Lanka: Disminuyeron los casos de dengue en la primera mitad del año

- Sudán: Detectan el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

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

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



Comité Nacional
de Infectología
SAP



Rev. Panam. de
Enf. Infecciosas



**Vacunas
SADI 2019**

GEMICOMED
seimc.org



El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba confirmó el 1 de septiembre 389 nuevos casos de COVID-19, correspondientes a los departamentos Capital (166 casos), Río Cuarto (110), Juárez Celman (44), Colón (16), General San Martín (12), Río Segundo (11) Santa María (8), Totoral (8), Tercero Arriba (5), Marcos Juárez (3), San Justo (2), Calamuchita (1), Ischilín (1), Punilla (1) y Río Seco (1).

Por otra parte, el 1 de septiembre se notificaron tres casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), uno de una persona con residencia en Mendoza, pero con domicilio legal en Suco, y dos casos con residencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y San Carlos de Bariloche, pero con domicilio legal en la ciudad de Córdoba.

De esta manera, la provincia de Córdoba registra a la fecha un total de 392 casos nuevos y un acumulado de 8.897 casos.

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha, se realizaron testeos mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a 194.063 personas. Esto resulta en una tasa de 51.606 personas estudiadas con PCR cada millón de habitantes. El 1 de septiembre se efectuaron 3.750 estudios, de los cuales 2.209 fueron PCR y 1.541 test serológicos.

El 1 de septiembre se notificó un fallecimiento por COVID-19 en la provincia de Córdoba, correspondiente a un hombre de 89 años, oriundo de Oliva, que se encontraba internado y presentaban antecedentes de patologías previas. Hasta la fecha se han producido en total 128 decesos por esta causa.

En cuanto a las personas recuperadas, la proporción de altas en relación con el total de casos confirmados en la provincia de Córdoba es de 47%.

Departamento	Casos	Incidencia 100.000 hab	Localidades afectadas
Capital	4.040	266,95	1
Río Cuarto	1.156	412,74	21
Marcos Juárez	885	742,33	14
Tercero Arriba	485	389,83	9
Santa María	346	313,11	16
Colón	341	133,50	14
Río Segundo	333	283,30	10
General San Martín	317	218,38	8
Juárez Celman	279	401,72	5
Punilla	238	117,94	15
San Javier	146	240,27	6
San Justo	56	24,02	9
Río Primero	48	90,32	6
Calamuchita	44	70,58	7
Unión	43	35,85	10
San Alberto	35	83,32	5
Presidente Roque Sáenz Peña	28	67,94	2
Totoral	17	81,15	1
Cruz del Eje	16	23,84	5
Ischilín	6	16,82	1
Sobremonte	4	71,45	1
General Roca	3	7,38	1
Pocho	2	33,08	2
Río Seco	1	6,64	1
Total provincia de Córdoba	8.869	235,85	170
Provincia de Buenos Aires	4		
Provincia de Mendoza	1		
Provincia de Santa Fe	1		
Provincia de San Luis	1		
En tránsito	21		
Total de atendidos en la provincia	8.897		

Tabla 1. Casos confirmados, tasa de incidencia cada 100.000 habitantes y localidades afectadas, según departamento. Provincia de Córdoba. Año 2020, hasta el 30 de agosto. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

Se encuentran internadas 842 personas en camas de unidades críticas para adultos (COVID-19/no COVID-19), lo que representa 34,5% del total de camas de los sectores público y privado de la provincia de Córdoba.

En relación a las camas críticas para adultos COVID-19, se encuentran internadas 224 personas, lo que representa 16,9% del total de camas de los sectores público y privado de la provincia de Córdoba.

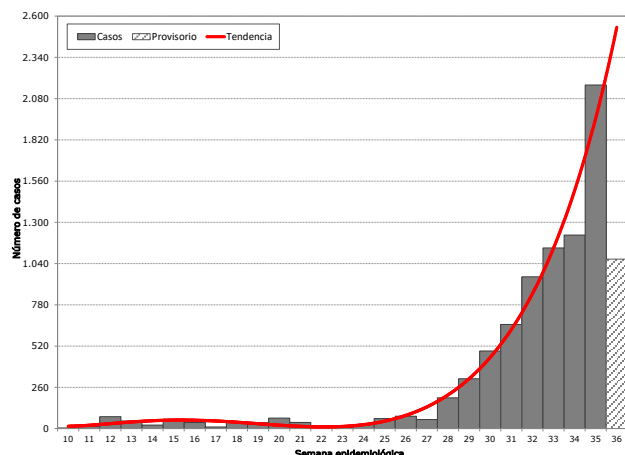


Gráfico 1. Casos confirmados, según semana epidemiológica. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 36. Datos al 1 de septiembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

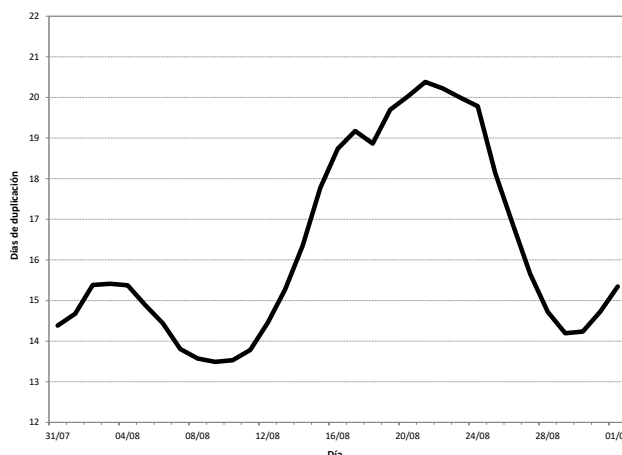


Gráfico 2. Intervalo de duplicación de casos. Córdoba. Año 2020, del 31 de julio al 1 de septiembre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE BRONQUIOLITIS
EN MENORES DE 2 AÑOS

24/08/2020

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 24.643 casos. La tasa de incidencia de este período equivale a 15,94% de lo correspondiente a igual intervalo de 2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del año 2019.

Asimismo, la incidencia del año 2020, hasta la SE 29, equivale a 13,93% 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 2).

En base a los datos de las primeras 29 semanas de los últimos siete años, se observa una tendencia creciente hasta los años 2015 y 2016, a partir del cual la tendencia se revierte, aunque

se presenta un aumento en el año 2019. Sin embargo, la notificación del año 2020 se nota claramente disminuida respecto de los registros de los años previos (ver Gráfico 3).

Las notificaciones registradas en el SNVS a nivel nacional se encuentran dentro de lo esperado para el período evaluado, sin embargo, a partir de la SE 11 se observa un pronunciado descenso de las notificaciones –aún mayor que el de los demás eventos bajo vigilancia–, que continua hasta la actualidad, en coincidencia con el comienzo de la detección de casos de COVID-19 en Argentina (ver Gráfico 4).

Provincia/Región	2014/2019		2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	84.295	16.862,04	8.663	10.534,57	452	553,90
Buenos Aires	411.308	11.859,68	50.435	8.854,20	6.337	1.119,42
Córdoba	69.579	9.845,56	7.249	6.126,27	617	521,51
Entre Ríos	30.838	11.577,01	4.211	9.463,94	830	1.866,70
Santa Fe	33.799	5.241,93	5.235	4.874,36	442	412,64
Centro	629.819	11.275,18	75.793	8.219,87	8.678	945,74
Mendoza	37.315	9.233,71	8.391	12.536,98	1.057	1.585,42
San Juan	31.159	19.458,37	5.315	19.881,94	1.143	4.272,96
San Luis	9.437	9.692,69	1.684	10.257,28	362	2.197,35
Cuyo	77.911	11.775,96	15.390	13.980,69	2.562	2.331,34
Chaco	41.153	15.163,34	7.788	17.243,21	2.051	4.557,21
Corrientes	17.942	7.354,48	2.910	7.163,18	585	1.444,92
Formosa	17.909	13.047,16	2.586	11.341,31	376	1.655,75
Misiones	22.040	7.579,39	2.682	5.570,00	493	1.028,04
Noreste Argentino	99.044	10.498,51	15.966	10.186,14	3.505	2.244,54
Catamarca	10.170	12.371,72	2.438	17.731,42	350	2.547,38
Jujuy	29.153	18.187,84	5.054	18.855,68	1.499	5.596,96
La Rioja	8.170	10.582,90	1.749	13.297,95	541	4.089,56
Salta	60.433	18.351,07	10.664	19.458,15	2.426	4.436,69
Santiago del Estero	52.103	24.503,01	9.102	25.339,08	1.600	4.441,88
Tucumán	49.858	13.852,94	10.313	17.137,61	1.816	3.019,94
Noroeste Argentino	209.887	17.181,93	39.320	19.217,16	8.232	4.023,74
Chubut	8.910	7.280,53	1.290	6.298,83	221	1.078,93
La Pampa	7.839	11.936,38	1.491	13.634,37	232	2.124,31
Neuquén	13.638	9.859,52	1.839	8.083,52	229	1.012,63
Río Negro	13.631	9.441,58	2.078	8.614,54	702	2.911,99
Santa Cruz	6.452	8.413,22	1.092	8.373,21	164	1.248,67
Tierra del Fuego	3.859	11.877,94	900	15.976,71	118	2.065,39
Sur	54.329	9.368,24	8.690	8.962,24	1.666	1.718,00
Total Argentina	1.070.990	11.909,96	155.159	10.410,11	24.643	1.659,24

Tabla 2. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2020, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

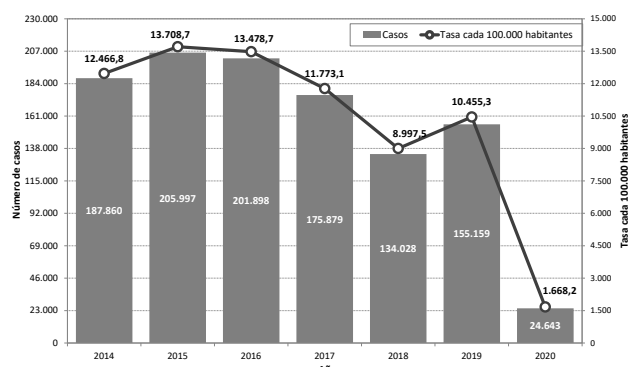


Gráfico 3. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2020, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

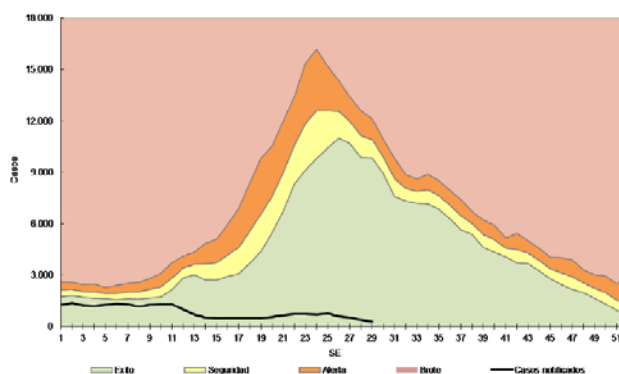


Gráfico 4. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El Ministerio de Salud de Argentina informó el 1 de septiembre que durante las últimas 24 horas se registraron 259 muertes y 10.504 nuevos casos de COVID-19. Con estos datos, el total de infectados en todo el país asciende a 428.239 y las víctimas fatales suman 8.919.

Del total de esos casos, 1.200 (0,3%) son importados, 97.726 (22,8%) son contactos estrechos de casos confirmados, 263.555 (61,5%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Las 259 nuevas muertes se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (52 muertes) y en las provincias de Buenos Aires (177), La Rioja (8), Santa Fe (5), Mendoza (3), Neuquén (3), Río Negro (3), Córdoba (2), Entre Ríos (2), Santiago del Estero (2), La Pampa (1) y Santa Cruz (1).

Los 10.504 casos nuevos, se registraron en la CABA (1.395 casos) y en las provincias de Buenos Aires (6.157), Santa Fe (677), Córdoba (392), Mendoza (361), Entre Ríos (312), Tucumán (236), Salta (183), Río Negro (179), Neuquén (136), Jujuy (124), Tierra del Fuego (82), Chaco (75), Chubut (56), La Rioja (40), Santiago del Estero (38), Santa Cruz (37), San Luis (9), La Pampa (8), Misiones (4), Corrientes (3) y Catamarca (1). Formosa reclasificó un caso a otra provincia según lugar de residencia.

Durante la jornada del 1 de septiembre fueron realizadas 19.845 nuevas pruebas diagnósticas para esta enfermedad, 1.277.751 desde el inicio del brote, lo que equivale a 28.158,7 muestras cada millón de habitantes.

El número de casos descartados hasta el 31 de agosto es de 703.304 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico).

“En el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) hay una ocupación alta con cierta estabilidad, pero que genera tensión en el personal”, sostuvo el 1 de septiembre Carla Vizzotti, secretaria de Salud de la Nación.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	96.999	2.233	3.153,78	2,30
Buenos Aires	264.950	5.408	1.510,45	2,04
Córdoba	8.914	130	237,05	1,46
Entre Ríos	3.650	48	263,36	1,32
Santa Fe	8.582	94	242,67	1,10
Centro	383.095	7.913	1.307,51	2,07
Mendoza	7.191	132	361,30	1,84
San Juan	223	1	28,55	0,45
San Luis	156	—	30,69	—
Cuyo	7.570	133	230,80	1,76
Chaco	5.492	216	490,01	3,93
Corrientes	314	5	26,07	1,59
Formosa	83	1	13,71	1,20
Misiones	66	2	5,23	3,03
Noreste Argentino	5.955	224	142,06	3,76
Catamarca	67	—	16,13	—
Jujuy	8.542	228	1.108,08	2,67
La Rioja	1.628	61	413,69	3,75
Salta	3.503	47	245,93	1,34
Santiago del Estero	976	13	99,76	1,33
Tucumán	2.479	14	146,28	0,56
Noroeste Argentino	17.195	363	302,88	2,11
Chubut	955	5	154,28	0,52
La Pampa	212	2	59,15	0,94
Neuquén	3.172	55	477,67	1,73
Río Negro	6.175	180	825,97	2,91
Santa Cruz	1.808	15	494,40	0,83
Tierra del Fuego	2.102	29	1.212,00	1,38
Sur	14.424	286	492,59	1,98
Total Argentina	428.239	8.919	943,74	2,08

Tabla 3. Casos y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 30 de agosto. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

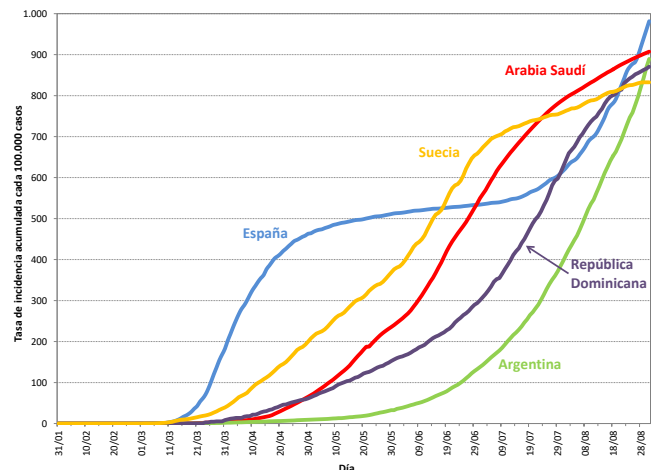


Gráfico 5. Tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Comparativo Argentina, con cuatro países con similares tasas de incidencia actual. Año 2020, del 31 de enero al 31 de agosto. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

“Es muy importante analizar las curvas con un horizonte más amplio en relación con los casos que se van notificando, siempre teniendo en cuenta que los informes diarios son por las fechas de notificación de casos o la fecha de notificación de la muerte. También se analizan por la fecha de inicio de síntomas y por la fecha de fallecimiento para tener la dimensión temporal de la curva de la enfermedad”, aclaró la funcionaria.

Mientras tanto, un total de 2.273 personas cursan la enfermedad en unidades de terapia intensiva en todo el país, 69% de ellas en establecimientos de la CABA y de la provincia de Buenos Aires, 8,6% en Córdoba y 3,2% en Mendoza.

La ocupación de camas de cuidados intensivos, más allá de la dolencia que explique la internación del paciente, a nivel nacional promedia 60,6%, mientras que en el AMBA llega a 68,8%. Sobre ese punto, Vizzotti informó que se reporta “tensión” en los sistemas de salud de Jujuy y Mendoza, en el departamento rionegrino de General Roca y en áreas de Salta y La Rioja.

Así, la tasa de mortalidad acumulada es de 19,66 muertes cada 100.000 habitantes y la de letalidad es de 2,08% sobre los casos confirmados.

La funcionaria recordó que son 18 las provincias con departamentos “con transmisión comunitaria extendida” y que la misma no se pudo controlar “en ninguna de ellas en las últimas semanas”.

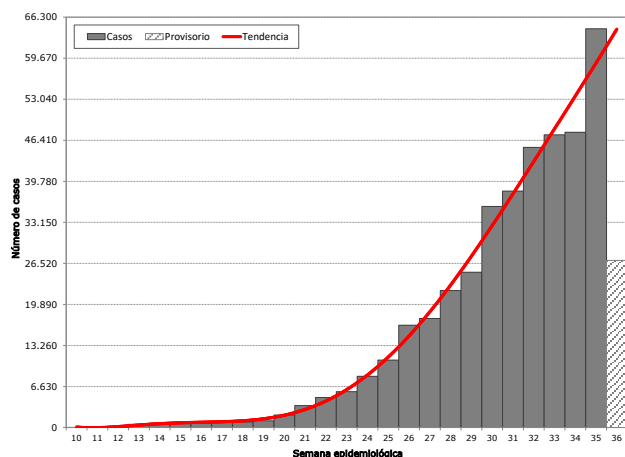


Gráfico 6. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 36. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 1 de septiembre de 2020.

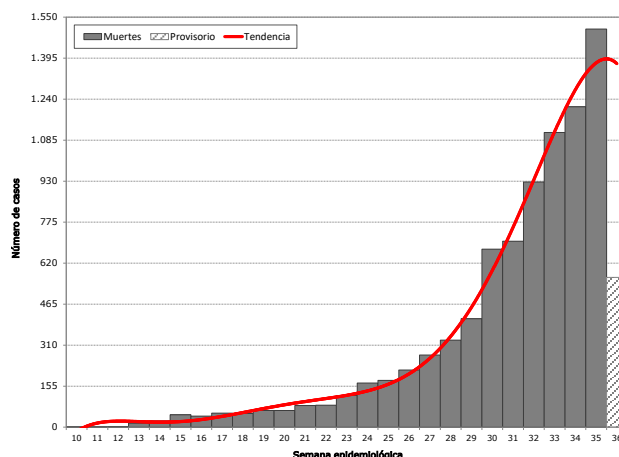


Gráfico 7. Muertes confirmadas y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 36. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 1 de septiembre de 2020.

Ante el incremento de casos y defunciones por COVID-19 en personal de salud de los países y territorios de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de una alerta instó a los Estados Miembros a fortalecer las capacidades de los servicios de salud en todos sus niveles y mantener a los profesionales de salud dotados de los recursos y capacitación, asegurando una respuesta adecuada y oportuna de los sistemas de salud ante la pandemia.

Introducción

La Región de las Américas actualmente experimenta un incremento acelerado de casos notificados de la COVID-19. El número de casos notificados en las Américas entre el 1 de enero y el 28 de agosto de 2020, sobrepasa en 1,4 millones de casos, a los casos reportados en el resto de las cinco Regiones de la OMS, durante el mismo periodo.

En la Región de las Américas, hasta el 28 de agosto de 2020, se notificaron un total de 13.005.995 casos, incluidas 458.444 defunciones en los 54 países/áreas/territorios de la Región. La mayor proporción de casos se notificaron en Estados Unidos (45%) y Brasil (29%), mientras que las tasas de letalidad más altas se observaron en México (10,8%), Canadá (7,2%) y Ecuador (5,8%).

En las últimas cuatro semanas se observó un incremento relativo de 26% de casos nuevos y 20% en defunciones. La mayor proporción de nuevos casos se continúan presentando en Estados Unidos (36%) y Brasil (31%); mientras que la mayor proporción de nuevas defunciones se notificaron en Estados Unidos (27%), Brasil (26%) y México (16%). Una mediana de 132.322 casos nuevos y 3.697 defunciones se notificaron cada 24 horas en las últimas dos semanas.

En el mismo periodo, el mayor aumento relativo de casos y defunciones se observó en las subregiones de Islas del Caribe y del Océano Atlántico (33% en casos y 35% defunciones) de América Central (33% en casos y 28% defunciones) y de América del Sur (33% en casos y 27% defunciones).

Considerando la situación epidemiológica de la Región, además de la actual y potencial sobrecarga de los sistemas de salud en consecuencia, es prioritario fortalecer los servicios de salud.

El personal de salud es crucial para mantener los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19. El personal de primera línea realiza la evaluación clínica y administra el tratamiento a los pacientes con COVID-19, los pacientes que se presentan con emergencias no relacio-

nadas con COVID-19 y los pacientes que requieren controles de rutina. Uno de los mayores riesgos para el sistema de salud es una alta tasa de síndrome respiratorio agudo grave por SARS-CoV-2 entre el personal de salud y la consiguiente falta de personal capacitado para garantizar una adecuada respuesta local o regional a la pandemia. Este riesgo se ha incrementado por la necesidad de aumentar rápidamente la capacidad de unidades de cuidados intensivos (UCI), la redistribución del personal clínico a puestos de primera línea (por ejemplo, UCI o salas de atención a pacientes con COVID-19) y la contratación de personal con menos experiencia (p. ej., estudiantes recién egresados o personal sanitario de una especialidad no relacionada) a la fuerza laboral en respuesta a la pandemia.

En la mayoría de los países y territorios de la Región se ha informado de una transmisión comunitaria sostenida de persona a persona de COVID-19 y a eso se suma la transmisión en los servicios de salud. Las rutas de transmisión de la COVID-19 incluyen el contacto directo y las gotitas. Además de los procedimientos de generación de aerosoles, los cuales también juegan un papel importante en la transmisión de la COVID-19 en el entorno de servicios de salud.

El personal de salud podría exponerse al SARS-CoV-2 durante el trabajo en los servicios de salud, a través del contacto desprotegido con pacientes infectados o contacto con otros trabajadores de la salud infectados. La exposición en servicios de salud podría darse por el incumplimiento de procedimientos estándar para prevención y control de infecciones, uso inadecuado del equipo de protección personal (EPP), falta o insuficiente cantidad de estos equipos, insuficiente entrenamiento, estrés, presión de trabajo, sobrecarga de horas de trabajo, insuficiente número de profesionales de salud, entre otros. Este problema se aborda no solo mediante la implementación de medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de salud sino a través de la organización y gestión de los servicios de salud.

La OPS/OMS está monitoreando continuamente las capacidades de respuesta en los países y territorios de la Región a través de indicadores, para brindar apoyo estratégico a los países y territorios que lo requieran durante la respuesta a la pandemia.

En la Región de las Américas, hasta el 19 de agosto de 2020, de acuerdo con la información disponible de 19 países de la Región¹, se notificaron un total de 569.304 casos de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 2.506 defunciones. De estos, 72% son mujeres y los grupos de edad con mayor proporción de casos confirmados fueron el de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años.

A continuación, se presenta la situación de la COVID-19 en personal de salud de los países para los cuales se cuenta con información.

Situación de la COVID-19 en personal de salud en países seleccionados

- **Argentina:** Entre la semana epidemiológica (SE) 11 y la SE 31 de 2020 se notificó un total de 16.194 casos confirmados de COVID-19 en personal de salud. La mayor proporción de los casos se observó en los grupos de edad de 29 a 39 años (39%), seguido del de 40 a 50 años (28%), el de 51 a 61 años (16%), el de 18 a 28 años (14%) y el de 62 años y más (3%).
- **Brasil:** Entre el 26 de febrero y el 22 de agosto de 2020 se notificó un total de 1.212.430 casos de síndrome gripal con sospecha de COVID-19 en profesionales de salud. De estos, 268.954 (22%) fueron confirmados para COVID-19. Los profesionales con mayor proporción de casos confirmados, fueron entre técnicos y auxiliares de enfermería (34%; 92.324

¹ Antigua and Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Lucia y Venezuela.

casos), seguidos de los enfermeros (14%; 39.058 casos), médicos (11%; 28.596 casos), agentes comunitarios de salud (5%; 13.189 casos) y personal administrativo de las unidades de salud (4%; 11.611 casos).

Entre la SE 1 y la SE 34 de 2020, se notificaron 1.738 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)² en personal de salud³, los cuales fueron hospitalizados, de los cuales 1.093 (63%) fueron confirmados para COVID-19 y 395 (23%) se encuentran bajo investigación. Del total de casos de IRAG en personal de salud que fueron hospitalizados, 62% son mujeres y la mayor proporción de casos de IRAG hospitalizados en profesionales de salud se observó entre técnicos y auxiliares de enfermería (33%), médicos (20%) y enfermeros (20%). Las Unidades Federales que notificaron el mayor número de casos de IRAG hospitalizados por COVID-19 en profesionales de salud, fueron: São Paulo (365 casos), Rio de Janeiro (80 casos) y Pará (72 casos).

De los 1.738 casos de IRAG hospitalizados notificados en personal de salud, hasta la SE 34 de 2020, 289 (17%) fallecieron, la mayoría por COVID-19 (83%). Del total de fallecidos por IRAG en personal de salud, 50% fueron mujeres y el mayor número de defunciones se presentó entre técnicos y auxiliares de enfermería (94 defunciones), médicos (52) y enfermeros (41). Las Unidades Federales que notificaron el mayor número de defunciones entre casos de IRAG hospitalizados por COVID-19, en profesionales de salud, fueron: São Paulo (80 defunciones) y Rio de Janeiro (24).

- **Colombia:** Entre el 1 de marzo y el 20 de agosto de 2020, se notificaron 7.692 casos confirmados de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 52 fallecidos, 7.362 recuperados y 278 en aislamiento. Del total de casos confirmados, 600 (8%) fueron asintomáticos. Las Entidades Territoriales que notificaron mayor proporción de casos de COVID-19 fueron Bogotá DC (29%), Valle de Cauca (16%), Antioquia (12%), Distrito de Barranquilla (7%), Distrito de Cartagena (5%), Nariño (4%), Cundinamarca (3%) y Chocó (3%).

Del total de casos confirmados de COVID-19 en personal de salud, 67% (5.142 casos) desarrollaron la infección posterior a la exposición asociada a la prestación de servicios de salud, 15% (1.150 casos) a entorno comunitario, 1% (43 casos) importados y en 18% (1.357 casos) la exposición fue indeterminada. La mayor proporción de casos se observó entre auxiliares de enfermería (34%), médicos (16%), enfermeros (13%), personal administrativo (11%) y personal de aseo y alimentación (4%).

- **Estados Unidos:** Entre el 1 de enero y el 24 de agosto de 2020 se confirmaron 143.100 casos de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 660 defunciones. Del total de casos confirmados en personal de salud, 79% son mujeres y la mayor proporción de los casos se observó en los grupos de edad de 29 a 39 años (27%), seguido del grupo de 40 a 50 años (23%), el de 18 a 28 años (23%), el de 51 a 61 años (20%) y el de 62 y más años (8%).

Se recopilaron datos de 4.296.060 casos de COVID-19; sin embargo, la información sobre el estado del personal de salud solo estaba disponible para 965.329 (22%) personas. Para los 143.743 casos de COVID-19 entre el personal de salud, el desenlace (defunción) solo estaba disponible para 100.939 casos (70%).⁴

² El número de casos y muertes por infección respiratoria aguda grave (IRAG) en profesionales de la salud refleja un grupo de casos graves, sin embargo, no presenta el número total de profesionales de salud afectados por la enfermedad en el país.

³ El 31 de marzo de 2020, se incluyó la variable 'ocupación' en el Formulario de Registro Individual de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) disponible en el Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe), con posibilidad de modificación retroactiva. Las categorías de la variable corresponden a la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO).

⁴ La información se actualiza periódicamente en la página web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), disponible haciendo clic [aquí](#).

- **México:** Entre el 28 de febrero (detección del primer caso de COVID-19) y el 23 de agosto de 2020 se notificaron 97.632 casos confirmados en personal de salud, de los cuales 60% son mujeres. Del total de casos confirmados, 42% corresponde a enfermeros, 28% a otros profesionales de salud, 27% a médicos, 2% a laboratoristas y 1% a dentistas. En el mismo periodo, se han notificado 1.320 defunciones, representando 1,4% de los confirmados y de las cuales 70% son hombres.
- **Paraguay:** Entre el 13 de marzo y el 21 de agosto de 2020, se notificaron 6.869 personas expuestas al SARS-CoV-2 entre personal de salud, de los cuales 620 fueron confirmados por laboratorio para infección por SARS-CoV-2, incluido un fallecido, lo que corresponde a 5% del total de casos confirmados a nivel nacional. Las Regiones Sanitarias con mayor proporción de personal de salud expuesto a COVID-19 fueron: Capital (39%), Central (28%) y Alto Paraná (10%).

De los 620 casos confirmados hasta el 21 de agosto de 2020, 70% son mujeres y la mayor proporción se observó en los grupos de edad de 29 a 39 años (46%), seguido del grupo de 40 a 50 años (21%), el de 18 a 28 años (15%) y el de 51 a 61 años (11%). El 86% desarrollaron síntomas y signos (como tos, fiebre, dolor de garganta y dificultad respiratoria), mientras que 14% fueron asintomáticos.

Las regiones sanitarias con la mayor proporción de casos confirmados de COVID-19 en personal de salud fueron: Alto Paraná (31%), Capital (30%), Central (23%) y Caaguazú (5%). De acuerdo con la profesión de salud de los casos confirmados, 33% fue personal de enfermería, 28% personal médico, 4% personal de laboratorio y 29% otras profesiones/servicios de salud. Del total de casos confirmados, 40% (250 casos) desarrollaron la infección posterior a la exposición en entorno asistencial; de estos, en 60% la exposición fue durante el contacto con personal de salud infectado, 34% durante la atención de pacientes, 4% durante la asistencia a albergues, y 2% durante la atención a penitenciarías.

- **República Dominicana:** Entre el 1 de enero y el 23 de agosto de 2020 se notificaron 272 casos confirmados de COVID-19 en trabajadores de salud, de los cuales 64% son mujeres.⁵

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros las recomendaciones realizadas en la [Alerta Epidemiológica del 16 de enero de 2020](#) y la [Actualización Epidemiológica del 23 de junio de 2020](#), sobre prevención y control de infecciones en todos los niveles de atención y la vigilancia de casos de COVID-19 entre el personal de salud. La OPS/OMS también recomendó a los Estados Miembros seguir los lineamientos y recomendaciones de la guía provisional para [Prevención y control de infecciones durante la atención médica de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19](#), publicada el 29 de junio de 2020; la guía provisional para la [Evaluación de riesgo y manejo de la exposición de personal de salud en el contexto de la COVID-19](#), publicada el 19 de marzo de 2020; la [Lista de verificación para preparación de hospitales para la COVID-19](#), publicada el 10 de febrero de 2020; y el documento sobre [Recomendaciones provisionales para la evaluación de las prácticas de prevención y control de infecciones en áreas de aislamiento en establecimientos de salud agudos en el contexto de la COVID-19](#), publicado el 14 de abril de 2020.

⁵ La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana actualiza periódicamente la información, la que está disponible haciendo clic [aquí](#).

La OPS/OMS recomendó a los Estados Miembros abordar los desafíos de proveer de recursos y capacitación al personal de salud y en consecuencia mantener las capacidades de los servicios de salud durante la pandemia. La OPS/OMS también pone a disposición del personal de salud, [cursos en línea sobre diversos temas incluyendo la prevención y control de infecciones](#).

Considerando que los sistemas de salud son heterogéneos en términos de estructura y composición de los equipos de salud, será importante que los lineamientos y recomendaciones se apliquen y ajusten en función al contexto, traduciéndose en soluciones pragmáticas y aplicables a nivel local.⁶

REVISTA
PANAMERICANA
DE SALUD PÚBLICA

PARAGUAY

LA COVID-19 AGRAVA LA SITUACIÓN
DE LOS ENFERMOS DE TUBERCULOSIS

14/08/2020

Entre enero y junio de este año, en Paraguay solo fue diagnosticado 40% de los casos de tuberculosis respecto de igual lapso del año anterior debido al impacto de COVID-19 en las estrategias de control de la enfermedad, según datos registrados por el Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud de ese país.



En Paraguay, lejos de ser una enfermedad erradicada, la tuberculosis es motivo de preocupación sanitaria y sigue afectando a miles de personas.

De acuerdo con los datos de un reciente [estudio](#) que analizó los factores que conspiran contra el éxito del tratamiento, entre enero de 2016 y marzo de 2017, 30% de los enfermos de tuberculosis en Paraguay no tuvo un tratamiento exitoso, un porcentaje que supera el promedio en las Américas (24%) y se acerca al doble del porcentaje mundial (18%).

La investigación también halló que estar infectado por el VIH, consumir alcohol o drogas ilícitas, ser hombre, indígena, tener más de 55 años, y haber iniciado y abandonado la medicación antituberculosa, son los principales factores de riesgo asociados a un tratamiento no exitoso.

Son considerados tratamientos no exitosos aquellos en los que no hubo seguimiento de la enfermedad (la medicación suele suministrarse a lo largo de meses), fracasó el tratamiento, o falleció el paciente.

El abordaje de la tuberculosis desde el sector de la salud es muy limitado. Es preciso hacer una revisión de las estrategias dirigidas a poblaciones vulnerables con un enfoque interinsti-

⁶ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

tucional, multisectorial e intercultural a fin de poner énfasis en la co-infección tuberculosis-VIH, el abuso de sustancias, y otras comorbilidades.

La importancia de los resultados de esta investigación radica en puntualizar exactamente cuáles son los déficits por los cuales los pacientes dejan su tratamiento para enfocarse en mejorar su seguimiento y atención, reforzando sobre todo la parte educativa en el consultorio.

Este año además, junto a los factores incluidos en el estudio, la COVID-19 impactó en la atención de pacientes con tuberculosis. Durante la pandemia, las búsquedas de casos presuntivos de tuberculosis se limitaron a urgencias y área de internados, y el diagnóstico fue centralizado en el Laboratorio Central de Salud Pública, centro de referencia nacional, cuando en 2019 se contaba con 151 laboratorios en funcionamiento.

Si bien desde agosto se iniciaron actividades de campo con apoyo del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis para búsquedas activas, seguimiento de casos y control de contactos en comunidades indígenas y asentamientos, estas tareas no son continuas debido al aumento de los casos de COVID-19 en el país.

Hasta ahora, Paraguay mantenía controlada la cantidad de casos diarios desde el inicio de la pandemia en el país a principios de marzo. Sin embargo, [las cifras](#) se dispararon ese mes a un promedio superior a 400 nuevos casos por día durante todo agosto. Antes de este pico, la cifra diaria más alta habían sido 231 casos (el 27 de junio).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud-Paraguay, las personas enfermas con COVID-19 y tuberculosis muestran síntomas similares, como tos, fiebre y dificultad para respirar. Las dos enfermedades atacan principalmente a los pulmones y, aunque ambas se transmiten a través de contactos cercanos, el período de incubación desde la exposición a la enfermedad es más largo en la tuberculosis y suele presentar un inicio lento.

Aunque, según la Organización Panamericana de la Salud, la experiencia sobre infección por COVID-19 en pacientes con tuberculosis es limitada, se prevé que las personas enfermas con tuberculosis y COVID-19 puedan tener peores resultados de tratamiento, especialmente cuando se interrumpe la medicación antituberculosa.

En el marco de la pandemia, el mal desenlace o tratamientos no exitosos de la tuberculosis probablemente van a profundizarse más. Por miedo a los hospitales, muchos pacientes dejaron de acudir a sus controles; incluso muchos dejaron de retirar sus medicamentos. No existen todavía datos precisos, pero hay una muy probable pérdida de seguimiento dado que los consultorios estuvieron cerrados durante tres meses.

Los esfuerzos deben redoblar al máximo para lograr el cumplimiento de las metas de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud alineadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Cuarenta y seis personas con dengue confirmado por laboratorio han sido hospitalizadas en lo que va del año, un aumento por encima de lo normal en los casos, dijo el Ministerio de Salud de Saint Vincent and the Grenadines.

Al 25 de julio, el número de casos notificados era de 48. Sin embargo, al 25 de agosto, el número de casos confirmados por laboratorio había aumentado a 74.



“Este aumento no es típico de este período y se insta a los sanvicentinos a tomar las precauciones necesarias para evitar una mayor propagación de la enfermedad”, instó el Ministerio de Salud el 27 de agosto.

El ministerio declaró que los casos confirmados este año hasta ahora no se limitan a un distrito de salud en particular, pero “la mayoría de los casos se han informado en el Distrito de Salud de Pembroke, que incluye comunidades entre Campden Park y Barrouallie”.

El rango de edad de los casos confirmados es de seis meses a 86 años.

Si bien el Ministerio de Salud indicó que 46 casos han sido hospitalizados, no mencionó la gravedad de su condición.

Además, el número de casos confirmados por laboratorio no refleja necesariamente el número total de casos.

Una investigación de la Agencia Pública de Salud del Caribe (CARPHA) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) mostró que los tambores y neumáticos son las principales fuentes de reproducción del mosquito en el país.

España descarta nueva cuarentena

El presidente del Gobierno español, Pedro Sánchez Pérez-Castejón, descartó el 1 de septiembre un nuevo estado de alarma para volver a confinar a los 47 millones de habitantes del país, ante el repunte de los casos de COVID-19.

Sánchez afirmó que su administración no se plantea la declaración de esa dura medida excepcional, porque la evolución de la enfermedad no es homogénea en toda España, explicó.

A su juicio, la aplicación generalizada de ese precepto constitucional, que entre mediados de marzo y finales de junio impuso una estricta cuarentena en todo el territorio nacional, no tendría justificación ahora.

El mandatario señaló que, aunque los datos actuales son parecidos a los del mes de marzo –en pleno pico de la pandemia–, también hay matices muy importantes, como la capacidad de detección, con casi medio millón de test realizados en una semana.

Sánchez atribuyó el aumento de casos de COVID-19 durante el verano a una relajación de la población en cuanto a los niveles de protección, después de vivir tres meses de duro confinamiento en sus casas.

No obstante, opinó que algunas de las 17 comunidades autónomas españolas tienen que mejorar sus capacidades estratégicas en el enfrentamiento a la enfermedad y admitió la inquietud del Gobierno por la situación en Ma-

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	5.936.572	182.162	1.795,57	3,07
Brasil	3.862.311	120.828	1.819,63	3,13
India	3.691.166	65.288	267,99	1,77
Rusia	1.000.048	17.299	685,33	1,73
Perú	647.166	28.788	1.968,20	4,45
Sudáfrica	627.041	14.149	1.059,89	2,26
Colombia	607.938	19.364	1.197,33	3,19
México	595.841	64.158	463,09	10,77
España	439.286	29.011	939,62	6,60
Chile	411.726	11.289	2.157,50	2,74
Argentina	408.426	8.498	905,34	2,08
Irán	375.212	21.571	447,85	5,75
Reino Unido	335.877	41.501	495,27	12,36
Arabia Saudí	315.772	3.897	909,83	1,23
Bangladesh	312.996	4.281	190,43	1,37
Pakistán	296.149	6.298	134,59	2,13
Turquía	270.133	6.370	320,97	2,36
Italia	269.214	35.483	445,14	13,18
Francia	264.953	30.494	406,09	11,51
Alemania	243.599	9.302	290,93	3,82
Irak	234.934	7.042	586,72	3,00
Filipinas	220.819	3.558	202,04	1,61
Indonesia	174.796	7.417	64,04	4,24
Kazajistán	131.596	1.878	702,51	1,43
Canadá	127.940	9.117	339,58	7,13
Ucrania	123.303	2.605	281,61	2,11
Qatar	118.778	197	4.136,58	0,17
Bolivia	115.968	4.966	996,20	4,28
Israel	114.702	925	1.329,31	0,81
Ecuador	113.767	6.556	646,79	5,76
Egipto	98.939	5.421	97,05	5,48
República Dominicana	94.715	1.710	874,86	1,81
Panamá	92.065	1.995	2.140,39	2,17
China	90.402	4.730	6,29	5,23
Rumania	87.540	3.621	454,46	4,14
Omán	85.722	685	1.687,24	0,80
Bélgica	85.142	9.895	735,28	11,62
Kuwait	85.109	531	1.998,77	0,62
Suecia	84.379	5.808	836,52	6,88
Guatemala	74.074	2.760	414,99	3,73
Belarús	71.843	681	760,25	0,95
Países Bajos	70.596	6.215	412,18	8,80
Emiratos Árabes Unidos	70.231	384	711,79	0,55
Japón	69.133	1.309	54,63	1,89
Polonia	67.372	2.039	177,98	3,03
Marruecos	62.590	1.141	169,97	1,82
Honduras	60.174	1.858	609,46	3,09
Portugal	58.012	1.822	568,61	3,14
Singapur	56.812	27	972,59	0,05
Nigeria	54.008	1.013	26,33	1,88
Otros 165 países y territorios	1.420.211	30.318	81,37	2,13
Total	25.327.098	848.255	326,90	3,35

Tabla 4. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 1 de septiembre de 2020, 14:48 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
América	13.242.146	458.414	470,97	3,46
Europa	4.448.152	218.161	351,17	4,90
Sudeste Asiático	4.188.196	79.179	248,81	1,89
Mediterráneo Oriental	1.911.041	51.671	259,84	2,70
África	1.058.660	23.631	192,67	2,23
Pacífico Occidental	478.903	17.199	68,31	3,59
Total	25.327.098	848.255	326,90	3,35

Tabla 5. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de septiembre de 2020, 14:48 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

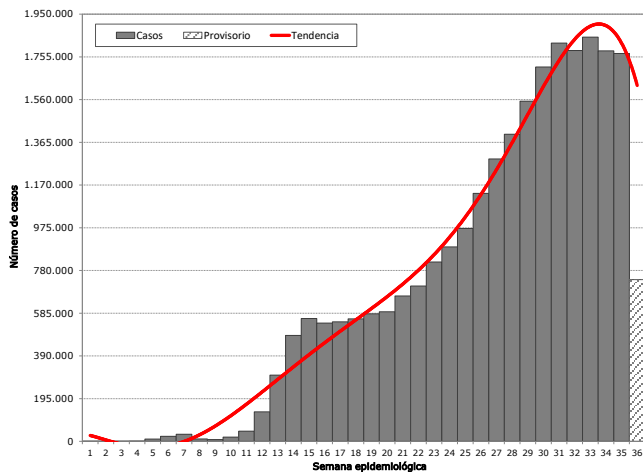


Gráfico 9. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 36. Datos al 1 de septiembre de 2020, 14:48 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

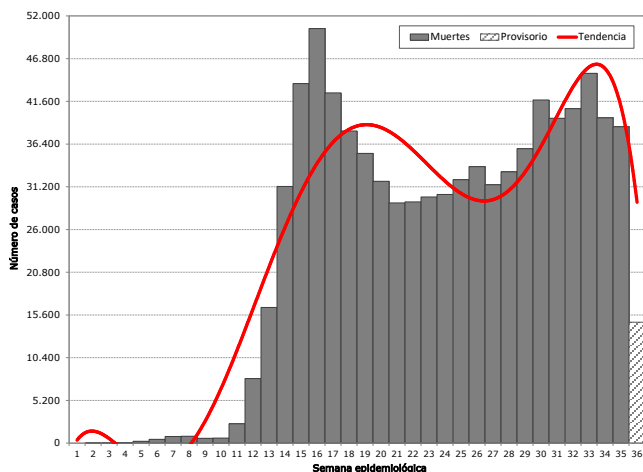


Gráfico 9. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 36. Datos al 1 de septiembre de 2020, 14:48 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

las restricciones a la situación epidemiológica que constituye una amenaza a la economía e impide su paulatina reanimación, perjudica los puestos de trabajo y el comienzo del curso escolar por el riesgo a los más pequeños, además de garantizar la seguridad de los ancianos, el sector más vulnerable.

Otra medida de prevención puesta en vigor hoy es la suspensión de los vagones restaurantes-cafeterías y dormitorios en todos los trenes.

El Ministerio de Salud indicó que en las últimas 24 horas se confirmaron 118 nuevos casos y ocurrió un fallecimiento, con lo cual suman 616 desde el inicio de la pandemia en marzo.

En todo el país hay 6.257 casos registrados, de ellos 1.820 activos y 96 hospitalizados, de los cuales siete se mantienen conectados a respiradores mecánicos.

En cuarentena domiciliar se encuentran 10.124 personas, se rehabilitaron 3.821 y el número total de pruebas realizadas hasta hoy alcanza las 429.942.

drid, una región de unos 6,6 millones de habitantes, una de las más afectadas del país con cerca de 15.000 contagios en la última semana.

El dirigente sugirió que algunos gobiernos regionales, competentes en materia sanitaria, deberían mejorar su capacidad de rastreo de casos de COVID-19, en obvia alusión a la autonomía que comprende a la capital española.

Hungría reimplanta el cierre de fronteras

Hungría retomó el 1 de septiembre el cierre total de sus fronteras debido al incremento de casos de COVID-19 y el agravado estado actual de la epidemia en el país.

Desde la medianoche se restituyó la medida impuesta durante la llamada primera ola de la COVID-19, aplicable a todos los ciudadanos extranjeros que quieran ingresar a territorio magiar, con la única excepción de circunstancias especiales y solo bajo la observancia de las más estrictas regulaciones de protección. De acuerdo con el anuncio oficial, los ciudadanos húngaros en el extranjero que retornen al país deberán permanecer en cuarentena durante 14 días y después presentar dos pruebas negativas de la COVID-19 con no más de 48 horas entre una y otra.

Las autoridades sanitarias confirmaron que la mayoría de las infecciones registradas en las últimas semanas proviene del exterior.

Desde el Ejecutivo explicaron este retorno a

Bélgica mantiene la tendencia a la baja

En la jornada del regreso a clases, autoridades de salud belgas publicaron datos que confirman la tendencia a la baja de los casos de COVID-19, que suman 85.236 desde el 15 de marzo.

Del 22 al 28 de agosto, el promedio diario de casos fue 431, una reducción de 12% en relación con la semana precedente. En las últimas 24 horas, los contagios confirmados disminuyeron a 194, aunque el fin de semana suelen realizarse menos pruebas de diagnóstico.

Respecto de las hospitalizaciones, la media por jornada del último cierre se ubicó en 17, una baja de 37% en comparación con el período del 15 al 21 de agosto, mientras la de decesos en cuatro, 44% inferior.

Desde el comienzo de la pandemia, 9.895 personas murieron en Bélgica por la COVID-19, el tercer país con mayor incidencia de víctimas fatales por millón de habitantes, con 853, solo superado por San Marino (1.237) y Perú (876).

A propósito del retorno a clases el 1 de septiembre, la ministra de Educación, Caroline Désir, aseguró que fueron creadas las condiciones para reaccionar lo más rápido posible ante un eventual impacto de la COVID-19 en las escuelas.

La funcionaria señaló que después de casi seis meses de interrupciones de la enseñanza, existe una mejor preparación para lidiar con la crisis sanitaria que en marzo y adelantó que las autoridades estarán muy atentas a la situación.

Aumento de casos en Kuwait

El informe sobre el curso de la pandemia de COVID-19 en Kuwait difundido el 1 de septiembre admite la detección de 702 nuevos casos y el deceso de tres pacientes.

La información refiere que en las últimas 24 horas, sumados los nuevos infectados, el total asciende a 85.811 y el de los fallecidos a 534.

En las instalaciones especializadas hay 7.620 pacientes y en las últimas horas se realizaron 3.997 testeos de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, es decir, un conjunto de 621.616.



ARGELIA

AUMENTAN LOS CASOS DE LEISHMANIOSIS
CUTÁNEA EN EL OESTE DEL PAÍS

24/08/2020


La incidencia de leishmaniosis cutánea, una infección cutánea transmitida por las picaduras de flebotomos, en la región occidental ha ido creciendo de manera constante durante varios años. La incidencia de esta enfermedad ha pasado de 0,6 cada 100.000 habitantes en 2014, a 2,8 cada 100.000 habitantes en 2019.

El número de casos en las 10 wilayas de la región occidental aumentó de 46 en 2014 a 251 en 2019. La wilaya de Saïda es la más afectada por la leishmaniosis cutánea. La incidencia en la

wilaya de Saïda se estima en 26,5 cada 100.000 habitantes, seguida de Tiaret con 10,5, Sidi Bel-Abbes con 1,7 y Tissemsilt con 1,3. El resto de las wilayas registran menos de 0,4 casos cada 100.000 habitantes.

El grupo etario de menores de 14 años es el más afectado por esta infección, con una proporción a favor de los hombres.

Los casos de leishmaniosis visceral (una forma más grave que la leishmaniosis cutánea) siguen siendo raros: no se registraron casos en la región occidental durante 2019.

 <p>World Health Organization REGIONAL OFFICE FOR Africa</p>	<p style="text-align: right;"><i>CHAD</i></p> <p style="text-align: center;">BROTE DE FIEBRE CHIKUNGUNYA</p> <p style="text-align: right;"><i>30/08/2020</i></p>
---	--

El 28 de agosto de 2020, la Organización Mundial de la Salud recibió del Centro Nacional de Coordinación del Reglamento Sanitario Internacional de Chad la notificación oficial de un brote de fiebre chikungunya. El informe señaló que entre el 14 y el 26 de agosto de 2020, se registraron 6.163 casos, sin muertes, en el nivel de establecimiento de salud en el distrito de Abéché, en la región fronteriza con Sudán.

El caso índice del brote es un agricultor de 62 años, que pasó toda la temporada de lluvias en su campo ubicado en la zona de Abougoudam, a unos 20 km de Abéché, con información de que no ha viajado fuera del distrito.

Se enviaron trece muestras para su análisis al laboratorio móvil de N'Djamena, de las cuales 11 dieron positivo para el virus Chikungunya, destacando la enfermedad como responsable de la epidemia en la provincia de Ouaddai y principalmente en los distritos sanitarios de Abéché y Adré. Los resultados de la prueba fueron corroborados por el Laboratorio 'Dr. Louis Pasteur' de Yaundé, Camerún, donde 4 de 5 muestras enviadas para control de calidad dieron positivo para el virus Chikungunya.

<p>JAMA Pediatrics</p>	<p style="text-align: right;"><i>COREA DEL SUR</i></p> <p style="text-align: center;">LOS NIÑOS PUEDEN PORTAR EL SARS-CoV-2 EN EL TRACTO RESPIRATORIO DURANTE SEMANAS</p> <p style="text-align: right;"><i>28/08/2020</i></p>
-----------------------------------	---

Los niños pueden portar el SARS-CoV-2 en la nariz y la garganta durante semanas, incluso si no muestran ningún síntoma, lo que podría explicar cómo el virus se puede propagar silenciosamente, informaron investigadores de Corea del Sur.



En este estudio de serie de casos, las infecciones inaparentes en los niños pueden haber estado asociadas con la transmisión silenciosa de la COVID-19 en la comunidad.

Este [estudio](#) se alinea con datos de adultos en los que hasta 40% de los adultos puede permanecer asintomático frente a la infección.

En este estudio, se estimó que 85 niños infectados (93%) se habrían pasado por alto usando una estrategia de prueba enfocada en evaluar solo a pacientes sintomáticos.

El estudio sale a la luz en un momento en que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han sido criticados por cambiar sus directrices sobre pruebas en personas asintomáticas, lo que el 20 de agosto la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) calificó como “un peligroso paso atrás”, en un comunicado.

En las [pautas actualizadas de los CDC](#), es posible que algunas personas sin síntomas no necesiten hacerse la prueba, incluso si han estado en contacto cercano con alguien que se sabe que tiene el virus.

Esta investigación agrega más evidencia de por qué lanzar una red amplia, cuando se trata de rastreo de contactos, es una estrategia clave para mitigar la propagación del SARS-CoV-2.

Se sabe que los niños a menudo muestran pocos o ningún síntoma de COVID-19. También se sabe que no son inmunes a este virus y pueden enfermarse gravemente. Es fundamental realizar pruebas a las personas expuestas que aún no muestran síntomas para localizar contactos, lo que ayuda a identificar y apoyar a otras personas que están en riesgo de infección.

Difícil de diagnosticar

El estudio incluyó datos de 91 niños asintomáticos, presintomáticos y sintomáticos diagnosticados con COVID-19, entre el 18 de febrero y el 31 de marzo, en 22 centros de Corea del Sur.

Entre esos pacientes, 20 de ellos (22%) no mostraron ningún síntoma obvio y permanecieron asintomáticos durante todo el estudio.

Otros 18 niños (20%) eran presintomáticos, lo que significa que no se veían ni se sentían enfermos en ese momento, pero finalmente presentaron síntomas más tarde.

En total, más de la mitad de los niños (71 niños, 78%) sí mostraron síntomas, que incluían fiebre, tos, diarrea, dolor abdominal y pérdida del olfato o del gusto, entre otros síntomas. La duración de los síntomas pareció variar, de uno a 36 días.

Esto sugiere que incluso los niños, leve y moderadamente afectados, permanecen sintomáticos durante largos períodos de tiempo.

Los datos mostraron que solo 8,5% de los pacientes con síntomas fue diagnosticado con COVID-19 en el momento en que comenzaron sus síntomas. La mayoría (66,2%) de los pacientes con síntomas tenía síntomas que no se reconocieron antes de ser diagnosticados, y 25,4% desarrolló síntomas después de ser diagnosticados.

Esto resalta el concepto de que es más probable que los niños infectados pasen desapercibidos con o sin síntomas y continúen con sus actividades habituales, lo que puede contribuir a la circulación viral dentro de su comunidad.

El virus permaneció en el tracto respiratorio

El estudio encontró material genético del virus detectable en los niños durante una media de 17,6 días en general. Incluso en los niños que no presentaron síntomas, el SARS-CoV-2 fue detectable durante 14 días, en promedio. También es posible que el virus permaneciera en los niños por más tiempo, porque no se identificó la fecha del contagio inicial.

Sin embargo, esto no significa necesariamente que los niños estuvieran propagando el virus.

La presencia del material genético del virus en hisopos no tiene por qué equipararse con la transmisión, especialmente en personas que no tienen síntomas importantes como tos y estornudos.

Además, los métodos sensibles de detección molecular pueden detectar virus infecciosos viables, pero también no viables o fragmentos de ARN sin capacidad de transmisión.

También se necesita más investigación para determinar si surgirían hallazgos similares entre un grupo más grande de niños de otras partes del mundo.

Aun así, el nuevo estudio proporciona información que los funcionarios de salud pública pueden utilizar al considerar la propagación del virus en las escuelas.

Una estrategia de vigilancia que evalúe solo a los niños sintomáticos no podrá identificar a los niños que están diseminando virus silenciosamente mientras se mueven por su comunidad y escuelas. En regiones donde el uso del barbijo no es ampliamente aceptado o utilizado por el público en general, los portadores asintomáticos pueden servir como un reservorio importante que puede facilitar la propagación silenciosa a través de una comunidad.

Sin datos y transparencia, la ciencia y los profesionales médicos se ven obstaculizados, y las familias se ven perjudicadas, ya que se carece de información que ayude a comprender con qué facilidad se puede transmitir este virus a otras personas y cómo detenerlo.

	<p style="text-align: right;"><i>NEPAL</i></p> <p style="text-align: center;">REPORTAN CINCO CASOS DE TIFUS DE LOS MATORRALES EN DARCHULA</p> <p style="text-align: right;"><i>31/08/2020</i></p>
---	---

Se han registrado cinco casos de tifus de los matorrales en el distrito de Darchula. De ellos, tres son hombres y dos mujeres.

“Los casos corresponden a un hombre del municipio de Mahakali; dos mujeres y un hombre del municipio rural de Malikarjun; y un hombre del municipio rural de Byas”, dijo el Dr. Gajendra Duwal, del Hospital de Distrito de Darchula.

Una de las personas infectadas ha sido derivada a Dhangadhi, mientras que otra ha sido ingresada en el Hospital de Distrito para recibir tratamiento. El estado de salud de los otros tres infectados es bueno.

En las zonas rurales de Sierra Leona, los médicos suelen estar curados de espanto por la gravedad de los casos que les llegan, pero el de una bebé de 18 meses les ha sorprendido por el cúmulo de patologías, entre ellas malaria, una enfermedad antigua que prospera con el miedo a la COVID-19.

Cuando la pequeña fue ingresada en julio en el hospital de Hangha, en el sureste del país, el diagnóstico no era habitual, incluso en este país del África Occidental donde la tasa de mortalidad infantil es una de las más altas del mundo. Presentaba un cuadro de neumonía alarmante, diarrea y malaria.



Clínica móvil de Médicos Sin Fronteras en un pueblo de Sierra Leona.

“No se sostenía, ni siquiera sentada”, contó su madre, Adama Ansumana, sentada en un banco de la unidad de cuidados intensivos, con su hija dormida en su regazo.

La pequeña está fuera de peligro, pero los médicos han constatado con preocupación la multiplicación de casos extremos desde que los pacientes evitan ir a los hospitales por miedo a contagiarse la COVID-19.

La ONG Médicos sin Fronteras (MSF), que dirige el hospital de Hangha, a una decena de kilómetros de Kenema, tercera ciudad en importancia del país situada a unos 300 kilómetros de la capital, Freetown, constató que desde marzo las admisiones han caído 40% en esta estructura de 63 camas.

La falta de seguimiento médico adecuado es particularmente peligrosa para los niños durante la actual estación de lluvias, ya que la malaria se dispara por el aumento de la población de mosquitos.

Remedios tóxicos

La malaria es una de las enfermedades más antiguas y devastadoras del continente africano. Causada por parásitos transmitidos por las picaduras de mosquitos *Anopheles* infectados, la malaria provoca fiebres altas, dolores de cabeza y dolores musculares, que pueden derivar en una anemia grave, problemas respiratorios y afectar los órganos o el cerebro si no se trata rápidamente.

Unos 219 millones de personas se infectaron en el mundo en 2017, de ellas 435.000 murieron. Más de 90% de las víctimas son africanas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“Nos enfrentamos a una epidemia de malaria, con síntomas de desnutrición severa en la mayor parte de los casos de menores que llegan al hospital”, explicó la pediatra belga Laure Joachim, miembro del equipo médico de MSF en el hospital de Hangha.

Por temor a contagiarse la COVID-19, muchos padres prefieren recurrir a la medicina tradicional, agravando a menudo las patologías.

“Muchos menores están gravemente enfermos, con fallos multiorgánicos, ya que las plantas tradicionales son tóxicas”, dijo la pediatra.

Pese a que el suelo está lleno de diamantes, en particular en la región de Kenema, Sierra Leona es uno de los países más pobres del planeta y su sistema de salud es particularmente deficiente.

Traumatismo y desinformación

La antigua colonia británica de 7,5 millones de habitantes ha sido duramente golpeada por la epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental, que mató a cerca de 4.000 personas en el país entre 2014 y 2016, y tiene dificultades para recuperarse de una guerra civil que dejó unos 120.000 muertos, casi 20 años después del final de conflicto.

“El temor de la doctora se explica en gran parte por el traumatismo de la epidemia de Ébola”, dijo Sahr Abdulai Surkiti, trabajador médico que recorre las zonas rurales para sensibilizar a la población pese a un salario miserable.

“Cuando la ambulancia venía a buscar a un enfermo de Ébola, nunca volvía”, recordó. Según MSF, unos 200 miembros del personal médico de la región de Kenema perdieron la vida por esta epidemia.

La información falsa relativa a la COVID-19 contribuye también a alejar a los pacientes de los hospitales y de los centros de salud, que en general están subequipados.

“La gente tiene miedo. Y nosotros no tenemos agua, ni siquiera una moto para desplazarnos”, explicó Sarah Vandí, enfermera en el pueblo aislado de Talia.

“El resultado es que la malaria sigue causando un gran sufrimiento y diezmando a las familias en Sierra Leona, pese a la distribución por el gobierno desde marzo de cuatro millones de mosquiteros”, lamentó el responsable de enfermedades infecciosas del Ministerio de Salud, Samuel Juana Smith.



National Dengue Control Unit
Ministry of Health, Nutrition and
Indigenous Medicine

SRI LANKA

DISMINUYERON LOS CASOS DE DENGUE
EN LA PRIMERA MITAD DEL AÑO

26/08/2020


La Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud, nutrición y Medicina Indígena de Sri Lanka reportó 25.795 casos de dengue hasta el 26 de agosto, un total inferior a los 35.294 casos observados durante los primeros siete meses de 2020, cuando Sri Lanka informó más de 105.000 casos durante todo el año.

Colombo ha reportado la mayor cantidad de casos con 3.675, mientras que hubo 2.659 casos en Kandy.

El director de la Unidad Nacional de Control del Dengue, Dr. Aruna Jayasekara, dijo que 23 pacientes de dengue han muerto en lo que va del año.

Las autoridades también advirtieron que existe un mayor riesgo de propagación del dengue debido a la temporada de lluvias.

Jayasekara instó a la población a limpiar su entorno y prevenir la propagación de los mosquitos transmisores del dengue.

 Organización Mundial de la Salud	<i>SUDÁN</i> DETECTAN EL POLIOVIRUS CIRCULANTE TIPO 2 DERIVADO DE LA VACUNA
	<i>01/09/2020</i>

El 9 de agosto de 2020, el Ministerio Federal de Salud de Sudán notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección de un poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en el país. Según la notificación, el virus está genéticamente vinculado con Chad (los resultados de la secuenciación mostraron cambios de 12 a 19 nucleótidos). Se notificaron dos casos de parálisis flácida aguda (PFA). El primer caso, un niño de 48 meses, tuvo inicio de parálisis el 7 de marzo de 2020 y fue de la ciudad de Sulbi de la localidad de Kas en el estado de Janub Darfur. El estado se encuentra en el oeste del país, en la frontera con República Centrafricana, Sudán del Sur y cerca de la frontera con Chad. El segundo caso, un niño de 36 meses, tuvo inicio de parálisis el 1 de abril de 2020 y fue de la ciudad de Shari de la localidad de Al-Qadarif en el estado de Al-Qadarif en el este, cerca de la frontera con Eritrea y Etiopía. Ambos niños recibieron su última dosis de la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV, tipos 1 y 3) en 2019. La investigación inicial indica que estos casos están relacionados con el cVDPV2 del grupo emergente CHA-NDJ-1 que se detectó por primera vez en octubre de 2019 y que actualmente circula en Chad y Camerún. También se han confirmado once casos sospechosos adicionales como cVDPV2 y se están consolidando los informes de la investigación de campo. Estos casos se encuentran en los siguientes estados: al-Bahr al-Ahmar, Gharb Darfor, Sharq Darfur, an-Nil al-Abyad, Nahr an-Nil y Al-Jazirah. Por lo tanto, entre el 9 y el 26 de agosto de 2020, se han notificado un total de 13 casos de cVDPV2. Además, se detectaron tres muestras ambientales positivas para cVDPV2 de los sitios de Soba, Elgoz y Hawasha en al-Khartum (muestras recogidas el 29 de marzo de 2020). La secuenciación de los virus aislados en Sudán hasta ahora refleja que los virus están relacionados con los notificados anteriormente en el vecino Chad, donde hubo múltiples introducciones separadas en Sudán desde Chad. Hay circulación local en Sudán y se sigue compartiendo la transmisión con Chad.

Respuesta de salud pública

Tras la detección del cVDPV2 en el país, se están planificando y/o implementando las siguientes actividades de respuesta:

El Ministro Federal de Salud en funciones declaró ante el Gabinete un brote de cVDPV2 en Sudán dentro de las ocho horas del día cero del brote (9 de agosto de 2020).

El Ministerio de Salud, con el apoyo de los socios de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (GPEI), llevó a cabo una investigación de campo completa e inició la im-

plementación del plan de preparación y respuesta ante brotes de poliomielitis desde el día cero.

Se ha establecido una fuerza de trabajo nacional para la respuesta al brote con representación de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Equipo Epidemiológico Federal finalizó los Términos de Referencia y la composición del Comité Técnico Nacional para el control del brote de cVDPV2 y convocó la primera reunión para el 9 de agosto de 2020;

El Subsecretario de Salud preside el comité directivo de respuesta al brote, y la primera reunión se convocó el 9 de agosto de 2020.

El Equipo Epidemiológico Federal asesoró a los administradores epidemiológicos estatales de Janub Darfur y Al-Qadarif y otros estados con casos para activar el comité de emergencia estatal y comenzar la implementación del plan de preparación y respuesta para el brote de poliomielitis.

La respuesta se coordina con otros departamentos, tales como los de promoción de la salud y emergencias sanitarias; y se está iniciando la coordinación transfronteriza con los países vecinos.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS estima que el riesgo de una mayor propagación internacional del cVDPV2 en África Central y el Cuerno de África es elevado, debido a los movimientos de población a gran escala con otras zonas de África Central y el Cuerno de África. El programa de poliomielitis está llevando a cabo una evaluación de riesgos más exhaustiva en toda la región. En todo el continente africano, se notificaron 172 casos de cVDPV2 en 14 países en 2020.

Consejos de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes frecuentes y contactos con países y áreas afectados por la poliomielitis, refuercen la vigilancia de la parálisis flácida aguda para detectar rápidamente cualquier nueva importación del virus y facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener una cobertura de inmunización de rutina uniformemente alta a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de una nueva introducción del virus.

Salud y Viajes Internacionales de la OMS recomienda que todos los viajeros a las áreas afectadas por la poliomielitis estén completamente vacunados contra la enfermedad. Los residentes (y visitantes durante más de cuatro semanas) de áreas afectadas por la poliomielitis deben recibir una dosis adicional de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) o de la inactivada (IPV) dentro de las cuatro semanas a 12 meses previos al viaje.

Según el consejo de un Comité de Emergencia convocado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), los esfuerzos para limitar la propagación internacional del poliovirus sigue siendo una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Los países afectados por la transmisión del poliovirus están sujetos a Recomendaciones Temporales. Para cumplir con estas recomendaciones emitidas bajo la ESPII, cualquier país infectado por poliovirus debe declarar el brote como una emergencia de salud pública nacional y considerar la vacunación de todos los viajeros internacionales que vivan o visiten el país durante cuatro semanas o más. Los países infectados por el cVDPV2 deben alentar a los residentes y visitantes de largo plazo a recibir una dosis de IPV entre cuatro semanas a 12 meses antes del viaje internacional.

Arte y pandemia



Graffiti que representa a una niña y su oso de peluche con barbijos con el cartel “Extraño a la escuela” el 7 de junio de 2020, en la ciudad de Ferizaj, Kosovo.

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.