



ARGENTINA

- Vigilancia de infección respiratoria aguda grave

AMÉRICA

- Canadá: Son 457 los casos de salmonelosis por cebollas importadas de Estados Unidos
- Estados Unidos: Primer caso humano de encefalitis equina del Este de este año en Wisconsin
- Estados Unidos: Las infecciones asintomáticas por SARS-CoV-2 en niños se vinculan con las tasas locales

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- India: Aumentan los casos de dengue, fiebre chikungunya y malaria en New Delhi
- Italia: La hepatitis C está más extendida de lo que se pensaba
- Italia: Brote intrahospitalario de infecciones por *Citrobacter* en Verona
- Países Bajos: Detectan poliovirus en los desagües de un importante fabricante de vacunas

- Tailandia: Son más de 50.000 los casos de dengue en lo que va del año
- Timor-Leste: Advierten del riesgo de una epidemia de infecciones de transmisión sexual
- Duración de la infectividad del SARS-CoV-2
- ¿Es factible eliminar las hepatitis virales como amenaza para la salud pública en 2030?

PUNTO DE VISTA

- La política del nacionalismo de las vacunas

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



Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA GRAVE

24/08/2020

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica 29, se registraron 9.495 casos de infección respiratoria aguda grave, con una tasa acumulada de 21,3 casos cada 100.000 habitantes. Las notificaciones se muestran en el área de seguridad en las semanas analizadas, observándose a partir de la semana epidemiológica 11 un abrupto descenso, en coincidencia con la llegada de la pandemia de COVID-19 a Argentina.

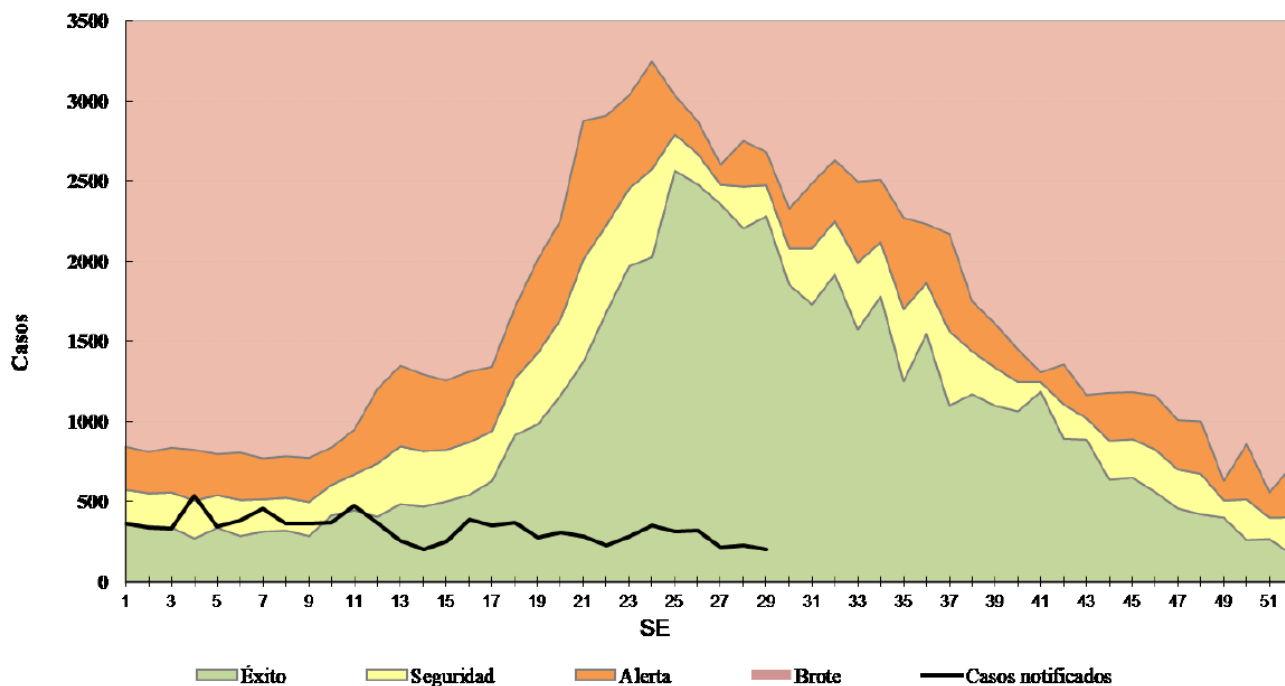


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

CANADÁ



SON 457 LOS CASOS DE SALMONELOSIS POR
CEBOLLAS IMPORTADAS DE ESTADOS UNIDOS

31/08/2020

La investigación del brote de infecciones por *Salmonella enterica* serotipo Newport está en curso mientras se siguen informando casos a la Agencia de Salud Pública de Canadá. Desde el 21 de agosto, se han reportado 78 nuevos casos en la investigación canadiense en curso. A la fecha son 457 los casos confirmados en Canadá, de los que un individuo ha fallecido, aunque no se sabe si *Salmonella* contribuyó como causa de la muerte.

No hay evidencia que sugiera que las cebollas cultivadas en Canadá estén asociadas con este brote. Las cebollas importadas de Estados Unidos están bajo investigación.

La Agencia de Salud Pública de Canadá está recomendando no consumir, vender ni servir cebollas rojas, blancas, amarillas y amarillas dulces de Thomson International Inc. de Bakersfield, California, Estados Unidos, ni ningún producto elaborado con estas cebollas. Este consejo se aplica a todas las personas en Canadá, así como a minoristas, distribuidores, fabricantes y establecimientos de servicios de alimentos como hoteles, restaurantes, cafeterías, hospitales y hogares de ancianos.

Quien no esté seguro de dónde se cultivó una de estas cebollas, se recomienda no consumirla.

La Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) ha emitido advertencias de retiro de alimentos para productos relacionados que llegaron a Canadá. Algunos de estos productos posiblemente se distribuyeron a nivel nacional. Es posible que haya advertencias adicionales de retiro de alimentos en Canadá.





WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

ESTADOS UNIDOS

PRIMER CASO HUMANO DE ENCEFALITIS EQUINA
DEL ESTE DE ESTE AÑO EN WISCONSIN

02/09/2020

El Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (DHS) y el Departamento de Salud del Condado de Eau Claire anunciaron el 2 de septiembre que las pruebas de laboratorio han confirmado el primer caso humano de infección por el virus de la encefalitis equina del Este (EEE) de este año, en una mujer menor de 18 años residente del condado de Eau Claire. Como resultado, el DHS y el Departamento de Salud del Condado de Eau Claire recuerdan a todos que se protejan de las picaduras de mosquitos usando repelente siempre que estén en exteriores.

Esta novedad se produce después de que el estado anunciara la semana pasada que caballos en tres condados del noroeste de Wisconsin estaban infectados con el virus. El virus de la EEE es una enfermedad rara pero potencialmente mortal que puede afectar a personas de todas las edades. El EEE se puede transmitir a los humanos a través de la picadura de un mosquito infectado. Los mosquitos adquieren el virus al alimentarse de la sangre de aves infectadas. El virus no se transmite de persona a persona ni directamente entre animales y humanos.

El primer caso humano de EEE en Wisconsin se identificó en 1964. Se han reportado tres casos humanos de la enfermedad en Wisconsin de 1964 a 2018, el último en 2017.

La mejor herramienta de prevención sigue siendo evitar las picaduras de mosquitos. “Todos tenemos un papel importante que desempeñar para protegernos a nosotros mismos y a nuestros seres queridos de las enfermedades causadas por los mosquitos”, dijo Stephanie Smiley, oficial de salud estatal interina. “Cada paso preventivo que damos marca la diferencia”.

JAMA
Pediatrics

ESTADOS UNIDOS

LAS INFECCIONES ASINTOMÁTICAS POR SARS-CoV-2
EN NIÑOS SE VINCULAN CON LAS TASAS LOCALES

02/09/2020

A medida que las comunidades se enfrentan a la decisión de enviar de nuevo a los niños a la escuela u optar por la enseñanza a distancia, una cuestión clave es cuántos niños probablemente tengan infecciones asintomáticas por SARS-CoV-2. Los investigadores han encontrado que la prevalencia de infecciones asintomáticas en niños se correlaciona con la incidencia global de COVID-19 en la población local, de acuerdo con un análisis de datos de 28 hospitales pediátricos estadounidenses.

Un nuevo [estudio](#) encontró una fuerte asociación entre la prevalencia de SARS-CoV-2 en niños asintomáticos y la incidencia semanal actual de COVID-19 en la población general, lo que ofrece un medio simple para que las instituciones calculen la prevalencia local de pacientes

pediátricos asintomáticos utilizando la base de datos de la [Johns Hopkins University](#), disponible para el público.

El trabajo analizó la prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 en 33.041 niños que se sometieron a pruebas sistemáticas en abril y mayo, cuando los hospitales reanudaron la atención médica y quirúrgica electiva. Los hospitales realizaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa para ARN del SARS-CoV-2 antes de cirugía, consultas clínicas o ingresos hospitalarios. Los otorrinolaringólogos pediátricos informaron sobre los datos de prevalencia hasta el 29 de mayo, como parte de un proyecto de mejora de la calidad.

En total, 250 pacientes resultaron positivos en las pruebas para el virus, lo que ascendió a una prevalencia general de 0,65%. En 25 zonas geográficas la prevalencia fluctuó de 0% a 2,2%. Por regiones, la prevalencia fue más alta en el Noreste (0,90%) y el Medio Oeste (0,87%); la prevalencia fue más baja en el Oeste (0,59%) y el Sur (0,52%).

Para darse una idea de cómo estas tasas se comparaban con las tasas generales en las mismas áreas geográficas, se utilizó la base de datos de casos confirmados de la Johns Hopkins University para calcular la incidencia semanal promedio de COVID-19 en toda la población para cada área geográfica.

La prevalencia de pacientes pediátricos asintomáticos se asoció significativamente con la incidencia semanal de COVID-19 en la población general en un periodo de 6 semanas, durante el cual la mayor parte de las pruebas se realizó en individuos sin síntomas. Un análisis en el que se utilizaron datos adicionales de 11 áreas geográficas demostró que esta asociación persistió en un momento de evaluación subsiguiente.

El estudio proporciona otra perspectiva sobre la pregunta de cuán probable es que un niño asintomático sea portador del SARS-CoV-2. Sin embargo, persisten preguntas relacionadas importantes.

Por una parte, no está claro cuántos niños se mantienen asintomáticos en comparación con quienes estaban en fase presintomática al momento de las pruebas. Y lo que es importante: ¿qué proporción de estos niños es contagiosa? Hay algunos datos que indican que los niños con infección asintomática pueden ser menos contagiosos que aquellos con infección sintomática.

También podría ser que los pacientes atendidos en los hospitales pediátricos difieran de la población pediátrica general. ¿Cuál sería el resultado si se efectuara exactamente el mismo estudio en un grupo de niños seleccionados al azar, no en niños que se están programando para un procedimiento? ¿Y cuáles serían las cifras ahora que se han liberado las órdenes de confinamiento?

Se necesitan más estudios para establecer que la detección de COVID-19 en la población general es predictiva de la prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 en niños asintomáticos.



Francia vuelve a superar los 7.000 casos

Por primera vez desde el comienzo de la pandemia de la COVID-19 en marzo, Francia superó los 7.000 casos en dos jornadas consecutivas.

En las últimas 24 horas se detectaron 7.157 casos, 140 más que los reportados en la víspera. Con los nuevos infectados, el país dejó atrás la barrera de los 300.000 casos, el decimosexto en alcanzar esa cifra, en una lista encabezada por Estados Unidos con más de seis millones.

Desde el inicio de la pandemia, solo cuatro veces fueron confirmados más de 7.000 casos en Francia, después de que el 28 de agosto se informasen 7.379, y 7.578 el 30 de marzo.

La tasa de positividad en relación con el total de pruebas de diagnóstico escaló a 4,4%, cifra inédita en semanas.

Respecto a los decesos, 21 personas perdieron la vida entre el 2 y el 3 de septiembre, por lo que las víctimas fatales ascendieron a 30.706.

Otros indicadores que demuestran el rebrote del virus son la existencia de 383 focos de transmisión activos, 43 detectados en las últimas 24 horas, y el hecho de que 60 de los 96 departamentos metropolitanos clasifiquen como vulnerables, ya sea de forma elevada o moderada.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	6.011.042	183.610	1.818,10	3,05
Brasil	3.950.931	122.596	1.861,38	3,10
India	3.853.406	67.376	279,77	1,75
Rusia	1.009.995	17.528	692,15	1,74
Perú	657.129	29.068	1.998,50	4,42
Sudáfrica	630.595	14.389	1.065,89	2,28
Colombia	624.069	20.052	1.229,10	3,21
México	606.036	65.241	471,02	10,77
España	479.554	29.194	1.025,76	6,09
Argentina	428.239	8.971	949,26	2,09
Chile	414.739	11.344	2.173,29	2,74
Irán	378.752	21.797	452,08	5,75
Reino Unido	338.680	41.514	499,41	12,26
Bangladesh	317.528	4.351	193,19	1,37
Arabia Saudí	317.486	3.956	914,77	1,25
Pakistán	297.014	6.328	134,98	2,13
Francia	276.466	30.539	423,73	11,05
Turquía	273.301	6.462	324,74	2,36
Italia	271.515	35.497	448,94	13,07
Alemania	246.116	9.321	293,93	3,79
Irak	242.284	7.201	605,07	2,97
Filipinas	226.440	3.623	207,19	1,60
Indonesia	180.646	7.616	66,18	4,22
Kazajistán	131.695	1.878	703,03	1,43
Canadá	129.425	9.132	343,52	7,06
Ucrania	128.228	2.710	292,86	2,11
Qatar	119.206	199	4.151,49	0,17
Israel	119.078	961	1.380,02	0,81
Bolivia	117.267	5.101	1.007,36	4,35
Ecuador	115.457	6.619	656,40	5,73
Egipto	99.280	5.461	97,38	5,50
República Dominicana	95.627	1.765	883,29	1,85
Panamá	93.552	2.018	2.174,96	2,16
China	90.442	4.734	6,29	5,23
Rumania	89.891	3.721	466,66	4,14
Kuwait	86.478	535	2.030,92	0,62
Omán	85.928	689	1.691,29	0,80
Bélgica	85.817	9.898	741,11	11,53
Suecia	84.532	5.820	838,03	6,88
Guatemala	75.644	2.790	423,78	3,69
Belarús	72.141	691	763,40	0,96
Países Bajos	71.971	6.226	420,21	8,65
Emiratos Árabes Unidos	71.540	387	725,05	0,54
Japón	70.340	1.332	55,58	1,89
Polonia	68.517	2.078	181,00	3,03
Marruecos	65.453	1.216	177,74	1,86
Honduras	61.769	1.888	625,61	3,06
Portugal	58.633	1.827	574,69	3,12
Singapur	56.860	27	973,41	0,05
Nigeria	54.463	1.027	26,55	1,89
Otros 165 países y territorios	1.453.698	30.826	83,28	2,12
Total	25.884.895	859.130	335,57	3,32

Tabla 1. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 3 de septiembre de 2020, 18:31 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	13.465.375	464.097	478,91	3,45
Europa	4.565.324	219.713	362,14	4,81
Sudeste Asiático	4.359.359	81.384	258,98	1,87
Mediterráneo Oriental	1.934.315	52.306	263,01	2,70
África	1.071.750	24.033	195,05	2,24
Pacífico Occidental	488.772	17.597	72,61	3,60
Total	25.884.895	859.130	335,57	3,32

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de septiembre de 2020, 18:31 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

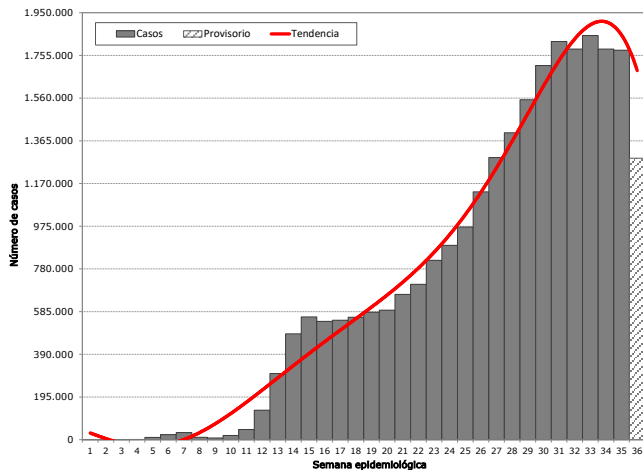


Gráfico 3. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 36. Datos al 3 de septiembre de 2020, 18:31 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

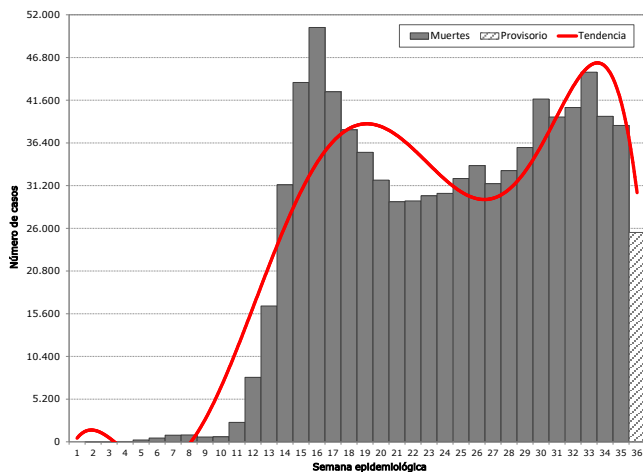


Gráfico 3. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 36. Datos al 3 de septiembre de 2020, 18:31 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

entre los 10 países más afectados por la COVID-19 solo aparece uno africano, Sudáfrica, mientras el continente americano inscribe cinco, con uno de ellos, Estados Unidos, como epicentro mundial de la pandemia.

Treinta ciudades vuelven al confinamiento en Israel

El Gabinete de COVID-19 de Israel decidió el 3 de septiembre confinar a partir del día 7 a treinta localidades del país en medio de una incontenible segunda ola de la enfermedad, que esta jornada registró el número más alto de infecciones desde el inicio de la pandemia.

Las drásticas restricciones, similares a las impuestas durante la primera ola de COVID-19 en marzo, limitan el movimiento de personas a las proximidades del domicilio, imponen el cierre de negocios que no sean esenciales y el de los centros educativos, salvo guarderías.

En los hospitales, las estadísticas reflejan 4.643 personas ingresadas, 11 más que el día anterior, y 464 en cuidados intensivos, 18 más.

Leve alza de casos en África

África registró el 2 de septiembre 8.383 nuevos casos de COVID-19, una leve alza respecto a los números del día anterior, cuando los infectados sumaron 6.022 contagiados. Así, el conjunto de los casos ascendió a un 1.269.758.

Los decesos, en contrapartida, fueron 251, menos que los lamentados en la jornada previa.

Desde el punto de vista estadístico, las cifras muestran una tendencia a la baja, y esa disminución en los casos ocurre a pesar del aumento de las pruebas para diagnóstico.

La situación es alentadora respecto a la existente tres semanas atrás cuando el número de nuevos infectados llegó a rozar los 20.000 por día.

La llegada de la pandemia a este continente activó las alarmas de facultativos y expertos políticos y económicos los cuales coincidieron en su potencial destructivo debido a las condiciones en varios países: hacinamiento en campos de refugiados, conflictos armados, endeble sistemas de salud, sequía y pobreza, entre otros males.

Los temores no se han confirmado hasta el presente y, por paradójico que parezca, entre

Una fuente israelí declaró que el estricto confinamiento intenta evitar la “pérdida completa de control” cuando esta semana más de dos millones de estudiantes volvieron a las aulas, por lo que se espera un lógico aumento de infecciones. “Las próximas semanas serán críticas”, advirtió.

Israel superó el 3 de septiembre por primera vez desde el inicio de la pandemia los 3.000 casos diarios, tras registrar tres días consecutivos de máximos.

El país aplicó hace un mes un nuevo mecanismo de rastreo de infecciones, con la implicación del ejército, y la obligación de cuarentenas para quienes hubieran tenido contacto con casos.

La COVID-19 ayuda a reducir la polución en Santiago de Chile

La Región Metropolitana, de Santiago de Chile, alcanza hoy la mejor calidad del aire desde que se tienen registros, a consecuencia de las restricciones sanitarias obligadas por la pandemia de COVID-19.

Un balance de la gestión de Episodios Críticos, presentado por la ministra de Medio Ambiente, María Carolina Schmidt Zaldívar, señaló que la emisión de contaminantes por la industria y el transporte disminuyó fuertemente debido a las cuarentenas, que llegaron a cubrir todas las comunas de la región.

Schmidt explicó que este año la mayor disminución se aprecia en los óxidos de nitrógeno, con 45% menos que en 2019, y que son esencialmente producidos por los medios de transporte.

Sobre la situación de la movilidad durante la pandemia, el Ministerio de Transportes reveló una baja considerable en los flujos vehiculares, lo que se aprecia además en que durante estos meses las multas por incumplimientos de restricciones disminuyeron 40% en comparación con el año pasado.

El organismo señaló además como otro factor que ayudó a reducir la cantidad de material en suspensión, el aumento, como parte de las medidas sanitarias, del lavado de calles, con lo cual se ha logrado limpiar las vías y también aspirar 25 toneladas de polvo al mes, que de lo contrario estaría contaminando la ciudad.

El intendente metropolitano, Felipe Guevara Stephens, explicó que a ese plan que abarcó a 30 comunas capitalinas, se sumó además una fuerte inversión para la aplicación de amonio cuaternario en esos territorios, en un esfuerzo por mejorar la seguridad sanitaria de los habitantes de la región.

India tiene el brote de mayor crecimiento del mundo

India tiene ahora el número de casos de COVID-19 de más rápido crecimiento de todos los países del mundo, al reportar más de 75.000 infecciones nuevas al día.

Las ciudades abarrotadas, la fatiga con el confinamiento y la falta de rastreo de contactos han extendido la COVID-19 a todos los rincones de este país de 1.300 millones de habitantes.

Los expertos en salud dicen que la tasa de reproducción del virus aumenta a medida que más gobiernos estatales, desesperados por estimular una debilitada economía, están relajando las restricciones de cuarentena, lo que propaga aún más el virus.

Durante el estricto confinamiento de fines de marzo a fines de mayo, la mayoría de los casos de COVID-19 de India se concentró en zonas urbanas. Pero a medida que se redujeron las res-

tricciones a los viajes interestatales, muchas personas comenzaron a moverse de las ciudades a las zonas rurales, llevando consigo el SARS-CoV-2.

Más de 60.000 indios han muerto a causa de la COVID-19, e India ahora tiene la tercera mayor cantidad de fallecidos, después de Estados Unidos y Brasil. Su número de infecciones reportadas es el tercero más alto del mundo.

India ha reportado más de 3 millones de casos, y su aumento diario es mayor que el de Estados Unidos o Brasil, que han registrado entre 40.000 y 50.000 infecciones nuevas al día.

Sin embargo, per cápita, India ha tenido muchas menos muertes que esos dos países y muchos otros, lo que refleja la población más joven y más delgada del país, dicen algunos médicos.

No obstante, algunos expertos se preguntan si las agencias gubernamentales indias no están enteradas de muchas de las muertes por COVID-19 o si no las reportan todas para evitar que el público entre en pánico.

Una razón por la que India reporta un aumento tan pronunciado en las infecciones es simplemente que está realizando más pruebas. India realiza casi un millón de pruebas diarias, comparadas con 200.000 al día hace dos meses.

Hasta ahora, el Estado que más ha contribuido al nuevo número de casos y muertes es el de Maharashtra, en el oeste de India, sede de Mumbai, la capital comercial. Ese estado ha representado al menos 34% de las muertes en días recientes. Más de 23.000 personas con COVID-19 han muerto allí.

En Mumbai, millones viven en barrios hacinados, en algunos casos, con 8 o 10 personas por cuarto.

En un reciente período de 24 horas, Maharashtra, que tiene una población de 120 millones, registró 355 muertes.

India ahora reporta unas mil muertes por COVID-19 todos los días. Los funcionarios dijeron el 28 de agosto que más de 73% de los nuevos casos provenían de 10 de los 28 estados de India. Los más golpeados son Maharashtra, Tamil Nadu, Karnataka, Telangana y Gujarat.

THE ECONOMIC TIMES	<p style="text-align: right;"><i>INDIA</i></p> <p style="text-align: center;">AUMENTAN LOS CASOS DE DENGUE, FIEBRE CHIKUNGUNYA Y MALARIA EN NEW DELHI</p> <p style="text-align: right;"><i>03/09/2020</i></p>
--------------------	---

New Delhi, la capital de India, registró un aumento de 24% en los casos de dengue, malaria y fiebre chikungunya durante la semana anterior.

Entre el 23 y el 29 de agosto se registraron en el territorio de Delhi 24 casos nuevos de dengue, 38 de malaria y siete de fiebre chikungunya.

El total de casos de dengue llegó a 105 este año, mientras que otras 128 personas fueron infectadas con malaria, en tanto el conteo de los casos de fiebre chikungunya es de 44.

Así, mientras New Delhi se enfrenta abrumada contra la pandemia de COVID-19, una epidemia de enfermedades transmitidas por vectores toca a sus puertas.

VENEZIATODAY	<p style="text-align: right;"><i>ITALIA</i></p> <p style="text-align: center;">LA HEPATITIS C ESTÁ MÁS EXTENDIDA DE LO QUE SE PENSABA</p> <p style="text-align: right;"><i>02/09/2020</i></p>
---------------------	---

Un estudio de especialistas del Ospedale dell'Angelo sobre más de 11.000 personas que pasaron por los departamentos de cirugía muestra que la infección por el virus de la hepatitis C está mucho más extendida de lo que se pensaba.

La investigación

La encuesta se llevó a cabo sobre una gran población de personas hospitalizadas en el área quirúrgica del hospital. El estudio mostró que de más de 11.000 pacientes hospitalizados, la tasa de positividad fue de 2,2%, frente a una prevalencia estimada de alrededor de 0,7-1%, para el área. La prevalencia de esta infección es, por tanto, más alta de lo esperado.

La mayoría de los pacientes identificados desconocían la infección, que a menudo se desarrolla de forma sutil y sin síntomas. La propuesta de los investigadores es, por tanto, activar el cribado del virus de la hepatitis C en todos los hospitales al momento del ingreso, para identificar a los portadores del virus y poder tratar y eliminar una parte sustancial de la infección.

Terapia

El siguiente paso, por tanto, una vez identificados los pacientes afectados, es el de la terapia. El tratamiento del paciente con hepatitis C es mucho más sencillo y eficaz que en el pasado, gracias a los nuevos antivirales de acción directa. Se trata de una terapia muy simplificada (un comprimido al día) y de corta duración (de dos a tres meses), sustancialmente libre de efectos secundarios y altamente eficaz (en 99% de los casos implica la eliminación del virus).

Hasta hace poco, el costo de los medicamentos necesarios era prohibitivo –de decenas de miles de euros– y por ello la terapia estaba reservada solo para los enfermos más graves. Pero ahora el costo se ha reducido enormemente y casi todos los pacientes pueden someterse a una terapia anti-hepatitis C, respondiendo a la indicación de la Organización Mundial de la Salud que ha invitado a todas las organizaciones sanitarias a estructurar procedimientos para lograr la eliminación completa de esta infección.

Los hospitales

De allí surge la idea de partir desde los hospitales. El estudio demostró que los pacientes hospitalizados representan una parte de la población fácilmente investigable, con unos costos muy inferiores a los de un cribado realizado en el territorio. Basta con insertar esta sencilla prueba en el panel de análisis al que se somete al paciente al momento del ingreso. Los resultados llegan en un día y luego es posible evaluar rápidamente al paciente y enviarlo a terapia.

Cuatro bebés muertos, nueve con daños cerebrales y 96 más afectados de diferente consideración, es el terrible balance que ha dejado la propagación de la bacteria *Citrobacter* en el Hospital de la Mujer y el Niño de Borgo Trento, en Verona, y que ha puesto en alerta a todo el sistema sanitario europeo. *Citrobacter* es una bacteria ampliamente diseminada en la naturaleza, encontrándose en la tierra, en el agua y ocasionalmente habita en el tracto gastrointestinal del hombre; usualmente es saprofito, puede causar enfermedad en pacientes inmunocomprometidos y también ha sido asociado con epidemias esporádicas de gastroenteritis.

Tras las denuncias de algunos padres, una investigación desveló que fue esta bacteria, *Citrobacter*, que se encontraba en uno de los grifos de agua utilizado para lavar biberones en la unidad de cuidados intensivos del hospital, la causante de la muerte de los bebés. La comisión médica encargada de investigar el horrible suceso ha revelado que el grifo del fregadero estaba colonizado por la bacteria.

Los investigadores sospechan que *Citrobacter* hizo acto de presencia por la falta de rigor al llevar a cabo las normas de higiene en el centro hospitalario. Los facultativos no se habrían lavado suficiente las manos o no se habrían cambiado de guantes entre paciente y paciente.

Fue la lucha de las madres la que destapó las negligencias sanitarias. Esta bacteria que provoca infecciones, sobre todo urinarias, también puede atacar al cerebro y dos de los niños murieron por la invasión de la bacteria a este órgano. La tasa de mortalidad de la bacteria puede llegar a 30%.

El Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente de Países Bajos detectó el virus de la poliomielitis en desagües en la localidad de Bilthoven, a principios de agosto. En el sitio se encuentra un importante fabricante de vacunas, que utiliza virus vivos de la poliomielitis en su elaboración, y una instalación de investigación de vacunas.

Según la Inspección de Salud (IGJ), que está investigando el caso, aún no está claro cuál es la fuente y si los empleados han estado expuestos al virus. Todas las instalaciones técnicas y de laboratorio están actualmente bajo investigación y los empleados son testeados.

La poliomielitis es una enfermedad que causa parálisis severa, pero que gracias a una estricta política de vacunación, ya no está presente en el mundo occidental. Aquellos que han sido vacunados ya no pueden contraer la enfermedad, pero pueden transmitir el virus a personas

no vacunadas. La infección se produce a través de la saliva o el contacto con las heces. Es por eso que el RIVM examina regularmente el sistema de alcantarillado para detectar la presencia del virus: esto se hace en sus propios terrenos, pero también en lugares del Cinturón de la Biblia, donde la cobertura de vacunación es baja.

El virus de la polio puede sobrevivir bien fuera del organismo, pero las aguas residuales no representan una amenaza para la salud pública; en los Países Bajos, las partículas de virus se desactivan en el sistema de purificación de agua. Sin embargo, si el virus se encuentra en el sistema de alcantarillado, puede indicar una fuente humana que representa un peligro potencial para las personas no vacunadas.

En el desagüe examinado, terminan tanto las aguas residuales de la empresa como la de los baños de tres instituciones. Además de Bilthoven Biologicals, uno de los mayores fabricantes de vacunas del mundo, el sitio también alberga el instituto de investigación Intravacc y el edificio del RIVM, donde se encuentra un laboratorio de poliomielitis. Se tomaron muestras de las aguas residuales el 21 de julio y se estableció a principios de agosto que contenían poliovirus. Según un portavoz del RIVM, aún no se ha identificado ningún problema técnico en la empresa o el laboratorio. Tampoco se ha encontrado todavía una fuente humana.

Hay tres tipos de virus de la polio. Es muy probable que el poliovirus detectado sea del tipo 3. Las pruebas de ADN del virus pueden determinar su origen.

Hace tres años, un empleado de la compañía de vacunas se infectó con el poliovirus cuando un tubo se soltó del recipiente de cultivo y el agua con partículas de virus vivo cayó al piso. Debido a que el hombre estaba vacunado, no enfermó. Fue puesto en cuarentena y se examinaron a todos los que habían estado en contacto con él. Sus heces se recogieron en un recipiente especial y se desactivó el virus.

Después de ese incidente, se endurecieron las directrices nacionales. Por ejemplo, se estableció una Autoridad Nacional para la contención del virus de la poliomielitis. Este organismo, que forma parte de la Inspección de Salud, es el encargado de supervisar los requisitos de seguridad de las instituciones que trabajan con el virus.

El RIVM informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el incidente hace dos semanas. Bilthoven Biologicals produce la mitad de los 60 millones de vacunas contra la poliomielitis en el mundo, y la OMS es el comprador. El último brote de poliomielitis en los Países Bajos tuvo lugar en 1992 en Alblasserwaard, donde la cobertura de vacunación es baja por motivos religiosos: 71 personas enfermaron y dos murieron.



TAILANDIA

SON MÁS DE 50.000 LOS CASOS DE
DENGUE EN LO QUE VA DEL AÑO

02/09/2020

La Oficina de Epidemiología de Tailandia informó 2.922 nuevos casos de dengue en la semana pasada, lo que eleva el total del país a 50.660 casos en total. Además, se notificaron cuatro muertes adicionales relacionadas con el dengue, lo que eleva a 36 las cifras de este año.

La región con las tasas de incidencia más altas es la Nordeste, donde se registran 104,05 casos cada 100.000 habitantes.

Por provincia, Mae Hong Son reporta la mayor incidencia, seguida de Rayong, Chaiyaphum, Nakhon Ratchasima y Khon Kaen.



TIMOR - LESTE

ADVIERTEN DEL RIESGO DE UNA EPIDEMIA
DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

28/08/2020

Timor-Leste está presenciando el nacimiento de una “epidemia” de infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial VIH y sífilis, pero todavía hay “una ventana de oportunidad” para, con políticas adecuadas, mitigar y controlar su progreso, según un estudio.

“Los responsables de la toma de decisiones y los planificadores deben garantizar programas innovadores sólidos y estratégicos para aumentar la prevención, además del programa actual de pruebas y tratamientos”, establece el estudio.

“Esto también requiere políticas progresistas –como los condones– para todos y no solo para las poblaciones objetivo”, señala.

Desarrollado en colaboración entre el Ministerio de Salud de Timor-Leste y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estudio se basa en una encuesta y un análisis realizados entre noviembre de 2018 y marzo de 2019, con el mayor número de sitios de vigilancia centinela hasta la fecha.

El estudio recopiló datos y encuestas en seis municipios del país, entre las poblaciones objetivo, es decir, pacientes de clínicas que tratan ITS y brindan atención prenatal, Fuerzas ‘de uniforme’, trabajadores sexuales, homosexuales y personas transgénero y enfermas de tuberculosis.

Los datos muestran un “fuerte aumento” en la prevalencia tanto del VIH como de la sífilis, debido a un aumento en las conductas de riesgo de las poblaciones objetivo analizadas.

En términos generales, el estudio muestra que desde 2013 la prevalencia del VIH y la sífilis ha aumentado de 0,04% a 0,3% entre las personas que acuden a las clínicas de atención prenatal, y aumentó de 0,37% a 3,1% entre pacientes en clínicas donde se tratan ITS.

En el caso de la población con tuberculosis, otro de los grupos objetivo analizados, la prevalencia pasó de 0,38% a 1,1% en el mismo período.

En el caso del VIH, el estudio muestra una prevalencia de 0,3% entre las más de 3.446 pruebas realizadas en clínicas de atención prenatal, cifra que se elevó a 3,1% en el caso de la muestra de pacientes de las clínicas de ITS y que se situó en torno a 1,1% entre los pacientes con tuberculosis.

En el caso de los encuestados ‘de uniforme’ la prevalencia fue de 0,7%, alcanzando 1,2% entre las trabajadoras sexuales y 1,2 y 1,3% respectivamente entre los homosexuales y transexuales.

Los porcentajes fueron mayores en lo que respecta a la sífilis, con una prevalencia que alcanza 8,3% entre los pacientes con ITS y 7% entre las personas ‘de uniforme’.

Además de la prevalencia de la enfermedad, el estudio analizó los comportamientos sexuales de los encuestados, y las trabajadoras sexuales informaron que usan condones solo en 70% de los casos con clientes y solo 20% con sus parejas habituales.

Más de 8% de estas mujeres informan haber sido víctimas de violencia en el último año.

Entre los hombres homosexuales, el estudio apunta a “un bajo uso de condones” –de solo 38%–, con aproximadamente 50% explicando que habían recibido dinero a cambio de sexo y 6% informando que habían sido blanco de violencia.

A pesar de algunas mejoras en los últimos años, las cuestiones sexuales siguen siendo un tema casi tabú en Timor-Leste, donde las tradiciones y la religión frenan muchas de las acciones preventivas, como la salud sexual o incluso la distribución de métodos de protección, como los condones.

La Comisión Nacional de Lucha contra el Sida (CNCS), liderada por un pastor protestante, es acusada de políticas inapropiadas, no promover el uso del condón por parte de toda la población, apuntando solo a poblaciones consideradas en riesgo o enfermos ya seropositivos.

Daniel Marçal, titular de la comisión, manifestó públicamente que el baile de la quizomba angoleño, uno de los más populares del país asiático, “estropea el futuro de los jóvenes” que lo practican.

Una diputada del Congreso Nacional de Reconstrucción de Timor-Leste (CNRT), Bendita Moniz Magno, llegó a afirmar que la red social Facebook está contribuyendo al aumento del sida en el país porque permite más contactos entre los jóvenes.

Más que actitudes conservadoras, los críticos señalan que la CNCS ha dejado de recomendar el uso de condones, optando por medidas para promover el “autocontrol”.

Esta postura es criticada por funcionarios del sector salud y representantes de algunas organizaciones de la sociedad civil, que señalan un aumento de las ITS, incluida la hepatitis, y la falta de programas de prevención adecuados.

Daniel Marçal explicó que se trata de “un cambio de método”, que tiene como objetivo “cambiar mentalidades y hábitos” y no “fomentar el pecado del sexo libre”.

Las actitudes conservadoras hacen que muchos jóvenes ni siquiera tengan la más mínima información sobre salud sexual y que muchas mujeres tengan que buscar secretamente el acceso a métodos anticonceptivos.

La creciente movilidad económica de la población implica que el acceso a las trabajadoras sexuales, tanto en Timor-Leste como en el extranjero, ha aumentado el riesgo de contraer una ITS.

Los jóvenes a menudo admiten que no tienen ningún conocimiento sobre la reproducción, saben que están embarazadas en una etapa avanzada del embarazo, y que el poder masculino dominante en la sociedad a menudo “obliga” a las mujeres a tener relaciones sin protección.

La definición de la duración de la infectividad del SARS-CoV-2 tiene importantes implicaciones para la salud pública y la práctica de control de infecciones en los centros de salud.

Al comienzo de la pandemia, la mayoría de los hospitales requirieron dos pruebas negativas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) antes de interrumpir el aislamiento en pacientes con COVID-19. Sin embargo, muchos pacientes tienen pruebas de RT-PCR persistentemente positivas durante semanas o meses después de la recuperación clínica y varios estudios ahora indican que las RT-PCR persistentemente positivas generalmente no reflejan virus con capacidad de replicación.

El SARS-CoV-2 parece ser más contagioso en el momento de la aparición de los síntomas y la infectividad disminuye rápidamente a partir de entonces hasta casi cero después de aproximadamente 10 días en pacientes levemente moderados y 15 días en pacientes gravemente críticos e inmunodeprimidos.

El intervalo más largo asociado con el virus competente en replicación hasta ahora es de 20 días desde el inicio de los síntomas.

Esta [revisión](#) resume la evidencia hasta la fecha sobre la duración de la infectividad del SARS-CoV-2 y cómo esto ha influenciado las recomendaciones de salud pública en evolución sobre cuándo es seguro suspender las precauciones de aislamiento.

Las importantes lagunas en los esfuerzos de eliminación de la hepatitis en todo el mundo amenazan el logro de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de reducir sustancialmente las nuevas infecciones y muertes por hepatitis virales (provocadas por los virus de la hepatitis B y C; VHB y VHC) para 2030, según un reciente [artículo](#).

La carga mundial de las hepatitis virales resulta considerable. La mortalidad a escala global por infección crónica por el VHB y el VHC sigue aumentando, con más de 1,4 millones de muertes cada año. El número de personas infectadas a las que se les ha diagnosticado una infección crónica por el VHB sigue siendo bajo, al igual que el porcentaje de pacientes con hepatitis B que reciben tratamiento (9% y 5%, respectivamente). A pesar de que la proporción de casos de infección crónica por el VHC diagnosticados es algo mayor, el porcentaje de personas que han recibido tratamiento sigue siendo claramente insuficiente (20% y 7,4%, respectivamente).

Para el VHC no existe una vacuna. A pesar de las elevadas tasas de curación gracias a los antivirales de acción directa, como las infecciones crónicas suelen ser asintomáticas, pueden producirse nuevas infecciones si no se aplican medidas de prevención en los grupos más vulnerables al VHC (consumidores de drogas por vía intravenosa; hombres que practican sexo con hombres [HSH]; personas privadas de libertad; poblaciones migrantes; etc.).

En 2016, los Estados miembros de la OMS acordaron trabajar para eliminar las hepatitis B y C como amenazas para la salud pública en 2030. Específicamente, establecieron objetivos para reducir las muertes por hepatitis B y C en 65%, mediante el diagnóstico de 90% de las infecciones y el tratamiento de 65% de las personas elegibles, así como la prevención de 90% de las infecciones.

Pero incluso los países de altos ingresos pueden no alcanzar los objetivos de eliminación, debido a la falta de planes nacionales y a la lentitud de los progresos en el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales. Un análisis publicado a principios de este año estimó que sólo nueve países de altos ingresos, entre ellos el Reino Unido, Australia, Francia, Italia y España, estaban en camino de cumplir los objetivos de eliminación para 2030.

Los expertos identificaron lagunas y dificultades en la eliminación de las hepatitis B y C y establecieron unas prioridades para la intensificación de los esfuerzos de eliminación. La eliminación de las hepatitis B y C requiere inversión. Las hepatitis virales podrían eliminarse en 67 países de ingresos bajos y medios para 2030 con una inversión de 58.700 millones de dólares. Una inversión de 6.000 millones de dólares al año evitaría 4,5 millones de muertes prematuras para 2030 si se pueden utilizar medicamentos genéricos. Las inversiones para combatir la pandemia de la COVID-19 pueden eventualmente beneficiar el control de la hepatitis si comportan una mejor vigilancia y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Los esfuerzos de eliminación de las hepatitis virales se ven obstaculizados por la falta de estrategias nacionales de eliminación para movilizar recursos y coordinar las actividades. Una encuesta realizada por la OMS en 2017 reveló que solo 84 de 135 países habían elaborado un plan nacional y únicamente 49 habían dedicado fondos a la eliminación de la hepatitis.

Otras deficiencias identificadas por los expertos en hepatitis virales incluyen: tasas de diagnóstico muy bajas (se estima que solo 9% de las infecciones por hepatitis B se han diagnosticado en todo el mundo); falta de aplicación de las principales intervenciones recomendadas por la OMS, especialmente la vacunación contra la hepatitis B en el momento del nacimiento; falta de acceso a pruebas de diagnóstico o a un tratamiento asequible; y ausencia de mecanismos de financiación respaldados por los donantes para apoyar los esfuerzos de eliminación en los países de ingresos bajos y medios.

Según señalan los expertos, el dinero y los esfuerzos para lograr los objetivos de eliminación de las hepatitis B y C para 2030 se deberían invertir en:

- Aprovechar las sinergias con los programas de VIH y desarrollar pruebas de cribado de las hepatitis B y C en centros de diagnóstico inmediato –conocidos como point-of-care–, que puedan integrarse en las pruebas de detección del VIH en la comunidad.
- Utilizar los modelos de suministro de tratamiento en la comunidad ya aplicados en el VIH para descentralizar el tratamiento de las hepatitis virales.
- Dar prioridad a la elaboración de programas de reducción de daños para prevenir la transmisión de la hepatitis C entre las personas usuarias de drogas inyectables. Los programas de reducción de daños pueden proporcionar una vía de acceso a la detección y el tratamiento de la hepatitis para las personas que no se encuentran vinculadas a los servicios de atención médica.

- Sensibilizar a la población sobre las hepatitis virales mediante programas de detección masiva.
- Desarrollar modelos de atención que apoyen la microeliminación en poblaciones definidas en lugar de utilizar un enfoque “para todos los casos” con el objetivo de ampliar el diagnóstico y el tratamiento. La detección intensiva de personas usuarias de drogas inyectables es fundamental para lograr la eliminación en muchos entornos donde la gran mayoría de las nuevas infecciones ocurren en esta población.
- Mantener el apoyo financiero para la vacunación frente a la hepatitis B en el momento de nacer en los países de ingresos bajos y medios, especialmente en África Subsahariana.
- Acelerar los esfuerzos de investigación para desarrollar un tratamiento curativo de la hepatitis B que pueda suministrarse a un precio asequible en los países de ingresos bajos y medios, que representan la mayor parte de la carga mundial de la infección por el VHB.
- Intensificar los esfuerzos de investigación para desarrollar una vacuna preventiva contra la hepatitis C.

Punto de vista

Science

LA POLÍTICA DEL NACIONALISMO DE LAS VACUNAS

AUTOR: DAVID P. FIDLER¹

14/08/2020

Antes que la COVID-19 surgiera, nos decíamos a nosotros mismos que la cooperación en salud global –especialmente para la preparación y respuesta ante una pandemia– mejoraría la seguridad nacional, respaldaría la riqueza económica, protegería los derechos humanos y facilitaría la asistencia humanitaria en todo el mundo. Sin embargo, la política de la catástrofe del coronavirus no refleja tales intereses nacionales o solidaridad internacional. El “nacionalismo de las vacunas” es una prueba más de que los esfuerzos para elevar la cooperación en salud –y las ciencias que la informan– han producido más retórica que raíces políticas dentro de los países y la comunidad internacional.

Las preocupaciones sobre el nacionalismo de las vacunas han aumentado incluso antes de que Estados Unidos anunciara el 31 de julio su mayor acuerdo hasta la fecha con las compañías farmacéuticas para asegurar las vacunas contra la COVID-19. Otros países –como China, India, Reino Unido y miembros de la Unión Europea– están aplicando estrategias similares. Para los críticos, esta lucha por asegurar el suministro de vacunas es una de las muchas decisiones de los gobiernos que no han logrado controlar la propagación del virus, destruyeron la

¹ David P. Fidler es investigador adjunto del Consejo de Relaciones Exteriores, Washington DC, Estados Unidos.

actividad económica y dañaron la cooperación internacional. Las políticas nacionalistas ineficaces parecen crear una brecha entre la ciencia y la política que empeora la pandemia y socava lo que la ciencia y la diplomacia de la salud podrían lograr. De hecho, el nacionalismo de las vacunas refleja “la situación habitual” en la salud global.

Históricamente, la diplomacia de la salud ha luchado por el acceso global y equitativo a medicamentos y vacunas durante eventos de enfermedades graves. Los países no lograron este objetivo, por ejemplo, durante la pandemia de influenza A(H1N1)2009. Por lo general, el acceso internacional solo se produjo después de que los países desarrollados obtuvieron medicamentos para su uso interno, como sucedió con las vacunas contra la viruela y la poliomielitis y los medicamentos para el VIH/sida. Los países en desarrollo, como China e India, intentaron romper con este patrón construyendo sus propias capacidades de innovación y producción farmacéuticas. Más recientemente, los países en desarrollo han afirmado su soberanía sobre las muestras patógenas. Este enfoque condiciona el acceso a las muestras en el país de origen que reciben los beneficios de la investigación y el desarrollo, incluidos medicamentos y vacunas.

Con la COVID-19, la historia se repite. Los países con recursos para obtener vacunas no han subordinado sus necesidades y capacidades al objetivo del acceso global y equitativo. Y la propagación mundial del SARS-CoV-2 elimina la influencia que la soberanía viral podría haber proporcionado a los países sin esos medios. Las organizaciones internacionales y no gubernamentales lanzaron un esfuerzo *ad hoc*, el Centro de Acceso Global a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), para lograr un acceso equitativo. Pero sin una participación seria de los principales estados hasta ahora, el COVAX carece de un apoyo que cambie las reglas del juego. De acuerdo con el patrón de comportamiento político de larga data durante las pandemias, las vacunas eventualmente llegarán a la mayoría de las poblaciones, pero solo después de que los países poderosos se hayan protegido.

Además, los cambios en la política nacional y mundial han empeorado las cosas. A nivel nacional, ha sido asombroso el grado en que los gobiernos han ignorado la ciencia, han denigrado a los expertos en salud, han apoyado los medicamentos y las políticas de curanderos, han vendido desinformación y el inadecuado distanciamiento físico y otras intervenciones no farmacéuticas ha sido asombroso. Esta parodia surge de la tracción que las actitudes populistas, nacionalistas, antiglobalistas y autoritarias han logrado en todo el mundo.

A nivel mundial, las políticas de equilibrio del poder han vuelto a los asuntos mundiales. Los cálculos geopolíticos han dado forma a las respuestas nacionales a la COVID-19, y Estados Unidos y China tratan la pandemia como otro frente en su rivalidad por el poder y la influencia. El acceso nacional a las vacunas contra la COVID-19 se ha convertido en una prioridad en las políticas de poder, especialmente como un medio para recuperarse del daño económico en el país, en los mercados de exportación y dentro de las regiones de importancia estratégica en el equilibrio de poder.

Estos cambios en la política han generado vientos en contra feroces contra el acceso global y equitativo a las vacunas, un objetivo que solo se aborda con gran dificultad cuando las aguas políticas son menos turbulentas. Reorientar la política de salud y la diplomacia requerirá una reconstrucción estructural e integral de los intereses políticos sobre las enfermedades infecciosas. Quizás la creciente desesperación de los científicos por administrar una vacuna contra la COVID-19 proporcionará un incentivo para que los líderes reconstruyan las políticas de salud lo suficiente como para que, cuando llegue la próxima pandemia, los políticos y los ciudadanos tengamos menos probabilidades de beber hidroxiquina.

Arte y pandemia



Glynn, condado de Antrim. Irlanda del Norte.

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.