



Reporte Epidemiológico de Córdoba

7 DE SEPTIEMBRE
2020
REC 2.363

ARGENTINA

- Vigilancia de virus respiratorios

AMÉRICA

- Colombia: Aumentan los casos de tuberculosis en personas en situación de calle
- Estados Unidos: Se han registrado 63 casos de fiebre del Nilo Occidental en lo que va de 2020
- México: Preocupación ante co-infecciones de COVID-19 y dengue

- México: El Gobierno resta importancia a infecciones de COVID-19 entre el personal médico
- Nicaragua: La infección por el virus Zika aumenta el riesgo de infección grave con dengue

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- España: Un estudio de 64.000 enfermos de COVID-19 expone los síntomas más extraños
- España: Se duplicaron los casos de parotiditis en Burgos

- Mongolia: En cuarentena un distrito de Zavkhan por un caso de peste bubónica
- Francia: Una partida de fuet catalán causa un brote de salmonelosis, la mayoría niños
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola en Équateur

- ¿Cuál será la mejor estrategia para distribuir la vacuna contra la COVID-19 entre la población mundial?

PUNTO DE VISTA

- COVID-19 y las falsas dicotomías

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





















En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron 16.966 muestras estudiadas para virus respiratorios –sin incluir el SARS-CoV-2–, de las cuales 1.067 cuentan con resultado positivo para alguno de los virus respiratorios habituales.

A su vez durante el mismo periodo, se notificaron 468.428 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en el marco de la vigilancia de casos sospechosos de COVID-19, de las cuales 130.793 cuentan con resultado positivo (porcentaje de positividad de 27,92%). En el contexto actual, el número de muestras procesadas para SARS-CoV-2 es aproximadamente 28 veces superior al del resto de los virus respiratorios.

En el año 2020, hasta la SE 29, se registró un promedio de 16.738 muestras semanales para todos los virus respiratorios, con un mínimo de 404 en la SE 9 y un máximo de 67.847 en la SE 29. Sin embargo, ese número de muestras registra un patrón diferencial: mientras que en las SE 1 a 10 hubo un promedio de 507 muestras analizadas para Influenza y otros virus respiratorios, a partir de la SE 11 y hasta la SE 29 se registró un promedio de 25.280 muestras, de las cuales 24.651 fueron analizadas para SARS-CoV-2 y 629 muestras, en promedio, lo fueron para Influenza y otros virus respiratorios.

En la SE 29 el porcentaje de muestras positivas para todos los virus respiratorios (incluyendo SARS-CoV-2) es cercano a 41%, mayor respecto del reporte previo a expensas del aumento en la positividad de casos estudiados para SARS-CoV-2. Asimismo, el número de muestras procesadas continúa en ascenso respecto del reporte previo al integrar la vigilancia de SARS-CoV-2 al resto de los virus respiratorios.

Agentes virales identificados

Respecto a la proporción de virus circulantes, en el año 2020, hasta la SE 29, de las 131.860 muestras positivas, 99% corresponde a SARS-CoV-2. El 1% restante se distribuye entre Adenovirus, Influenza y Parainfluenza. La frecuencia relativa de SARS-CoV-2 respecto del resto de los virus respiratorios continuó en franco ascenso en las últimas semanas.

Desde la SE 9, la proporción de SARS-COV-2 fue creciendo hasta convertirse en la notificación casi exclusiva de las últimas semanas.

En la SE 29, el virus respiratorio que explica más de 99% de los casos es SARS-CoV-2, mientras que el resto se distribuyen entre Adenovirus, Influenza A y Parainfluenza, estos últimos continúan con marcada menor frecuencia absoluta.

Si bien se registran casos de Influenza durante todas las semanas, a partir de la SE 10 –y en concordancia con la primera definición de caso sospechoso de COVID-19, que incluía el estudio de Influenza para los casos con antecedentes de viaje a zona afectada–, se acumula el mayor número de casos entre las SE 10 y 13 a expensas de los casos importados estudiados en el marco de la sospecha de COVID-19.

Respecto de las muestras positivas para virus Influenza (N=386), 231 (59,84%) fueron positivas para Influenza A y 155 (40,16%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, solo 43 muestras cuentan con subtipificación, de las que 37 (86,0%) son Influenza A(H1N1) y 6 (14,0%) Influenza A(H3). En relación a los virus Influenza B, de 13 muestras estudiadas con identificación de linaje, nueve (69,2%) correspondieron al linaje Victoria y cuatro (30,8%) al Yamagata.

En la distribución por grupos etarios, se observa que SARS-CoV-2 es el virus prevalente en todos ellos. Sin embargo, en los menores de 5 años también se detectaron Adenovirus, Influenza B, Parainfluenza y virus sincicial respiratorio (VSR), en mayor proporción en los menores de 1 año, y disminuyendo su proporción conforme aumenta la edad.

En las notificaciones a partir de los 15 años de edad, y en particular a partir de los 25 años, comienza a ser el SARS-CoV-2 el virus respiratorio casi exclusivo, con mayor número de muestras positivas en el grupo etario de 45 a 64 años.

Las jurisdicciones con mayor número de muestras con resultado positivo para SARS-CoV-2 hasta la SE 29 fueron la provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chaco, Río Negro y Córdoba.

Hasta la SE 29 se registraron ocho fallecimientos con diagnóstico de Influenza, siete de ellos con Influenza A y uno con Influenza B. Todos los casos fueron estudiados para SARS-CoV-2, y tres de ellos fueron positivos para Influenza A y SARS-CoV-2.

América



COLOMBIA

AUMENTAN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS
EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

05/09/2020

La Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) trabaja en fortalecer las estrategias de atención a la población habitante de calle en todos los municipios. Esto debido al aumento de contagios de tuberculosis entre estas personas.

“A la semana epidemiológica 33 identificamos en Caldas a 10 pacientes habitantes de calle con diagnóstico de tuberculosis. La idea es fortalecer las estrategias con la reactivación de la

mesa temática para habitante de calle. Esto incluye la articulación intersectorial, con el fin de garantizar y promocionar la salud en este grupo vulnerable”, indicó Érica Jhoana Ortiz, referente de Tuberculosis de la DTSC.

De acuerdo con Ortiz, entre lo proyectado se encuentra fortalecer procesos de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, oportunidad y garantía de los servicios en salud a nivel departamental.

“Hacemos seguimiento a nivel municipal y con las Instituciones Prestadoras de Servicio para verificar cuáles son los servicios con enfoque diferencial que están brindando a la población habitante de calle y, posterior a eso, hacer alianzas intersectoriales para la promoción y la protección de este grupo vulnerable”, señaló la profesional

Entre las estrategias a implementar a través de la Mesa Departamental para Habitante de Calle con este diagnóstico también se encuentra la capacitación del talento humano en temas de enfoque diferencial.

Ortiz señaló que mientras a nivel nacional se presenta un aumento de cifras de contagio en esta misma población desde hace tres años, en Caldas ha disminuido. “En Colombia se reporta un 3,3% de esa población con esta enfermedad. Es importante destacar que a nivel del departamento se ha visto la disminución de habitantes de calle con tuberculosis, gracias a la identificación de la vía y atención integral a este grupo poblacional”, dijo.

Desde la DTSC, a través de la Mesa Departamental para Habitante de Calle, se buscará que cada uno de los actores sepa cuáles son sus competencias para disminuir los índices de diagnóstico de tuberculosis en esta población y, al mismo tiempo, brindarle servicios enfatizados en sus particularidades y necesidades.



ESTADOS UNIDOS

SE HAN REGISTRADO 63 CASOS DE FIEBRE DEL
NILO OCCIDENTAL EN LO QUE VA DE 2020

25/08/2020

El virus del Nilo Occidental (VNO) es la principal causa de enfermedades transmitidas por mosquitos en Estados Unidos continental. Con mayor frecuencia, es transmitido a las personas por la picadura de un mosquito infectado.


Los casos de fiebre del Nilo Occidental ocurren durante la temporada de mosquitos, que comienza en el verano y continúa hasta el otoño. No existen vacunas para prevenir ni medicamentos para tratar la fiebre del Nilo Occidental en las personas.

La mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas. Aproximadamente una de cada cinco personas infectadas desarrolla fiebre y otros síntomas, y alrededor de una de cada 150 personas infectadas desarrolla una enfermedad grave, a veces mortal.

Puede reducirse el riesgo de contraer el VNO utilizando repelente para insectos y vistiendo camisas de manga larga y pantalones largos para evitar las picaduras de mosquitos.

En 2020, hasta el 25 de agosto, un total de 31 estados han informado infecciones por el VNO en personas, aves o mosquitos. En general, se han informado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) 63 casos humanos de fiebre del Nilo Occidental, en California (26 casos), Florida (9), Texas (7), Arizona (4), New México (3), South Dakota (3), Colorado (2), Mississippi (2), Alabama (1), Arkansas (1), Connecticut (1), Iowa (1), Massachusetts (1), Missouri (1) y Pennsylvania (1).

De estos, 63 casos, 47 (75%) se clasificaron como enfermedad neuroinvasiva (como meningitis o encefalitis) y 16 (25%) se clasificaron como enfermedad no neuroinvasiva.

	<p style="text-align: right;"><i>MÉXICO</i></p> <p style="text-align: center;">PREOCUPACIÓN ANTE CO-INFECCIONES DE COVID-19 Y DENGUE</p> <p style="text-align: right;"><i>04/09/2020</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Toda la población se encuentra expuesta en la actualidad a la COVID-19, enfermedad que ya ha provocado más de 25 millones de casos en todo el mundo. Sus consecuencias pueden variar y aunque no existe un tratamiento específico, con la atención médica oportuna es posible lograr la recuperación del paciente. Aunque vista desde el otro extremo, también se contabilizan más de 800.000 víctimas mortales alrededor del mundo.

En ese sentido, es importante precisar que se acerca una época del año en la que suelen proliferar otros problemas de salud. Con el aumento de lluvias en algunas partes de México también existe un incremento en los casos de dengue. Ahora el inconveniente es el riesgo latente de que una misma persona se infecte de ambas enfermedades.

Ante el actual panorama, algunos especialistas han alertado de un nuevo fenómeno al que han bautizado como Covidengue. Fue a fines de julio cuando se presentó el primer fallecimiento de un mexicano diagnosticado con ambas patologías.

El hecho ocurrió en Jalisco y se dio a conocer que la víctima tenía 44 años y además también padecía de diabetes.

Riesgo de sufrir de COVID-19 y dengue a la vez

Recientemente se ha reportado el primer caso de este tipo en Colima. Se trata de una mujer de 65 años de edad que permanece en tratamiento ambulatorio para ambas enfermedades. La información fue dada a conocer por la secretaria de Salud de la entidad, Leticia Guadalupe Delgado Carrillo, quien dijo que el personal médico primero vio síntomas de COVID-19.

Tras practicar la prueba de detección se confirmó que la paciente estaba infectada con el SARS-Cov-2. Al poco tiempo también se identificaron signos relacionados con el dengue, por lo que se le hizo una nueva prueba. Al final se corroboró que tenía ambas enfermedades.

Diagnosticar correctamente cada enfermedad

De esta manera, también es importante que el personal médico cuente con los conocimientos suficientes para sospechar y diferenciar si se trata de una enfermedad o de otra. Además

también se debe añadir la influenza como otra enfermedad con rasgos similares y que a partir de octubre va a incrementar su incidencia.

Debido a que la pandemia de COVID-19 podría mantenerse durante un largo período, sumado a las temporadas de influenza y dengue es que México está en riesgo de una sindemia.

Por lo anterior es que la propia Secretaría de Salud trabaja en nuevas guías médicas para que los doctores puedan realizar diagnósticos precisos de cada enfermedad.¹



MÉXICO

EL GOBIERNO RESTA IMPORTANCIA A INFECCIONES
DE COVID-19 ENTRE EL PERSONAL MÉDICO

04/09/2020

Las autoridades mexicanas restaron importancia el 3 de septiembre a la elevada tasa de infecciones de COVID-19 y decesos entre el personal médico del país, aparentemente poniendo en duda los informes difundidos esta semana de que México tiene la tasa más elevada a nivel mundial.

La Secretaría de Salud señaló que 1.410 médicos, enfermeros y empleados de hospital han muerto de COVID-19, y un total de 104.590 profesionales de la salud han sido diagnosticados con la enfermedad.

Las infecciones entre el personal de salud representan alrededor de 17% del total de 616.900 casos confirmados de COVID-19 en el país, a pesar de que el sector forma apenas 1% de la población. Los fallecimientos entre el personal médico son apenas 2% del total de decesos en México, y el gobierno dijo que el hecho de que los profesionales de la salud murieran con menos frecuencia que en otros casos severos muestra que no resultaron particularmente afectados por la pandemia.

El argumento parece ignorar que, en general, los empleados de salud son más jóvenes que en otros casos graves –casi la mitad de los enfermos de gravedad de COVID-19 ya rebasan la edad de jubilación–, y que presumiblemente tienen mejor conocimiento médico y acceso a atención, lo que tiende a mejorar sus posibilidades de sobrevivir.

En México únicamente se realizan pruebas de diagnóstico a las personas con síntomas graves –99% de la población no se ha sometido a análisis de diagnóstico–, por lo que la mayoría de los analistas concluyen que el número de infecciones en el territorio es mucho mayor a las cifras oficiales.

El gobierno reconoció que sólo unos 283.000 trabajadores de salud se han sometido a pruebas de diagnóstico hasta ahora, lo que equivale a una tercera o cuarta parte del total nacional del sector, dependiendo de la manera en que éste sea definido. Hay unos 650.000 trabajadores de salud del sector público en México, y una cifra casi similar en práctica privada.

¹ Lo descrito para México debe poner en alerta a los otros países de Centro y Sudamérica reconocidos como zonas endémicas para el dengue. Se acercan la temporada de lluvias y el verano; por tanto, de acuerdo con el patrón estacional, habrá aumento de la población y de la circulación de los vectores. Las campañas de prevención del dengue seguirán estando seriamente afectadas por la pandemia –que aún tiene para largo tiempo–, y no necesariamente se realizarán a tiempo; por tanto, se avizoran un fin de año y un verano bastante problemáticos en las regiones mencionadas.

La Secretaría de Salud señaló que 12,3% del personal médico de primera línea en la atención a pacientes de COVID-19 contrajo la enfermedad, mientras que la tasa confirmada de infección en la población general es de apenas 0,5%.

Las autoridades se defendieron de las críticas de que el personal médico no cuenta con equipo de protección adecuado, señalando que los trabajadores que pidieron licencia de los hospitales públicos durante la pandemia se infectaron en una tasa apenas menor a los que siguieron trabajando. Sin embargo, muchos de los que pidieron licencia tienen otro empleo, probablemente en otros centros de salud, y muchos se ausentaron debido a su edad o a padecimientos previos que los hacían más vulnerables a desarrollar síntomas severos de COVID-19 en caso de enfermarse.

Los trabajadores médicos en México también han realizado manifestaciones para exigir que se les proporcione equipo de protección personal adecuado, y al comenzar la pandemia se confirmaron al menos dos brotes dentro de hospitales en los que decenas de profesionales de salud enfermaron.

El gobierno aseguró desde marzo que los trabajadores de hospitales cuentan con todo el equipo de protección necesario, pero los empleados de esas instituciones han bloqueado avenidas de la Ciudad de México en varias ocasiones para mostrar lo que aseguran se trata de equipo insuficiente, inadecuado o por debajo de los estándares de calidad.

En un [informe](#) publicado el 3 de septiembre, Amnistía Internacional señaló que México tiene la mayor cantidad de fallecimientos por COVID-19 entre sus trabajadores de salud, rebasando a los 1.077 de Estados Unidos, 649 del Reino Unido y 634 en Brasil. Señaló que 42% de las infecciones han sido de enfermeros, los médicos conforman 27% y otros trabajadores –técnicos, asistentes y personal de limpieza y mantenimiento– representan 31%.

Las estadísticas de decesos varían, dependiendo de cómo clasifica cada país a los trabajadores de salud, la manera en que se confirman los fallecimientos y la forma en que se reportan.

Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud enlista 2.506 muertes por COVID-19 entre los empleados de salud en el continente americano, incluyendo alrededor de 1.320 decesos en México, pero apenas 240 para Brasil y 660 en Estados Unidos.²

² Las controversias generadas por las cifras de la Secretaría de Salud replican lo observado en otros países, donde las autoridades de salud intentan minimizar el impacto de la pandemia en el personal de salud y justificar que se les ha provisto de equipos de protección personal adecuado y la de los gremios denunciando la precariedad de las condiciones enfrentadas por los trabajadores de primera línea, quienes en todo el mundo han pagado un elevado precio en vidas útiles y productivas, asumiendo elevados riesgos, guiados por un alto sentido del deber y de compromiso social y profesional. Si bien las cifras de víctimas de los trabajadores de salud probablemente están sobrerrepresentadas en algún grado por reflejar mejor la realidad que aquellas suministradas por algunas autoridades, donde hay un subregistro notorio del número real de muertes, no deja de ser preocupante la situación generada, la cual, además ocasiona un terrible costo en vidas y en valiosos recursos humanos perdidos, ambos muy necesarios para enfrentar la actual pandemia con mayor efectividad.

Haber tenido fiebre zika aumenta las posibilidades de enfermar gravemente de dengue, según un [estudio](#) realizado entre 3.800 niños nicaragüenses, de entre 2 y 16 años, que mostró que los anticuerpos que deja el virus Zika potencian el serotipo DENV-2 del virus del dengue, uno de los cuatro serotipos de esta enfermedad.

Ello ocurriría porque este serotipo en particular genera un anticuerpo que en vez de frenar hace más fuerte al virus Zika. Ambas enfermedades son transmitidas por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, y son endémicas de la zona.

Se había determinado con anterioridad que los síntomas desarrollados por el virus Zika son más leves si la persona se infectó primero con dengue. Pero ahora se descubrió que si se cambia el orden de los contagios, los resultados son opuestos.

El orden específico de las infecciones, que incluye también a los cuatro serotipos del virus Dengue, potenciaría o debilitaría las posibilidades posteriores de contraer, o no, gravemente esta enfermedad.

Así, una primera infección por dengue potenciaría una segunda, pero debilitaría una tercera. En tanto que la infección por el virus Zika seguido por la del Dengue haría más severa la siguiente infección por dengue. Esta reacción cruzada entre los virus Zika y Dengue se da porque ambos son flavivirus.

Los autores del estudio venían monitoreando a los niños desde 2014 para determinar sus contagios con los virus Zika y Dengue, entre otros.

En base a ese seguimiento, durante el brote de dengue de 2019 se comenzó a sospechar que la gravedad de la enfermedad en el grupo de estudio, que alcanzó 293 casos confirmados, tenía que ver con la llegada del virus Zika a la zona en 2016. El brote de dengue de 2019 en Nicaragua correspondió al serotipo DENV-2 del virus.

Para confirmarlo, se realizó una serie de pruebas de laboratorio que les permitieran identificar la presencia de anticuerpos específicos en los pacientes y luego cruzó esa información con la gravedad de los síntomas que presentaban. Los virus generan varios tipos de anticuerpos. Mientras unos permiten que el cuerpo logre defenderse frente a futuras infecciones neutralizando a los nuevos patógenos, otros hacen lo contrario.

Los resultados muestran el mecanismo por el cual los anticuerpos que no neutralizan el nuevo virus actúan como un 'caballo de Troya' potenciando la nueva infección.

Estos resultados serán muy útiles para guiar el desarrollo de las vacunas y evitar efectos secundarios negativos. De esta manera, se pueden elaborar vacunas que tengan los anticuerpos neutralizantes y no los que potencian nuevas infecciones.



Toma de muestras a uno de los participantes del estudio realizado en Managua, Nicaragua, para detectar presencia de anticuerpos generados por alguno de los flavivirus.

Estos datos también sirven para determinar el nivel de preparación que se puede tener a nivel de salud pública frente a un brote. Si en una zona donde ya hubo fiebre zika aparece el dengue del serotipo DENV-2, es probable que la enfermedad en general sea más grave y se tengan que destinar más recursos para combatirla.

Si bien este estudio se hizo únicamente con flavivirus, será importante replicar este tipo de investigación para las vacunas que se están desarrollando para combatir la COVID-19.

La lección que podemos sacar de estos resultados es relevar la importancia que tiene el permitir que las fases de prueba de la vacuna contra la COVID-19 tengan el tiempo suficiente. Un efecto como este solo se puede ver a largo plazo.

El mundo

il Fatto
Quotidiano

france
inter

B Bloomberg

LA COVID-19 EN EL MUNDO

06/09/2020

La vacuna de Sanofi costará menos de diez euros

El presidente de la farmacéutica Sanofi para Francia, Olivier Bogillot, aseguró el 5 de septiembre que la vacuna contra la COVID-19 que prepara la empresa para el continente europeo costará menos de diez euros.

“El precio no está completamente definido. Estamos estudiando el costo de producción, pero la idea es tener un punto de partida que sea lo más bajo posible. Estaremos por debajo de diez euros”, afirmó Bogillot.

“Cuando se aplica una vacuna, se aplica a alguien que se encuentra bien por, lo que queremos que la vacunación se realice con total seguridad. Por eso vamos rápido pero seguimos prestando atención a lo que hacemos”, añadió en referencia al proceso de ensayos clínicos.

Bogillot recordó que Sanofi ya ha firmado acuerdos con Estados Unidos, Reino Unido y varios Estados europeos más. “Habrá 300 millones de dosis para Europa y 100 millones para Estados Unidos”, indicó.

Además, señaló que si sus competidoras llegan antes a la vacuna “no es un problema”. De hecho, el presidente de Estados Unidos, Donald John Trump, prometió que se comenzará a distribuir la vacuna el 1 de noviembre.

“Ustedes saben que habrá que vacunar a millones, incluso a miles de millones de personas, por lo que necesitaremos varios proveedores de vacunas que puedan producir millones y mi-

llones. No es un problema que los laboratorios de la competencia lleguen antes que nosotros. Llegaremos justo después y llegaremos también para suministrar cientos de millones de dosis”, apuntó.

Italia descarta confinar a toda la población

El primer ministro italiano, Giuseppe Conte, afirmó que “espera que no haya que decretar un nuevo confinamiento general este otoño a pesar del repunte de los casos de COVID-19”. “No nos veremos en una situación en la que haya que ordenar un confinamiento general. En el peor de los casos tendremos que intervenir de forma localizada, con restricciones sobre zonas definidas”, añadió. Además, Conte rechazó por el momento autorizar la vuelta de los aficionados a los estadios de fútbol para la nueva temporada y cualquier responsabilidad en la reapertura de las discotecas en verano con el argumento de que se trata de una competencia regional. A mediados de agosto el Gobierno central ordenó de nuevo el cierre de estos locales en todo el país.

En cuanto a la manifestación en Roma contra las restricciones impuestas para evitar contagios tales como el uso obligatorio del barbijo o las normas de distanciamiento físico, Conte recordó que estamos en medio de una pandemia. “Hoy en Roma hay una manifestación de gente que cree que no existe la pandemia. Responderemos con datos”, apuntó Conte. También el ministro de Asuntos Exteriores, Luigi Di Maio, pidió a los “negacionistas” que “al menos muestren respeto por las familias de los muertos” durante un acto en la ciudad de Foggia.

El viernes Italia informó 1.733 nuevos casos, un máximo desde el pasado 2 de mayo, tras potenciar el número de pruebas y un incremento progresivo de positivos durante toda la semana. Sin embargo está lejos del pico de 6.557 casos del 21 de marzo.

Reclaman más preparación para la llegada de la vacuna

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos solicitaron a los estados que se preparen para que la vacuna contra la COVID-19 esté disponible para el 1 de noviembre, solicitándoles que eliminen cualquier eventual obstáculo que pueda impedir la apertura de los lugares de distribución.

A principios de agosto, los CDC ya habían comunicado a los estados que asumieran que podría haber “dosis limitadas” disponibles de una vacuna en otoño. Ahora, en su nueva carta, se

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	6.144.138	186.663	1.858,35	3,04
India	4.113.811	70.626	298,68	1,72
Brasil	4.092.832	125.521	1.928,23	3,07
Rusia	1.025.505	17.820	702,77	1,74
Perú	676.848	29.554	2.058,47	4,37
Colombia	650.062	20.888	1.280,29	3,21
Sudáfrica	636.884	14.779	1.076,52	2,32
México	623.090	66.851	484,27	10,73
España	498.989	29.418	1.067,33	5,90
Argentina	461.882	9.685	1.023,84	2,10
Chile	420.434	11.551	2.203,13	2,75
Irán	384.666	22.154	459,14	5,76
Reino Unido	344.168	41.549	507,50	12,07
Bangladesh	323.565	4.447	196,86	1,37
Arabia Saudí	319.932	4.049	921,82	1,27
Francia	300.515	30.546	460,59	10,16
Pakistán	298.509	6.342	135,66	2,12
Turquía	278.228	6.620	330,59	2,38
Italia	276.338	35.534	456,91	12,86
Irak	256.719	7.422	641,12	2,89
Alemania	249.985	9.325	298,56	3,73
Filipinas	234.570	3.790	214,62	1,62
Indonesia	190.665	7.940	69,85	4,16
Ucrania	135.894	2.846	310,37	2,09
Kazajistán	133.924	1.878	714,93	1,40
Canadá	131.124	9.141	348,03	6,97
Israel	125.084	988	1.449,63	0,79
Qatar	119.864	202	4.174,40	0,17
Bolivia	119.580	5.343	1.027,23	4,47
Ecuador	118.045	6.724	671,12	5,70
Egipto	99.712	5.511	97,81	5,53
República Dominicana	98.776	1.840	912,38	1,86
Panamá	95.596	2.063	2.222,48	2,16
Rumania	93.864	3.850	487,29	4,10
China	90.517	4.735	6,29	5,23
Kuwait	88.963	540	2.089,28	0,61
Bélgica	87.731	9.905	757,63	11,29
Omán	86.380	705	1.700,19	0,82
Suecia	84.985	5.835	842,53	6,87
Guatemala	77.481	2.845	434,08	3,67
Países Bajos	73.790	6.232	430,83	8,45
Emiratos Árabes Unidos	73.471	388	744,62	0,53
Belarús	72.663	705	768,93	0,97
Japón	72.160	1.370	57,02	1,90
Polonia	70.387	2.113	185,94	3,00
Marruecos	70.160	1.329	190,53	1,89
Honduras	63.798	1.984	646,16	3,11
Portugal	59.943	1.838	587,53	3,07
Etiopía	57.466	897	50,24	1,56
Singapur	56.982	27	975,50	0,05
Otros 165 países y territorios	1.502.542	31.708	81,83	2,11
Total	26.763.217	876.616	345,44	3,28

Tabla 1. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 6 de septiembre de 2020, 14:14 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	13.840.166	473.766	492,24	3,42
Europa	4.718.510	221.807	372,52	4,70
Sudeste Asiático	4.631.908	84.772	275,17	1,83
Mediterráneo Oriental	1.975.075	53.230	268,55	2,70
África	1.093.113	24.702	198,94	2,26
Pacífico Occidental	504.445	18.339	71,96	3,64
Total	26.763.217	876.616	345,44	3,28

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 6 de septiembre de 2020, 14:14 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

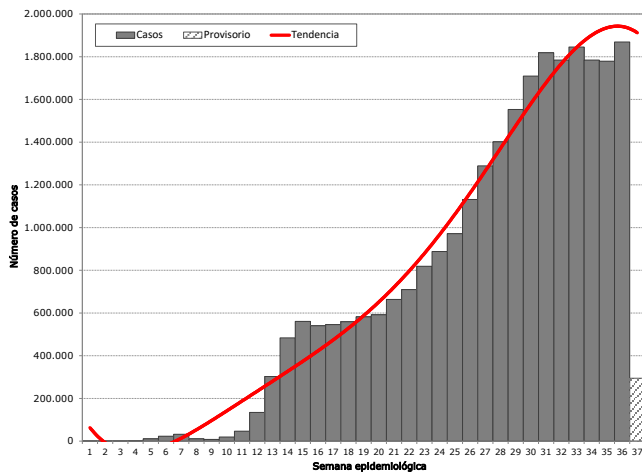


Gráfico 2. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 37. Datos al 6 de septiembre de 2020, 14:14 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

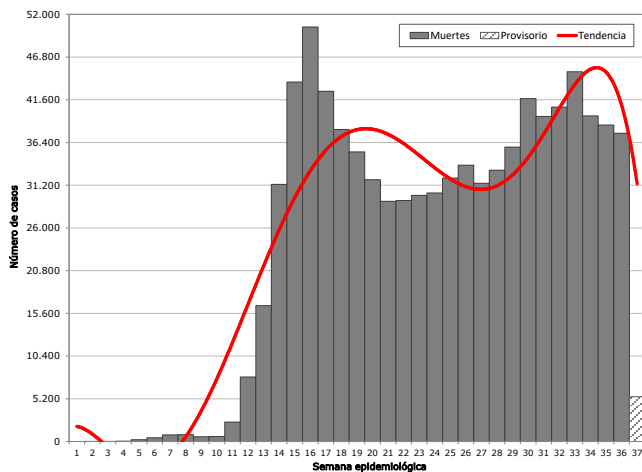


Gráfico 2. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 37. Datos al 6 de septiembre de 2020, 14:14 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

señala que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y los CDC “están haciendo rápidos preparativos para aplicar una distribución a gran escala de las vacunas contra la COVID-19 en el otoño de 2020”.

El portavoz de Salud y Servicios Humanos, Michael Caputo, señaló que es “cada vez más probable” que muchas dosis de vacunas estén disponibles para enero. “Los médicos y los datos están impulsando el avance de todas las medidas contra la COVID-19”, dijo.

“Los estados se fueron preparando energicamente para una vacuna, y la fecha del 1 de noviembre es acorde a los preparativos anteriores”, sostuvo por su parte Michael Fraser, líder ejecutivo de la Asociación de Autoridades de Salud Estatales y Territoriales. Según Fraser, probablemente se necesitará una autorización de uso de emergencia de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para distribuir una vacuna tan pronto. De confirmarse esta fecha, sería tan solo dos días antes de las elecciones del próximo 3 de noviembre, en las que el presidente Trump buscará su segundo mandato consecutivo. El mandatario dijo previamente que cree que habrá lista una vacuna para el día de las elecciones o poco antes.

Además, acusó al personal de la FDA de ralentizar el trabajo en las vacunas para perjudicarlo políticamente. Las acusaciones han planteado interrogantes sobre la interferencia política en los estudios para el desarrollo de las vacunas contra la COVID-19, ante lo cual, el comisionado de la FDA, Stephen

Hahn, afirmó reiteradamente que la ciencia guiará cualquier decisión. Por su parte, un representante federal familiarizado con los planes indicó que la fecha del 1 de noviembre es solo para planificación y no pretende influir en las elecciones presidenciales. Según este funcionario, el Gobierno está basándose en el supuesto de que habrá una vacuna disponible.

Australia extiende las restricciones

El Gobierno de Australia anunció el 3 de septiembre que prolongará durante tres meses más las restricciones fronterizas internacionales, como medida de precaución para evitar que se siga propagando la COVID-19, tras registrar un reciente rebrote en la ciudad de Melbourne.

El ministro de Salud, Greg Hunt, añadió que la prórroga se extenderá al menos hasta el 17 de diciembre, y defendió la medida como “adecuada”, teniendo en cuenta el riesgo al que se enfrenta Australia, que ha sumado hasta el momento 26.136 casos acumulados y 737 fallecidos.

Hunt explicó que la decisión se tomó siguiendo las recomendaciones del Comité Principal de Protección de la Salud de Australia, que calificó la situación internacional y doméstica como “un riesgo inaceptable para la salud pública”.

Australia vive bajo estas restricciones desde el pasado mes de marzo, llegando incluso en un principio a permitir la salida de turistas y visitantes. La población local y los residentes permanentes también han tenido prohibida la salida del país, salvo que logran un salvoconducto de las autoridades en casos de emergencia comprobada.

La oposición criticó la medida, al considerar que el Gobierno de Australia no está pensando en los 23.000 australianos que se estima siguen varados en el extranjero.

Epidemiology & Infection	<p style="text-align: right;"><i>ESPAÑA</i></p> <p style="text-align: center;">UN ESTUDIO DE 64.000 ENFERMOS DE COVID-19 EXPONE LOS SÍNTOMAS MÁS EXTRAÑOS</p> <p style="text-align: right;"><i>26/08/2020</i></p>
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El médico Òscar Miró i Andreu recordó los días “terribles” de la epidemia de COVID-19 a fines de marzo, cuando las personas se amontonaban en la puerta de Urgencias de su hospital con un mismo patrón: la fiebre disparada, estertores en los pulmones y asfixia. Escaseaban los barbijos y los trabajadores sanitarios también caían enfermos. “Había miedo”, reconoció Miró. En medio del caos, el médico y otros compañeros empezaron a ver “cosas inusuales”: pacientes con síntomas tan extraños que solo aparecía un caso similar por cada millar, como mucho. “¿Será casualidad?”, se preguntaron.

Miró, coordinador de investigación del servicio de urgencias del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, comenzó a hacer llamadas a colegas de otras ciudades para averiguar si también tenían pacientes atípicos. Empezaron a compartir datos y el resultado es una red sin precedentes de trabajadores de Urgencias, autodenominados Siesta: el acrónimo de Spanish Investigators in Emergency Situations Team. Son representantes de 60 centros públicos que atienden a más de 15 millones de personas, 33% de la población española. Y sus datos sugieren que aquellas cosas raras no eran una casualidad.

Los investigadores analizaron los expedientes de unos 64.000 pacientes con COVID-19 atendidos en Urgencias en los hospitales españoles durante la primera ola de la epidemia. Han registrado 45 casos de miopericarditis, 36 neumotórax espontáneos y ocho síndromes de Guillain-Barré.

Las tres manifestaciones son muy infrecuentes en los enfermos de COVID-19, pero aun así son más frecuentes de lo normal. Los datos de la red Siesta muestran que el síndrome de Guillain-Barré es casi cinco veces más común en enfermos de COVID-19 en Urgencias que en otros pacientes libres del virus en el mismo servicio. El neumotórax es dos veces más habitual. Y el riesgo de miopericarditis aumenta 45%.

“Hemos sido capaces de ver claramente que estos procesos son mucho más frecuentes de lo esperable en los pacientes que tienen COVID-19. En cambio, otras manifestaciones que inicialmente parecía que estaban ligadas a la COVID-19, como la pancreatitis aguda, quizá sean

fruto de la casualidad”, reflexionó Miró. Uno de los puntos fuertes de su investigación es que analizan a los pacientes como llegaron en marzo y abril a la puerta del hospital, antes de que los propios tratamientos médicos a la desesperada alterasen sus síntomas originales. “Vemos las manifestaciones espontáneas que tuvieron los pacientes durante el periodo de incubación en su casa, hasta que vinieron a Urgencias”, subrayó Miró.

El estudio no demuestra que estas patologías estén causadas por el SARS-CoV-2, pero es un potente indicio. Uno más. El 17 de abril, investigadores de tres hospitales del norte de Italia ya publicaron cinco casos de síndrome de Guillain-Barré presuntamente vinculados a la COVID-19. Los investigadores de la red Siesta creen que sus datos “confirman la sospecha” de que el SARS-CoV-2 puede desencadenar este síndrome, al igual que otros virus disparan en ocasiones “respuestas inmunes aberrantes”, como ocurre con el citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr y el virus Zika. El propio Ministerio de Sanidad español ya contempla el síndrome de Guillain-Barré como una posible “complicación inflamatoria” de la COVID-19.

El médico Juan González del Castillo, del madrileño Hospital Clínico ‘San Carlos’, ha sido otro de los impulsores de la red Siesta, que incluye hospitales de casi todas las comunidades autónomas, como el Hospital Universitario y Politécnico ‘La Fe’ (Valencia), el Hospital General Universitario ‘Reina Sofía’ (Murcia), el Hospital Público ‘Álvaro Cunqueiro Mora’ (Vigo) y el Hospital Universitario ‘La Paz-Carlos III’ (Madrid). Los investigadores han observado siete casos de miopericarditis, casi seis neumotórax y poco más de un síndrome de Guillain-Barré cada 10.000 pacientes. “El trabajo pretende ser una señal de alarma desde el punto de vista epidemiológico, pero no profundiza en los mecanismos implicados, aunque es muy fácil hipotetizar que los procesos inflamatorios tienen que ver en esto”, apuntó Miró. En algunos pacientes, la respuesta exagerada de su sistema inmune acaba siendo más peligrosa que el propio virus.

El médico del Clínic cree que sus resultados son “una señal indirecta” de que el SARS-CoV-2, además de tener afinidad por los pulmones, también podría tener “un tropismo especial por ir al sistema nervioso central” en algunos pacientes. Un estudio de 214 pacientes hospitalizados en la ciudad china de Wuhan al comienzo de la pandemia ya mostró que muchos de ellos presentaban síntomas neurológicos, como mareos (17%) y dolor de cabeza (13%). Los investigadores españoles hacen un llamamiento a “investigar sistemáticamente” las posibles infecciones por SARS-CoV-2 en pacientes con síndrome de Guillain-Barré, miopericarditis o neumotórax espontáneo.³

³ Con el enorme número de pacientes afectados por la COVID-19 que llegan a los servicios de Urgencias o Emergencias, no es inusual que se detecten algunas manifestaciones clínicas inesperadas o sintomatología o signología aparentemente sin una relación definitiva con el cuadro febril y respiratorio que presenta la gran mayoría de estos pacientes. Aún no está caracterizado por completo el compromiso sistémico causado por el SARS-Cov-2; si bien es cierto que la coagulopatía y la exacerbada reacción inflamatoria se encuentran bastante bien definidas, aún quedan por determinar mecanismos adicionales que expliquen el daño causado por el virus en mención a diferentes niveles. Por tanto, los trabajadores de la salud que se encuentran en la primera línea de atención a los pacientes, deben estar alerta a estas manifestaciones inusuales.

Hace años que los servicios de Epidemiología de la Junta de Castilla y León detectaron que las infecciones por el virus de la parotiditis aumentaban, pero ahora se han disparado.

Al menos así lo evidencian los datos de Burgos, donde entre enero y fines de agosto se han notificado ya el doble de casos de parotiditis que en todo 2019: 270 frente a 136. Y la desproporción es aún mayor si se retrocede en el tiempo: 114 casos en 2018, 31 en 2017, 56 en 2016 y 29 en 2015.

La tendencia alcista es más que obvia, pero no lo es tanto la causa. “No hay explicación concreta”, señalan fuentes del servicio territorial de Sanidad, matizando que, en todo caso, podría atribuirse a que la vacuna contra parotiditis, sarampión y rubéola, “no tiene tanta eficacia” en la prevención de la infección por este virus concreto. “Lo bueno es que, en general, no tiene grandes consecuencias”, añadieron.

Las parotiditis son, como la COVID-19, una enfermedad de declaración obligatoria y urgente. Se caracterizan por la inflamación, casi siempre dolorosa, de la parótida u otras glándulas salivares y, según información oficial de Sanidad de Castilla y León, puede darse en un lado de la cara o en los dos. Aunque suele ser una enfermedad típica de la infancia y leve, hay más riesgo de complicaciones si la infección se produce en la edad adulta, como ocurre ahora (entre 15 y 24 años). Las más frecuentes son la inflamación de los testículos o los ovarios, del páncreas, pero también en el cerebro, lo cual puede provocar meningitis.



Una subdivisión administrativa de la provincia de Zavkhan, en el oeste de Mongolia, ha sido puesta en cuarentena por tiempo indefinido luego de que se reportara el 3 de septiembre un presunto caso de peste bubónica, informó el gobierno local.

Un residente de 38 años del *sum*⁴ de Tosontengel presentó síntomas como fiebre alta e inflamación de los ganglios después de consumir carne de marmota la semana pasada. Actualmente se encuentra aislado en un hospital local.

Hasta ahora, al menos 25 personas que estuvieron en contacto estrecho con el caso se han sometido a cuarentena en un hospital local.

⁴ Un *sum* es el segundo nivel administrativo divisorio de Mongolia. Los 21 *aymags* (provincias) del país se dividen en 329 *sums*. En promedio tienen unos 4.200 km² y 5.000 habitantes, y a su vez se dividen en *bags*.

Hasta 17 de las 21 provincias de Mongolia ahora corren riesgo de presentar casos de peste bubónica, según el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles del país.

Aunque la caza de marmotas es ilegal en Mongolia, muchos mongoles consideran al roedor como un manjar.

En lo que va del año, se han reportado 18 casos sospechosos de peste bubónica en todo el país, y cuatro han sido confirmados por laboratorio.

Un hombre de 42 años murió a causa de la enfermedad en la provincia de Hovd el mes pasado, mientras que un niño de 15 años murió a causa de la peste en la provincia de Govi-Altay, en el oeste de Mongolia, a mediados de julio.

LA VANGUARDIA	<p style="text-align: right;"><i>FRANCIA</i></p> <p style="text-align: center;">UNA PARTIDA DE FUET CATALÁN CAUSA UN BROTE DE SALMONELOSIS, LA MAYORÍA NIÑOS</p> <p style="text-align: right;"><i>05/09/2020</i></p>
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Las autoridades sanitarias francesas han retirado varios lotes de fuet⁵ catalán de los mercados tras detectar 18 casos de salmonelosis, de los que 12 afectan a niños, según anunció el Ministerio de Agricultura el 3 de septiembre, sin precisar la gravedad de los casos.



Las personas infectadas declararon haber consumido fuet de la empresa Embutidos Solà, situada en la localidad de Gurb (Barcelona) y, según confirmó la Dirección General de Alimentación, varias partidas de este embutido estaban contaminadas. Los casos fueron detectados entre el 8 de julio y el 3 de agosto.

La investigación motivó el retiro de este producto en un punto de venta, un supermercado de Gironde, en la región de Nouvelle-Aquitaine, y a partir de hoy se retirarán todas las existencias que pueda haber en otros supermercados.

Asimismo, las autoridades sanitarias francesas recomiendan a las personas que tengan estos fuets que no los consuman y que avisen al punto de venta donde fueron adquiridas.

El portavoz de la empresa, el abogado Juan Ramón Hidalgo, declaró que tras cuatro inspecciones de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria no se han encontrado indicios de que los productos afectados hayan salido de la fábrica en mal estado, por lo que sospechan que el fuet podría haberse contaminado durante el transporte o en el proceso de distribución final.

⁵ El fuet es un embutido muy popular en la gastronomía catalana y muy apreciado por sus características organolépticas. Se elabora como un embutido recto, del grosor de entre uno y dos dedos, redondo o más comúnmente, aplanado. No requiere una curación prolongada. Su piel suele ser blanca por la presencia de hongos que ayudan a su maduración. Se sirve crudo, como una tapa o aperitivo. Fuet en catalán significa "látigo"; recibe este nombre por su forma.


Aun así, se han retirado cuatro lotes de fuet tras activarse la alarma alimentaria en Francia, a los que se añaden otros tres lotes de 1.700 unidades que la empresa ha retirado preventivamente tras descubrir que habían sido producidos en el mismo circuito en fechas posteriores a la elaboración de los lotes afectados.

“El 90% del producto retirado se ha distribuido en Francia”, afirmó Hidalgo, quien aseguró que no han sido alertados de ningún caso de salmonelosis en territorio español.

La empresa, que ha abierto una investigación interna, analizó las muestras de los lotes afectados que tenía almacenadas en sus instalaciones y ha concluido que no están afectadas por *Salmonella*.

Hidalgo señaló que, en caso de que se confirme que el brote lo ha provocado el consumo de fuet en mal estado, debería investigarse la parte final de la distribución del producto, donde podría haberse producido la anomalía.

Las autoridades sanitarias informaron que si pasan siete días desde el consumo de este producto y no se han presentado síntomas, no es necesario acudir al médico.

 Organización Mundial de la Salud	<p style="text-align: center;"><i>REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO</i></p> <p style="text-align: center;">SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ÉBOLA EN ÉQUATEUR</p> <p style="text-align: right;"><i>03/09/2020</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tres meses después de la declaración del undécimo brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la provincia de Équateur, República Democrática del Congo, el número de casos confirmados sigue aumentando y el brote se sigue propagando geográficamente.

Hasta el 1 de septiembre de 2020, se han notificado 110 casos (104 confirmados y seis probables), incluidas 47 muertes (tasa de letalidad de 43%) en 36 áreas sanitarias en 11 zonas sanitarias. Del 12 de agosto al 1 de septiembre de 2020, se notificaron 24 casos confirmados en 15 áreas sanitarias en ocho zonas sanitarias. Hasta la fecha, tres trabajadores de la salud se han visto afectados, lo que representa 3% de todos los casos. Además, hasta la fecha, 48 personas se han recuperado de la enfermedad.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud lidera la respuesta en las zonas sanitarias afectadas con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios. Las prioridades de respuesta incluyen fortalecer la vigilancia y el rastreo de contactos, mejorar la capacidad del laboratorio, implementar un manejo clínico adecuado de los casos sospechosos y confirmados, continuar la vacunación en anillo alrededor de los casos confirmados, vacunar a los trabajadores de primera línea, proporcionar entierros seguros y dignos, apoyar la prevención y el control de infecciones en los establecimientos de salud, y comprometerse con las comunidades afectadas.

Las medidas de respuesta clave hasta la fecha incluyen:

- Se están realizando actividades de investigación de alertas y seguimiento de contactos.
 - El 1 de septiembre, seis de las ocho zonas sanitarias que han notificado casos en los últimos 21 días informaron sobre actividades de localización de contactos para 3.227 contactos listados, de los que 2.614 (81%) estuvieron bajo seguimiento.
 - El 1 de septiembre se notificaron 611 alertas (incluidas tres muertes) de nueve de las once zonas sanitarias que se han visto afectadas durante este brote, de las cuales 592 (97%) se investigaron en 24 horas. De las 592 alertas investigadas, 123 (20%) fueron validadas y requirieron atención especializada y pruebas de laboratorio para descartar la EVE.
- Se han establecido laboratorios en Mbandaka, Bikoro, Itipo y Bolomba. Está previsto establecer un quinto laboratorio en Ingende. Se está trabajando para asegurar que las áreas sanitarias sin laboratorios puedan transportar muestras a los cuatro laboratorios establecidos. Desde el inicio del brote, se han analizado un total de 6.265 muestras.
- Las actividades de vacunación están en curso en todas las zonas sanitarias afectadas. Desde el 5 de junio hasta el 1 de septiembre de 2020, se ha vacunado a un total de 27.492 personas, incluidos 2.641 trabajadores de primera línea y 7.244 contactos de alto riesgo.
- Cuarenta y seis (46) puntos de entrada y control están operativos actualmente en la provincia de Équateur con 91% (829.709/907.137) de los viajeros examinados hasta la fecha. Se han detectado un total de 107 alertas como resultado de este cribado, de las cuales 65 fueron investigadas. De las 65 alertas investigadas, 61 fueron validadas y ninguna fue confirmada.
- Se están realizando esfuerzos para iniciar un programa de atención a los sobrevivientes de EVE en las clínicas de Bikoro, Bolomba, Iboko y Mbandaka.
- Al 1 de septiembre de 2020, los equipos de entierros seguros y dignos recibieron 239 alertas de muerte de las zonas sanitarias afectadas, lo que resultó en 122 entierros exitosos (51%). Entre las alertas de muerte recibidas, 136 se realizó el hisopado, incluidas 16 confirmadas. Estas actividades deben fortalecerse para ayudar a las comunidades locales a administrar los entierros de manera segura y prevenir la posible propagación de la EVE.
- Las capacidades actuales de gestión clínica incluyen: centros de tratamiento del Ébola en Wangata, Bikoro y Bolomba y tres hospitales generales de referencia con capacidades mejoradas para gestionar casos confirmados (un total de 183 camas); un centro de tránsito en Mbandaka (10 camas); establecimientos de salud con capacidad de aislamiento en Iboko, Itipo, Yuli, Bosomondomba, Kalamba, Lilanga, Ikoko Bondinga, Ndote y Monieka (un total de 68 camas). Según los informes, algunas personas a las que se ha confirmado que tienen EVE se muestran reacias a acceder al tratamiento y permanecen en sus comunidades. Esto destaca la necesidad de fortalecer las capacidades de atención clínica en todos los lugares y garantizar que todos los pacientes tengan acceso al nivel de atención adecuado. Al 1 de septiembre, se administraron anticuerpos monoclonales a 23/66 (35%) pacientes.

Evaluación de riesgos de la OMS

La falta de financiación está limitando la capacidad de respuesta de la OMS y sus asociados, al igual que la falta de recursos humanos suficientes. La ampliación de las actividades de respuesta se ha visto obstaculizada aún más por las constantes huelgas entre los equipos de respuesta locales. La OMS está apoyando al Ministerio de Salud y sus socios para abordar este desafío.

La OMS no ha recibido financiación adecuada para la EVE desde principios de 2020 y actualmente utiliza sus fondos de emergencia para apoyar intervenciones epidemiológicas y de salud pública. El acceso a los recursos financieros y humanos se ve aún más afectado por el brote de COVID-19 en curso, que está imponiendo una carga adicional al sistema nacional de salud. El riesgo de interrupción de la vigilancia y las actividades rutinarias de salud pública debido a la COVID-19 podría poner en peligro la capacidad del país para contener rápidamente la reaparición de estos casos de EVE. Al 29 de agosto de 2020, la República Democrática del Congo había notificado 1.044 casos de COVID-19 y 258 muertes.

Además, los equipos de respuesta operan actualmente en un entorno logísticamente desafiante, con muchas de las áreas afectadas solo accesibles por barco o helicóptero y con una capacidad de telecomunicaciones limitada. Otros desafíos incluyen:

La vigilancia inadecuada de las muertes en las comunidades, lo que limita la capacidad de evaluar con precisión el alcance del brote y controlar las cadenas de transmisión;

- Atención clínica subóptima en la mayoría de las zonas sanitarias afectadas;
- La capacidad limitada del laboratorio retrasa la confirmación de la EVE y el tratamiento del paciente.
- Se están llevando a cabo investigaciones en las zonas sanitarias afectadas recientemente para evaluar la extensión total del brote y, por lo tanto, se debe mantener una alta vigilancia.

El 1 de septiembre de 2020, la OMS revisó la evaluación del riesgo de este evento de moderado a alto a nivel regional, mientras que el nivel de riesgo se mantuvo alto a nivel nacional y bajo a nivel mundial. El nivel de riesgo se reevaluará continuamente en los próximos días en función de la información disponible y compartida por los socios.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja las siguientes medidas de reducción del riesgo como una forma eficaz de reducir la transmisión de la EVE en los seres humanos:

- Reducir el riesgo de transmisión de los animales silvestres a los humanos por contacto con murciélagos frugívoros o simios infectados y el consumo de su carne cruda. Los animales deben manipularse con guantes y otra ropa protectora adecuada. Los productos animales (sangre y carne) deben cocinarse completamente antes de su consumo.
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona por contacto directo o cercano con personas con síntomas de EVE, particularmente con sus fluidos corporales. Se deben usar guantes y equipo de protección personal apropiado cuando se atiende a pacientes enfermos en el hogar. Es necesario lavarse las manos con regularidad después de visitar a los pacientes en el hospital, así como después de atenderlos en el hogar.
- Reducir el riesgo de una posible transmisión sexual, con base en un análisis más detallado de la investigación en curso y la consideración del Grupo Asesor de la OMS sobre la Respuesta a la Enfermedad por el Virus del Ébola, la OMS recomienda que los hombres sobrevivientes de la EVE practiquen sexo e higiene seguros durante 12 meses desde la aparición de los síntomas o hasta que su semen de negativo en dos análisis consecutivos para el virus del Ébola. Debe evitarse el contacto con los fluidos corporales y se recomienda lavar con agua y jabón. La OMS no recomienda el aislamiento de pacientes convalecientes masculinos o femeninos cuya sangre haya resultado negativa para el virus del Ébola.

- Formación continua y reentrenamiento del personal sanitario para la detección precoz, el aislamiento y el tratamiento de casos de EVE.

La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo en relación con este evento, con base en la información actualmente disponible.

Science

¿CUÁL SERÁ LA MEJOR ESTRATEGIA PARA
DISTRIBUIR LA VACUNA CONTRA LA
COVID-19 ENTRE LA POBLACIÓN MUNDIAL?

03/09/2020

El día en que el mundo logre la vacuna contra la COVID-19 parece lejano aún, pero los expertos ya se plantean cuál será la mejor estrategia para distribuirla entre toda la población mundial.

La estrategia de sentido común es comenzar con los trabajadores de la salud y las poblaciones de alto riesgo, como los mayores de 65 años y aquellas personas con comorbilidades.



Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que los países reciban dosis de vacunas proporcionales a sus poblaciones.

Pero un [trabajo](#) elaborado por expertos de varios países, asegura que ninguno de los dos planes sería el más eficiente para reducir las muertes prematuras y otras consecuencias irreversibles de la pandemia.

Se llama “modelo de prioridad justa” y está basado en tres premisas: beneficiar a las personas y limitar los daños, dar prioridad a los desfavorecidos, y procurar la misma preocupación moral a todos los individuos.

El objetivo es mitigar las muertes y las secuelas en los pacientes, pero también las consecuencias indirectas para la salud (como la tensión y el estrés del sistema sanitario) y para la economía.

Críticas a la OMS

El plan de la OMS consiste en garantizar que 3% de la población de cada país sea vacunado y continuar con la asignación proporcional hasta que cada país haya inmunizado a 20% de sus habitantes.

La idea de distribuir las vacunas por población parece ser una estrategia equitativa, pero supone erróneamente que la igualdad requiere tratar de manera idéntica a países situados en diferentes lugares.

Población de riesgo, tampoco

Los autores también se oponen a dar prioridad a los países en función del número de trabajadores sanitarios, la población mayor de 65 años y el número de personas con comorbilidades.

Inmunizar preferentemente a los trabajadores de la salud, que ya tienen acceso a equipos de protección personal y otros métodos avanzados de prevención de enfermedades infecciosas, probablemente no reduciría sustancialmente el daño.

Inmunizar a los adultos mayores tampoco reduciría la propagación del virus o minimizaría las muertes. Además, los países de ingresos bajos y medios tienen menos residentes de edad avanzada y trabajadores de la salud per cápita que los estados más enriquecidos.

Así, se acabaría administrando muchas vacunas a los países ricos, lo que no es el objetivo de una distribución justa y equitativa.

Tres etapas

El “modelo de prioridad justa” se divide en tres etapas:

- Primera etapa: Se vacuna para prevenir las muertes, en especial, las que ocurrirían de forma prematura entre la población de menos edad.
- Segunda etapa: Las vacunas se distribuyen según parámetros que capten cómo esta intervención médica ayudaría a los países a mejorar su economía en crisis y a salir de la pobreza.
- Tercera etapa: Se da prioridad a los países con tasas de transmisión más elevadas.

Todos los países deberían recibir suficientes vacunas para detener la transmisión, lo cual requiere que entre 60 y 70% de la población sea inmune.

Los países ricos, primero

Por el momento, las noticias indican que la distribución de vacunas está lejos de seguir cualquiera de estas tres estrategias.

Aunque la industria farmacéutica asegura que habrá dosis para todos, lo cierto es que hasta ahora solo los países ricos se están asegurando este insumo médico a través de acuerdos con las compañías.

Estados Unidos ya se ha asegurado más de 2.000 millones de dosis de vacunas si se suman los acuerdos firmados con seis empresas: AstraZeeca, Pfizer, Moderna, SanofiGlaxo, Johnson&Johnson, CureVac y NovaVax.

La Unión Europea ha cerrado acuerdo por más de 1.500 millones de dosis (cinco empresas) y el Reino Unido tiene aseguradas unos 500 millones de dosis.

De todas formas, ninguna de las vacunas en investigación todavía ha pasado la crucial Fase III de ensayos clínicos en humanos para determinar si es efectiva y segura.



COVID-19 Y LAS FALSAS DICOTOMÍAS

AUTORES: KEVIN ESCANDÓN, ANGELA L. RASMUSSEN, ISAAC I. BOGOCH, ELEANOR MURRAY Y KARINA ESCANDÓN

31/08/2020

Los científicos y los formuladores de políticas están operando en el “horario estándar pandémico”, luchando no solo por hacer avanzar la ciencia y las políticas, sino también por contrarrestar la “infodemia” de información errónea sobre la COVID-19.

En los meses anteriores, una gran cantidad de falacias lógicas y sesgos cognitivos han interferido con la comprensión de los matices y la comunicación de la orientación basada en la evidencia.



En particular, una serie de falsos dilemas han corrido desenfrenadamente en las redes sociales con las trampas de los mensajes en blanco o negro. Quienes se oponen a ambos lados de estos debates candentes eligen la ciencia para adaptarse a las narrativas que se alinean con sus ideas preconcebidas. En este artículo, deconstruimos cinco falsas dicotomías relacionadas con la COVID-19 al revisar la evidencia de manera cuidadosa y exhaustiva.

Salud y vidas versus economía y medios de vida

Una dicotomía preocupante durante la pandemia de COVID-19 ha sido la idea de que la salud pública y la economía son dos fuerzas independientes y opuestas. Es decir, las estrategias implementadas para proteger la salud pública necesariamente dañan la salud económica de una nación. Este dilema también se ha ampliado para incluir la salud civil (es decir, el derecho a protestar contra las medidas de salud pública como el encierro y las amenazas a la salud pública como el racismo y la brutalidad policial) bajo el paraguas de la economía.

No existe tal dicotomía entre salud pública y economía; en realidad, están íntimamente entrelazados. La pandemia es una crisis económica y de salud pública. La idea de que la economía podría funcionar ininterrumpidamente cuando una proporción sustancial de los trabajadores padece una enfermedad que puede tardar semanas o meses en recuperarse es, en el mejor de los casos, idealista.

Las estrategias sólidas de salud pública que reducen la propagación del SARS-CoV-2 también protegen la economía.



Sin embargo, no debemos ignorar los efectos en la salud física y mental y el tremendo impacto económico de la COVID-19 o las contramedidas relacionadas. Los profesionales de la salud pública, los economistas y los bioéticos deben evaluar juntos las compensaciones y desarrollar soluciones proactivas para proteger el bienestar multifacético de la sociedad.

Por ejemplo, los gobiernos pueden considerar la posibilidad de congelar los ingresos y pagos básicos universales de los alquileres y préstamos para todas las personas, y las licencias pagadas para los trabajadores infectados y expuestos. También se necesitan más estrategias destinadas a garantizar las cadenas de suministro de alimentos, mantener los servicios de atención médica ambulatoria esenciales al rendimiento habitual, reducir el desempleo, adaptar las empresas y minimizar las quiebras.

Bloqueo indefinido vs reapertura ilimitada

Al comienzo de la pandemia, las demoras en la disponibilidad de las pruebas y el rastreo de contactos prohibieron la dependencia del aislamiento de las personas infecciosas y la cuarentena de sus contactos cercanos para frenar la transmisión del SARS-CoV-2. Por lo tanto, los gobiernos se vieron obligados a exigir que todas las personas evitaran el contacto no esencial implementando órdenes de quedarse en casa, cierres de negocios y escuelas y restricciones de viaje.

Estas formas estrictas de distanciamiento físico, aunque social y económicamente devastadoras, fueron herramientas provisionales para limitar la propagación del SARS-CoV-2 en los primeros meses de la pandemia mientras se probaba la infraestructura, la fuerza laboral de rastreo de contactos, la disponibilidad de equipo de protección personal y la capacidad hospitalaria fueron aumentado.

Actualmente, varios países y regiones están reabriendo sus economías en mayor o menor medida. La apertura prematura sin contramedidas sólidas puede enviar a las sociedades nuevamente al bloqueo, como lo ilustran varios estados de Estados Unidos que recientemente observaron aumentos repentinos en los casos de COVID-19 luego de una reapertura sin restricciones.

En lugar de plantear un dilema de todo o nada entre permanecer cerrado indefinidamente y volver a la normalidad anterior al COVID-19, las economías pueden reiniciarse en un escenario de “nueva normalidad”.

Un levantamiento progresivo y cauteloso de los bloqueos y la relajación de otras restricciones solo es posible con intervenciones no farmacéuticas que incluyen pruebas ampliadas, rastreo de contactos riguroso, aislamiento de individuos infectados y cuarentena de indivi-

duos expuestos. Dado el riesgo inminente del resurgimiento de la COVID-19, también se necesitan planes para evitar sistemas de salud abrumados.

Dado que la eliminación del riesgo no es factible en medio de esta pandemia, el paso correcto es defender una estrategia sostenible como la reducción de daños. Esto requiere campañas de educación sobre la transmisión del SARS-CoV-2 y la evaluación del riesgo de exposición personal asociado con las actividades de rutina, junto con el distanciamiento físico, barbijos, etiqueta respiratoria, higiene de manos, limpieza y desinfección ambiental y mejora de la ventilación.

Es probable que hacer sentir vergüenza y estigma a las personas que violan las medidas preventivas refuerce negativamente los comportamientos de riesgo en lugar de reducirlos, y debe evitarse. Se recomiendan las actividades al aire libre de menor riesgo, los turnos escalonados, el teletrabajo y el rediseño de los lugares de vida y de trabajo para evitar el hacinamiento y optimizar la ventilación para abordar la fatiga de la cuarentena y aliviar el daño económico al tiempo que se protege la salud pública.

Infección sintomática vs asintomática por SARS-CoV-2

Siete meses después de la pandemia, persiste la confusión con respecto a la infección asintomática por SARS-CoV-2, ya sea la proporción de personas infectadas o el papel de la transmisión asintomática. La cuestión de definir los casos asintomáticos ha sido un desafío.

En general, se acepta que las personas “asintomáticas” no presentan síntomas durante todo el curso de la infección, las personas “paucisintomáticas” u “oligosintomáticas” tienen pocos o leves síntomas, y las personas “presintomáticas” no muestran síntomas durante los primeros días de la infección pero desarrollan síntomas después. Sin embargo, estos términos se siguen utilizando indebidamente hasta hoy.

Otra complicación es la amplia presentación clínica de la infección por SARS-CoV-2 con síntomas como fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, mialgia, escalofríos, rinorrea, dolor de garganta, dolor de cabeza, anosmia, diarrea y disgeusia.

La proporción de individuos infectados con SARS-CoV-2 “asintomáticos” se ha informado de forma variable de 4% a 96%; sin embargo, la mayoría de estos estudios transversales de prevalencia puntual no tienen en cuenta el desarrollo de síntomas en una fecha posterior y sobreestiman la proporción de individuos asintomáticos.

Además, es posible que los síntomas leves no se puedan determinar mediante cuestionarios de detección o que los pacientes no los recuerden. Por ejemplo, se estableció que 43% de los participantes en el cribado a nivel nacional en Islandia eran asintomáticos, pero, ¿cuántos de estos pacientes eran realmente presintomáticos o paucisintomáticos?

Otros estudios, como un estudio de Vo, Italia, han informado de una alta prevalencia de infección asintomática (43%), pero los síntomas definidos de forma estricta como la presencia de fiebre y/o tos. Una revisión sistemática y un metanálisis estimaron que solo 15% de las personas infectadas con el SARS-CoV-2 permanecen asintomáticas.

Si ponemos más cuidado en estandarizar las definiciones de los síntomas, podemos evitar los errores de clasificación errónea y comprender el verdadero papel del espectro de presentación de la COVID-19 en el impulso de la pandemia.

Transmisión del SARS-CoV-2 por gotitas vs aerosol

La COVID-19 ha vuelto a despertar el debate de larga data sobre el marco de clasificación dicotómica de las gotitas respiratorias frente a los aerosoles. Las gotas y los aerosoles se ven erróneamente como modos de transmisión categóricos en lugar de un continuo influenciado por varios factores aerodinámicos como el tamaño de las partículas, la composición de las emisiones, la turbulencia y las condiciones ambientales.

Las gotas grandes y más pesadas (definidas convencionalmente como mayores de 5 μm) generalmente se depositan rápidamente en el suelo, permanecen en el aire durante períodos cortos y generalmente se transmiten a distancias cortas, aunque el flujo de aire puede impulsarlas más lejos a través de una habitación.

Los aerosoles de partículas pequeñas y los núcleos de gotitas (menores de 5 μm) se evaporan y se dispersan más rápido de lo que caen, permanecen suspendidos en el aire y generalmente viajan distancias más largas.

Desafortunadamente, la confusión en torno al término “transportado por el aire” se debe a la sutil diferencia entre el significado normal de la palabra (transportado por el aire) y las convenciones científicas que se refieren a aerosoles o su velocidad de propagación en el ambiente.

El riesgo de transmisión de patógenos respiratorios varía con el tamaño del inóculo, la distancia, la duración, el tipo de actividad, el entorno ambiental y los factores del huésped.

Si bien se reconoce que toser, estornudar, hablar y respirar pueden generar tanto gotas como aerosoles, existe una amplia evidencia que sostiene que la infección por SARS-CoV-2 ocurre principalmente, no exclusivamente, a través de gotas más grandes que llegan a la nariz, la boca y ojos.

Los fómites contaminados (transmisión por contacto) y los aerosoles parecen desempeñar un papel menor.

Según los estudios epidemiológicos, el contacto sostenido de persona a persona en espacios abarrotados o sin ventilación es un factor importante de la infección por SARS-CoV-2.

El número básico de reproducción (R_0 , 2-3) y las tasas de ataque secundario en el hogar (generalmente de 10% a 20%) para el SARS-CoV-2 son compatibles con la transmisión predominante por gotitas en lugar de la transmisión por aerosoles.

Los informes hospitalarios de casos y brotes en medio de esta pandemia han indicado que las precauciones contra las gotitas y el contacto funcionan si se aplican de manera oportuna y constante, especialmente en ausencia de procedimientos generadores de aerosoles.

Se ha demostrado que las máscaras médicas reducen los títulos infecciosos de otros virus respiratorios transmitidos por gotitas, lo que sugiere que cualquier partícula pequeña no filtrada tienen menos probabilidades de contener virus infecciosos.

Los metanálisis de estudios que comparan mascarillas médicas con respiradores con careta filtrante no han informado diferencias sustanciales en la prevención de infecciones virales respiratorias (incluidos coronavirus estacionales e influenza) en los trabajadores de la salud. Estos datos sugieren que los aerosoles infecciosos no ocurren predominantemente durante la atención médica en ausencia de procedimientos generadores de aerosoles, aunque la evidencia es heterogénea y se ve obstaculizada por el cumplimiento del uso de la máscara.

De hecho, no existe ningún debate sobre si una persona infectada con un patógeno respiratorio puede generar aerosoles infecciosos. Se acepta que al menos los procedimientos generadores de aerosoles contribuyen a la propagación del SARS-CoV-2 a través de estos, y los modelos animales experimentales y las investigaciones de brotes sugieren que la transmisión por aerosoles de corto alcance puede ocurrir en situaciones de exposición prolongada en espacios interiores no ventilados.

Además, no se puede excluir categóricamente la transmisión de fómites. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó su guía para reconocer que, si bien la transmisión aérea del SARS-CoV-2 no se ha demostrado fuera de los procedimientos generadores de aerosoles y su alcance sigue siendo desconocido, no se puede descartar la transmisión simultánea por aerosoles de corto alcance en circunstancias favorables.

A pesar de la evidencia que respalda a las gotitas como el principal modo de transmisión del SARS-CoV-2, han surgido narrativas que afirman que la transmisión por aerosoles de largo alcance es un peligro significativo. Estas se basan en estudios de brotes en restaurantes, centros de llamadas telefónicas, coros, instalaciones deportivas, salas de conferencias, centros comerciales y transporte en autobús; estudios que demuestren que los aerosoles del SARS-CoV-2 generados experimentalmente siguen siendo infecciosos durante un período de hasta 3 a 16 horas; evidencia de ARN viral en muestras de aire o sistemas de ventilación de hospitales; evidencia de ARN viral en material particulado al aire libre, y modelos de dispersión de gotas y estudios experimentales.

Las investigaciones epidemiológicas no pudieron excluir la inhalación de gotitas como el modo principal de transmisión. Aunque algunos estudios de muestreo de aire han detectado ARN del SARS-CoV-2, no hay pruebas de que el virus infeccioso persista en el aire durante mucho tiempo. En estos estudios y otros que no han podido detectar el ARN del SARS-CoV-2, los hallazgos inconsistentes podrían estar relacionados con la metodología de muestreo, condiciones y medidas de prevención y control de infecciones.

La detección de ARN viral mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) no equivale a la infecciosidad o viabilidad viral.

Los estudios en condiciones controladas de laboratorio que muestran la infectividad del SARS-CoV-2 en aerosol no reflejan los procesos normales del huésped ni las condiciones ambientales del mundo real relacionadas con la transmisión viral. Además, la transmisión de partículas pequeñas a través de largas distancias está especialmente sujeta a cambios en la temperatura ambiente, la humedad relativa, el flujo de aire, los productos químicos y la radiación ultravioleta solar que conducen a la dilución o inactivación.

Si bien algunas partículas respiratorias pueden viajar largas distancias o permanecer en el aire durante algún tiempo, el riesgo de transmisión depende en gran medida de la cantidad de virus infeccioso que contienen esas partículas. La falta de evidencia epidemiológica y virológica que apoye la transmisión predominante por aerosoles de largo alcance del SARS-CoV-2 sugiere que los títulos infecciosos en partículas pequeñas son insuficientes para causar infecciones con frecuencia.

Hay características virológicas y biofísicas desconocidas del SARS-CoV-2 que son pertinentes para dilucidar los modos de transmisión, incluida la dosis infecciosa mínima y las concentraciones de virus en el aire y la viabilidad del virus en entornos naturales interiores y exteriores en función de la emisión de partículas, distribución de tamaño, transformación, dispersión, deposición, tiempo y parámetros ambientales. Los datos epidemiológicos actualmente disponibles proporcionan evidencia más confiable de cómo se propaga el SARS-CoV-2 que los es-

tudios de laboratorio, teóricos e *in silico*, especialmente si estos no investigan la infecciosidad del SARS-CoV-2 o se llevan a cabo en ambientes pobremente simulados.

La transmisión de enfermedades infecciosas tiene importantes implicaciones en el desarrollo de protocolos preventivos eficaces y la asignación de recursos. La ciencia exagerada puede conducir a políticas dañinas. Por ahora, afirmar que los aerosoles son el modo de transmisión dominante o exclusivo del SARS-CoV-2 es imprudente, ya que avanzaría con medidas de prevención y control de infecciones innecesarias en entornos hospitalarios y comunitarios. Se necesita mucha más investigación de alta calidad para demostrar lo contrario.

Desafortunadamente, al ampliar los resultados de estudios con considerables limitaciones metodológicas, algunos defensores de los barbijos incluso están respaldando el uso masivo de respiradores con careta filtrante en todas las áreas de atención médica y escenarios comunitarios de alto riesgo. Los mensajes contradictorios con respecto a las rutas de transmisión pueden provocar que el público no esté dispuesto a cumplir con las prácticas de reducción de riesgos.

Por ejemplo, si el público cree erróneamente que la transmisión ocurre mayoritariamente por aerosoles cargados de virus a lo largo de una distancia y un tiempo prolongados, es posible que rechacen la orientación para usar barbijos de tela dada su capacidad limitada de filtrado de aerosoles, o pueden sentir que las precauciones de distanciamiento no sirven para nada.

Por lo tanto, si bien la transmisión del SARS-CoV-2 no se puede separar en la dicotomía de gotitas frente a aerosoles, adoptar una posición de confrontación contra las autoridades sanitarias como la OMS y el “alarmismo de aerosoles” es decididamente inútil. Los científicos de aerosoles deberían trabajar con las autoridades sanitarias, no contra ellas.

Barbijos para todos vs no uso de barbijos

El uso de barbijo ha provocado una guerra cultural en medio de la pandemia de COVID-19.

Por un lado, algunos académicos “pro-barbijo” y auto-promotores han promocionado barbijos con eslóganes simplistas como “La ciencia es simple y clara, los barbijos son de sentido común, algo es mejor que nada”, analogías inexactas con paracaídas, y análisis y falacias ecológicas sin control de confusión. Con una retórica incendiaria, han exagerado los beneficios potenciales y han minimizado las posibles consecuencias no deseadas.

Por otro lado, hay dos grupos “anti-barbijo”: defienden firmemente los principios de la medicina basada en la evidencia y, por lo tanto, espera ensayos clínicos aleatorios “definitivos”, y otro que ha protestado enérgicamente contra los barbijos basadas en afirmaciones injustificadas (p. Ej., Infracción sobre las libertades individuales, mayor riesgo de hipercapnia, empeoramiento clínico de los individuos infectados). Como era de esperar, la conspiración profundamente arraigada y el analfabetismo científico han avivado el sentimiento anti-barbijo de este último grupo.

Establecer una elección binaria entre barbijos para todos y no uso de barbijos para nadie es engañoso. Más que una panacea o un engaño, los barbijos son probablemente un componente de paquete de prevención eficaz para combatir la pandemia de COVID-19.

Se ha demostrado que las mascarillas, especialmente las mascarillas médicas y los respiradores con careta filtrante, previenen las infecciones virales respiratorias en la asistencia sanitaria. En cuanto a los escenarios comunitarios, existe evidencia de máscaras médicas utilizadas por personas sanas y enfermas en hogares, residencias universitarias, escuelas y la peregrina-

nación del Hajj, pero hay poca investigación sobre barbijos de tela para el control de fuentes. La gran mayoría de los estudios comunitarios y de atención médica se han centrado en máscaras médicas y respiradores con careta filtrante, y han evaluado los resultados clínicos y relacionados con la influenza.

Las evidencias directas del uso de mascarillas relacionado las infecciones por coronavirus son escasas. Los datos sobre la eficacia de filtración de los barbijos de tela han demostrado grados variables de protección según las propiedades de los textiles, el número de capas y el ajuste facial. Se ha publicado evidencia mecanicista sobre la eficacia de las mascarillas médicas para reducir las emisiones respiratorias del virus de la influenza y del coronavirus del resfrío común de individuos sintomáticos.

Algunos estudios observacionales de COVID-19 han sugerido un beneficio del enmascaramiento comunitario. Además de una base de evidencia creciente, aunque indirecta y algo controvertida, sobre la efectividad del enmascaramiento comunitario para prevenir las infecciones respiratorias virales, una preocupación crítica que sustenta el enmascaramiento durante la pandemia de COVID-19 ha sido el riesgo de transmisión involuntaria de individuos presintomáticos y asintomáticos, como lo demuestran las investigaciones de contactos, los estudios de modelado y los estudios virológicos.

Todos estos matices explican los cambios de recomendación de las agencias de salud pública en los últimos meses a medida que pasamos de la fase de contención a la de mitigación. En la actualidad, varios países y regiones con transmisión comunitaria del SARS-CoV-2 recomiendan o exigen barbijos de tela y cubiertas faciales para mitigar su impacto. Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública, existen preocupaciones sobre algunas políticas y mensajes sobre ellos.

Se deben considerar los beneficios potenciales de los barbijos, pero no se deben ignorar por completo las posibles desventajas (es decir, escasez de máscaras médicas y respiradores con careta filtrante para los trabajadores de la salud, contaminación cruzada debido al uso inadecuado del barbijo, complacencia hacia otras medidas preventivas, impacto social, impacto ambiental, efectos psicológicos y fisiológicos). Abordar estos desafíos puede permitir maximizar los beneficios potenciales del enmascaramiento.

El uso inadecuado del barbijo es una preocupación persistente que señala fallas en la implementación de políticas, educación para la salud, participación comunitaria e investigación. Los estudios que evalúan los factores asociados con el enmascaramiento público en medio de esta pandemia pueden contribuir a comprender las posibles barreras y diseñar estrategias para aumentar el cumplimiento y la aceptabilidad del barbijo.

Otra preocupación del uso universal del barbijo es la de ser obligatoria. Los mandatos de uso del barbijo, dirigidos a entornos y situaciones específicos, deben llegar cuando sus implicaciones se hayan analizado cuidadosamente. La implementación generalizada de mandatos puede profundizar las desigualdades sociales y erosionar la confianza pública, especialmente en regiones con transmisión de COVID-19 nula o baja.

Las intervenciones educativas deben preferirse a los enfoques coercitivos y punitivos (por ejemplo, multas excesivas, encarcelamiento, violencia, estigmatización).

Los gobiernos que imponen el uso masivo del barbijo deben garantizar su disponibilidad y considerar distribuirlos a los ciudadanos de forma gratuita. Los proveedores de servicios públicos podrían tener el mandato de tener un stock de barbijos para los usuarios, y las empresas privadas podrían proporcionarlos a los clientes por interés propio.

Además, es necesario abordar el impacto en las poblaciones vulnerables (p. ej., personas con discapacidad auditiva que dependen de la lectura de labios; a los grupos raciales a los que se les pide que se quiten los barbijos, se les acosa por ocultar su rostro o se les penaliza de manera desproporcionada por no usarlos; zonas rurales y poblaciones de escasos recursos sin acceso a herramientas educativas en línea).

Eficacia y efectividad no son sinónimos. Aún existen incertidumbres en torno a la adopción del uso del barbijo como medida universal. Existen oportunidades de investigación de COVID-19 para obtener evidencia directa y procesable. Las brechas en la investigación incluyen la efectividad de diseños específicos de barbijos de tela en escenarios comunitarios de alto riesgo, el uso extendido y la reutilización de barbijos de tela, el impacto de diferentes enfoques para la adopción de barbijos, las desventajas de los barbijos, las actitudes y comportamientos hacia los barbijos y la efectividad comparativa de los barbijos de tela y protectores faciales en la comunidad.

Es enormemente frustrante que los académicos que apoyan los barbijos pero que piden mensajes precisos y más pruebas sean tergiversados como anti-barbijo y acusados de mala intención por algunos defensores del uso universal de este implemento. Indudablemente, esta pandemia exige una comunicación eficaz de los beneficios, los riesgos y las incertidumbres, así como una formulación de políticas sensible al contexto basada en datos que explique los casos a favor y en contra de las intervenciones.

En consonancia con la última orientación de la OMS sobre barbijos, abogamos por un enfoque de enmascaramiento comunitario “inteligente” o basado en el riesgo en lugar de un enfoque de enmascaramiento universal. Algunas exenciones para el enmascaramiento son razonables. El término “universal” se aplica a personas, lugares y tiempos, sin excepciones.

El dilema del sí/no al enmascaramiento debe reemplazarse por un debate sobre quién, dónde, cuándo y cómo.

Algunas personas realmente no pueden o están contraindicadas para usar una barbijo (p. ej., personas con algunas dificultades respiratorias, niños menores de 2 años), el enmascaramiento de los niños en edad preescolar puede ser un desafío y algunas personas pueden preferir los protectores faciales, que probablemente ofrecen ventajas sobre las mascarillas en términos de protección para los ojos, sin contacto entre manos, transpirabilidad, visibilidad de cara completa, producción escalable, reutilización y desinfección.

Del mismo modo, no todos los entornos y actividades confieren el mismo riesgo de infección. Para mejorar la adopción del enmascaramiento, las políticas deben dirigirse a contextos de riesgo como reuniones públicas, transporte, lugares sin ventilación y entornos confinados, entre otros.

Las personas que realicen actividades de riesgo insignificante (por ejemplo, hacer ejercicio en un parque con poca gente mientras se asegura el distanciamiento físico, conducir solas) deben estar exentas del uso de barbijos.⁶

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

En tiempos de
COVID-19

ES IMPORTANTE
Que NIÑAS, NIÑOS y ADOLESCENTES,
tengan sus VACUNAS AL DIA y asistan
a sus CONTROLES DE SALUD.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Cátedra Pediatría A y B

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Asociación Cooperadora
Hospital Dr. Noel H. Sbarra

Hospital Zonal Dr. Noel H. Sbarra

FUNDACIÓN LUDOVICA
Hospital de Niños de La Plata

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA - COOPERADORA

Hospital de niños
SOR MARÍA LUDOVICA
La Plata - Buenos Aires - Argentina

Argentina (2020).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.