



Reporte Epidemiológico de Córdoba

14 DE SEPTIEMBRE
2020
REC 2.366

ARGENTINA

- Nueva actualización de la definición de caso sospechoso de COVID-19
- Las ciudades del país donde el sistema sanitario está tocando su techo

AMÉRICA

- Brasil: El número de casos de sarampión en Rio de Janeiro crece 142% respecto del año pasado
- Estados Unidos: Impacto del distanciamiento físico por la COVID-19 en otras infecciones

- Estados Unidos: Reportan una muerte por fiebre de las Montañas Rocosas en Nebraska
- Panamá: Dos pacientes con una inusual triple infección superan la COVID-19

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Francia: Los pacientes obesos con COVID-19 tienen más carga viral por más tiempo
- Italia: Así está entrando el dengue en Europa

- Noruega: Brote intrahospitalario de legionelosis en Oslo
- Rwanda: Los casos de malaria severa disminuyen 38%
- Sudán: Confirman 19 casos de infección por poliovirus derivado de la vacunación
- Ucrania: Reportan casos de leptospirosis en Mykoláiv
- Los brotes de sarampión refutan la sustentabilidad de la eliminación

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

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

Adherentes

El Ministerio de Salud de Argentina informó que a la definición de caso sospechoso de COVID-19 se agregó el síntoma mialgia, por lo que ahora se considera caso sospechoso de COVID-19 a toda persona, de cualquier edad, que presente dos o más de los siguientes síntomas: fiebre de 37,5°C o más; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria; pérdida repentina del gusto o del olfato; cefalea; mialgias y diarrea o vómitos. Y además, a toda persona que presente pérdida repentina del gusto o del olfato en ausencia de cualquier otra causa identificada.

En cuanto a la definición de caso confirmado de COVID-19, las autoridades sanitarias nacionales recuerdan que se encuentra vigente la confirmación de laboratorio para todo caso sospechoso con resultado detectable del genoma viral de SARS-CoV-2 a través de técnicas directas, como también la confirmación a través de criterios clínicos-epidemiológicos para todas aquellas personas que en los últimos 14 días hayan sido contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 o formen parte de un conglomerado de caso con al menos un caso confirmado por laboratorio, y presenten dos o más de los síntomas de la enfermedad.

Además, podrá considerarse caso confirmado a través de criterios clínicos-epidemiológicos a toda persona que comience con pérdida repentina del gusto o del olfato sin otra causa identificada.

Todos los casos confirmados por criterios clínico-epidemiológicos deben ser evaluados clínicamente para identificar signos de alarma y/o diagnósticos diferenciales, durante toda su evolución.

Con respecto a las personas fallecidas que no tengan diagnóstico etiológico definido, hayan tenido un cuadro clínico compatible con COVID-19 –independientemente del estado de salud previo– y hayan sido contacto estrecho de un caso confirmado o haya estado vinculada epidemiológicamente a un conglomerado de casos o a áreas de transmisión comunitaria sostenida, se procurará el diagnóstico por laboratorio.

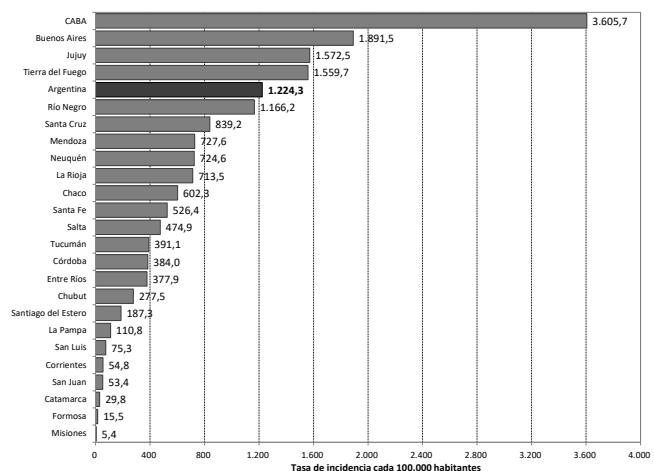


Gráfico 1. Tasas de incidencia cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 13 de septiembre. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Finalmente, se procurará el diagnóstico por laboratorio a los casos confirmados por criterio clínico epidemiológico de los siguientes grupos: pacientes que presenten criterios clínicos de internación, personas con factores de riesgo, personas gestantes, y trabajadores de la salud.

En el caso de los trabajadores de la salud, personas que residan o trabajen en instituciones cerradas o de internación prolongada, personal esencial o personas que residan en barrios populares o pueblos originarios, se los considerará casos sospechosos si son contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19 y presentan uno o más de los síntomas descritos dentro de los 14 días posteriores al contacto.

Además, se mantiene la definición de caso sospechoso de COVID-19 en pediatría para niños y adolescentes de 0 a 18 años con síndrome inflamatorio multisistémico. Para ello deben presentar fiebre durante más de tres días acompañada de dos de los siguientes síntomas: erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (en boca, manos o pies); hipotensión o shock; disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias; evidencia de coagulopatía; diarrea, vómitos o dolor abdominal; y marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina, como así también ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico).

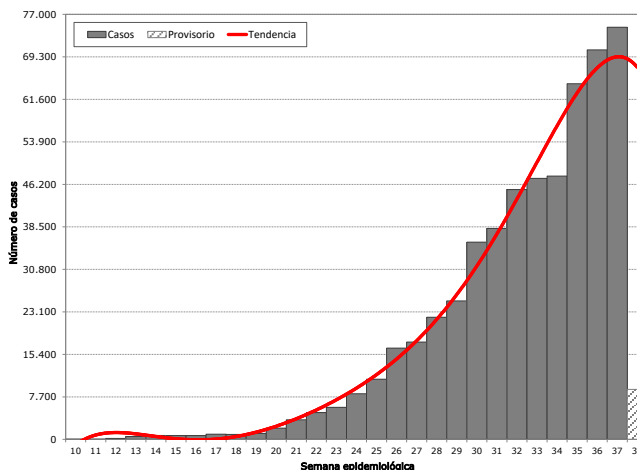


Gráfico 3. Casos confirmados y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 38. Datos al 13 de septiembre de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

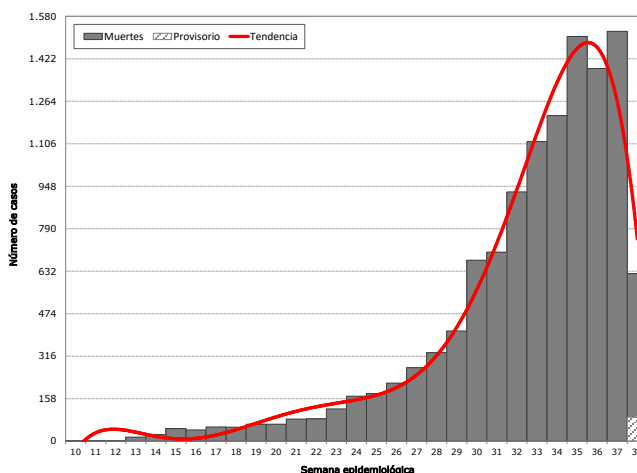


Gráfico 3. Muertes confirmadas y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 38. Datos al 13 de septiembre de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

iProfesional

LAS CIUDADES DEL PAÍS DONDE EL SISTEMA SANITARIO ESTÁ TOCANDO SU TECHO

12/09/2020

La preocupación por el incremento de casos de COVID-19 sigue creciendo y los problemas abarcan ahora a toda Argentina, con gran parte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) alcanzada por la pandemia pero, al mismo tiempo, con muchas ciudades de las provincias también en riesgo.

De acuerdo a los últimos datos, el AMBA concentra 64,4% del total de internados por COVID-19 en todo el país. Pero, por el momento, en esta región el sistema de salud no colapsó y hay

camas disponibles. El problema se trasladó a otras zonas del país, donde algunos sistemas están desbordados o a punto de saturarse.

En este escenario, dentro de las ciudades más afectadas se encuentran Río Negro, Jujuy y Tucumán, consideradas las provincias más comprometidas en cuanto a ocupación de unidades de terapia intensiva. Los tres distritos tienen una ocupación total de 81% de las camas de terapia intensiva, contando tanto al sector público como al sector privado, según datos oficiales. Pero al interior de cada provincia la situación es distinta.

En Río Negro, según datos del Ministerio de Salud de la Nación, hay departamentos donde el sistema ya se saturó. En General Roca la ocupación llega a 100% de las camas, de acuerdo con datos actualizados al 7 de septiembre. En Cipolletti, por su parte, la ocupación llega a 85%.

Jujuy tiene comprometidos los sistemas de salud de tres departamentos: Humahuaca presenta 100% de ocupación; San Pedro, 97%; y Manuel Belgrano, 89%. Y, según señaló la secretaria de Acceso a la Salud, Carla Vizzotti, también la capital, San Salvador de Jujuy, registra tensión en su sistema sanitario.

En Tucumán, el departamento de Cruz Alta registra una ocupación de 86% y San Miguel, la capital provincial, de 82%. Otras ciudades con alta ocupación son Gran Mendoza (83%) y Salta capital (81%).

La situación en el resto de las provincias tampoco es tan alentadora. En lugares como Córdoba y Santa Fe, todos los días hay más casos, y en la primera provincia admiten que todavía no se tocó el pico máximo. Además, entre los cordobeses, en algunos lugares como Río Cuarto tuvieron que volver a la Fase 1, debido al incremento que se dio de contagiados en las últimas semanas.

Mirando más hacia las provincias del norte de Argentina, los problemas también se agravan en algunas localidades de Salta, como es el caso de San Ramón de la Nueva Orán, donde se registraron decenas de infectados en los últimos días.

A nivel nacional, todas estas situaciones se ven como señales de alerta, ya que en la mayoría de los casos los sistemas sanitarios en el interior del país son mucho más débiles que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y gran parte de la provincia bonaerense, por lo cual es necesario controlar que en varios distritos sigan incrementándose los casos para no tener que decidir a quién salvarle la vida y a quien no.



BRASIL

EL NÚMERO DE CASOS DE SARAMPIÓN EN RIO DE JANEIRO CRECE 142% RESPECTO DEL AÑO PASADO

09/09/2020

El número de casos de sarampión en Rio de Janeiro creció 142% en comparación con el año pasado. La Secretaría Estatal de Salud informó que de enero a agosto de este año se reportaron 1.276 casos en el estado. En 2019, en el mismo período, hubo 527 notificaciones.

Para los infectólogos, una de las principales razones del elevado número de casos actuales es la caída de la cobertura de vacunación. El Ministerio de Salud informó que, en 2020, sólo la mitad de los niños brasileños recibieron todas las vacunas del calendario oficial.

“Identificamos algunos problemas en relación con el aumento de casos de sarampión. Uno es la caída en la cobertura de vacunación, que viene ocurriendo desde 2016. Otro problema es la cantidad de turistas que vienen de Europa, y allí no existe preocupación por la vacuna contra el sarampión. Por último, tenemos la ola migratoria de venezolanos que ingresaron a Brasil, muchos de ellos, sin vacunación”, comentó el infectólogo Fernando José Chapermann.

Para el especialista, la pandemia de COVID-19 también influyó en la falta de demanda de vacunación contra el sarampión en este período. “Por la COVID-19, mucha gente tenía miedo de acudir al centro de salud. Otra cuestión es que, sin matriculación en las escuelas, muchos padres no actualizaron los carnés de vacunación de sus hijos. Pero tenemos varios casos que derivan de la caída de las coberturas de vacunación. Familias que optan por no vacunar, más las que no creen que sea importante y las que tienen miedo; si a eso se suman las noticias falsas que se difunden, ciertamente se termina en un aumento de casos”, agregó.

La infectóloga pediátrica Mariana Cypreste de Miranda Saad también enfatizó sobre el nivel de las coberturas. “Las cifras de las coberturas de vacunación están muy por debajo de las expectativas. Con la emergencia de la COVID-19, el sarampión dejó de ser un tema destacado entre la población. La concurrencia de las personas a los puestos para recibir el esquema vacunal contra el sarampión, así como el retorno de aquellos que ya lo habían iniciado para su finalización, acabaron siendo dejados de lado”, explicó.




Los casos

La ciudad de Rio de Janeiro aparece en primer lugar como la región con mayor número de contagios de sarampión (627), seguida de Nova Iguaçu (139) y Duque de Caxias (97). Niterói ocupa el cuarto lugar de la tabla (84).

Quince municipios que no tuvieron casos el año pasado tuvieron notificaciones en 2020, como fue el caso de Valença (26 casos en lo que va de año), Mesquita (14) y Queimados (12).

“Necesitamos llamar la atención de las autoridades y también de la población sobre la importancia de fortalecer la vacunación. Porque no tiene sentido ofrecer una vacuna si no hay adhesión. Hay que educar a la población. Un trabajo que se enfoca en la necesidad de protección, sobre todo”, añadió Chapermann.

 <p>OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS</p>	<p style="text-align: right;"><i>ESTADOS UNIDOS</i></p> <p style="text-align: center;">IMPACTO DEL DISTANCIAMIENTO FÍSICO POR LA COVID-19 EN OTRAS INFECCIONES</p> <p style="text-align: right;"><i>02/09/2020</i></p>
---	--

La mayoría de los niños han sido aislados en casa durante la pandemia de COVID-19. Si los niños se alejan de sus interacciones normales con sus compañeros en la guardería, la escuela y otras actividades, es probable que la transmisión de enfermedades infecciosas comunes disminuya.

Un estudio analizó datos de una gran red de atención primaria pediátrica en Massachusetts para determinar la incidencia de 12 enfermedades infecciosas que comúnmente provocan visitas a los pediatras: otitis media aguda, bronquiolitis, resfrío común, crup, gastroenteritis, influenza, faringitis no estreptocócica, neumonía, sinusitis, infecciones de piel y tejidos blandos, faringitis estreptocócica e infección del tracto urinario.

Se comparó la incidencia semanal entre niños de 0 a 17 años durante los mismos períodos en 2019 y 2020, correspondientes a períodos antes y después de la promulgación del distanciamiento físico y el cierre de escuelas y negocios no esenciales.

Como era de esperar, las tasas de diagnóstico cada 100.000 pacientes fueron significativamente más bajas después del distanciamiento físico. Algunas diferencias fueron sorprendentes; por ejemplo, la influenza, el crup y la bronquiolitis casi desaparecieron (menos de un caso cada 100.000).

En particular, los casos de influenza habían tenido una tendencia más alta en 2020 que en 2019, pero desaparecieron abruptamente después del distanciamiento físico. Las infecciones urinarias disminuyeron después del distanciamiento físico, pero solo ligeramente, lo que no es sorprendente ya que las infecciones urinarias no se consideran una enfermedad contagiosa.

Aunque no es una sorpresa, el marcado impacto del distanciamiento físico en la propagación de infecciones entre los niños es impresionante.

Los seres humanos son seres sociales, por lo que a medida que las escuelas vuelvan a abrir, dependiendo de las tasas de casos de COVID-19 en las comunidades locales, las infecciones se transmitirán entre los niños.

Sin embargo, como inevitablemente se pasará a una era pospandémica, se debe recordar el impacto positivo de los comportamientos aprendidos durante la pandemia, como el poder de la higiene de manos y permanecer en casa ante el primer signo de infección, y la importancia de las vacunas para reducir la propagación de la infección entre los niños.

Discusión

Las políticas promulgadas en Massachusetts para mitigar la pandemia de COVID-19 dieron como resultado una profunda disminución en el diagnóstico de enfermedades infecciosas comunes entre los niños. Esta reducción podría deberse a uno o dos de los siguientes factores: una disminución en la prevalencia de las afecciones o una decisión de no buscar atención cuando ocurrieron las afecciones.

La menor disminución en los diagnósticos de infección del tracto urinario, una enfermedad infecciosa pero generalmente no contagiosa, sugiere que los cambios en la búsqueda de atención en el comportamiento tuvo un efecto relativamente modesto sobre las otras disminuciones observadas.

Aunque no es sorprendente que la transmisión de enfermedades infecciosas disminuya con el distanciamiento físico, estos datos demuestran hasta qué punto la transmisión de infecciones pediátricas comunes puede alterarse cuando se elimina el contacto cercano con otros niños. En particular de las enfermedades estudiadas: influenza, crup y bronquiolitis, desaparecieron esencialmente con el distanciamiento físico.

La trayectoria de la influenza es especialmente interesante. Los diagnósticos en 2020 superaron los de 2019 como se esperaba a partir de los datos de vigilancia nacional, pero la propagación de la influenza parece haber terminado abruptamente con el distanciamiento físico.

Este hallazgo difiere un poco de un informe reciente de Japón que revela una disminución significativa, pero no tan dramática, de casos de influenza coincidentes con el distanciamiento físico en ese país. Los resultados diferentes pueden estar relacionados con el momento de la implantación del distanciamiento físico dentro de la temporada de influenza, diferentes enfoques de la medida en las dos ubicaciones, o el hecho de que el estudio japonés incluyó pacientes de todas las edades, mientras que el actual se centró sólo en los niños.

Los riesgos de enfermedades infecciosas del contacto con otros siempre se han sopesado implícitamente frente a los beneficios de la interacción social.

El experimento natural actual de distanciamiento físico repentino y generalizado durante la pandemia de COVID-19 ha permitido una apreciación más explícita de la magnitud de estos riesgos en los niños y puede informar estrategias para la mitigación del riesgo de enfermedades infecciosas como incrementos de interacción social en el futuro.

Una inusual muerte y un aumento en los reportes de enfermedades transmitidas por garrapatas hacen que los funcionarios de salud pública recuerden a los habitantes de Nebraska que adopten medidas cuando salgan al aire libre.

Por primera vez desde 2015, un habitante de Nebraska murió a causa de la fiebre de las Montañas Rocosas. El hombre, que tenía 60 años de edad, vivía en el centro-oeste de Nebraska, y se cree que contrajo la enfermedad de una garrapata mientras estaba en el estado.



Dermacentor variabilis

Aunque la enfermedad está asociada con las Montañas Rocosas, puede contraerse en una amplia área geográfica. Eso incluye gran parte de Nebraska e Iowa.

En todo el país, la incidencia de la fiebre de las Montañas Rocosas ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Según el organismo, Nebraska es uno de los 10 estados con el mayor número de casos *per cápita*.

En 2000, se notificaron alrededor de 500 casos en todo el país. Desde 2012, se han producido al menos 3.000 casos cada año y, por lo general, muchos más, dijo la agencia.

La fiebre de las Montañas Rocosas es tratable, pero es una de las enfermedades más mortales relacionadas con las garrapatas si no se trata.

Shannon Vanderheiden, directora ejecutiva del Departamento de Salud del Distrito Central Oeste, dijo que el hombre era un residente de su distrito y que su muerte es un recordatorio de que debe controlarse de cerca en los días inmediatamente posteriores a una picadura de garrapata. Esta enfermedad en particular transmitida por garrapatas puede pasar a etapas avanzadas en cinco días, dijo.

El Distrito Central Oeste está compuesto por los condados de Arthur, Hooker, Lincoln, Logan, McPherson y Thomas.

“El mensaje que más deseo que la gente reciba es que, si bien obviamente todos estamos lidiando con la COVID-19, eso no quita otras enfermedades que todavía están circulando”, dijo.

El Departamento de Salud del Estado también recibió nueve informes de personas con erliquiosis, otra enfermedad transmitida por garrapatas, con un promedio de cuatro casos al año. La erliquiosis es una enfermedad bacteriana que causa síntomas similares a los de la gripe.

No está claro si hay un empeoramiento real de las enfermedades transmitidas por garrapatas en Nebraska. Este año, el estado comenzó a capturar garrapatas como una forma de monitorear su población, dijo.

Vanderheiden dijo que lo que puede estar ocurriendo es que ha habido un aumento de las personas que pasan tiempo al aire libre a causa de la COVID-19, lo que aumenta el potencial de exposición de las personas.



PANAMÁ

DOS PACIENTES CON UNA INUSUAL TRIPLE
INFECCIÓN SUPERAN LA COVID-19

11/09/2020

Dos pacientes en Panamá con una triple infección –VIH, tuberculosis y SARS-CoV-2– superaron la COVID-19, informó el 11 de septiembre el equipo de médicos y científicos tratantes de estos casos considerados “inusuales”.

Se trató de pacientes masculinos de 29 y 53 años, ambos de la provincia caribeña de Colón, que fueron diagnosticados entre marzo y abril pasados y tratados por un equipo médico de un hospital público de esa región y científicos del Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología - Asociación de Interés Público (INDICASAT-AIP) de Panamá.

Los especialistas consideran que estos casos “inusuales” aportan “información a la teoría de que la coinfección con VIH, tuberculosis y SARS-CoV-2 no parece empeorar los resultados de la infección por COVID-19”, indicó el INDICASAT-AIP en una declaración pública.

El ente de investigación sostuvo que el mayor número de casos complicados de COVID-19 ocurre en pacientes con comorbilidades de enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes y cáncer, además de los mayores de 60 años, como lo evidencian las cifras en Panamá y otros países.

“Investigaciones como éstas sólo refuerzan la necesidad de estudios más amplios para comprender la fisiopatología, es decir, el estudio del funcionamiento de un organismo durante el curso de una enfermedad, generando conocimiento que puede servir a la comunidad médico global”, añadió.

Casos inusuales

El primero caso corresponde a un hombre de 29 años que llegó al hospital a fines de marzo, y el segundo uno de 53 años que fue tratado a fines de abril, ambos con diagnósticos de COVID-19, tuberculosis y VIH.

El tratamiento suministrado para combatir el SARS-CoV-2 se ideó en base a la experiencia de los médicos y al Ensayo Clínico Solidaridad publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluyó el uso de antibióticos, fármacos antituberculosos, oxigenoterapia e hidroxiquina.

Los doctores consideraron “el uso de la hidroxiquina para atender ambos casos porque era lo recomendado en ese entonces por el Ensayo Clínico Solidaridad publicado por la OMS. Actualmente la evidencia ha sugerido puntos en contra de su uso. Hasta la fecha, no ha habido informes similares de pacientes que presentan tres enfermedades infecciosas concomitantes”, indicó el ente panameño.

Panamá incluyó en julio pasado el uso de hidroxiclороquina en los protocolos sanitarios luego de haberla retirado en mayo a raíz de que la OMS paralizó los ensayos clínicos en base a un estudio que arrojaba un alza en los fallecimientos de los pacientes tratados con dicho medicamento.

“Los dos inusuales casos presentados con triple infección” de tuberculosis, VIH y SARS-CoV-2 registrados en Panamá fueron tratados “de forma estratégica y rápida”, dijo el INDICASAT-AIP.

La insuficiencia respiratoria aguda causada por el SARS-CoV-2 “fue abordada de inmediato. La implementación rápida de esta estrategia por parte de los profesionales facilitó una rápida recuperación a pesar de que los pacientes presentaban una triple infección”, añadió.

El mundo



LA COVID-19 EN EL MUNDO

13/09/2020

Récord de casos diarios en Emiratos Árabes Unidos

Emiratos Árabes Unidos registró el 12 de septiembre 1.007 casos positivos de COVID-19 en las últimas 24 horas, su cifra más alta desde que se detectó el primer caso en el país, en febrero pasado.

Ante el aumento de los contagios, el Gobierno instó a los ciudadanos a seguir adoptando medidas preventivas, en primer lugar, el distanciamiento físico.

Según las autoridades sanitarias, sólo 12% de los nuevos contagios se debe a visitantes que llegan de fuera del país.

El aumento de los casos se fue dando de manera paulatina a medida que el país reabrió sus puertas al turismo y reanudó las actividades económicas, de ocio y culturales en mayo.

Hasta el momento, 399 personas murieron en el país por la COVID-19 y un total de 78.849 se infectaron desde el comienzo de la pandemia.

Record de casos diarios en República Checa

El Gobierno de República Checa confirmó el 13 de septiembre el máximo diario de casos de COVID-19 desde el inicio de la pandemia, con más de 1.500, la mayoría de los cuales han sido detectados en la capital, Praha.

País	Casos	Muertes	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
San Marino	741	42	123,83
Perú	716.670	30.470	92,67
Bélgica	91.443	9.919	85,66
Andorra	1.344	53	68,62
España	566.326	29.747	63,63
Chile	432.666	11.895	62,33
Bolivia	125.172	7.250	62,28
Ecuador	114.732	10.836	61,61
Brasil	4.282.164	130.396	61,43
Reino Unido	365.178	41.623	61,38
Italia	286.297	35.603	58,87
Estados Unidos	6.386.832	191.809	58,01
Suecia	86.505	5.846	57,96
México	658.299	70.183	54,55
Panamá	100.330	2.140	49,75
Francia	353.986	30.749	47,13
Sint Maarten	530	19	44,41
Colombia	702.088	22.518	44,35
Países Bajos	80.937	6.244	36,46
Irlanda	30.730	1.783	36,19
Kosovo	14.523	579	33,28
Jersey	380	32	32,70
Macedonia del Norte	15.694	646	31,01
Armenia	45.862	916	30,92
Isla de Man	337	24	28,25
Moldavia	42.714	1.118	27,70
Irán	399.940	23.029	27,49
Sudáfrica	648.214	15.427	26,08
Argentina	535.705	11.206	24,84
Canadá	135.626	9.163	24,32
Rumania	102.386	4.127	21,43
Guayana Francesa	9.521	63	21,20
Honduras	66.049	2.058	20,84
Bosnia y Herzegovina	22.254	668	20,34
Suiza	46.595	1.742	20,16
Montserrat	13	1	20,04
Guernsey	253	13	19,89
Luxemburgo	7.159	124	19,87
Irak	286.778	7.941	19,83
Montenegro	6.706	118	18,79
Otros 175 países y territorios	10.868.273	199.297	—
Total	28.637.952	917.417	11,84

Tabla 1. Casos confirmados y muertes, de los países con mayores tasas de mortalidad cada 100.000 habitantes. Datos al 13 de septiembre de 2020, 13:41 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

nacional de lunes a sábado, excepto en las provincias de Bocas del Toro, Colón y Chiriquí, donde se mantiene de lunes a jueves de 19:00 a 05:00 y la cuarentena total el fin de semana.

En el caso de las provincias de Panamá (capital) y su vecina Panamá Oeste, el confinamiento obligatorio será solo los domingos, en tanto los salvoconductos se emitirán en beneficio de empresas que requieran trabajar entre las 23:00 y 05:00 horas.

Se dispone la vigencia de los cercos sanitarios y puestos de control, los cuales verificarán si las personas están pendientes de resultados de algún examen por COVID-19 o en etapa de cuarentena por padecer de la enfermedad. En tales casos, las unidades de la Policía Nacional están autorizadas a trasladar a la persona a un centro hospitalario u hotel hospital para que cumpla con su periodo de cuarentena.

El levantamiento de las medidas de restricción forma parte de la reapertura escalonada de la economía, estrategia establecida por el Gobierno desde fines de agosto y hasta el 12 de octubre, siempre que el número reproductivo básico (R_0) se mantenga por debajo de 1.

El Ministerio de Sanidad checo detalló que durante las últimas 24 horas se han registrado 1.541 casos, lo que sitúa el total en 35.401, con 431 fallecidos.

En estos momentos hay 13.739 casos activos, incluidas 297 personas que se encuentran hospitalizadas, mientras que 21.209 se han recuperado de la COVID-19.

Las autoridades checas anunciaron el 10 de septiembre que era obligatorio usar barbijo en espacios cerrados, mientras que a partir del 15 de septiembre todas las personas mayores de 60 años deberán recibir paquetes con barbijos.

El ministro de Sanidad, Adam Vojtech, reconoció que las autoridades “no esperaban un incremento así” de los contagios. “Está claro que las medidas que estamos introduciendo gradualmente tendrán efecto con retraso”, zanjó.

Panamá levanta restricciones

Tras seis meses de fuertes restricciones para contener el avance de la COVID-19, Panamá comenzó el camino del relajamiento total.

A partir del 14 de septiembre se elimina la movilidad ciudadana por género y los salvoconductos, dos disposiciones muy cuestionadas en sus inicios y que hoy marcan el total tránsito hacia la nueva normalidad.

Se establece un nuevo horario para el toque de queda (23:00-05:00, hora local) a nivel

Otros requisitos están asociados a la tasa de letalidad, la cual debe mantenerse en menos de 3%; la disponibilidad de camas en sala en 20%, y la de cuidados intensivos en 15%.

Entre las actividades que reabrirán sus puertas antes del 30 de septiembre sobresalen las deportivas, el comercio minorista, restaurantes y fondas de manera presencial, servicios profesionales, administrativos y gerenciales pendientes, hipódromo sin público, aviación y todas las que puedan realizarse al aire libre.

Al 12 de septiembre, Panamá reportaba un acumulado de 99.715 contagiados y 2.127 fallecidos desde que se registró el primer caso de COVID-19 en el país en marzo último.

Francia supera los 10.000 casos diarios

Francia superó por primera vez la barrera simbólica de los 10.000 contagios de COVID-19 en un día, mientras 17 personas fallecieron en las últimas 24 horas.

Los casos ascendieron a 10.561, después de dos jornadas consecutivas con más de 9.000, cifras sin precedentes desde el comienzo de la pandemia en el país el 1 de marzo.

Los decesos atribuidos a la enfermedad escalaron a 30.910, una de las naciones más golpeadas.

En el territorio galo se encuentran activas 772 cadenas de transmisión del patógeno, 86 identificadas en las últimas horas, mientras 77 de los 101 departamentos clasifican como de riesgo, moderado o alto.

El 11 de septiembre, el primer ministro, Jean Castex, reconoció el desafiante escenario epidemiológico del país y llamó a la población a cumplir las medidas de distanciamiento físico, en aras de evitar restricciones.

Castex expresó que las autoridades locales deberán adoptar las acciones necesarias para frenar la propagación de la COVID-19 en departamentos, ciudades y comunas, a partir de la situación particular.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)
Europa	5.104.154	226.631	17,89
América	14.478.961	495.227	17,61
Mediterráneo Oriental	2.073.209	55.417	7,53
Sudeste Asiático	5.299.795	93.086	5,53
África	1.139.499	25.897	4,71
Pacífico Occidental	542.334	21.159	3,02
Total	28.637.952	917.417	11,84

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de mortalidad cada 100.000 habitantes, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 13 de septiembre de 2020, 13:41 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

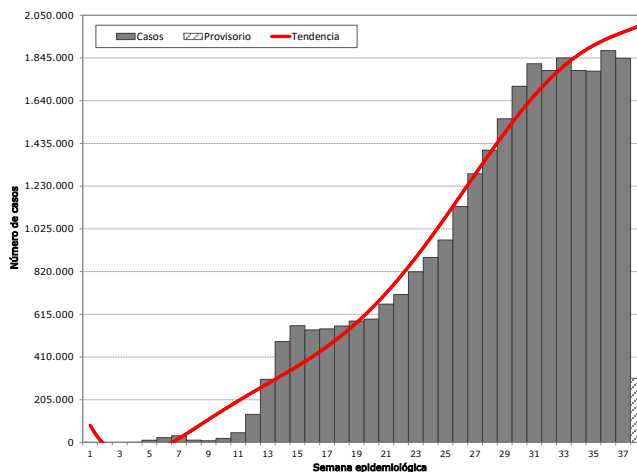


Gráfico 5. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 38. Datos al 13 de septiembre de 2020, 13:41 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

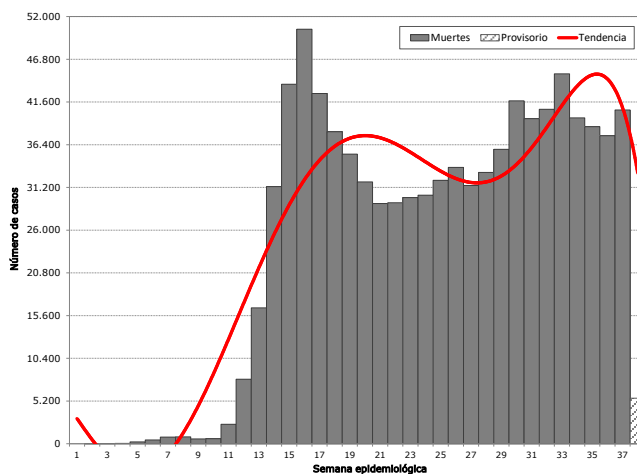


Gráfico 5. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 38. Datos al 13 de septiembre de 2020, 13:41 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Los pacientes con COVID-19 y obesidad¹ tienen más carga viral y el virus parece persistir por más tiempo en estos individuos, de acuerdo con nuevos datos que exploran cuán contagiosos son los pacientes con COVID-19 y obesidad.²

Una investigación muestra que individuos con índice de masa corporal mayor a 30 kg/m² tuvieron cuadros clínicos de COVID-19 que se resolvieron cinco días más tarde que los de aquellos con índice de masa corporal menor de 25 kg/m², el cual se considera equivalente a un peso corporal sano.

También se observó que los pacientes con obesidad tienen mayor carga viral.

Por los frotis genéticos se sabe que en el tejido adiposo los niveles de enzima convertidora de angiotensina-2 son más altos, por lo que en consecuencia se intensifica la capacidad del virus para entrar en las células. Los pacientes con obesidad que contraen influenza muestran un patrón similar en lo que respecta a cargas virales más altas y duraciones de la infección más prolongadas.

En la investigación, aquellos con COVID-19 e índice de masa corporal menor de 25 kg/m² tardaron aproximadamente 14 días para restablecerse por completo, aquellos con índice de masa corporal de 25 a 30 kg/m² tardaron cerca de 17 días y los que tenían índice de masa corporal mayor a 30 kg/m² tardaron alrededor de 19 a 20 días.

Los niveles más elevados de índice de masa corporal y glucosa probablemente son los factores de riesgo más relevantes en pacientes intubados que dan lugar a peor morbilidad. Una posible explicación es que al inicio los pacientes con obesidad tienen comorbilidades, además de que hay factores inmunitarios, que en conjunto con la tormenta de citocinas típica de la COVID-19 grave, aumentan la morbimortalidad.

Una serie de estudios han vinculado la obesidad con peores desenlaces en casos de COVID-19. Un [trabajo](#) sobre los desenlaces provenientes del Centre Hospitalier Universitaire de Lille revelaron que la gravedad de la COVID-19 se asociaba con categorías de índice de masa corporal más altas, y fue máxima en pacientes con índice de masa corporal mayores de 35 kg/m² (obesidad patológica). Los investigadores también encontraron que la necesidad de ventilación mecánica invasiva se relacionó con obesidad grave y fue independiente de edad, género, diabetes, e hipertensión.

Los datos corresponden a marzo y abril de 2020, cuando los ingresos a las unidades de atención médica general y de cuidados intensivos comenzaron a aumentar bruscamente en Francia y en otras partes de Europa.

Otros datos provenientes de la ciudad de New York, también señalaron que la obesidad podría ser un factor de riesgo en pacientes con COVID-19 para ingresar en la unidad de cuidados intensivos, en especial los menores de 60 años. Pacientes con obesidad tuvieron el doble

¹ Índice de masa corporal: 30 kg/m².

² Trabajo presentado el 1 de septiembre de 2020 en la sesión plenaria inaugural del Congreso Europeo e Internacional de Obesidad 2020, por Dror Dicker y J. Ralston. Las investigaciones presentadas en congresos por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

de probabilidades de ser hospitalizados por COVID-19 y también aumento significativo de la probabilidad de ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

Otro análisis realizado por médicos franceses mostró que entre los pacientes analizados en el Lyon University Hospital, aquellos con COVID-19 internados en la unidad de cuidados intensivos tuvieron 35% más probabilidades de tener obesidad que aquellos con COVID-19 grave en la población general francesa.

Actualmente se lleva a cabo un estudio multicéntrico internacional sobre cómo el índice de masa corporal y la obesidad se relacionan con el aumento del riesgo de ventilación mecánica en la COVID-19. En el estudio se investiga la asociación entre índice de masa corporal y desenlaces de la neumonía en pacientes muy graves con COVID-19 utilizando datos médicos clínicos, no datos administrativos.

En el estudio hasta ahora se han incluido más de 1.400 pacientes de 21 centros en Europa, Estados Unidos e Israel, con base en datos médicos clínicos (no bases de datos administrativas).

Se espera que este estudio ayude a comprender mejor la naturaleza, lineal o no lineal de la asociación entre índice de masa corporal y la gravedad de la neumonía por COVID-19, con necesidad de ventilación mandatoria intermitente, y la mortalidad. Asimismo, se quiere esclarecer el efecto del género o la edad y las covariables metabólicas sobre esa asociación.

Varios meses después de iniciada la pandemia de COVID-19, el aumento del riesgo generado por este virus en las personas con obesidad no podría estar más claro. Los datos muestran que las posibilidades de que la enfermedad sea más grave aumentan con el índice de masa corporal, al grado de que casi todos los pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos que tienen obesidad grave terminarán necesitando un respirador.

N I U S	<p style="text-align: right;"><i>ITALIA</i></p> <p style="text-align: center;">ASÍ ESTÁ ENTRANDO EL DENGUE EN EUROPA</p> <p style="text-align: right;"><i>13/09/2020</i></p>
----------------	--

Este verano, una mujer de unos 30 años que había permanecido en Pulau Weh, una isla tropical en Sumatera Barat (Indonesia), durante 16 meses, regresó el 27 de julio de 2020 a su ciudad natal en la provincia de Vicenza, en la región italiana de Veneto. En ese momento, la mujer no sabía que sería la pieza clave del primer brote de dengue autóctono registrado en Italia.



Aedes albifasciatus

Antes de llegar a Italia, la mujer había hecho una escala de cuatro días en Jakarta. Una vez en su país, se quedó en casa durante 14 días para cumplir la cuarentena por la COVID-19 impuesta por el gobierno italiano a los viajeros pro-

cedentes de lugares fuera de la Unión Europea. Era un regreso feliz, pero casi de inmediato las cosas se complicaron.

Tres días después de su vuelta, la mujer empezó a tener fiebre (38°C), malestar, dolor de espalda y picor en los miembros superiores. Pero la prueba que se hizo de inmediato para detectar el SARS-CoV-2 resultó negativa.

Los síntomas clínicos se resolvieron en cuatro días, pero el dengue puede llegar a ser mortal sin tratamiento médico.. Todo parecía en orden, pero entre el 16 y el 18 de agosto, cinco de sus siete contactos domésticos comenzaron a tener síntomas de fiebre (más de 38°C), malestar, dolor de cabeza y picazón en las extremidades superiores. Los contactos incluyeron a una mujer y un hombre de cincuenta años (caso 2 y caso 3, respectivamente), dos hombres de veinte años y un niño en edad preescolar (casos 4, 5 y 6, respectivamente). Días más tarde, todos dieron positivo para dengue. Acababa de ser detectado el primer brote de dengue autóctono en Italia. El dengue no se contagia entre humanos, pero los mosquitos pueden llevar la infección de unos a otros.

De las selvas tropicales al Mediterráneo

Los virus del dengue generalmente se transmiten en áreas tropicales por mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Ae. aegypti* y secundariamente por *Ae. albopictus*. En Europa, el dengue es casi siempre importado de países endémicos y solo se han notificado unos pocos casos autóctonos y brotes muy limitados.

Entre 2010 y 2019, han sido notificados unos pocos casos autóctonos en Europa. En 2010 en Francia y Croacia, en 2012 en Madeira (Portugal), en Francia en 2013, 2014, 2015, 2018, 2019 y en España en 2018 y 2019. Estos casos fueron causados por los serotipos DENV-1 y DENV-2 del virus.

En agosto y septiembre de 2015 ocurrió uno de los brotes más importantes cuándo se detectaron siete casos autóctonos por el serotipo DENV-1 en Nîmes, en el sur de Francia. El brote ocurrió del 8 de agosto al 11 de septiembre en un área de 300 metros de radio y se identificó como caso primario uno importado de la Polinesia Francesa con inicio de fiebre el 4 de julio.

¿Por qué empiezan a aparecer casos de dengue autóctonos en Europa?

La respuesta está en el mosquito *Ae. albopictus*, que es vector de la enfermedad. Es una especie invasora procedente de las selvas tropicales del Sudeste Asiático que llegó a Europa en 1979.

Albania fue el primer país europeo dónde se localizó, introducido probablemente desde China. Desde allí llegó a Italia a principios de la década de 1990 a través del comercio de neumáticos usados. En algunas regiones parece que la distribución del mosquito se produjo a través de productos de jardinería como el “bambú de la suerte” (*Dracaena sanderiana*).

La expansión del vector en Europa ha sido impulsada por el comercio mundial y los viajes entre regiones climáticamente similares, pero también se ha visto facilitada aún más por el cambio climático, ya que los patrones alterados de calentamiento y precipitación podría haber aumentar el número de nichos adecuados para el vector.

Entre el 5 y el 8 de septiembre, se detectó la infección por *Legionella micdadei* en cuatro pacientes ingresados en el Departamento de Enfermedades de la Sangre del Rikshospitalet, en Oslo, así como en un paciente dado de alta que estuvo en la sala a mediados de agosto. La estancia de los pacientes se extendió desde el 30 de julio al 8 de septiembre.

Se supone que los pacientes se han infectado durante su estancia en el hospital. El período de incubación de *Legionella* generalmente se establece en 2 a 10 días. El Rikshospitalet de Oslo optó por estimar en cuatro semanas el posible período de incubación para la detección de infecciones.

El establecimiento está en el proceso de informar a los pacientes que han sido ingresados en la planta durante el período en cuestión. También está proporcionando información a los hospitales a los que se ha trasladado a los pacientes.

Esta bacteria afecta principalmente a personas con sistemas inmunológicos gravemente debilitados. Los síntomas pueden incluir fiebre combinada con tos, respiración pesada y dolor en el pecho. La neumonía por *Legionella* puede ser grave y debe tratarse con antibióticos.

La infección generalmente se transmite al inhalar agua aerosolizada contaminada con la bacteria. *Legionella* no se transmite entre humanos.

El establecimiento ha implementado las siguientes medidas:

- Se han instalado filtros especiales en duchas y grifos que purifican el agua y eliminan las bacterias.
- Se ha iniciado el muestreo de grifos y duchas. En el departamento afectado, hay algo más de cien. Se analiza para detectar *Legionella* tanto mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) como mediante cultivo.
- El hospital está considerando instalar filtros en duchas y grifos de salas de pacientes particularmente vulnerables, y también realizar pruebas de detección de *Legionella*, en especial para pacientes con sistemas inmunológicos gravemente debilitados, receptores de trasplantes y pacientes que reciben esteroides en dosis altas.
- A los pacientes que tengan dudas se les pide que se comuniquen con el departamento en el que han sido tratados.

En su Informe Anual de Malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas, el Ministerio de Salud de Rwanda informó que la incidencia nacional de malaria se redujo de 401 casos cada 1.000 personas en la temporada 2017-2018 a 200 casos cada 1.000 personas en 2019-2020.

Según el informe, los establecimientos de salud notificaron 4.358 casos de malaria severa, lo que representa una reducción de 38% en comparación con los 7.054 de 2018-2019.



Una madre con su bebé protegidos por un mosquitero.

Aunque el número de personas que murieron a causa de la malaria pudo reducirse en 105 en la temporada 2019/2020, 41 de los que sucumbieron eran niños menores de cinco años, lo que representa 25% de todas las muertes por malaria.

El informe indica que 80% de las víctimas sufrió malaria cerebral.

Disminución de muertes

La disminución de las muertes por malaria se atribuye a las intervenciones de gestión domiciliaria, el tratamiento gratuito de la malaria para las categorías I y II de *Ubudehe*³ y la calidad de la atención en los establecimientos de salud.

También ha habido un aumento constante de la proporción de niños menores de 5 años o adultos que buscan atención, de 13 a 58% en 2015-2016 y 2019-2020, respectivamente.

³ *Ubudehe* es una antigua práctica y cultura ruandesa de acción colectiva y apoyo mutuo para resolver problemas dentro de una comunidad. No se sabe exactamente cuándo se practicó por primera vez, pero se cree que se remonta a más de un siglo. El enfoque del *Ubudehe* tradicional estaba principalmente en el cultivo.

La colonización y la introducción de una economía basada en el efectivo debilitaron la práctica de *Ubudehe*, ya que algunos miembros de la comunidad podían pagar a otros para que trabajaran. Si bien esta tendencia se produjo en todo el país, en algunos lugares todavía se practicaba el *Ubudehe* hasta la década de 1980.

Como parte de los esfuerzos para reconstruir Rwanda y fomentar una identidad nacional compartida, el Gobierno se basó en aspectos de la cultura y las prácticas tradicionales para enriquecer y adaptar sus programas de desarrollo a las necesidades y el contexto del país. El resultado es un conjunto de prácticas de propiedad cultural que se traducen en programas de desarrollo sostenible. Una de estas prácticas es el *Ubudehe*.

El *Ubudehe* se reintrodujo en la vida de Ruanda en 2001 como una forma de involucrar mejor a las comunidades en su desarrollo mediante el establecimiento de mecanismos participativos de resolución de problemas. El programa fue visto como una forma de fortalecer los procesos democráticos y el buen gobierno a través de una mayor participación de la comunidad en la toma de decisiones. El *Ubudehe* crea oportunidades para que las personas en todos los niveles de la sociedad, especialmente a nivel de aldea, interactúen entre sí, compartan ideas, creen instituciones y tomen decisiones para su desarrollo colectivo.

El *Ubudehe* es una de las soluciones locales más conocidas de Rwanda debido a su enfoque de desarrollo participativo para la reducción de la pobreza. En 2008, el programa ganó el Premio al Servicio Público de las Naciones Unidas por la excelencia en la prestación de servicios. Hoy, el *Ubudehe* es uno de los principales programas de desarrollo del país.

El elemento clave para el sector de la protección social es el mapeo social desarrollado a través del enfoque del *Ubudehe*. De hecho, la clasificación de los ciudadanos en categorías socioeconómicas es una herramienta clave para la implementación de los programas de protección social y la focalización de los beneficiarios. En el enfoque del *Ubudehe*, hay seis categorías definidas por un conjunto de criterios, desde la categoría más pobre (sin tierra, que enfrenta dificultades para alimentarse) hasta las personas más ricas. Esas categorías son similares para todas las aldeas, de modo de garantizar cierta coherencia dentro del territorio.

“Esto indica que intervenciones como el tratamiento domiciliario de niños y adultos que contribuyeron al diagnóstico y tratamiento oportunos han logrado disminuir el número de casos severos y, en consecuencia, el número de muertes por malaria”, indica el informe.

El tratamiento gratuito de las personas pobres de las categorías I y II del *Ubudehe* también eliminó las barreras financieras para el acceso a la atención médica.

El Jefe de la Unidad de Malaria y otras Infecciones Parasitarias en el Centro Biomédico de Rwanda, Dr. Aimable Mbituyumuremyi, acordó recientemente que las medidas anteriores y una combinación de otras medidas preventivas prácticas como fumigar los hogares en mayor riesgo, la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida y el despliegue de trabajadores de salud comunitarios han jugado un papel importante en la reducción de las muertes por malaria en el país.

“Nuestros esfuerzos para combatir la malaria han aumentado, enfocándose principalmente en medidas de protección. Cuando la COVID-19 llegó a Rwanda, ya habíamos comenzado nuestro programa para distribuir mosquiteros tratados en todo el país. Hasta ahora, 24 distritos están cubiertos por las Campañas de Distribución Masiva”, dijo.

Fumigar un distrito les cuesta al gobierno y sus socios 2,5 millones de dólares por año, mientras que el costo de un mosquitero tratado es de 4 dólares. Cada dos años se adquieren 7,5 millones de mosquiteros.

Estado actual

Mbituyumuremyi agregó que, aunque las tendencias de la malaria están cambiando, la enfermedad alcanza su punto máximo después de la temporada de lluvias, especialmente en los meses de noviembre, diciembre y enero, tras las lluvias de noviembre.

Luego aumenta nuevamente en mayo y junio debido a la temporada de lluvias de abril.

Como parte de las medidas preventivas, está actualmente en curso la fumigación en interiores en tres distritos.

Mbituyumuremyi, quien se encuentra actualmente en el distrito de Ngoma, provincia del Este, supervisando la fumigación en esa área, dijo que la misma actividad se está llevando a cabo en los distritos de Nyagare y Kirehe.

“El plan para este año era la fumigación en interiores en 13 distritos que consideramos de alto riesgo. Estos tres son los últimos. Antes de eso, fumigamos en Kayonza, Rwamagana, Gatsibo, Huye, Nyanza, Gisagara, partes de los distritos de Rusizi, Kamonyi, Ruhango y Bugesera”, dijo.



SUDÁN

CONFIRMAN 19 CASOS DE INFECCIÓN POR
POLIOVIRUS DERIVADO DE LA VACUNACIÓN

10/09/2020

El 7 de septiembre de 2020, el Ministerio Federal de Salud de Sudán informó de 19 casos confirmados de infección por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 10

estados: An-Nil al-Azraq, Sharq Darfur, Al-Qadarif, Al-Jazirah, Ash-Sharqiyah, Al-Bahr al-Ahmar, Nahr an-Nil, Janub Darfur, Gharb Darfur, An-Nil al-Abyad. El primer caso se notificó en Janub Darfur el 7 de marzo y se notificó el 12 de marzo de 2020. Se han notificado un total de 320 casos de parálisis flácida aguda (PFA), de los cuales 247 casos (77%) se descartaron como casos de PFA no-polio, 54 casos (17%) están pendientes de clasificación y 19 casos (7%) fueron positivos para cVDPV2.

El 9 de agosto de 2020, el Ministerio Federal de Salud notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección un caso de cVDPV2 en el país y anunció un brote. Según la notificación, el virus está genéticamente vinculado con Chad. La investigación inicial de los dos primeros casos indicó que estos casos estaban vinculados al cVDPV2 del grupo de emergencia CHA-NDJ-1, que se detectó por primera vez en octubre de 2019 y actualmente está circulando en Chad y Camerún, dijo la OMS la semana pasada.

Dado que los tipos de poliovirus detectados en Sudán y Chad están genéticamente vinculados, lo que indica una propagación transfronteriza, Sudán y Chad están trabajando juntos para sincronizar actividades para contener los brotes, dijeron el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS.

La PFA es una afección neurológica caracterizada por debilidad o parálisis y reducción del tono muscular. El término parálisis flácida aguda se usa a menudo para describir un caso de inicio repentino, como puede ocurrir con la poliomiелitis. La PFA es el signo más común de poliomiелitis aguda y se utiliza para la vigilancia durante los brotes de poliomiелitis.

La cobertura de vacunación de rutina durante 2020 ha disminuido en comparación con 2019 debido a problemas programáticos y al impacto de las medidas de contención de la COVID-19, según el Ministerio Federal de Salud. La tendencia de la inmunización comenzó a mejorar en junio de 2020 y la vacunación de rutina acelerada comenzó el 26 de agosto de 2020. El gobierno está planificando dos rondas de campañas nacionales de vacunación dirigidas a 8,6 millones de niños menores de cinco años para garantizar que estén protegidos contra la poliomiелitis. La primera ronda comenzará el 4 de octubre y la segunda tendrá lugar durante la primera semana de noviembre.

El UNICEF y la OMS apoyarán la respuesta del gobierno al brote de poliomiелitis.


El último caso de poliovirus salvaje notificado en Sudán fue en marzo de 2009 y la OMS anunció que el país estaba libre de poliomiелitis en 2015. Sin embargo, se ha considerado durante varios años que el país tiene un alto riesgo de importación de poliovirus debido a una disminución de la inmunidad de la población como resultado de la inseguridad y los conflictos en ciertas áreas.

Según la OMS, la poliomiелitis es una enfermedad viral altamente infecciosa que afecta en gran medida a los niños menores de 5 años. El virus se transmite de persona a persona principalmente por vía fecal-oral o, con menor frecuencia, por una vía común (por ejemplo, agua o alimentos contaminados) y se multiplica en el intestino, desde donde puede invadir el sistema nervioso y causar parálisis.

En cuanto al poliovirus derivado de la vacuna, puede ocurrir en las siguientes situaciones, explica la OMS. La vacuna oral contra la poliomiелitis (OPV) contiene un virus atenuado que activa una respuesta inmunitaria en el cuerpo. Cuando se inmuniza a un niño con la OPV, el virus atenuado de la vacuna se replica en el intestino durante un período limitado, y el cuerpo desarrolla inmunidad mediante la acumulación de anticuerpos. Durante este tiempo, el virus de la vacuna también se excreta. En áreas de saneamiento inadecuado, este virus de la vacuna

excretado puede diseminarse en la comunidad inmediata (y esto puede ofrecer protección a otros niños a través de la inmunización “pasiva”), antes de finalmente desaparecer.

En raras ocasiones, si una población está gravemente subinmunizada, el virus de la vacuna excretado puede continuar circulando durante un período prolongado. Cuanto más tiempo se le permite sobrevivir, más cambios genéticos sufre. En casos muy raros, el virus de la vacuna puede cambiar genéticamente a una forma que puede causar parálisis; esto es lo que se conoce como poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV), según la OMS.

	<p style="text-align: right;"><i>UCRANIA</i></p> <p style="text-align: center;">REPORTAN CASOS DE LEPTOSPIROSIS EN MYKOLÁIV</p> <p style="text-align: right;"><i>12/09/2020</i></p>
---	---

Una mujer de 28 años con leptospirosis se encuentra ingresada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Municipal de Mykoláiv. Este es el segundo caso de leptospirosis que ingresa en el Hospital Municipal en lo que va de 2020.

El primero fue un hombre de 52 años que fue tratado desde el 24 de julio, y que se recuperó y recibió el alta el 7 de agosto.

En total, en el área de Mikoláiv, se han registrado seis casos de leptospirosis desde principios de año.

La incidencia de esta enfermedad infecciosa potencialmente mortal, aumenta en verano y otoño en la región.

<p>THE LANCET Infectious Diseases</p>	<p style="text-align: center;">LOS BROTES DE SARAPIÓN REFUTAN LA SUSTENTABILIDAD DE LA ELIMINACIÓN</p> <p style="text-align: right;"><i>01/09/2020</i></p>
---	--

Los brotes de sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunación en países con una alta aceptación de la vacuna llevaron a reevaluar el nivel y la duración de la inmunidad conferida por la vacuna triple viral, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

En las Américas, se declaró la eliminación del sarampión en 2016, pero los brotes recientes han suscitado preocupaciones sobre la sustentabilidad de la eliminación, establece una revisión sistemática y metanálisis de estudios que cuantifican las tasas de seroconversión y disminución de la vacuna triple viral.

El trabajo anticipa la proporción relativamente pequeña de casos que surgen del fracaso de la vacuna primaria (la falta de seroconversión o respuesta inmune adaptativa después de la vacunación) en comparación con el fracaso de la vacuna secundaria por la disminución de la inmunidad con el tiempo. También atribuye el aumento de la “desconfianza a las vacunas” en la población en general, particularmente en la última década, por los esfuerzos de vacunación confusos.

Con el objetivo actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de eliminación del sarampión y la rubéola para 2020, que ahora se considera inalcanzable, habrá una próxima revisión de este trabajo, tal vez con un esquema propuesto anteriormente en Europa que prevé la eliminación gradual del sarampión y distingue entre regiones según el progreso hacia la eliminación.

La eficacia y la efectividad de la vacuna, influenciadas por el fracaso de la vacuna primaria y secundaria, son factores esenciales en la formulación de la política de inmunización. El estudio podría informar cómo se adaptan los esquemas de vacunación con triple viral y qué nivel de cobertura de vacunación debe alcanzarse para prevenir el resurgimiento de estas enfermedades.

En el trabajo se identificó un total de 62 estudios, incluidos 50 para la inmunogenicidad de la vacuna triple viral y 12 para su persistencia. Entre los estudios excluidos del metanálisis se encuentran los que utilizan una vacuna tetravalente con varicela, vacunas monovalentes o bivalentes separadas y cuando la vacuna triple viral se coadministra con otras vacunas.

Se calcularon tasas de seroconversión generales de 96% para el sarampión, 91,1% para la parotiditis y 98,3% para la rubéola. No hubo diferencias significativas en las tasas de seroconversión después de la primera y la segunda dosis, ni entre las diferentes regiones.

Las tasas anuales de disminución exponencial después de la primera dosis fueron de 0,008 para el sarampión, 0,039 para la parotiditis y 0,014 para la rubéola; y después de la segunda dosis 0,009 para el sarampión, 0,016 para la parotiditis y 0,010 para la rubéola.

En el análisis de proyección, se calculó que después de 35 años, por ejemplo, la proporción de individuos vacunados que se volverían seronegativos sería de alrededor de 30% para el sarampión, 65% para la parotiditis y 35% para la rubéola. La persistencia relativamente más baja de la inmunidad contra la parotiditis a lo largo del tiempo ha llevado a otros a estudiar las posibles diferencias entre las cepas utilizadas en las vacunas. A partir de esto, la OMS recomendó evitar el uso de vacunas que contienen la cepa Rubini.

Varios estudios encontraron una tasa de ataque más alta con el aumento del tiempo desde la vacunación, lo que indica que la disminución probablemente tenga un papel en los brotes actuales de parotiditis.

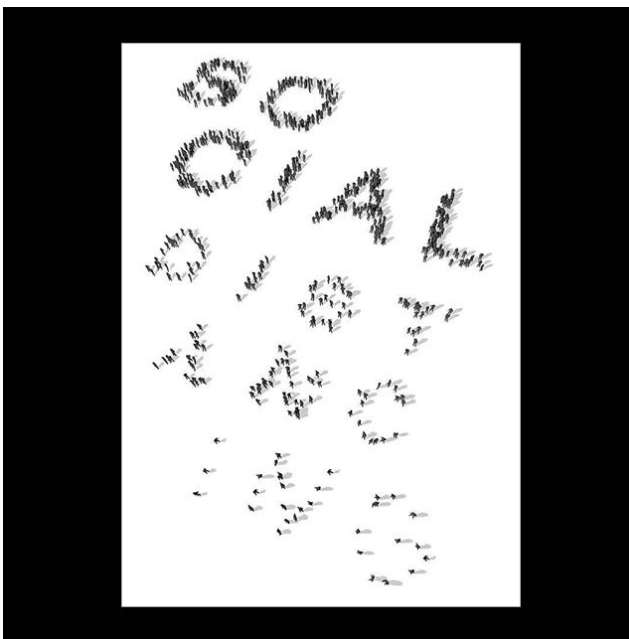
Los investigadores sospechan que la rubéola probablemente se ha controlado mejor que la parotiditis o el sarampión debido a su transmisibilidad relativamente baja, además de la alta tasa de seroconversión. Con la excepción de un brote reciente en Polonia, que tiene una cobertura de vacunación históricamente baja, no atribuyen ningún brote de rubéola a fallas primarias o secundarias de la vacuna.

Con la alta infectividad del sarampión, los investigadores señalan que existe la necesidad de niveles de inmunidad muy altos y homogéneos. Señalan que la mayoría de las personas que contraen sarampión en Estados Unidos tienen su esquema de vacuna triple viral incompleto o desconocido. Aunque en el metanálisis se identificó la disminución de la inmunidad induci-

da por la vacuna para el sarampión, no se encontró evidencia de que la disminución tenga un papel importante en los brotes de sarampión observados en todo el mundo.

La ausencia de inmunidad colectiva contra el sarampión se debe principalmente a que no se alcanzaron los objetivos de vacunación.

Arte y pandemia



The COVID Art Museum ([@covidartmuseum](https://twitter.com/covidartmuseum)).

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.