



Reporte Epidemiológico de Córdoba

16 DE SEPTIEMBRE
2020
REC 2.367

CÓRDOBA

- Reportaron 12 casos de triquinelosis

ARGENTINA

- Confirman 22 casos de síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19

AMÉRICA

- Bolivia: Activan en Santa Cruz la emergencia por casos de fiebre amarilla y sarampión

- Estados Unidos: Aumentan los casos de sífilis y gonorrea a medida que se levanta el confinamiento

- Estados Unidos: Advierten en Connecticut por un aumento en los casos de infección por *Vibrio vulnificus*

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- España: Las incógnitas de un invierno con dos epidemias mortales
- España: Cuarta muerte por fiebre del Nilo Occidental en Cádiz

- Etiopia: Situación epidemiológica del cólera

- Italia: Un diagnóstico precoz puede reducir la mortalidad por COVID-19 hasta en 50%

- Sudán: El micetoma afecta a miles de personas en el país

- Ucrania: Más de 50% de los menores de 1 año no tienen sus vacunas completas

- Ganando la batalla contra el cólera

OPINIÓN

- Las cubiertas faciales contra la COVID-19: de la intervención médica a la práctica social

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

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

Adherentes



14/09/2020

El Ministerio de Salud de Córdoba, a través del Programa de Zoonosis, informó que se registraron 12 casos de triquinosis en dos localidades de la provincia, y advirtió sobre los riesgos de consumir o comprar carne de cerdo de dudosa procedencia o sin la inspección sanitaria correspondiente.



En la localidad de El Tío (departamento San Justo), se reportaron 11 casos, cuya fuente de infección identificada es el consumo de productos de cerdo de elaboración propia (faena casera).

El caso restante, tiene domicilio en Santa Ana, departamento Santa María, sin relación con los casos anteriores, y del cual aún sigue bajo investigación la fuente de infección.

Estas notificaciones se suman a las ya registradas durante meses anteriores en los departamentos Capital (8 casos), Río Cuarto (4) y Santa María (1).

La investigación y los controles pertinentes están siendo llevados a cabo por el Programa de Zoonosis, la Dirección General de Fiscalización y Control del Ministerio de Agricultura y Ganadería de la Provincia, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, organismos locales de bromatología –mediante cada municipio–, y a través de la colaboración del Centro de Excelencia en Productos y Procesos Córdoba.

En Argentina se confirmaron 22 casos de síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 (SIM-C), una complicación rara, pero de alto riesgo, en niños y que, desde hace dos meses, es parte de la definición de caso sospechoso para los menores de 18 años. Siete ya recibieron el alta y los especialistas coinciden en que es clave la consulta pediátrica rápida para su diagnóstico y tratamiento oportunos.

La mayoría de los niños y adolescentes que contraen la COVID-19 transitan la infección de manera leve o asintomática, con una baja proporción de casos graves. Los datos oficiales locales hasta hace una semana indican que se detectaron 33.125 casos de COVID-19 en menores de 18 años (8,1% del total diagnosticado) y que 20 fallecieron. Un 0,44% necesitó cuidados críticos.

Cuando el virus empezaba a circular en el Hemisferio Sur, medios internacionales advertían sobre una afección misteriosa en los chicos por el SARS-CoV-2. En los hospitales pediátricos de Inglaterra, Francia, España, Italia, Suiza y varios estados de Estados Unidos, como New York y California, los médicos atendían pacientes con una respuesta inmunológica exagerada (inflamación en la piel, los ojos, los vasos sanguíneos o el corazón) y fiebre de varios días.

Los casos aparecían en las guardias semanas después de haber tenido COVID-19 o haber estado en contacto con un familiar u otra persona con la enfermedad. A mediados de junio, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) dio la voz de alerta, pero hasta ahora no se sabía a cuántos chicos podría haber afectado.

“Hemos observado en muy pocas ocasiones que algunos chicos desarrollan un síndrome inflamatorio pediátrico multisistémico, descrito inicialmente en Europa y Estados Unidos, con fiebre, dolores musculares generalizados e inflamación de los vasos arteriales”, explicó entonces, la infectóloga Elizabeth Bogdanowicz, prosecretaria general de la SAP. Ahora, con casos confirmados y varios más en estudio, agrega que el SIM-C aparece dos o tres semanas después de que los chicos finalizaron la enfermedad.

“Está mediado por la respuesta inmune que se monta contra el virus. La edad promedio de los pacientes suele ser ocho años, lo que significa que son chicos con una madurez inmunológica”, precisó.

Detectados

Los 22 casos detectados no superan los 14 años; ocho son de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el resto de la provincia de Buenos Aires. Aún no se confirmaron casos en el resto del

país. Entre estos 15 varones y siete mujeres, hay ocho menores de 5 años, ocho de entre 6 y 9 años y seis que tienen entre 10 y 14 años. Solo en 14 casos se detectó la infección por la prueba por reacción en cadena de la polimerasa (PCR); los ocho restantes se confirmaron por nexo epidemiológico, con o sin la detección de anticuerpos para COVID-19.

Siete ya recibieron el alta. Nueve demandaron cuidados críticos; seis recibieron asistencia respiratoria mecánica, de acuerdo con la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

Estos datos, que corresponden al último día de agosto, coinciden con la publicación del protocolo para la atención del SIM-C del Ministerio de Salud de la Nación. El síndrome está incorporado en la definición de caso sospechoso de COVID-19 en menores de 18 desde julio pasado.

Los síntomas iniciales para la consulta temprana son fiebre durante tres o más días junto con dos o más de cinco síntomas que incluyen erupciones en la piel, edema en las manos y los pies, inflamación de la piel, conjuntivitis, malestar gastrointestinal (diarrea, vómitos o dolor abdominal) o cansancio excesivo, entre otros signos que se deben confirmar clínicamente.

“Es una gran reacción inflamatoria que en unos chicos es incompleta y parcial, mientras que en otros es muy importante. Más allá de los síntomas más generales, cuando la respuesta afecta varios sistemas, el cuadro es importante y grave. Los chicos necesitan estar internados y recibir tratamiento. Se puede ver en pacientes más grandes, de hasta 19 o 20 años”, agregó Bogdanowicz.

El tratamiento incluye medidas de sostén general y, al principio, es similar al que se usa para la enfermedad de Kawasaki, que comparte con el SIM-C la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos.

Sospecha y evaluación

En el Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’, ya hubo cuatro casos y hay otros en estudio. Ángela Leonor Spagnuolo de Gentile, jefa de Epidemiología del hospital y expresidenta de la SAP, insistió en la importancia de una correcta sospecha y evaluación aun cuando el resultado de una prueba mediante PCR sea negativa.

“Si hay antecedentes de un cuadro compatible, se debe buscar la presencia de anticuerpos y pensar en que puede tratarse de este síndrome, que aparece tardíamente. Son chicos que tuvieron COVID-19 con un cuadro leve o asintomático y se recuperaron perfectamente bien o hay sospecha de que pudieron haber tenido la enfermedad y, luego, desarrollan este cuadro hiperinflamatorio característico”.

Graciela Espada es jefa del Servicio de Reumatología Infantil del Hospital Gutiérrez y participó de la atención de cuatro casos de SIM-C en el hospital. “Es una enfermedad postinfecciosa inmunomediada. Se la observa a las cuatro o cinco semanas de los brotes de COVID-19 en los adultos. Si bien en la mayoría de los chicos, la COVID-19 da síntomas leves con un curso benigno, el SIM-C se ha descrito hasta en 2% de los pacientes. Hay que tener en cuenta a los pacientes con afecciones preexistentes (enfermedades crónicas, pacientes inmunosuprimidos y oncológicos) ya que pueden tener complicaciones”, explicó.

Tras revisar estudios publicados en los últimos meses sobre más 7.000 chicos y adolescentes de distintos países y etnias, Espada comentó que la aparición del SIM-C aparece reportada con más frecuencia en los varones y en edades de entre 10 y 14 años, aunque hay casos desde el primer año de vida hasta la adolescencia. En esos estudios de Europa, Asia y Estados Uni-

dos, la obesidad era uno de los factores de riesgo. También hay casos informados en América Latina.

Bogdanowicz recomendó que los padres o adultos a cargo de niños que tuvieron COVID-19 o con algún caso en la familia estén atentos a la aparición de fiebre, decaimiento, erupciones, dolores articulares, conjuntivitis o malestar gastrointestinal y consulten al pediatra sin olvidar mencionar el antecedente de COVID-19.

Espada agregó que, tras esas primeras señales de alerta, los pacientes con SIM-C rápidamente pueden hacer cuadros de hipotensión o shock. “Frente a estos síntomas en plena pandemia, el pediatra debe sospechar esta complicación y evaluar rápidamente si el paciente está desarrollando una respuesta hiperinflamatoria que, sin duda, merece la internación, el tratamiento adecuado temprano y un abordaje multidisciplinario. No siempre el antecedente del contacto con COVID-19 puede surgir claramente, por lo que es importante buscarlo desde el punto de vista epidemiológico”, finalizó.

América

radioFIDES

BOLIVIA

ACTIVAN EN SANTA CRUZ LA EMERGENCIA POR
CASOS DE FIEBRE AMARILLA Y SARAMPIÓN

14/09/2020

Autoridades sanitarias del departamento de Santa Cruz, Bolivia, activaron el 14 de septiembre las alertas correspondientes por diagnósticos de sarampión y fiebre amarilla, el primer caso en la región cruceña y el segundo en poblaciones fronterizas con el vecino Brasil.

El responsable del Programa Ampliado de Inmunización dependiente del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Boris Chang Cheng, informó el 13 de septiembre que a causa de estas enfermedades se reforzarán las vacunas.

“Lanzamos nuevamente una alerta en razón de fomentar la vacunación contra el sarampión y la fiebre amarilla”, precisó el funcionario a tiempo de explicar que según datos actualizados hasta el mes de julio, se reportaron 18 casos positivos de fiebre amarilla en personas y más de 300 casos de epizootias en monos de las regiones fronterizas.

“Hemos autorizado la vacunación de las personas en todo el territorio departamental. Si bien consideramos que esta vacuna es de por vida, a las personas que van a viajar a Brasil se recomienda la vacunación para disminuir los riesgos”, declaró.

El fin de semana concluyó el mes de vacunación contra 23 enfermedades y se alcanzó a una población de 100.000 personas inmunizadas.

Los casos notificados de infecciones de transmisión sexual (ITS) disminuyeron tras la imposición de las órdenes de confinamiento en gran parte de Estados Unidos en marzo, pero en el verano los casos de gonorrea y sífilis se habían recuperado.

Las cifras de ITS habían alcanzado un récord en Estados Unidos en los últimos cinco años, antes del comienzo de la pandemia de COVID-19.

A principios de este año, los niveles de ITS estaban por encima de los de 2019, pero eso cambió a principios de marzo. Los datos muestran una caída en los casos en la primavera y el verano de 2020, en comparación con el mismo periodo de 2019.

Para junio, los casos de clamidiosis habían disminuido 53% respecto de las cifras de 2019, los casos de gonorrea habían caído 43% y los de sífilis 33%.

Sin embargo, a mediados de junio, los nuevos casos de gonorrea y sífilis habían vuelto a las cifras de 2019.

Varios factores pueden haber influido en la disminución general de los casos reportados: las órdenes de confinamiento afectaron los patrones de movimiento de las personas y se hizo más difícil hacerse los análisis a medida que los recursos de salud se dirigieron hacia la respuesta pandémica.

El 78% de la fuerza laboral de salud sexual en todo el país se involucró en la respuesta a la COVID-19. Solo 2% de los programas informaron no estar afectados a los esfuerzos de contención de la COVID-19.

Curiosamente, las tendencias en las pruebas para ITS y las cifras de casos fueron consistentes en el sexo y los grupos etarios, con solo diferencias menores en la raza y el origen étnico. Se observaron mayores disparidades regionales; las cifras de ITS disminuyeron de manera más significativa en el Noreste que en otros lugares.

Si bien algunas de estas cifras ya se conocían, el reciente aumento en los casos de sífilis y gonorrea es preocupante, y quizás represente una acumulación de casos.

Los testeos y las cifras de ITS también han disminuido en San Francisco, en comparación con las cifras del año 2019 hasta la misma fecha, desde el inicio de la pandemia de COVID-19. La pandemia ha obligado a los profesionales de salud pública a cambiar las prácticas para permitir un mayor distanciamiento físico, como la realización de pruebas de ITS en el hogar.

Hubo una caída de 45% por semana en las pruebas generales de ITS debido a la pandemia, ya que 28% de los sitios de pruebas de ITS/VIH cerró y 43% de los sitios que proporcionaban condones cerraron en la región de Saint Louis.

Esto llevó a los profesionales de la salud a crear nuevas formas de atender a sus pacientes.

Antes de la COVID-19, estos profesionales se asociaron a alguna farmacia para las recetas de profilaxis pre-exposición (PrEP). Después, comenzaron a usar la teleconferencia para la visita inicial, lo que les ahorra a los pacientes un viaje. Y, por lo general, pueden obtener una receta en 24 horas.

La ampliación de los servicios exprés de ITS permitieron el distanciamiento físico dentro de las clínicas, lo que llevó a que algunas que habían estado cerradas pudieran reabrir antes de que finalizaran las órdenes de confinamiento en la región de Saint Louis (que está dividida entre los estados de Missouri e Illinois).

Estas prácticas podrían seguir utilizándose más allá del fin de la pandemia.

El Congreso necesita asignar 1.600 millones de dólares para la prevención de ITS y 8.000 para el rastreo de contactos.



ESTADOS UNIDOS

ADVIERTEN EN CONNECTICUT POR UN AUMENTO EN
LOS CASOS DE INFECCIÓN POR *VIBRIO VULNIFICUS*

12/09/2020

El Departamento de Salud Pública de Connecticut (DPH) advirtió a los residentes en las áreas costeras sobre los peligros potenciales de la exposición a agua salada o salobre a lo largo de Long Island Sound, debido a una cantidad inusualmente alta de infecciones causadas por bacterias en el agua.

Desde julio, se han notificado al DPH cinco casos de infecciones por *Vibrio vulnificus*: una en julio y cuatro en agosto, en pacientes de los condados de Fairfield (1), Middlesex (1) y New Haven (3); tienen entre 49 y 85 años de edad (mediana de 73); cuatro son hombres y una mujer.

Dos pacientes presentaron septicemia y tres tenían infecciones graves de la herida. Los cinco pacientes fueron hospitalizados. No se han reportado muertes. Los cinco casos informaron exposición a agua salada o salobre durante actividades como natación, pesca de cangrejos y paseos en bote.

“La identificación de estos cinco casos durante dos meses es muy preocupante”, dijo el Dr. Matthew Cartter, epidemiólogo estatal del DPH. “Esto sugiere que la bacteria *V. vulnificus* puede estar presente en agua salada o salobre en o cerca de Long Island Sound, y la gente debe tomar precauciones”.

La infección por *V. vulnificus* es una enfermedad extremadamente rara. En los últimos 10 años, entre 2010 y 2019, solo se informaron siete casos en Connecticut. *V. vulnificus* puede causar infecciones cuando heridas abiertas se exponen a agua tibia salada o salobre. Las bacterias, una vez dentro del cuerpo, pueden infectar el torrente sanguíneo y causar septicemia. Las personas con una infección por *V. vulnificus* pueden enfermar gravemente y necesitar cuidados intensivos o la amputación de una extremidad. Aproximadamente una de cada cinco personas con este tipo de infección fallece, a veces dentro de uno o dos días de presentar los síntomas. Las personas que corren mayor riesgo de contraer la enfermedad por *V. vulnificus* son aquellas con sistemas inmunitarios debilitados y los ancianos.



Están contenidos los casos en Vietnam

Vietnam concluyó su decimotercer día sin casos autóctonos de COVID-19 y el decimo-segundo sin fallecimientos por esa causa, mientras aumentó en cinco el número de pacientes restablecidos.

A la fecha, la cifra de enfermos desde el inicio de la pandemia hace casi ocho meses asciende a 1.063, con una tasa de incidencia de 11 cada millón de habitantes.

La de muertes quedó contenida en 35, con lo que el índice de mortalidad se mantuvo en 0,4 cada millón de habitantes.

Del total de enfermos, 931 están recuperados, el 87%. La proporción podría crecer en los próximos días porque 18 dieron negativo a tres pruebas de detección del SARS-CoV-2 y otros 28 pasaron exitosamente una o dos.

Entretanto, más de 32.500 personas cumplen cuarentena o están bajo seguimiento médico en centros especializados o en sus casas, casi todas repatriadas desde otras naciones.

Las estadísticas básicas de la enfermedad corroboran que el rebrote del 25 de julio en la central ciudad de Đà Nẵng y sus ramificaciones a otros territorios están bajo control.

El país se adentra día a día en una fase de “nueva normalidad” que pasa por el relajamiento progresivo de las medidas de confinamiento en las ciudades y provincias afectadas y por la reactivación de las actividades económicas y sociales.

País	Casos	Muertes	Tasa de letalidad (en %)
Yemen	2.017	584	28,95
Italia	288.761	35.624	12,34
Reino Unido	371.129	41.637	11,22
México	668.381	70.821	10,60
Bélgica	94.212	9.927	10,54
Ecuador	118.911	10.922	9,19
Jersey	380	32	8,42
Francia	366.980	30.789	8,39
Montserrat	13	1	7,69
Países Bajos	83.321	6.247	7,50
Chad	1.085	81	7,47
Isla de Man	338	24	7,10
Suecia	86.505	5.846	6,76
Canadá	136.659	9.171	6,71
Liberia	1.311	82	6,25
Fiji	32	2	6,25
Sudán	13.535	836	6,18
Níger	1.178	69	5,86
Bolivia	126.791	7.344	5,79
Irán	404.648	23.313	5,76
Irlanda	31.192	1.784	5,72
San Marino	741	42	5,67
Egipto	101.177	5.661	5,60
España	566.326	29.747	5,25
China	90.718	4.742	5,23
Guernsey	253	13	5,14
Bermuda	177	9	5,08
Hungría	13.153	642	4,88
Siria	3.576	157	4,39
Malí	2.935	128	4,36
Perú	729.619	30.710	4,21
Tanzania	509	21	4,13
Macedonia del Norte	15.827	652	4,12
Bulgaria	18.061	730	4,04
Kosovo	14.649	590	4,03
Rumania	104.187	4.185	4,02
Indonesia	221.523	8.841	3,99
Finlandia	8.627	339	3,93
Angola	3.439	134	3,90
Barbados	183	7	3,83
Otros 175 países y territorios	24.462.522	584.058	2,39
Total	29.155.581	926.544	3,18

Tabla 1. Casos confirmados y muertes, de los países con mayores tasas de letalidad (en %). Datos al 15 de septiembre de 2020, 15:57 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de letalidad (en %)
Europa	5.198.063	227.724	4,38
Pacífico Occidental	551.831	21.488	3,89
América	14.668.686	499.750	3,41
Mediterráneo Oriental	2.101.920	56.096	2,67
África	1.152.107	26.103	2,27
Sudeste Asiático	5.482.974	95.383	1,74
Total	29.155.581	926.544	3,18

Tabla 2. Casos confirmados y muertes, y tasas de letalidad (en %), según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 15 de septiembre de 2020, 15:57 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

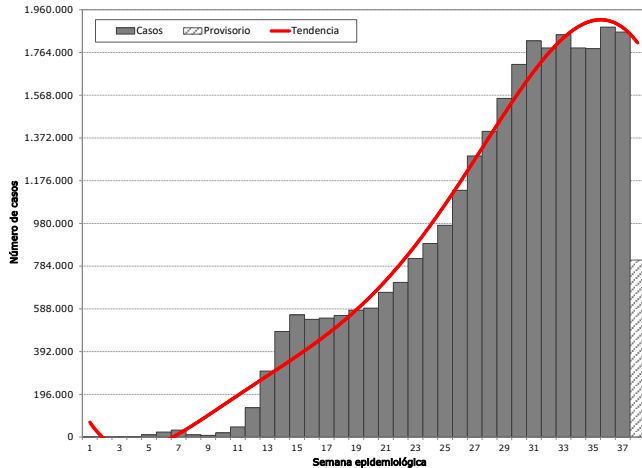


Gráfico 2. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 38. Datos al 15 de septiembre de 2020, 15:57 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

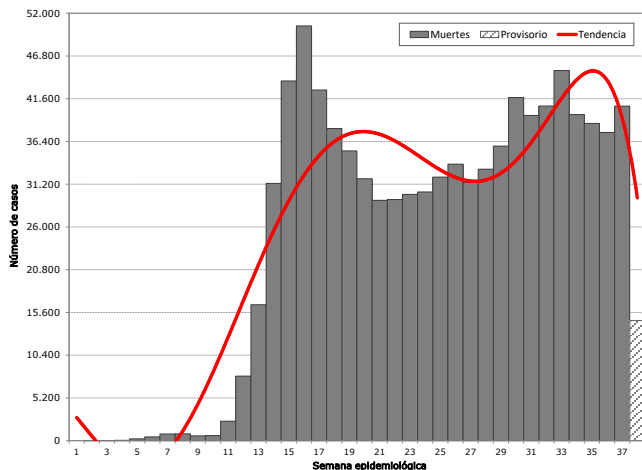


Gráfico 2. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 38. Datos al 15 de septiembre de 2020, 15:57 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Asimismo los decesos experimentaron un aumento significativo con cinco, con un acumulado de 568 fallecidos.

En cuanto a los nuevos casos, la cifra incluye pacientes que estuvieron en contacto con personas contagiadas y otros cuya fuente de infección está siendo investigada.

En las últimas 24 horas, 718 personas fueron dadas de alta, lo que eleva el acumulado a 82.219.

El Ministerio de Obras Públicas fue puesto en alerta tras la detección entre sus empleados de múltiples contagiados con la COVID-19. Tras comprobarse que funcionarios de varios departamentos están infectados, el ministerio evacuó el edificio que le sirve de sede y adoptó medidas urgentes de desinfección y esterilización.

Jordania suspende las clases

Jordania suspenderá a partir del 16 de septiembre el recientemente iniciado curso escolar ante un aumento promedio récord de 200 casos diarios de COVID-19. También quedarán cerrados lugares de culto, restaurantes y mercados públicos como parte de las renovadas restricciones.

Las medidas tratan de evitar un tipo de cierre estricto similar al impuesto en la primavera, que puso al virus bajo control con un bajo número de casos diarios.

Las infecciones escalaron desde el 11 de septiembre a más de 200 diarias con un pico el día 13 de 252, para sumar 3.528 casos y 25 muertes acumuladas desde marzo pasado.

El gobierno aspira a que no sea necesario un bloqueo total, con lo cual se agudizarían los problemas de una frágil economía dependiente del sector externo. Los pronósticos auguran para este año una contracción de 5% del producto interno bruto, la mayor desde 1990.

Según los funcionarios, las reuniones sociales y bodas, ahora prohibidas, causaron el retroceso en el control de la pandemia, y las autoridades anunciaron penas de cárcel de hasta 14 días para los infractores.

Abrupto aumento de decesos y casos en Kuwait

Los casos de COVID-19 en Kuwait bordean los 97.000 con los 829 registrados el 14 de

septiembre. Asimismo los decesos experimentaron un aumento significativo con cinco, con un acumulado de 568 fallecidos.

Reino Unido vuelve a superar los 3.000 casos diarios

El Reino Unido volvió a superar el 15 de septiembre los 3.000 casos diarios de COVID-19, en medio de un aluvión de críticas contra el gobierno por disponer de una cantidad insuficiente de pruebas diagnósticas.

En las últimas 24 horas se detectaron 3.105 nuevos contagios, para un total de 374.228 desde que comenzó la pandemia.

Además, otras 27 personas fallecieron dentro de los 28 días posteriores a su primer diagnóstico positivo, lo que elevó a 41.664 el acumulado de decesos en el país.

El Reino Unido registra un incremento casi exponencial de los contagios desde hace varios días, por lo que las autoridades impusieron cuarentenas locales en algunas ciudades, y prohibieron las reuniones sociales de más de seis personas, tanto en lugares cerrados como abiertos.

Los esfuerzos del gobierno para tratar de evitar una segunda ola de la enfermedad en el invierno se ven opacados, sin embargo, por la escasez de pruebas de la COVID-19 en la mayor parte del país, sobre todo después de que las autoridades se comprometieron a realizar más de 300.000 diarias.

De acuerdo con el ministro de Salud, Matthew John David Hancock, el problema obedece a la alta demanda, por lo que a partir de ahora, dijo, se priorizarán al personal sanitario, las residencias de ancianos y las personas con síntomas.

El funcionario aseguró que se está trabajando duro para resolver el problema, pero admitió que la solución podría demorar varias semanas en llegar.

Hancock también atribuyó el reciente incremento en el número de casos positivos a la reapertura de las escuelas y a la vuelta al trabajo de miles de empleados.

El primer ministro Alexander Boris de Pfeffel Johnson advirtió la semana pasada que la clausura del curso escolar recién iniciado sería su última opción, por lo que exhortó a la población a respetar el distanciamiento físico y a lavarse las manos constantemente.

EL PAÍS	<p style="text-align: right;"><i>ESPAÑA</i></p> <p style="text-align: center;">LAS INCÓGNITAS DE UN INVIERNO CON DOS EPIDEMIAS MORTALES</p> <p style="text-align: right;"><i>10/09/2020</i></p>
----------------	---

España se enfrenta a su primer invierno en el que circularán dos virus respiratorios potencialmente letales. Al azote de la COVID-19 se sumará a fin de año la influenza, una enfermedad que cada año afecta a casi 800.000 habitantes, que envía al hospital a 52.000 y mata a unos 15.000.

La influenza tiene un ciclo más rápido que la COVID-19. La temporada suele comenzar en las últimas semanas de diciembre y durar unas ocho semanas. La principal preocupación es que ese pico epidémico coincida con el de la COVID-19, lo que podría provocar una doble satura-



ción de los hospitales. Sin embargo, según la mayoría de los expertos, hay motivos para pensar que la situación estará bajo control.

”Todo lo que hemos vivido hasta ahora ha sido como un entrenamiento; este invierno afrontaremos la prueba final”, explicó el médico Jesús Castilla Catalán, miembro del Grupo Nacional de Vigilancia de la Gripe y portavoz de la Sociedad Española de Epidemiología.

Las buenas noticias son que el sistema sanitario conoce cada vez mejor la COVID-19. La influenza es una vieja conocida contra la que, además, existen vacunas. Las malas son que durante el pico de influenza cada año sucede el colapso en urgencias en algunos hospitales, con pacientes en camilla en los pasillos. Esta situación puede agravarse por la falta de camas que previsiblemente ocupen los enfermos de COVID-19. Según Castilla, la clave es prevenir al máximo los contagios y, para ello, es posible que haga falta restringir más los movimientos en las zonas más afectadas durante los meses de mayor incidencia gripal, a partir de enero. “Habrá que buscar el equilibrio perfecto, intentando que la actividad sea la máxima posible pero minimizando riesgos”, señaló.

Una de las mayores incógnitas es la interacción entre la COVID-19 y la influenza. No se sabe apenas nada sobre ello. Los pocos datos disponibles muestran que es posible que una persona porte los dos virus a la vez, tal como han registrado médicos en España y otros países. Sin embargo parece que estas dobles detecciones no son muy frecuentes. Más preocupante para los médicos serán las infecciones sucesivas. Ambos virus atacan al sistema respiratorio. La primera línea de defensa del sistema inmune puede quedar debilitada tras una primera infección. “Una infección viral supone un importante estrés para el sistema inmune y después este queda debilitado, con lo que la probabilidad de infectarse con otro aumenta y posiblemente también la gravedad de esta segunda infección”, explicó Carmen Cámara Hijón, portavoz de la Sociedad Española de Inmunología.

“Por ahora no sabemos si la COVID-19 influye en el progreso de la infección por influenza o viceversa, aunque no sería de esperar”, explicó Ángel Asensio Vegas, jefe de medicina preventiva del Hospital Universitario ‘Puerta de Hierro-Majadahonda’ de Madrid. “El objetivo de todo el mundo, de cualquier edad, debe ser evitar una u otra infección y para ello lo mejor es que se comporten como si ya estuvieran contagiados pero sin síntomas, es decir, que se aíslen, usen barbijo, tengan una higiene extrema e incluso se vacunen contra la influenza aunque no sean población de riesgo”, señaló.

Uno de los mayores retos del sistema sanitario será distinguir qué enfermos tienen COVID-19 y qué otros tienen influenza. Ambos virus producen síntomas muy parecidos, aunque es posible diferenciarlos, según Cámara. “La influenza genera mucha mucosidad y la COVID-19 nada”, explicó. Además está la pérdida de olfato y gusto, un síntoma descrito en un aparte de los pacientes de COVID-19 que no se ha observado en casos de influenza, añadió.

Pero la prueba definitiva la aportarán los test. La forma habitual de hacer un diagnóstico seguro es usando la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Esto supondrá un problema, pues la COVID-19 está acaparando buena parte de la capacidad de análisis de los hospitales, reconoció Lola Folgueira López, viróloga del Hospital Universitario ‘12 de Octubre’ de Madrid, uno de los centros sanitarios españoles con más enfermos de COVID-19. “Es evidente que este

invierno habrá una presión adicional en los laboratorios de diagnóstico de los hospitales”, explicó la médica, que también está en el Grupo Nacional de Vigilancia de la Gripe. “Uno de los problemas que tuvimos con la primera ola de la COVID-19 fue que necesitamos muchos reactivos, y las empresas no pudieron cubrir tanta demanda, algo que podría repetirse ahora”, explicó.

Pero incluso en un hospital como el suyo las previsiones no son alarmantes. “Es muy difícil saber lo que pasará. La sensación es que los casos de COVID-19 con ingreso hospitalario están aumentando, pero no de forma exponencial como vimos en los peores meses de la pandemia. Por otro lado nuestra previsión es que la incidencia de la influenza sea menor que otros años. Esto nos lleva a pensar que podríamos pasar este otoño e invierno llegando a nuestro límite de ocupación y atención, pero sin un colapso como el que ya vimos”, opinó.

Hacer un diagnóstico correcto puede ser la diferencia entre una vida salvada o perdida. Por ahora, el único fármaco que ha demostrado eficacia contra la COVID-19 es la dexametasona, que reduce un tercio la mortalidad de pacientes graves gracias a sus propiedades antiinflamatorias que calman la reacción exagerada del sistema inmune de algunos infectados. Pero este y otros fármacos corticoides pueden ser muy dañinos para una persona con influenza. Para ayudar en el diagnóstico sin necesidad de PCR, este año se dispone de test rápidos de antígeno que funcionan de forma parecida a los de embarazo.

En otoño e invierno circulan muchos otros virus que producen resfríos y enfermedades respiratorias que pueden complicar aún más el diagnóstico y el tratamiento. Son enterovirus, rinovirus, coronavirus del catarro. Entre ellos destaca el virus sincicial respiratorio, cuyo pico epidémico se produce a final de octubre o principios de noviembre. Es especialmente peligroso para los bebés y niños pequeños y algunos años llega a producir algún colapso de las urgencias pediátricas. También puede resultar peligroso para personas de edad avanzada o con patologías previas, es decir, el colectivo más vulnerable ante la COVID-19 y la influenza. El mayor problema que traerán estos virus es que normalmente no se hacen test para comprobar qué virus está infectando al paciente, explicó Pasi Penttinen, jefe del Programa de Influenza y Virus Respiratorios del Centro Europeo de Control de Enfermedades. “La única forma de confirmar el diagnóstico para saber si el paciente tiene uno de estos virus o por el contrario sufre COVID-19 es usando PCR y esto supondrá un gran dilema para los hospitales, pues muchos tendrán buena parte de sus laboratorios ya comprometidos por los test de COVID-19”, reconoció.

Ahora mismo los ojos de todos los médicos están en el Hemisferio Sur, de donde llegan muy buenas noticias. Allí el invierno está ya casi acabado. Varios países han registrado muchos menos casos de influenza que otros años. Un caso espectacular es el de Australia, donde se han diagnosticado este año 10 veces menos casos que el anterior. La razón principal es que tanto la COVID-19 como la influenza se transmiten por el contacto cercano y este ha sido sin duda uno de los inviernos con menos contacto de la historia reciente. Los cierres de fronteras, los confinamientos y el uso generalizado de barbijo probablemente han parado en seco el avance de ambos virus. La mayoría de los expertos cree que algo muy parecido sucederá ahora en el Hemisferio Norte, incluida España.

“En lo peor de la pandemia, al hospital solo llegaban los casos más graves, era solo la punta del iceberg. Si se registraban 3.000 casos, eso quería decir que en realidad habría unos 30.000 sin detectar”, explicó Cámara, que trabaja en el Hospital Universitario ‘La Paz-Carlos III’ de Madrid. “Ahora ya nos hemos metido debajo del agua y vemos lo que hay; hacemos muchas más pruebas, con lo que si vemos 3.000 casos significa que afuera y sin detectar puede haber solo unos 6.000”, ejemplificó.

Ahora más que nunca, las vacunas serán el mejor arma para evitar muertes innecesarias. En las próximas semanas se reunirá el grupo de expertos europeos sobre vacunas que analizará la situación y hará una recomendación sobre si hay que ampliar los criterios de vacunación contra la influenza este año. Los criterios de vacunación dependen de cada país. En España la vacuna de la influenza se recomienda para mayores de 65 y enfermos crónicos. “En otros países como Reino Unido o Finlandia también se incluye a los niños”, explicó Penttinen. “Al contrario que con la COVID-19, los niños son el principal propagador de la influenza cada año. Vacunándolos se genera inmunidad de grupo y se evita que contagien a los mayores y grupos de riesgo. Es evidente que la vuelta al colegio en los países europeos supondrá un factor clave en la expansión de la influenza, pero este año es mucho más importante vacunar al personal sanitario, cuantos más, mejor. Ellos son los que están en contacto directo con los grupos de mayor riesgo para COVID-19, influenza y el resto de virus que llegarán en unas semanas”, concluyó.

En España, el Gobierno ha aumentado la compra de dosis hasta los cinco millones con el objetivo de proteger a 75% de las personas mayores –el nivel recomendado por la Unión Europea– y a los grupos de riesgo, como pacientes de todas las edades con enfermedades crónicas o inmunocomprometidos. Será esta una batalla más de concienciación que de disponibilidad de dosis. En 2017, solo se vacunó 54% de los mayores de 65 años. Y este porcentaje resulta buenísimo si se compara con el del personal sanitario, uno de los más expuestos al virus, y que solo llegó a 35%.



ESPAÑA

CUARTA MUERTE POR FIEBRE DEL
NILO OCCIDENTAL EN CÁDIZ

14/09/2020

Una mujer de 87 años que estaba ingresada en el hospital gaditano de Puerto Real afectada por la fiebre del Nilo Occidental se ha convertido en la cuarta fallecida por este virus, según informó la Consejería de Salud y Familias el 14 de septiembre.

Este brote provocado por la picadura de mosquitos, el mayor conocido en España, ha causado hasta ahora cuatro fallecidos en Andalucía.



Según la Junta, en Cádiz hay cinco casos confirmados por esta enfermedad y tres pacientes hospitalizados, de los que uno permanece en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

En Sevilla no se han registrado cambios con respecto a los datos de fiebre del Nilo Occidental y se mantiene en 31 el número de muestras positivas y el número de casos confirmados en 24.

Tampoco hay cambios en cuanto a los ingresos con siete hospitalizados, de los que tres permanecen en la UCI.

El actual brote de cólera en Etiopía comenzó el 28 de abril de 2020 en *woreda*¹ de Telemt, región de Amhara. El brote finalmente afectó a 76 *woredas* de nueve regiones, incluidas las administraciones de las ciudades de Addis Abeba y Dire Dawe. En la semana epidemiológica (SE) 36, un total de 14 *woredas* en la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (RNNPS), y las regiones de Oromia y Sidama tienen brotes activos de cólera; dos *woredas* no notificaron nuevos casos en la SE 36. Durante la semana del informe, se notificaron un total de 171 nuevos casos de cólera y una muerte a nivel nacional.

Al 6 de septiembre de 2020, hay un total acumulado de 14.728 casos con 257 muertes (tasa de letalidad de 1,7%) notificadas desde el inicio del brote en abril de 2019. El mayor número de casos se notificó en la RNNPS, seguida de la región de Oromia.

La tasa acumulada de ataque en todo el país es de 100,9 personas cada 100.000 habitantes. Sin embargo, el brote muestra actualmente una tendencia a la baja, con una disminución de 52% en los casos nuevos en la SE 36 en comparación con la SE anterior, y la tendencia general ha ido disminuyendo desde un pico en los casos en la SE 27. De las 604 muestras de heces analizadas desde el comienzo del brote, 266 cultivos fueron positivos para *Vibrio cholerae* 01 Ogawa.

En la SE 36 había un total de 98 centros de tratamiento del cólera (CTC) establecidos en todo el país.

La situación se complica por el desplazamiento de unas 920.930 personas debido a las inundaciones de 50 *woredas* en 24 zonas de riesgo en las regiones de Oromia, Afar, RNNPS, Gembela y Somali.

Acciones de salud pública

- Se ha enviado un equipo de respuesta rápida a RNNPS y Sidama para apoyar las actividades de respuesta lideradas por las administraciones de las *woredas* afectadas.
- Se está desarrollando una capacitación integral de respuesta al cólera para 50 trabajadores de salud en Sidama y 45 trabajadores de salud en RNNPS.
- Se ha realizado una evaluación de la preparación para el cólera en la RNNPS y la región de Somali.
- Se ha preparado un plan de respuesta al brote de cólera durante seis meses y se ha compartido con los socios y las partes interesadas; en la RNNPS, la respuesta al brote de cólera está integrada con el centro de operaciones de emergencia para la COVID-19 para coordinar la respuesta al brote.
- La búsqueda activa de casos está en curso en todas las zonas afectadas por el cólera, con desinfección de las viviendas, localización de contactos y seguimiento de todos los casos notificados.

¹ *Woreda* es el nombre que reciben las circunscripciones administrativas, o gobiernos locales, en que se dividen las regiones de Etiopía; son equivalentes a un distrito. Los *woredas* se componen de una serie de *kebeles*, o asociaciones de vecinos, equivalentes a una municipalidad, y constituyen la unidad más pequeña del gobierno local en Etiopía. Los *woredas* suelen agruparse en zonas, que forman un *killil* (administración regional); algunos *woredas* no forman parte de ninguna zona, y se llaman *Woredas* Especiales, que funcionan como entidades autónomas.

- El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha proporcionado kits para tratamiento del cólera y productos químicos para el tratamiento del agua a las regiones afectadas por el brote y las inundaciones.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Africano de Investigación en Salud (AHRI) y el Instituto Etíope de Salud Pública (EPHI) están dando seguimiento a las solicitudes de vacuna oral contra el cólera.
- Se han implementado actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, con mensajes clave de prevención transmitidos a través de los medios públicos y la movilización comunitaria en áreas con brotes activos.

Interpretación de la situación

Los brotes de cólera han sido recurrentes en Etiopía en el pasado reciente, complicados por la compleja emergencia humanitaria y las frecuentes inundaciones durante la temporada de lluvias, que actualmente se está prolongando en toda la región. Los inadecuados servicios de agua, saneamiento e higiene y las prácticas deficientes de prevención y control de infecciones en ciudades, pueblos y campos de refugiados atestados de personas proporcionan puntos localizados de transmisión del cólera, lo que lleva a brotes más generalizados con el movimiento de la población. Las autoridades locales y nacionales son dignas de elogio por sus acciones en términos de coordinación, monitoreo y respuesta, pero los desafíos actuales en torno a la situación humanitaria y los frecuentes brotes de otras enfermedades como el sarampión y las exigencias actuales de respuesta a la COVID-19 complican aún más la respuesta al cólera. Las autoridades nacionales y los socios deben asegurarse el financiamiento del plan nacional de respuesta al cólera, que la implementación se inicie lo antes posible y que todas las actividades de respuesta a la COVID-19 también tengan en cuenta los brotes de otras enfermedades infecciosas.

<p>THE LANCET Respiratory Medicine</p>	<p style="text-align: right;"><i>ITALIA</i></p> <p style="text-align: center;">UN DIAGNÓSTICO PRECOZ PUEDE REDUCIR LA MORTALIDAD POR COVID-19 HASTA EN 50%</p> <p style="text-align: right;"><i>14/09/2020</i></p>
--	--

Un [estudio](#) realizado en Italia, indica cómo reducir a la mitad el número de casos fatales de COVID-19 ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Al analizarse el daño que causa el virus en los pulmones, se observó que un diagnóstico precoz puede reducir la mortalidad hasta en 50%.

La investigación, que involucró a 301 pacientes ingresados en varios hospitales en toda Italia, se basa en la tarea de detectar a tiempo a los pacientes que sufren el llamado “doble daño” en los pulmones –el virus ha dañado tanto los alvéolos como los capilares– ya que 60% de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos por estas condiciones mueren.

Pero si este “doble daño” se descubre a tiempo, mediante dos sencillas pruebas, el diagnóstico precoz y la atención médica pueden salvar muchas vidas. Lo importante es localizar el fenoti-

po de los pacientes que pueden presentar el “doble daño” gracias a la medición de un parámetro de función pulmonar y un parámetro de química sanguínea.

El primero debe ser localizado en las primeras 24 horas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y el otro con un simple análisis de sangre.

El rápido reconocimiento del fenotipo del “doble daño” permitirá una precisión diagnóstica mucho mayor y una terapia aún más efectiva, reservando las medidas terapéuticas más agresivas para estos pacientes y tratando a los pacientes con “lesión única” con ventilación no invasiva con casco y hospitalización en cuidados subintensivos.

En el futuro, estos resultados permitirán una rápida identificación de los pacientes en los que ensayar tratamientos experimentales con anticoagulantes para evitar daños en los capilares pulmonares.

SWI

SUDÁN

EL MICETOMA AFECTA A MILES
DE PERSONAS EN EL PAÍS

11/09/2020

Khadija Ahmad cultivaba cebollas en Darfur cuando pisó una espina que atravesó su sandalia. No le prestó atención hasta que su pie se hinchó y aparecieron fístulas. Había contraído el micetoma.

En Sudán la enfermedad es llamada la “muerte silenciosa”. No porque esta enfermedad incurable devoradora de carne sea muy mortal (5% de los casos), sino porque destruye la vida y el cuerpo de las personas infectadas, que sufren amputaciones y malformaciones. Este es el calvario vivido por esta mujer pobre de 45 años.



Miembros del equipo médico del Centro de Investigación del Micetoma tratan a un paciente en Jartum, Sudán.

“Al comienzo no sufría. Había solo una protuberancia. Pensamos que pasaría, pero el mal empeoró”, cuenta en una reciente visita al Centro de Investigación del Micetoma (MRC) en Jartum, donde sus hijos nunca pudieron llevarla, pues estaban forzados a trabajar en el campo.

“Esperé nueve años antes de venir. Cuando llegué, ya era muy tarde. Tuvieron que amputar”, agrega, sujetando la prótesis rudimentaria mientras el médico examina su pierna izquierda amputada y luego le receta los medicamentos que tomará de por vida.

“Vive muy lejos, cerca de Al-Fashir”, capital de Shamal Darfur, a mil kilómetros al oeste de la capital sudanesa.

El micetoma es provocado ya sea por una bacteria o por un hongo, luego de herirse con una espina en la mayoría de los casos, y destruye de manera insidiosa la piel, los huesos y los músculos.

Es una de las enfermedades tropicales desatendidas, según las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud. Estos males proliferan entre el calor y la humedad de los climas tropicales.

“Terribles cicatrices”

“Esta enfermedad avanza traicioneramente y puede tomar años, y aparece en cualquier parte del cuerpo”, explicó el profesor Ahmed Hassan Fahal, fundador y director del MRC, que funciona en parte con donaciones.

“Deja terribles cicatrices, provocando deformaciones e invalidez. Se puede decir que 60% de las personas afectadas tienen miembros deformados. No pueden caminar normalmente. Ven afectada su vida social, algunas no pueden trabajar y son una carga para las familias”, señaló.

Desde su creación en 1991, el centro ha tratado gratuitamente a 9.000 pacientes provenientes de todo el país. A 20% se les amputó un miembro, una pierna o una mano. Pero los enfermos son mucho más numerosos.

Las víctimas del micetoma, que no es contagioso “son los más pobres de los pobres, que viven en pueblos alejados y sin recursos. Se puede decir que los que llegan aquí son, pese a su desgracia, quienes tienen más suerte”, subrayó Fahal.

La enfermedad afecta especialmente a los jóvenes, principalmente obreros agrícolas o pastores, que suelen caminar descalzos.

“Cinturón del micetoma”

En el hospital ultramoderno del MRC, 30 médicos tratan a 400 pacientes por semana, de los cuales 5% vienen del “cinturón del micetoma”, o sea unos cuarenta países de las zonas tropicales o subtropicales (Etiopía, India, México, Venezuela, Senegal, Chad, etc).

Pero su gran orgullo es su laboratorio de punta y un centro de investigaciones único en el mundo para esta enfermedad.

En una sala está Walid Nur al-Dayem, de 22 años, cuyo pie izquierdo está hinchado y la curación manchada de secreciones. Acompañado por su padre, llega del pueblo de Managil, en el Estado de Al-Jazirah.

“Hace un año, recogía trigo, cuando pisé una espina. En el momento no sentí gran cosa, pero después empeoró. Estuve en el hospital y de ahí me mandaron a este centro. Ahora espero a ver qué pasará conmigo”, dijo, muy decaído.

Una muestra determinará si su micetoma es provocado por un hongo –como 70% de los casos en Sudán– o por una bacteria, pues el tratamiento es diferente.

Si se trata de una bacteria, la enfermedad se cura con mayor facilidad con antibióticos administrados durante varios años.

Los medicamentos siguen siendo en la actualidad relativamente ineficaces en lo que respecta a los hongos y el tratamiento en este caso es costoso.

“Comenzamos en 2017 un gran proyecto de investigación cuyo objetivo es crear en dos años, con un laboratorio japonés y una ONG con sede en Genève, Suiza, un nuevo medicamento eficaz contra la bacteria y el hongo, que requiere un tratamiento reducido a sólo un año. Si tenemos éxito, sería una gran noticia”, dijo con entusiasmo Fahal.



En Ucrania, más de 50% de los niños menores de un año no están vacunados. El ministro de Salud, Maksym Volodymyrovych Stepanov, lo anunció durante una sesión informativa.

Las coberturas de vacunación más bajas en menores de un año se registran en las regiones de Zakkarpatya, Chernivtsi, Lviv, Ivano-Frankivsk, Rivne, Vinnytsia, Zaporizhya y Volyn.

“Hasta el 1 de agosto de 2020, la cobertura de vacunación de rutina de los niños en su primer año de vida contra la poliomielitis –tres dosis hasta el año de edad– es de 45,6%; de la vacuna triple bacteriana –tres dosis– 47%; de la triple viral, 45,3%; de la vacuna contra la hepatitis B, 42%; de la BCG, 48,1%; y de la que protege contra la infección por *Haemophilus influenzae* del tipo b, 44,6%”, dijo.

Las coberturas de vacunación más bajas se observa entre los adultos: solo 28,4% de las personas están vacunadas contra la difteria y el tétanos. Esto aumenta el riesgo de nuevos brotes de enfermedades.

El Ministerio de Salud de Rusia lanzó para la vacunación de civiles el primer lote de la vacuna Sputnik V contra el SARS-CoV-2. Ucrania debería recibir pronto los primeros lotes de la vacuna. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud duda de la seguridad de la vacuna rusa contra la COVID-19.

Desde el año 2017, Yemen sufre el brote de cólera más grande y de más rápida propagación en la historia moderna. Se emitían reportes diarios que informaban sobre el surgimiento de miles de nuevos casos, más de la mitad de los cuales afectaban a niños. Además, Yemen no estuvo solo: ese año, más de 1,2 millones de personas contrajeron [cólera](#) en 34 países, y 5.654 personas murieron. Debido a que el cólera es prevenible y tratable, esto nunca debería haber ocurrido. Afortunadamente, hay razones para esperar que no vuelva a ocurrir.



² Frew Benson es director en jefe del Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica, y presidente de la Fuerza de Trabajo Mundial para el Control del Cólera.

El cólera es una enfermedad diarreica causada por el consumo de agua o alimentos contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. Se propaga rápidamente en zonas donde las aguas residuales y los suministros de agua potable no reciben un tratamiento adecuado, lo que la convierte en una enfermedad de los más pobres y vulnerables: los muy jóvenes, los muy ancianos, los desnutridos y los desplazados. Sin tratamiento, el cólera puede causar la muerte en cuestión de horas. Si bien el tratamiento, que consiste en terapia de rehidratación básica, es simple, es también poco probable que los miembros más marginados de la sociedad tengan acceso al mismo.

No obstante, durante los últimos tres años, la Fuerza de Trabajo Mundial para el Control del Cólera (GTFCC), una asociación de más de 50 organizaciones, ha estado trabajando en la eliminación del cólera, por considerarlo una amenaza para la salud pública. En mi calidad de presidente de la GTFCC, apoyo con orgullo la [hoja de ruta mundial](#), que tiene como objetivo erradicar la enfermedad en 20 países y lograr una reducción de 90% en las muertes asociadas para el año 2030, tanto mediante la ampliación del uso de la vacuna oral contra el cólera como mediante la mejora de los servicios de agua, saneamiento e higiene (servicios WASH).

En concordancia con lo indicado en la hoja de ruta, los socios de la GTFCC se pusieron a trabajar a fines del año 2017 con el propósito de establecer un sistema de apoyo para los países afectados por el cólera. Al ampliar a escala la asistencia técnica y ofrecer herramientas y recomendaciones para apoyar en el desarrollo de planes nacionales de control del cólera, la GTFCC ha contribuido a posibilitar que sean los gobiernos nacionales los que tomen la iniciativa en la implementación.

En Haití, por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública y Población desplegó equipos de respuesta rápida en las zonas afectadas, donde desinfectaron casas, suministraron materiales de higiene y proporcionaron educación sanitaria. En 2018, el país registró el número más bajo de casos de cólera desde que comenzó su epidemia en 2010. Haití no tiene ningún caso de cólera confirmado en mucho más de un año, lo que atestigua el poder que tiene la fuerte vigilancia de la enfermedad y de los servicios WASH.

Además, con el apoyo de los socios de la GTFCC, nueve países afectados administraron 10,5 millones de dosis de la vacuna oral contra el cólera durante el año 2017. En el lapso de un año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) [informó](#) que los casos de cólera se desplomaron en 60%, bajando a 499.447 en 34 países, con 2.990 muertes. Si bien aún no se ha documentado plenamente el papel preciso que desempeñó la vacuna en esa caída de los casos, queda muy claro que la vacuna es una parte importante de la solución.

Los países afectados por el cólera siguen en esta lucha. Durante los últimos tres años, con el respaldo de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), se han administrado más de 50 millones de dosis de la vacuna oral contra el cólera. Se produjeron brotes de cólera en Burundi, República Democrática del Congo, Etiopía, Mozambique y Sudán; sin embargo, los países afectados pudieron responder de manera más eficaz, en parte gracias al apoyo de la GTFCC.

También se están llevando a cabo esfuerzos para ir más allá de la respuesta a los brotes. Se realizan esfuerzos para fortalecer el control y la erradicación del cólera a largo plazo en Bangladesh, Zambia y Zimbabue. El año pasado se demostró el poder de la acción preventiva en Mozambique: después de que los tifones elevaran el riesgo de un brote, el gobierno puso en marcha rápidamente una campaña de vacunación y evitó con éxito que la enfermedad se afianzara.

Pero la vacuna oral contra el cólera –que sólo es eficaz durante tres años– no es una solución a largo plazo. En lugar de ello, proporciona un puente entre la respuesta a los brotes y el control de enfermedad a largo plazo. Dado que el cambio climático, la urbanización y el crecimiento demográfico crean un caldo de cultivo ideal para el cólera, necesitamos que más países crucen ese puente, y que lo crucen pronto.

Eso significa seguir trabajando con los fabricantes para ampliar el acceso a la vacuna. El exitoso reembolso de 8.800 millones de dólares a la GAVI el pasado mes de junio ayudará a avanzar un largo trecho hacia el logro de este objetivo. También significa aumentar la inversión en el fortalecimiento de los servicios WASH, que pueden proteger a las poblaciones del cólera por mucho tiempo más después de que la protección brindada por la vacuna se desvanezca.

Además, para alcanzar nuestros objetivos establecidos en la hoja de ruta mundial dentro de un panorama mundial que cambia rápidamente, los países necesitan mecanismos de apoyo flexibles y también necesitan contar con recursos suficientes. Es por ello que la Secretaría de la GTFCC está estableciendo la Plataforma de Apoyo a los Países, que complementará el programa contra el cólera de la OMS.

La Plataforma de Apoyo a los Países tendrá la responsabilidad de garantizar la organización eficaz de los recursos de control del cólera y de apoyar a las comunidades y países más necesitados. Esto incluirá la construcción de capacidades para la vigilancia, la presentación de informes y el análisis. Al fin y al cabo, no podemos luchar contra el cólera a menos que sepamos con precisión dónde está presente esta enfermedad.

Con este fin, necesitamos acabar con el estigma en torno al cólera. Las prohibiciones sobre el movimiento de personas y bienes no sólo son ineficaces para prevenir la propagación de la enfermedad, sino que también hacen que los gobiernos sean reacios a informar sobre los brotes, por miedo a las consecuencias económicas. Si se garantiza a los países que recibirían apoyo, en lugar de castigo, podrían adoptar un enfoque proactivo con respecto a la prevención. El objetivo de la Plataforma de Apoyo a los Países es reforzar la capacidad de los países para detener los brotes antes de que comiencen.

Afortunadamente, muchos países, como Etiopía, Kenya y Sudán, se han comprometido a desarrollar planes multisectoriales de control del cólera con la ayuda de la GTFCC. Para que esto funcione, es esencial contar con comunicación y cooperación transfronterizas eficaces entre los encargados de formular políticas, los trabajadores de la salud, los proveedores de servicios WASH y las comunidades locales. La Plataforma de Apoyo a los Países facilitará tales esfuerzos al servir como centro de actividades para el trabajo de la GTFCC y al ayudar a fomentar la colaboración eficaz.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido gran presión sobre los sistemas de atención de la salud en todo el mundo. Lo último que los países necesitan es también hacer frente a brotes de cólera. La nueva Plataforma de Apoyo a los Países y la GTFCC están prestos para ayudar a garantizar que esto no ocurra.

Cubrirse la boca y la nariz es una medida de salud pública diseñada para capturar las gotitas respiratorias del usuario (que puede no tener síntomas) y reducir la transmisión de infecciones respiratorias. Los debates sobre el uso de cubiertas faciales lo han enmarcado en gran medida como una intervención médica con beneficios y perjuicios. Aunque la mayoría de los países y agencias de salud pública ahora recomiendan o exigen las cubiertas faciales contra la COVID-19, todavía domina la visualización de éstas a través de una narrativa médica.



Muchas infografías destinadas al público en lo que respecta a las cubiertas faciales describen los siguientes pasos: “lávese las manos antes de tocar el barbijo; inspeccione el barbijo para comprobar que no está dañado o sucio; ajuste el barbijo a su cara sin dejar espacios a los lados”. Dado que las prácticas sociales están profundamente arraigadas y son defendidas apasionadamente, se plantea la hipótesis de que es probable que se avance en la aceptación de las cubiertas faciales restándole importancia a la narrativa médica acerca de los “estándares”, “ponerse y quitarse”, “descontaminación” y “riesgo”. Para una aceptación exitosa, es necesario basarse en las realidades sociales y culturales de las comunidades afectadas.

Se usa el término “mascarilla médica” para referirse a un dispositivo que cumple con estándares particulares y está destinado principalmente a los trabajadores de la salud (aunque también puede recomendarse para la población general). El término “cubierta facial” (tapaboca, barbijo, etc.) se refiere a cualquier implemento que cubra el rostro, incluidos los caseros o los que se venden comercialmente (generalmente de tela, pero a veces de papel u otros materiales) destinados principalmente a la población general. Diferentes países optaron por diferentes enfoques a medida que se extendía la COVID-19. China y Corea del Sur, por ejemplo, aumentaron rápidamente la producción de mascarillas médicas para uso público, mientras que la República Checa y Tailandia fueron las primeras en adoptar barbijos de tela para reservar los suministros de mascarillas médicas para los trabajadores de la salud.

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Una herramienta de control de infecciones

En un contexto médico, una cubierta facial es un equipo de protección personal (para proteger al usuario) o un medio de control de la fuente (para prevenir la propagación de enfermedades). La fabricación de equipos de control de infecciones está sujeta a estrictos estándares de calidad y su distribución y adquisición suelen organizarse a nivel nacional.

Casi todos los ensayos controlados aleatorios de cubiertas faciales se han realizado en centros de salud y abordaron su eficacia para proteger al usuario de infecciones, no como control de su fuente. Pero basarse en la misma base de evidencias para los centros de salud y los entornos comunitarios tiene sus limitaciones. Las narrativas médicas favorecen las intervenciones con características inalterables y una medida del efecto que puede determinarse mediante experimentos controlados. Las medidas de salud pública dirigidas a poblaciones enteras rara vez disponen de la evidencia de ensayos controlados aleatorios, y dichos ensayos pueden no ser éticos o prácticos. Por ejemplo, un desafío al evaluar las cubiertas faciales como control de la fuente es que las personas que participan del ensayo no son aquellas en las que sería necesario medir el efecto.

Esta narrativa médica incluye cuestiones tales como el hecho de que el público no pueda usar las cubiertas faciales de manera segura. La estandarización en su fabricación, uso y limpieza a nivel de la población es un desafío cuando las personas tienen acceso a recursos muy diferentes. En tales circunstancias, hacer que la tarea de ponerse y quitarse una cubierta facial se sienta complicada y peligrosa, hace que sea más difícil de implementar.

Práctica social

En un marco sociocultural, las cubiertas faciales son prendas de vestir o accesorios. Usar una es una práctica social, un comportamiento que tiene un significado particular en una sociedad en particular. Una práctica social implica una acción humana basada en el conocimiento (quizás imperfecto) de la persona –por ejemplo, su evaluación de la efectividad de cubrirse la cara– y lo que ven como su significado simbólico. Esto último estará influenciado por las expectativas sociales (por ejemplo, es lo que se espera que use un conductor de ómnibus o una enfermera), las normas (lo que se considera moralmente correcto y como un comportamiento correcto y adecuado) y las leyes y regulaciones (obligatoriedad de cubrirse la cara). La adopción de la política se verá influida por cuestiones prácticas como la disponibilidad de recursos (¿es fácil y prioritario hacerse u obtener una?).

En la actual pandemia global, hay ejemplos de cubiertas faciales que se adaptan a las tradiciones culturales. En India, un extremo suelto de una prenda de vestir o un trozo de tela suelto, la *dupatta*, se ha vuelto lo más utilizado para cubrir la cara durante la pandemia de COVID-19.

Cubrirse el rostro se ha asociado con asumir una identidad diferente (como en el caso de los superhéroes), evitar el reconocimiento y la persecución (los criminales), exhibir modestia (lo que se espera de las mujeres de algunas culturas), tener una enfermedad infecciosa (si lo hace un paciente) y para ceremonias culturales y procesiones (como algunos celebrantes). Cubrirse la cara también puede verse en términos prácticos como protección contra la contaminación, el polvo, el polen o los incendios forestales.

En algunos países, principalmente en Asia, las cubiertas faciales han sido utilizadas por una amplia porción de la población antes de esta pandemia, posiblemente debido a la experiencia pasada con epidemias de virus respiratorios y, quizás, un fuerte énfasis cultural en la interdependencia en lugar de la independencia. También podría estar vinculado a sistemas de signi-

ficado cultural que enfatizan el límite entre un yo interior limpio y puro y un exterior potencialmente contaminado (similar a quitarse los zapatos al entrar a la casa, por ejemplo).

Las cubiertas faciales de tela generalmente se caracterizan por la personalización y un enfoque *bottom-up*⁴ para la fabricación y distribución. Pueden ser hechos en casa, con un trozo de una prenda de vestir existente o comprados en una tienda, para exhibir una marca o para combinar con un atuendo. Hay ejemplos de cubiertas faciales con narices de animales, que brindan una sensación de alegría y que puede hacerlos más aceptables para los niños. Los activistas han impreso eslóganes (como *Black Lives Matter*) en sus cubiertas faciales que enfatizan su papel en la exhibición de identidad. Las marcas de diseñador han producido barbijos costosos y de alta moda.

La amplia variedad de materiales y estilos plantea interrogantes sobre la eficacia y fiabilidad de las cubiertas faciales. La política de salud pública debe considerar un equilibrio entre eficacia y cumplimiento (una cubierta facial 100% efectiva para prevenir la transmisión pero que solo la usa 10% de la población tendrá menos impacto que una que es 50% efectiva pero que es usada por 95% de la población).

Tema	Intervención médica	Práctica social
Enfoque y mensaje	Usuario individual: protéjase y, al hacerlo, también puede proteger a los demás.	Comunidad: Protege a los demás y ellos también te protegerán.
Objetivo	Reducción del riesgo: reducir o eliminar el riesgo de infección para el usuario.	Beneficio para la población: reducir el nivel general de transmisión a nivel de población.
Selección	Función: asegurar que la cubierta facial cumpla con los estándares particulares de filtración y rendimiento.	Aceptabilidad: elegir una cubierta facial que sea fácil de hacer o comprar y que tenga un diseño agradable de usar. Tratar que cuente con tres capas, pero una cubierta facial con menos capas es mejor que no usar ninguna.
Poner, quitar y utilizar	Control de infecciones: seguir estrictos procedimientos de colocación y retirada (usar los sujetadores; no tocar la parte frontal de la cubierta facial). Prueba de ajuste. Evitar la autocontaminación al tocarse la cara. Retirar la cubierta después de un período de tiempo específico o cuando haya suciedad o daños visibles.	Comodidad y limpieza: asegurarse de que cubra boca y nariz y sea cómodo de usar sin ajustarla repetidamente. Cambiar la cubierta facial si se ensucia. Usar una limpia todos los días.
Limpieza	Almacenamiento y descontaminación: almacenar las cubiertas sucias según procedimientos estrictos. Lavar la cubierta facial a la temperatura especificada.	Lavado: quitarse la cubierta facial al llegar a casa y colocarla con la ropa sucia. Lavarla con el resto de la ropa.
Relaciones con los demás	Evitar el riesgo: no compartir la cubierta facial con otros.	Promover el beneficio: asegurarse de que amigos, familiares y miembros vulnerables de la sociedad también se cubran la cara, por ejemplo, a través de esquemas de fabricación y distribución comunitarios.
Preocupaciones ambientales	Eliminación cuidadosa: las cubiertas faciales desechables usadas son un peligro para el ambiente; deben destruirse adecuadamente de acuerdo con las regulaciones.	Sustentabilidad: debe contarse con dos o tres cubiertas faciales reutilizables que se puedan lavar y reusar, lo que podría reducir los costos para el usuario y evitar desechos.

Tabla 3. Cómo modificar los mensajes de salud pública sobre las cubiertas faciales para que dejen de ser una intervención médica y sean vistas como una práctica social.

⁴ Un enfoque *bottom-up* (de abajo hacia arriba) es un tipo de procesamiento de información basado en datos entrantes del entorno para formar una percepción. Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, la información ingresa a los ojos en una dirección (entrada sensorial, o la “parte inferior”) y luego el cerebro la convierte en una imagen que puede interpretarse y reconocerse como una percepción (salida que se “acumula” desde el procesamiento hasta la cognición final).

Cambiando la narrativa

Durante la pandemia de COVID-19, el uso de cubiertas faciales se está introduciendo rápidamente como una intervención de salud pública en países sin tradición cultural de hacerlo. Para una aceptación exitosa, tales intervenciones deben basarse en las prácticas y realidades sociales y culturales de las comunidades afectadas, y las campañas no solo deben informar, sino también trabajar para dar forma a nuevas normas socioculturales (ver Tabla 3).

Los mensajes públicos en torno a las cubiertas faciales ayudan a conceptualizar quién suele usarlas y el valor moral de esta acción. Al comienzo de la pandemia de la COVID-19, las personas de etnia asiática fueron estigmatizadas en el Reino Unido por usar barbijos, como si fueran portadores de una enfermedad que amenazaba la seguridad de los demás. En Estados Unidos, la obligatoriedad de cubrirse el rostro se ha interpretado como una infracción a las libertades civiles y la autonomía, y los críticos utilizan el término “bozal” para describir la deshumanización del individuo por parte del estado. Algunas figuras públicas, incluido el presidente de Estados Unidos, inicialmente se negaron a cubrirse la cara, describiendo el uso del barbijo como signo de debilidad y negándose a usarlo como afirmación de su autoridad.

Para que una política pública de utilización de barbijos tenga éxito, las descripciones negativas de su significado social y su valor moral deben reformularse activamente. Dado que el objetivo principal del uso generalizado de éstas es el control de la fuente, los usuarios podrían ser descritos como altruistas o incluso como protectores. Esto podría crear un nuevo simbolismo en torno al uso, confección y distribución de mascarillas basado en la responsabilidad social y la solidaridad frente a una amenaza común.

Adoptar las narrativas socioculturales podría permitir al público seleccionar una cubierta facial que sea significativa para ellos y que sea más probable que usen. Sin embargo, debe lograrse un equilibrio entre fomentar la personalización para lograr comodidad y aceptabilidad y garantizar que la cobertura sea lo suficientemente eficaz para bloquear la mayor parte de la transmisión viral.

Las narrativas culturales están cambiando, aunque no de forma universal. En algunos entornos, una persona que no se cubre la cara se considera una amenaza para la seguridad de los demás. A medida que una comunidad adopta la cubierta facial, los primeros miembros que se cubran serán vistos como extraños, pero luego lo serán los que no lo hagan.

Dos investigadores de reducción de daños que viajaron desde el Reino Unido a Tailandia para asistir a una conferencia durante el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) describieron la influencia persuasiva de la presión del grupo para aumentar el uso de las cubiertas faciales a medida que pasaban de un entorno a otro con normas contrastantes sobre su uso. Es probable que las normas sociales sobre cómo se tolera su uso varíen entre la rigidez de una sociedad (por ejemplo, Singapur) y la laxitud (por ejemplo, Brasil) y pueden contribuir

Ejemplos de enfoques de práctica social para promover el uso de las cubiertas faciales

En la República Checa, la campaña #Masks4All liderada por la comunidad reformó rápidamente las normas sociales en torno a la aceptabilidad de cubrirse la cara en público. Las redes sociales se utilizaron para compartir mensajes sobre cómo hacerlos en casa, mostrar el apoyo de las celebridades a la campaña, difundir canciones para alentar su uso y fomentar el humor a través de fotos de estatuas públicas que se cubren el rostro. Esto creó un movimiento que llevó a otros a imitar este comportamiento y seguir el ejemplo. #Masks4All y sus eslóganes como “mi máscara te protege, tu máscara me protege” apelan a un conjunto compartido de valores sociales. Esto provocó movimientos similares en otros países, incluido Estados Unidos.

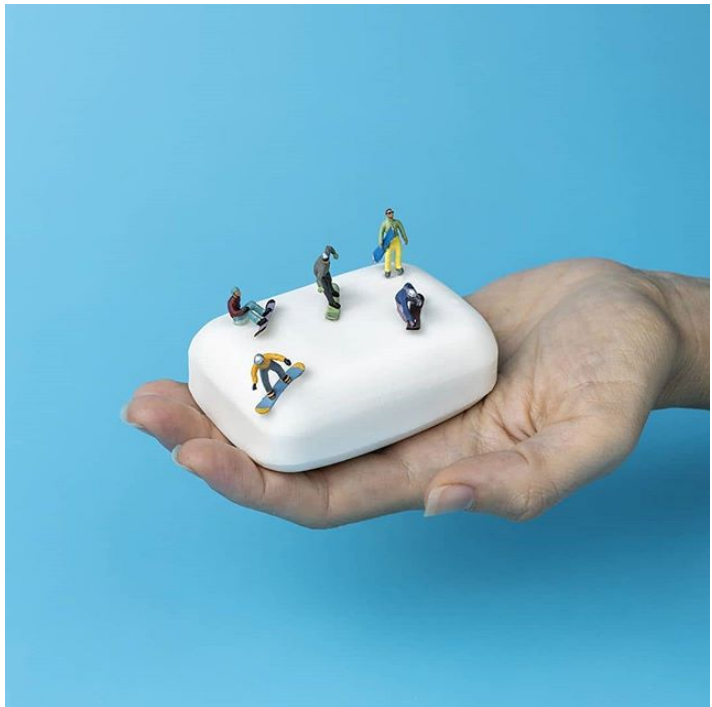
En Sudáfrica, desde el 1 de mayo de 2020, es obligatorio usar barbijo al salir de casa. Una cuestión clave ha sido la gestión del acceso a las cubiertas faciales, especialmente en las zonas rurales con mayores tasas de pobreza y desempleo. A través de esta campaña, se han recaudado fondos, fabricado y distribuido más de 18.000 cubiertas faciales a personas que de otro modo habrían tenido dificultades para obtenerlas. Esto también crea oportunidades de trabajo.

al aprendizaje a través del comportamiento de los demás. Es fundamental aprovechar las investigaciones disponibles sobre ciencias sociales y del comportamiento en epidemias respiratorias anteriores y las experiencias de países donde el uso de cubiertas faciales se había generalizado antes de esta pandemia.

Conclusión

Los prolongados debates sobre las cubiertas faciales como una intervención médica han retrasado la implementación de esta valiosa herramienta preventiva. Ahora que la mayoría de los países apoyan su uso para evitar la transmisión de la COVID-19, también se debe cambiar el enfoque hacia su implementación. En lugar de seguir debatiendo las especificaciones técnicas y la eficacia, se deberían explorar los marcos socioculturales para fomentar su uso. Esto se puede hacer enfatizando valores subyacentes como la solidaridad y la seguridad comunitaria. Es probable que estas medidas mejoren la aceptación de las cubiertas faciales y ayuden a frenar el impacto devastador de la pandemia.

Arte y pandemia



The COVID Art Museum ([@covidartmuseum](https://www.instagram.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.