

## CÓRDOBA

- Alto nivel de diagnósticos y unos 2.000 casos diarios de COVID-19

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue

## AMÉRICA

- Brasil: Alerta por fiebre amarilla en Rio Grande do Sul tras la muerte de monos

- Brasil: Ceará reporta un caso de sarampión después de 16 meses del último registrado

- Canadá: Un brote de legionelosis en Montreal causa dos muertes

- Colombia: La vacunación contra la COVID-19 de los pueblos indígenas del Amazonas

- Estados Unidos: Reportan en California dos casos de fiebre recurrente transmitida por garrapatas

- Estados Unidos: Reportan en California un caso humano de tifus murino

## EL MUNDO

- China: Un caso de carbunco por inhalación en la provincia de Hebei

- Guinea: Confirman una muerte por fiebre hemorrágica de Marburg en Guéckédou

- Irán: Se agrava la crisis de la COVID-19

- Níger: Doce muertos por un brote de cólera

- La vacuna contra la influenza protege de los efectos severos de la COVID-19

- Moderna informó que la efectividad de su vacuna contra la COVID-19 es de 93% tras seis meses de la segunda dosis

### Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

### Adherentes























Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](http://recfot) - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

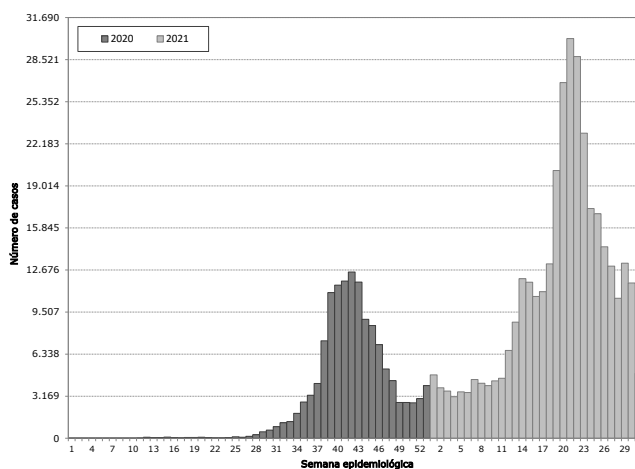
La “sensación de desescalada” es más fuerte que los datos que la sostienen. La provincia de Córdoba tenía dos luces rojas encendidas en el semáforo epidemiológico en el momento en que la Nación dejó como único indicador para decidir aperturas y confinamientos la ocupación de camas críticas en el sistema de salud.

El 7 de agosto, el semáforo mantenía 17 departamentos de la provincia en alto riesgo epidemiológico y otros dos en riesgo medio, con valores de incidencia y razón (una medida de impacto y otra de tendencia) en alerta.

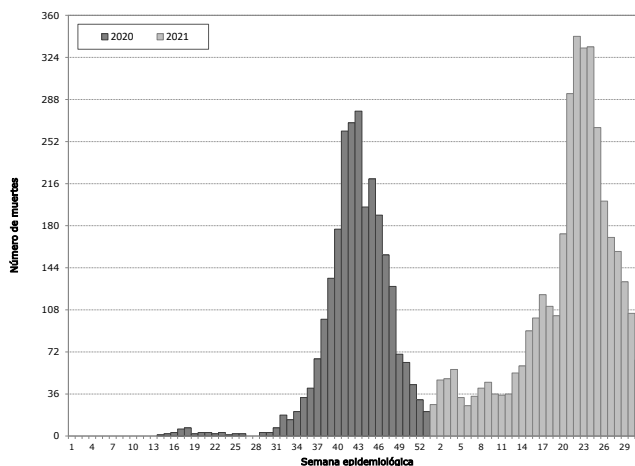
El piso de confirmados en el que se estacionó la provincia, en torno de los 2.000 casos diarios de COVID-19, está por encima de los números que llevaron al pico en la primera ola, en octubre de 2020. Un argumento oficial afirma que esto es así porque se mantiene muy alto el nivel de testeos, siempre por encima de los 15.000 diarios. Esto indicaría que no existe un subregistro elevado, pero no impide advertir que la circulación del virus se sostiene en un nivel muy alto: se testea mucho, pero también se confirma demasiado.

Ahora todo esto ya no importa. El avance en la vacunación –Córdoba está cerca de llegar a 80% de su población mayor de 18 años con al menos una dosis– empieza a mostrar su verdadera fortaleza: el descenso en cuadros severos, que derivan en internación y, luego, en muertes. Por eso, contar casos y decidir en función de eso parece haber perdido sentido en este momento de la pandemia.

Pero está al caer la variante Delta. Y para enfrentar una nueva ola con esta variante aún falta mucha cobertura vacunal. En el estado de Florida, Estados Unidos –donde sobran vacunas–



Casos confirmados. Córdoba, Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 7 de agosto de 2021.



Muertes confirmadas. Córdoba, Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 7 de agosto de 2021.

la reticencia de cerca de 40% de la población a aplicárselas está llevando a una nueva ola masiva de contagios, con alto impacto en el sistema de salud. En particular, preocupa la manera en la que está afectando a niños.

Había un problema con las segundas dosis, que se comenzó a destrabar con la posibilidad de usar el remanente de las vacunas de Moderna que no se aplican a niños y adolescentes con comorbilidades, para completar esquemas de personas con una sola dosis de



la Sputnik V. A eso se suma la provisión de segundos componentes desde Rusia y la liberación de la producción local de la fórmula. Esto puede llevar a que en las próximas semanas se avance en una inmunización más consistente de los mayores de 50 años, principal grupo de riesgo por edad antes de que impacte la variante Delta.

La variante, en todos los lugares del mundo donde hizo estragos, comenzó a circular con fuerza en los bolsos de no vacunados. Aprovechó los grupos reticentes y los niños y adolescentes para circular en forma masiva. Las vacunas no previenen en su totalidad contagios y no tienen eficacia de 100% para el desarrollo de cuadros graves, y allí también encontró otro lugar de filtración la nueva versión del virus.

Porcentajes bajos, como los que dejan sin protección las vacunas, son números altos de personas cuando la circulación se vuelve exponencial, que es el factor Delta.

Es por eso que son muy importantes las estrategias para no dejar a grupos poblacionales no vacunados. En línea con lo que venía ideando la Provincia, la Municipalidad de Córdoba buscará incentivar y premiar con descuentos y beneficios a los vacunados en actividades que, aun más que el Estado, no quieren una nueva ola, porque la pagan con restricciones: gastronómicas, espectáculos públicos, deportes y turismo.

Van por la positiva, porque aún no hay vacunas suficientes para ir por las malas: no pueden exigir pasaportes sanitarios mientras no haya dosis en una heladera para todo el que la reclame.

La decisión de usar como termómetro exclusivo el nivel de ocupación de camas del sistema de salud parece favorecer a Córdoba, pero en verdad no se puede saber con precisión cuán holgada está la provincia en este indicador porque sólo se informa cuántos internados demandan una cama reservada para COVID-19 –hasta el 6 de agosto, 1.076, un 30,7% de la capacidad máxima asignada– y no las que están ocupadas por todo tipo de pacientes.

Con la menor demanda de atención de pacientes por COVID-19, los hospitales aún están tratando de ponerse al día con la demanda de otras patologías, postergadas por la exclusividad dedicada a la pandemia.

Una última cuestión: se sabe, desde el inicio de la pandemia, que desde el momento del contagio al del testeo y la confirmación del caso pasan varios días, que son entre una y dos semanas para que eso se advierta en la demanda de atención hospitalaria. Decidir si abrir o cerrar tomando sólo en consideración el impacto en el sistema de salud puede hacer que en el momento que se tenga que pisar el freno ya la inercia esté desencadenada. Y por dejar de contar casos, otra vez se cuentan, en mayor cantidad, internados y muertos.

# Argentina

BOLETÍN INTEGRADO  
DE VIGILANCIA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

02/08/2021

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje				Con antecedente de viaje				Total notif.
	Conf.	Nexo	Probables	Serotipo	A otra provincia		A otro país		
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	13	—	2	1	1	1	517
Buenos Aires	6	—	40	—	2	—	—	—	1.514
Córdoba	4	—	10	—	3	—	—	—	950
Entre Ríos	14	3	1	—	—	—	—	—	237
Santa Fe	35	—	19	1	3	—	—	—	748
Centro	60	3	83	1	10	1	1	1	3.966
Mendoza	—	—	—	—	1	—	—	—	11
San Juan	—	—	—	—	—	—	—	—	32
San Luis	6	—	—	—	—	—	—	—	45
Cuyo	6	—	—	—	1	—	—	—	88
Chaco	2	—	20	—	—	—	—	—	489
Corrientes	16	—	13	1	—	—	—	—	614
Formosa	121	208	235	4	—	—	—	—	1.297
Misiones	105	—	157	1-2	—	—	—	—	1.017
Noreste Argentino	244	208	425	1-2-4	—	—	—	—	3.417
Catamarca	—	—	—	—	—	1	—	—	108
Jujuy	331	—	92	1	4	1	4	—	1.536
La Rioja	1.012	—	14	1	—	—	—	—	2.006
Salta	1.516	457	112	1	5	—	—	—	4.136
Santiago del Estero	—	—	2	—	—	—	—	—	148
Tucumán	19	—	8	—	4	—	1	—	425
Noroeste Argentino	2.878	457	228	1	13	2	5	—	8.359
Chubut	—	—	—	—	—	3	—	—	7
La Pampa	—	—	—	—	1	—	—	—	4
Neuquén	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Río Negro	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	—	1	—	—	6
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sur	—	—	—	—	1	4	—	—	21
<b>Total Argentina</b>	<b>3.188</b>	<b>668</b>	<b>736</b>	<b>1-2-4</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>15.851</b>

Notificaciones y casos de dengue, según jurisdicción. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2020 a 28 de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2020 y la SE 28 de 2021, todas las jurisdicciones argentinas, excepto Río Negro, notificaron casos con sospecha de dengue, alcanzando un total de 15.851 notificaciones. La mayor parte proviene de las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Centro. En tanto, la mayor parte de los casos confirmados se concentra en las regiones NOA y Noreste Argentino (NEA). En total, se han registrado hasta el momento, 3.887 casos confirmados de dengue, 25 de los cuales tienen antecedentes de viaje entre provincias, y seis casos son importados de otros países.

Durante el período citado, se registra una tendencia en aumento en el número total de casos confirmados para todo el país recién a partir de la SE 53 de 2020. La tendencia se mantuvo, a excepción de una baja de los casos durante las SE 12 y 13, hasta la SE 1616, cuando se registró la mayor cantidad de casos semanales a nivel nacional. Desde la SE 17 hasta la actualidad, se

registra un marcado descenso de los casos confirmados. A la SE 28 de 2021, el número de casos es muy bajo y la circulación viral cesó en casi todas las localidades.

## Región Noreste Argentino

La región no presentó casos en las últimas cinco semanas. Ha presentado picos en las SE 9 y 11, a expensas de las provincias de Formosa y Misiones principalmente. A partir de la SE 17 los casos descienden, hasta la SE 19; desde entonces, solo se registró un caso aislado en Formosa.

- **Corrientes:** En las SE 35 y 36, se confirmaron cuatro casos de DENV-1 en la ciudad de Corrientes. No volvieron a registrarse casos con pruebas positivas en la provincia hasta la semana SE 11. Entre las SE 14 y 16, se confirmaron siete casos vinculados epidemiológicamente. Entre ellos, se han serotipificado dos casos de DENV-2, serotipo que hasta entonces había sido detectado únicamente en la provincia de Misiones.

Además, en las SE 7 y 15 se confirmaron dos casos de DENV-1 en otras dos localidades de la provincia. En toda la temporada, Corrientes registra 16 casos autóctonos confirmados.

- **Formosa:** Entre las SE 32 de 2020 y 11 de 2021, en la localidad de Estanislao del Campo, departamento de Patiño, tuvo lugar un brote con 23 casos confirmados por laboratorio del serotipo DENV-4. Asimismo, entre las SE 2 y 16, la localidad de Pozo de Tigre, también del departamento de Patiño, presentó circulación viral del serotipo DENV-4 con un total de 264 casos confirmados.

Adicionalmente, entre las SE 53 de 2020 y 24 de 2021 se confirmaron 26 casos del serotipo DENV-4 en seis localidades de la provincia. En lo que va de la temporada, la provincia ha confirmado 328 casos autóctonos.

- **Misiones:**
  - Serotipo DENV-1:
    - Se han confirmado hasta el momento, 73 casos en 12 localidades de la provincia. De ellos, 36 corresponden a Posadas.
  - Serotipo DENV-2:
    - Entre las SE 6 y 7 se confirmaron 11 casos en Posadas.
    - Entre las SE 6 y 18 se confirmaron nueve casos en Puerto Iguazú.
    - Entre las SE 6 y 12 se confirmaron seis casos en Garupá.
- **Chaco:** Se confirmaron dos casos en las SE 14 y 18, sin antecedente de viaje a zona con circulación viral.

## Región Noroeste Argentino

La región registra, en lo que va de la temporada, 3.335 casos autóctonos (confirmados por laboratorio y casos según criterio clínico epidemiológico), siendo la región más afectada del país. Los primeros casos se registraron a partir de la SE 46, en la provincia de Salta, con una tendencia en aumento a partir de la SE 1 de 2021, alcanzando un máximo en la SE 15, 2021, a partir de la cual los casos disminuyen hasta la actualidad. En las últimas cuatro SE se han confirmado cinco casos, provenientes de Jujuy, La Rioja y Salta. A lo largo de toda la temporada, Salta fue la provincia que aportó el mayor número de casos, seguida de La Rioja.

- **Salta:** La circulación viral en la provincia ha cesado en todas las localidades. Durante las últimas cuatro semanas, se registraron dos casos aislados en la localidad San Ramón de la Nueva Orán. En el transcurso de la temporada, la provincia confirmó un total de 1.973 ca-

sos. De este total, 689 corresponden a la localidad de San Ramón de la Nueva Orán, 492 a Embarcación y 331 a Colonia de Santa Rosa.

- **Jujuy:** En las últimas tres semanas, no se han confirmado casos en la provincia. Sin embargo, en las últimas cuatro semanas se han confirmado dos casos en la localidad de El Talar. Desde la SE 4 hasta la actualidad, se confirmaron 331 casos por el serotipo DENV-1 en quince localidades de la provincia. Del total de casos confirmados, 176 corresponden a la localidad de Fraile Pintado y 99 a El Talar. Además, entre las SE 4 y 9 se registraron cuatro casos con antecedente de viaje a Bolivia.
- **La Rioja:** En la temporada la provincia suma 1.012 casos autóctonos confirmados, de los cuales 958 corresponden a la localidad de La Rioja, que presentó circulación viral del serotipo DENV-1 desde la SE 1 hasta la 25.
- **Tucumán:** Entre las SE 16 y 24 se confirmaron 19 casos del serotipo DENV-1, sin antecedente de viaje a zona con circulación viral. A su vez, la provincia registró un caso importado de Bolivia por el serotipo DENV-1 en la SE 12.

## Región Centro

La afectación en la región ha sido menor y se ha dado de forma tardía en relación a las regiones NEA y NOA. Los primeros casos autóctonos se presentaron en la SE 10, provenientes en su mayoría de las provincias de Entre Ríos y Santa Fe. La región alcanzó su máximo en la SE 17 de 2021, a partir de la cual el número de casos descendió hasta la SE 23, desde la que no se registraron nuevos casos.

Entre Ríos presentó un brote entre las SE 13 y 17 de 2021, y Santa Fe presentó circulación viral desde la SE 11, con casos confirmados hasta la SE 23, siendo la provincia que aportó el mayor número de casos confirmados en la región.

- **Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** Se confirmó un caso por el serotipo DENV-2 sin antecedente de viaje a zona con circulación viral en la SE 10. A su vez, se registró un caso por el serotipo DENV-2 con antecedente de viaje a Brasil en la SE 9.
- **Buenos Aires:** Se confirmaron seis casos entre las SE 12 y 15 que se encuentran en investigación epidemiológica.
- **Santa Fe:** Se confirmaron 35 casos en la localidad de San Cristóbal, que presentó circulación viral del serotipo DENV-1 entre las SE 11 y 23 de 2021.
- **Entre Ríos:** Entre las SE 13 y 17, la localidad de Federación presentó un brote por el serotipo DENV-1, con un total de 17 casos confirmados.
- **Córdoba:** Entre las SE 17 y 18 de 2021, se confirmaron cuatro casos sin antecedentes de viaje a zona con circulación viral, dos por el serotipo DENV-2 y uno por el DENV-1.

## Región Cuyo

- **San Luis:** Entre las SE 10 y 17 se confirmaron seis casos por el serotipo DENV-1, sin antecedente de viaje a zona con circulación viral.



BRASIL

ALERTA POR FIEBRE AMARILLA EN RIO GRANDE DO SUL TRAS LA MUERTE DE MONOS

05/08/2021

Esta semana, Vigilancia Sanitaria de Camaquã emitió una alerta por fiebre amarilla en el interior del municipio. Se encontraron cuatro monos aulladores muertos, uno de los cuales fue sometido a pruebas para identificar la presencia de la enfermedad, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.<sup>1</sup>

Según el coordinador de Vigilancia, Fabiano Martins, se encontraron dos monos aulladores muertos en Santa Auta, uno en Vila Aurora y el otro en Banhado no Colégio. Este último murió más recientemente, por lo que fue posible recolectar material para análisis.



La semana pasada, los equipos de Vigilancia Sanitaria Municipal y Estatal realizaron visitas de orientación y sensibilización sobre la fiebre amarilla en el interior del municipio. Se visitaron 145 propiedades y los resultados ya comenzaron a aparecer.

Esta semana, la ciudad de Chuvisca emitió una alerta tras confirmar un caso de la enfermedad. Según informó la secretaria Sheila da Silva, se encontró un mono aullador muerto en la localidad de Rincão, en el interior de Chuvisca, y luego de las pruebas se confirmó la presencia del virus de la fiebre amarilla en el animal.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Aedes aegypti* transmite el virus de la fiebre amarilla entre humanos en entornos urbanos y suburbanos. *Haemagogus* y *Sabethes* son los géneros de mosquitos selváticos que transmiten el virus entre primates no humanos.

<sup>2</sup> La eventual confirmación de la fiebre amarilla no será una sorpresa. Se vienen reportando epizootias de fiebre amarilla en el estado de Rio Grande do Sul desde principios de año y la circulación del virus en el estado este año llevó a la declaración de una emergencia de salud pública.

Desde 2019, la circulación del virus de la fiebre amarilla ha ido avanzando y se está identificando en dirección norte-sur desde el sur del estado de São Paulo. Desde entonces, se ha detectado en Paraná, Santa Catarina y ahora en la capital de Rio Grande do Sul. Aunque aparentemente restringido al ciclo selvático, actualmente existe una circulación evidente del virus de la fiebre amarilla en los estados de Santa Catarina y Rio Grande do Sul, con numerosas epizootias y, en Santa Catarina, con casos humanos. La identificación de la circulación en Porto Alegre es preocupante, incluido el actual contexto pandémico en el que existe una intensa sobrecarga en el sistema de vigilancia y la red de atención por el alto número de casos de COVID-19. Queda por ver la capacidad de respuesta en la búsqueda activa de casos sospechosos de fiebre amarilla, investigación entomológica, control de vectores y, sobre todo, acciones para intensificar la inmunización contra la fiebre amarilla en un momento de campaña de vacunación contra la COVID-19 y más recientemente, influenza.

En 2021 se han producido casos de fiebre amarilla selvática en humanos y monos en varios estados de Brasil. El virus de la fiebre amarilla es endémico en las áreas boscosas de Brasil y las muertes ocurren entre primates no humanos. Los casos humanos representan un derrame del ciclo de transmisión selvático. Afortunadamente, no ha habido transmisión urbana de fiebre amarilla en Brasil desde 1942. Es importante aumentar la vigilancia para saber dónde se está produciendo la transmisión del virus de la fiebre amarilla. Las personas que viven o visitan estas localidades deben vacunarse para evitar más casos humanos.

Ceará confirmó un caso de sarampión en julio, después de un año y cuatro meses sin casos, en el municipio de Massapê, a unos 244 km de Fortaleza. Por esa razón, el Estado está recomendando la vacunación temprana de los bebés de 6 a 11 meses de edad, para protegerlos de un eventual brote del virus.

La información fue confirmada por la secretaria Estatal de Salud (SESA), el 26 de julio, en una [nota técnica de alerta](#). La Secretaría señaló que el caso confirmado es un niño de 3 años, “sin antecedentes de viaje ni contacto con un viajero”.

El documento es una guía para que los profesionales de la salud mantengan un nivel máximo de alerta para identificar y contener posibles infecciones. El virus permanece en circulación activa en seis estados: Amapá (394 casos), Pará: (88), Alagoas (10), São Paulo (6), Ceará (1) y Rio de Janeiro (1).

### Dosis cero de vacuna

En junio, la SESA había suspendido la aplicación de la denominada “dosis cero” de la vacuna triple viral en bebés menores de 1 año, una medida temporal debida a la emergencia. Según el Calendario Nacional de Vacunación, la vacuna triple viral se aplica recién a los 12 meses (1ª dosis) y a los 15 meses de vida (2ª dosis).

En junio, la pediatra Vanuza Chagas Gonçalves Andrade ya había advertido que “los niños son los más susceptibles a las complicaciones y secuelas del sarampión” y que, por lo tanto, es necesario mantener el calendario de vacunación completo y actualizado.

El sarampión fue una vez una de las principales causas de mortalidad infantil, y el regreso se produjo precisamente por la caída de la cobertura de vacunación.

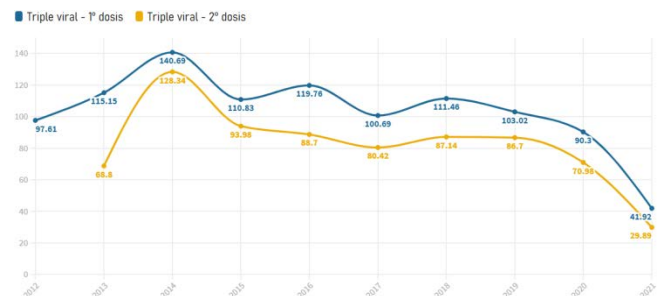
La SESA advirtió que “las personas con viajes programados busquen el centro de salud más cercano para verificar la necesidad de vacunarse contra el sarampión”, y que “toda persona no vacunada que nunca haya tenido la enfermedad es susceptible de contraerla”. La vacuna es la única forma de prevención.

### Casos de sarampión en Ceará

El último boletín epidemiológico sobre la virosis fue publicado por la SESA el 8 de junio de 2020. Hasta esa fecha, se habían confirmado tres casos de sarampión en Ceará, todos originados en un mismo brote en el municipio de Cariré, a unos 270 km de Fortaleza.

Todos los infectados eran hombres, mayores de 30 años y ninguno sabía si estaba vacunado.

En 2019, Ceará registró 19 casos de la enfermedad, 10 en Fortaleza y la Región Metropolitana y el resto en el interior. Del total, 13 eran niños y seis adultos. Nueve de los infectados no estaban vacunados o no conocían esta información.



Coberturas de vacunación con primera y segunda dosis de vacuna triple. Ceará, Brasil. Años 2012/2021. Fuente: Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones de Brasil.





Dieciséis indígenas Yagua de la comunidad Siete de Agosto, una de las más alejadas del territorio amazónico colombiano, reunieron dinero para comprar los 40 litros de combustible necesarios para navegar por el río Atacuari hasta su desembocadura en el Amazonas. Su objetivo: llegar al municipio de Puerto Nariño a fin de avanzar rápidamente en el proceso de vacunación contra la COVID-19.



Aunque en la selva amazónica circulan toda clase de falsas creencias que van desde que la vacuna los puede convertir en caimán hasta que el objetivo de las farmacéuticas es robar el ADN indígena, pobladores como Teófilo Tatayeri están decididos a ponerle el hombro a la protección. Según la creencia tradicional Yagua, hay demonios que para hacer daño a veces se transforman en seres humanos para engañar a la gente, por eso él decidió no creer en estos mitos.

En mayo, Teófilo se contagió del virus y, cómo él mismo dice, “casi me lleva al hueco”. Para no repetir esta tragedia que puso en riesgo su vida, una vez supo que en Puerto Nariño estaban vacunando, no quiso esperar a que la brigada de salud llegara a su comunidad. Sin pensarlo dos veces, junto a familiares y amigos decidió embarcarse en una travesía fluvial de dos horas para recibir esta protección contra la COVID-19.

Sin embargo, no ocurre lo mismo en otras de las nueve áreas no municipalizadas del Amazonas colombiano donde habitan Ticunas, Uitotos, Muinanes, Ocainas, Yaguas, Cocamas y Borras, entre otros pueblos indígenas.

### **Continúa la alerta**

Pese a que el Amazonas ha registrado una mejoría en cuanto a los indicadores de mortalidad y morbilidad de la COVID-19, durante las últimas semanas, las autoridades continúan en alerta porque la pandemia sigue siendo una amenaza en este departamento, que en su momento fue el más golpeado por el virus en el país.

En la actualidad, la desinformación ha hecho carrera y la población además de no adoptar las recomendaciones de bioseguridad, tiene miedo de vacunarse, lo que pone en riesgo su supervivencia.

A este complejo escenario se suma que la Secretaría de Salud de Leticia, en el Amazonas colombiano, tiene menos de tres meses para aplicar las 8.550 dosis de vacunas que recibieron en julio, teniendo en cuenta su capacidad para conservar la cadena de frío y la seguridad del componente biológico.

Además, debe enfrentar grandes desafíos logísticos para abarcar un territorio del tamaño de países como Bulgaria o Cuba, con 110.000 km<sup>2</sup> de bosque húmedo tropical, donde se levantan 136 comunidades habitadas mayoritariamente por pobladores que no hablan español y a las que se acceden principalmente a través de extensos recorridos fluviales.

Por otra parte, el ingreso al territorio exige un desafiante proceso de concertación con las autoridades indígenas, en el cual el Gobierno de Colombia y la autoridad local de salud han decidido contar con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se materializa a través de la asesoría y acompañamiento de profesionales de la salud, entre médicos, epidemiólogos, antropólogos, psicólogos y un comunicador social.



## El virus volvió a enfadarse

En pleno solsticio de verano, La Chorrera da cuenta de la séptima víctima de la pandemia. Con la reactivación económica y el retorno de los viajes al Amazonas, el virus volvió a ‘enfadarse’, y ahora es necesario construir puentes entre los saberes ancestrales y los conocimientos basados en evidencia científica para prevenir la enfermedad y salvar vidas con recomendaciones que sean pertinentes a las costumbres, creencias y lenguaje de la población.

Así queda establecido en la concertación con las autoridades de los cuatro pueblos indígenas que habitan La Chorrera y en la cual se permite el ingreso de la OPS con una intervención para incrementar los servicios de salud durante emergencias complejas, fortalecer la vigilancia en salud pública de base comunitaria e implementar acciones pedagógicas con enfoque étnico para lograr la prevención de la COVID-19, con énfasis en mejorar el acceso y aceptación de la vacunación.

Un proceso de concertación similar se lleva a cabo en el Cabildo indígena Mayor de Tarapacá (CIMTAR), y con la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de Tarapaca Amazonas (ASOAINAM).

Para el coordinador de la vacunación contra la COVID-19 en Amazonas, Edwin Andrés Velásquez, más que un desafío institucional, este es un reto personal. Durante la primera ola, como enfermero de la unidad de cuidados intermedios del Hospital ‘San Rafael’ de Leticia, vio morir a muchas personas, personas conocidas y queridas, quienes a pesar de los tratamientos y cuidados perdieron la batalla por la vida.

“La vacunación para mí significa volver a vivir”, dijo Velásquez al recordar como con la inmunización se apaciguó el virus. “Después de alcanzar la trágica cifra de 251 muertos, desde que se realizó la vacunación masiva en Leticia, solo una persona vacunada, con una patología de base, ha perdido la vida, y pasan los días sin que haya enfermos por COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos. Motivado por esto, hoy soy feliz de poder articular este proceso para las áreas no municipalizadas”, aseguró el enfermero.

Con este mismo compromiso de poder tomar las mejores decisiones para salvar vidas, los miembros de las organizaciones indígenas se preparan espiritual y emocionalmente para la concertación. Como hijos del tabaco, de la coca y de la yuca dulce, en sus malocas, preparan el *mambe* y el *ambil*<sup>3</sup> que utilizarán durante la negociación y que les permite descubrir, ingre-

---

<sup>3</sup> El *mambe* es un polvo que se obtiene de tostar, moler y cernir las hojas de coca amazónica (*Erythroxylum coca* var. *ipadu*) mezclándolas generalmente con cenizas de cecropia (*Cecropia peltata* o *Cecropia sciadophylla*, entre otras variedades) como aditivo alcalino. El *mambe* es una forma tradicional de consumir las hojas de coca y beneficiarse de sus propiedades nutricionales. No obstante, desde un punto de vista indígena, el objetivo del consumo del *mambe* no es solamente hacer uso de la sustancia y sus efectos para cuidar el cuerpo, también entraña una función social. El acto de mambear suele realizarse en un espacio ritual, por

sar y reconocer la “palabra verdadera” en momentos de crisis, tanto individuales como colectivos.

En el universo simbólico de los indígenas del Amazonas, las palabras tienen vida, pueden ser forjadoras de vida, traer el bien y el desarrollo; o pueden ser falsas y portadoras de enfermedad, crisis y conflictos. De ahí que la concertación sea asumida sin prisa y con total rigurosidad para que se puedan llegar a acuerdos en lo fundamental.



### **La vacunación, una realidad en las selvas amazónicas**

La concertación permite el ingreso al territorio para que cada persona, de manera libre e informada, pueda decidir si se aplica la vacuna contra la COVID-19. Además, la agencia de la ONU se compromete a asesorarlos en la construcción de los componentes del Sistema Indígena de Salud Propia, basados en la más reciente actualización de la guía metodológica, y brindar capacitación en estrategias de salud comunitarias.

De nuevo en Leticia, varios escuadrones de vacunadores de la Secretaría de Salud parten en lanchas hacia distintos destinos del Amazonas, en brigadas que se extenderán durante 22 días. Van acompañados de un traductor indígena que se encargará de explicar qué es la enfermedad, qué es la vacuna y por qué es importante para prevenir la COVID-19 en los pueblos indígenas del Amazonas.

“Esto responde a la metodología planteada por la oficina de la OPS en Colombia, que está basada en los planteamientos del antropólogo Mark Nichter en 2008, quien resaltó la importancia de conocer las percepciones culturales y representaciones sociales de la salud y la enfermedad en las poblaciones indígenas, así como la importancia del diálogo de saberes para la construcción de acciones en salud pública”, aseguró la doctora Gina Tambini, representante de la agencia de la ONU en el país sudamericano.

En las primeras tres semanas, los vacunadores llegan a los rincones más alejados de la selva tropical con la convicción de salvar vidas y llevando la voz de sabedoras y parteras afines a la inmunización logran aplicar 2.825 dosis y alcanzar 33% de la meta.

Uno de los vacunados es Gabino, el tesorero de ASOAINAM, quién gracias al *mambe*, y su poder para el entendimiento logró discernir las “palabras dulces” que llegan con la promoción de la vacunación, y que están motivadas para que nadie se quede atrás durante la pandemia y se puedan salvar las vidas de los indígenas de la Amazonía colombiana.

---

lo general en una maloca en la Amazonía, para reunirse, intercambiar la palabra y tomar decisiones, mientras se hace del uso del *mambe* y del *ambil*.

El *ambil* es una pasta negra que se obtiene a partir de la cocción de las hojas de tabaco (*Nicotiana rustica*) mezclándolas luego con sales vegetales alcalinas. Es utilizado en un contexto medicinal, ritual y sagrado. En algunas culturas amazónicas, ofrecer *ambil* es una muestra de amistad, rechazarlo una muestra de hostilidad.

Un brote de legionelosis es responsable de la muerte de dos personas en el extremo este de Montreal, según funcionarios de salud pública, que informaron que han identificado 10 casos de la enfermedad desde mediados de junio, incluyendo la muerte de dos personas mayores de 65 años.

El área de preocupación limita con Pie-IX Boulevard al oeste, la autopista 25 al este, la autopista 40 al norte y el río Saint-Lawrence al sur.



El Dr. David Kaiser, de Salud Pública de Montreal, dijo que su equipo no ha identificado una fuente común de las infecciones, aunque están investigando varias posibilidades, incluidas torres de enfriamiento de agua, acueductos, piscinas de spray y termotanques.

Kaiser dijo que los residentes deben asegurarse de que los termotanques estén configurados a temperaturas superiores a 60°C para matar las bacterias.

Montreal suele notificar alrededor de 50 casos anuales de legionelosis. Se culpó a un brote en 2012 en la ciudad de Quebec por 14 muertes y 181 casos en total.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> La noticia no indica si se trata de un clúster de casos no relacionados o un brote de fuente común. La investigación para encontrar una fuente común para estas 10 personas está en curso, pero el genotipado de los aislados clínicos ayudaría a establecer si se trata de un brote de fuente común, en caso de que los genotipos coincidan. Sin embargo, si el diagnóstico de la legionelosis se basó únicamente en un ensayo de antígeno urinario positivo, no habrá cepas clínicas para la genotipificación. Al hacer coincidir los genotipos de los aislados clínicos y ambientales de *Legionella* se identificará la fuente ambiental de los casos individuales.

Las posibles fuentes incluyen aerosoles generados a partir de un sistema de plomería contaminado con *Legionella* por cabezales de ducha, grifos de lavamanos, torres de enfriamiento, fuentes decorativas y jacuzzis/spas. Las temperaturas del agua cálida de 25 a 40°C soportan las concentraciones más altas del organismo en los sistemas de plomería.

La erradicación de la bacteria *Legionella* de los sistemas de plomería suele ser difícil. La persistencia a largo plazo dentro de estos sistemas de agua se ve favorecida por la ubicación intracelular de *Legionella* dentro de varias especies de protozoos, donde la bacteria se replica y que le brinda protección contra los factores de estrés ambiental, como los biocidas y el tratamiento térmico; además, la formación de biofilms permite la adherencia de *Legionella* a las superficies internas de los sistemas de plomería.

Se ha demostrado que *Legionella pneumophila*, la especie habitual de *Legionella* que causa legionelosis en Estados Unidos, persiste durante largos periodos en biofilms en un estado viable pero no cultivable (VBNC) después de la exposición a un biocida o tratamiento térmico. El monitoreo de *L. pneumophila* en sistemas de agua que generalmente se realiza mediante cultivo omitiría *Legionella* VBNC, que puede reactivarse mediante la adición posterior de ameba.

Montreal, con una población de 1,7 millones de residentes en 2016, es la segunda ciudad más poblada de Canadá y la ciudad más poblada de la provincia canadiense de Quebec. El East End de Montreal, donde se encuentra el brote, está compuesto por los distritos de Montreal de Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles y Anjou, y la ciudad de Montréal-Est.



Salud Pública del Condado de El Dorado está recordando a los residentes y visitantes que tomen precauciones para prevenir la fiebre recurrente transmitida por garrapatas después de recibir informes de dos casos de la enfermedad en los últimos dos meses.

“Ambos casos de fiebre recurrente transmitida por garrapatas se informaron en personas que se habían alojado en cabañas en el área de Tahoe”, dijo Heather Orchard, enfermera supervisora de Salud Pública del condado. “Las personas que enfermaron han recibido tratamiento y se han recuperado. La enfermedad se puede prevenir manteniendo a los roedores fuera de las viviendas, no durmiendo en ningún edificio donde haya una infestación evidente de roedores y tomando algunas otras precauciones básicas”.

La fiebre recurrente transmitida por garrapatas es una infección bacteriana que puede causar episodios recurrentes de fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares y náuseas. Las bacterias son transportadas por garrapatas de la familia Argasidae, que se alimentan de roedores como ardillas, ardillas listadas y ratones. Las garrapatas suelen vivir en los nidos de los roedores.

Los roedores a veces pueden construir sus nidos en las paredes, áticos u otros espacios vacíos de cabañas, casas u otros edificios. Las garrapatas que transmiten la fiebre pueden abandonar esos nidos si los roedores se han ido o han sido retirados, y pueden buscar otros mamíferos de los que alimentarse, incluidos los humanos. La picadura de una garrapata argásida es indolora y se adhieren para alimentarse solo durante unos minutos. Las garrapatas argásidas a menudo se alimentan por la noche; muchas personas son mordidas mientras duermen y nunca se dan cuenta.

Las personas pueden contraer fiebre recurrente transmitida por garrapatas cuando son picadas por una garrapata argásida infectada. La mayoría de las personas se infectan cuando visitan las zonas rurales de montaña, por lo general entre 900 y 2.800 metros de altitud, durante los meses de verano. La infección no se transmite de persona a persona.

Las personas con fiebre recurrente transmitida por garrapatas pueden desarrollar fiebre alta repentina (40,0-40,5°C), escalofríos, dolor de cabeza y dolor muscular aproximadamente una semana después de haber sido picados por una garrapata infectada. También pueden sufrir náuseas, vómitos, dolor abdominal y sarpullido. Estos síntomas duran de 3 a 5 días y luego desaparecen rápidamente. Unos días después, la fiebre y otros síntomas vuelven a aparecer. Este ciclo puede continuar durante varias semanas si no se trata.

La fiebre recurrente transmitida por garrapatas se trata con antibióticos.

Esta enfermedad es endémica en muchas áreas de California, particularmente en áreas montañosas, y generalmente se asocia con cabañas rústicas.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> La fiebre recurrente es una infección bacteriana causada por ciertas especies de la espiroqueta *Borrelia*. Estos organismos pueden cambiar periódicamente sus moléculas de proteína de superficie para evadir la respuesta inmune del huésped, provocando así una enfermedad recurrente. Después de un período de incubación de aproximadamente siete días, la enfermedad se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre alta, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, náuseas y vómitos; cada episodio dura varios días, seguidos de un intervalo asintomático de varios días. Puede haber hasta 3-4 recurrencias. Las complicaciones pueden incluir afectación de los pulmones (síndrome de dificultad respiratoria aguda), sistema nervioso central, ojos, corazón e hígado. La bacteriemia es intensa (más de 10.000 microorganismos por ml de sangre) durante los episodios febriles, lo

Una mujer de Monrovia, California, que pensó que tenía COVID-19 resultó estar afectada por tifus murino.

La mujer manifestó que cuando comenzó a experimentar síntomas de fatiga, fiebre y dolor de cabeza, sospechó que tenía COVID-19. Pero un test resultó negativo para el SARS-CoV-2. Sin embargo, continuó sintiéndose enferma durante semanas. Finalmente volvió a su médico, quien le preguntó si había tenido algún contacto reciente con animales salvajes. La mujer recordó que se había deshecho de una rata muerta en su patio trasero.



Rata negra (*Rattus rattus*)

Esa información finalmente llevó a los médicos a diagnosticarla con tifus murino, una enfermedad bacteriana transmitida por pulgas y piojos.

Una forma de tifus, llamada tifus epidémico, es causada por la bacteria *Rickettsia prowazekii* y es transmitida por piojos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La enfermedad causó millones de muertes en siglos anteriores, pero ahora es rara en todo el mundo; se registran casos ocasionalmente en áreas con poca higiene y hacinamiento extremo, dijeron los CDC.

Pero la forma más común de tifus en Estados Unidos es el tifus murino, causado por la bacteria *Rickettsia typhi*, y es transmitida por pulgas, según los CDC. Aunque es relativamente rara en Estados Unidos, la enfermedad todavía está presente en climas tropicales y subtropicales,

---

que permite la detección de microorganismos en un frotis de sangre teñido con Wright-Giemsa. Los frotis de sangre gruesos son más sensibles que los delgados.

Hay tres tipos de fiebre recurrente. Casi todas las especies de *Borrelia* que causan fiebre recurrente son transmitidas por garrapatas, excepto *B. recurrentis*, que es transmitida por el piojo humano. Todas las demás especies conocidas de *Borrelia* son transmitidas por garrapatas ixódidas, como *Ixodes scapularis*, o garrapatas argásidas, generalmente especies del género *Ornithodoros*. La fiebre recurrente transmitida por garrapatas ixódidas es causada por *B. miyamotoi*. La transmitida por las garrapatas argásidas en Estados Unidos puede ser causada por varias especies, incluidas *B. hermsii*, *B. turicatae* y *B. parkeri*, su distribución sigue la distribución geográfica de la garrapata vector. La fiebre recurrente causada por *B. hermsii* ocurre en el noroeste de Estados Unidos a altitudes mayores (460 a 2.440 metros); *B. turicatae* se encuentra en Texas y Florida; y *B. parkeri* en el noroeste de Estados Unidos a altitudes menores.

La fiebre recurrente transmitida por piojos es causada por una sola especie, *B. recurrentis*, que se transmite a través de la piel lesionada cuando el piojo del cuerpo es aplastado al rascarse. Es endémica en Etiopía, Sudán, Eritrea y Somalia. Los brotes se producen en regiones en desarrollo afectadas por la guerra y en campos de refugiados caracterizados por el hacinamiento y la mala higiene personal. Los humanos son el único hospedador de *B. recurrentis*. Los mamíferos y reptiles pueden servir como reservorios para las especies de *Borrelia* transmitidas por garrapatas.

El tratamiento de la fiebre recurrente consiste en una tetraciclina (como la doxiciclina), un macrólido (como la eritromicina), penicilina u otros antibióticos betalactámicos (como la ceftriaxona). La fiebre recurrente transmitida por piojos se puede tratar eficazmente con una sola dosis del antibiótico, mientras que el tratamiento de la fiebre recurrente transmitida por garrapatas requiere de 7 a 10 días para prevenir la recaída. Al iniciar la terapia con antibióticos, se debe vigilar a todos los pacientes para detectar una reacción de Jarisch-Herxheimer. Esta reacción, causada por una liberación masiva de factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), interleucina-6, interleucina-8 y otras citocinas, se manifiesta por un empeoramiento de los síntomas con escalofríos, taquicardia, sudoración, hipotensión y fiebre alta. Ocurre en más de 50% de los casos.

El condado de El Dorado, con una población de 181.058 habitantes en 2010, está ubicado completamente en Sierra Nevada, en el estado estadounidense de California, y limita con el este del lago Tahoe, un gran lago alpino de agua dulce que se encuentra a una altura de 1.897 metros, entre California y Nevada.

incluidas áreas del sur de California, Texas y Hawai'i, según los CDC. De hecho, en 2018, un brote de tifus transmitido por pulgas infectó a docenas en el área de Los Ángeles.

Los médicos dijeron que la mujer probablemente contrajo el tifus a través de pulgas infectadas que portaba la rata. Cuando el caso publicó su historia en el sitio de redes sociales Nextdoor, descubrió que otra persona en su vecindario también había sido diagnosticada recientemente con tifus después de deshacerse de una rata muerta.

Los síntomas del tifus murino suelen comenzar dentro de las dos semanas posteriores a la infección e incluyen fiebre, escalofríos, dolores corporales, náuseas, vómitos y sarpullido. La enfermedad se puede tratar con el antibiótico doxiciclina, según los CDC. La mayoría de las personas se recuperan por completo, a veces incluso sin tratamiento, informaron los CDC.

Las personas pueden reducir el riesgo de contraer tifus murino al evitar la exposición a las pulgas, por ejemplo, usando tratamientos con pulguicidas para las mascotas y manteniendo a los roedores lejos de su hogar, según los CDC.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> El tifus transmitido por pulgas (también conocido como tifus murino o endémico) es causado por las bacterias *Rickettsia typhi* y *Rickettsia felis*. Las ratas son el principal reservorio animal de *R. typhi*; sin embargo, otros mamíferos, como gatos y perros callejeros y zari güeyas, y sus pulgas, pueden mantener este microorganismo en áreas donde no hay ratas ni pulgas de rata. Los humanos infectados a menudo tienen contacto con animales que pueden portar estas pulgas. Las pulgas defecan cuando se alimentan. Los seres humanos se infectan cuando las heces de las pulgas infectadas se frotran en las excoriaciones de la picadura u otras heridas en la piel o se frotran en los ojos. Estas bacterias no se transmiten de persona a persona.

Un único título elevado de IgG de más de 1:128 se considera evidencia que apoya la infección por *Rickettsia*. Se requiere un aumento de 4 veces o más en los títulos de IgG en muestras pareadas agudas/de convaleciente para confirmar una infección reciente. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de sangre total o suero (antes del tratamiento con antibióticos) también es confirmatoria.

En Estados Unidos, la mayoría de los casos de tifus murino ocurren en Texas, California y Hawai'i, con un promedio de alrededor de 300 casos por año, aunque la enfermedad no es de notificación obligatoria a nivel nacional. California promedió 70 casos de tifus murino notificados anualmente entre 2009 y 2014 y 98 entre 2015 y 2017. El número de casos aumentó en 2018 en California, con 100 casos confirmados y 64 probables, seguidos de 77 y 64 casos, respectivamente, en 2019; sin embargo, al 1 de julio de 2021, no había casos confirmados y solo 15 probables, tal vez porque el tifus murino se está diagnosticando erróneamente durante la pandemia de COVID-19, como ocurrió en este caso y en otro en 2020.

La mayoría de los casos de tifus murino en California ocurren en el sur del estado, en el condado de Los Ángeles. El caso de esta noticia reside en Monrovia, una ciudad de unos 39.000 habitantes, ubicada en San Gabriel Valley, condado de Los Ángeles. Informes anteriores dijeron que el brote de 2018 en la ciudad de Los Ángeles ocurrió principalmente en el área del centro de la comunidad de personas sin hogar, que había aumentado 47% desde 2012. Sin embargo, con solo 19 casos en el centro de Los Ángeles, ocho de los cuales eran personas sin hogar, más de 85% de los 149 casos de tifus murino en 2018 en el condado de Los Ángeles ocurrieron fuera del centro de la ciudad y aproximadamente 95% no se registró en personas sin hogar.

Se notificaron 93 y 91 casos, respectivamente, en 2019 y 2020, y 34 se notificaron en 2021 hasta el 5 de agosto en el condado de Los Ángeles, excluidas las ciudades de Pasadena y Long Beach, que informan por separado. El Departamento de Salud de Long Beach informó que los casos se duplicaron con creces en 2021, con 10 casos reportados hasta ahora, en comparación con un promedio anual de 4 casos. No se encontraron datos actuales para Pasadena.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Beijing, China, informó el 2 de agosto un caso humano de carbunco por inhalación en un paciente de Chengde, provincia de Hebei, en el norte de China.

El paciente fue trasladado a Beijing en ambulancia cuatro días después de presentar los síntomas, donde fue puesto en cuarentena y tratado.

El paciente tenía antecedentes de contacto con bovinos y ovinos y productos asociados de esos animales.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> El carbunco es un patógeno bacteriano del ganado y los animales salvajes. Los rumiantes como el bisonte, el ganado vacuno, ovino y caprino son muy susceptibles y los caballos también pueden infectarse. Es una enfermedad muy grave del ganado porque potencialmente puede causar la rápida pérdida de una gran cantidad de animales en muy poco tiempo. Los animales afectados a menudo se encuentran muertos sin que se detecte ninguna enfermedad.

Cuando las condiciones se vuelven favorables, las esporas germinan en colonias de bacterias. Un ejemplo sería una vaca que ingiere esporas durante el pastoreo; en la vaca, las esporas germinan, crecen, se esparcen y eventualmente matan al animal. El carbunco es causado por *Bacillus anthracis*, una bacteria formadora de esporas que puede sobrevivir en el ambiente durante décadas debido a su capacidad para resistir el calor, el frío, el desecamiento, etc. Esta suele ser la etapa infecciosa del carbunco.

No hay informes de transmisión de carbunco de persona a persona. Los humanos contraen carbunco al manipular animales o productos animales contaminados, al consumir carne poco cocida de animales infectados y, más recientemente, a la liberación intencional de esporas.

Hay tres tipos de carbunco humano con diferentes grados de gravedad: cutáneo, gastrointestinal y por inhalación.





Las autoridades sanitarias de Guinea confirmaron el 9 de agosto un caso de fiebre hemorrágica de Marburg, un virus similar al del Ébola, del que alertaron el pasado 6 de agosto.

“El caso probable de fiebre de Marburg diagnosticado el 3 de agosto, ha sido reconfirmado por el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Dakar (Senegal) el 9 de agosto”, anunció en un comunicado el Ministerio de Salud guineano. La muestra había sido enviada a dicho laboratorio después de confirmarse en dos laboratorios nacionales, en Guéckédou y Conakry.

“La investigación iniciada el 5 de agosto en torno al caso no ha revelado ningún caso sospechoso de fiebre de Marburg”, añadió el ministerio al señalar que, sin embargo, 155 contactos del caso confirmado “son objeto de un seguimiento diario” durante 21 días.

El caso, que por el momento es calificado de “aislado” por las autoridades sanitarias de Guinea, fue detectado en la aldea de Temèssadou M’boké, subprefectura de Koundou, prefectura de Guéckédou, región de N’Zérékoré.

El Gobierno guineano ha decidido poner en marcha diferentes acciones como la sensibilización sobre las medidas preventivas, profundizar la investigación para identificar eventuales casos sospechosos y activar el centro de tratamiento de epidemias de Guéckédou para el cuidado de posibles positivos.

La fiebre de Marburg es tan mortífera como la enfermedad por el virus del Ébola, y se estima que en África ha sido responsable de la muerte de más de 3.500 personas. Es causada por el virus de Marburg, de la familia Filoviridae, la misma a la que pertenece el virus del Ébola. Al igual que este, provoca hemorragias repentinas y puede producir la muerte en pocos días, con un período de incubación de 2 a 21 días y una tasa de mortalidad de entre 24 y 88%.

Los murciélagos frugívoros son los reservorios naturales del virus, que puede transmitirse a los humanos mediante el contacto directo con fluidos como la sangre, saliva, vómitos u orina.

La enfermedad, para la que no hay vacuna ni tratamiento específico, fue detectada en 1967 en la ciudad alemana de Marburg –de ahí su nombre– por técnicos de laboratorio que resultaron infectados cuando investigaban a monos traídos de Uganda.

La sureña región de N’Zérékoré ya fue a comienzos de 2021 la zona donde se originó el brote más reciente de enfermedad por el virus del Ébola en Guinea, que terminó con 23 casos diagnosticados y 12 muertes.

También en Guinea, en una aldea de Guéckédou, se inició en diciembre de 2013 la peor epidemia de enfermedad por el virus del Ébola de la historia, un brote que se desató en varios países de África Occidental hasta 2016 y en el que hubo al menos 11.300 fallecimientos y 28.500 contagios, unas cifras que, según la Organización Mundial de la Salud, podrían ser conservadoras.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Esta noticia no proporciona información sobre este caso más que la muerte. No se especifican síntomas ni descripción de la localidad donde se adquirió la enfermedad. En caso de ser confirmado, este será el primer caso de fiebre hemorrágica de Marburg en Guinea. Ha habido varios informes de infecciones por el virus de Marburg en África Oriental y hubo un informe reciente de Sierra Leona en África Occidental donde el virus de Marburg fue aislado por primera vez en África Occidental de cinco ejemplares del murciélago frugívoro egipcio (*Rousettus aegyptiacus*).

Irán registró el 8 de agosto la mayor cantidad de casos de COVID-19 en un solo día desde el inicio de la pandemia.

El país registró ese día 39.600 casos nuevos de la enfermedad y 542 muertes. Irán no había superado nunca hasta ahora la barrera de los 500 muertos en un solo día, habiéndose registrado el número más alto de fallecidos en abril pasado, durante la llamada cuarta ola.

Los nuevos récords implican que Irán hasta la fecha ha sufrido más de 4,1 millones de casos y más de 94.000 muertes, las cifras más altas de todo Medio Oriente.

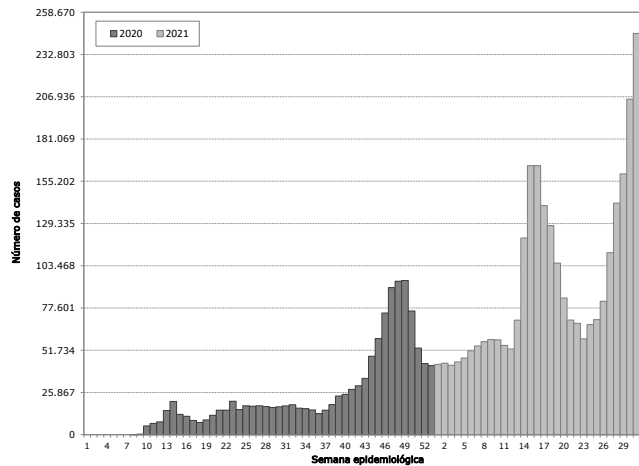
Los casos nuevos, en su mayoría de la contagiosa variante Delta, han abrumado a los hospitales. La cantidad de personas en condición crítica asciende a 6.462.

El líder supremo ayatolá Alí Hoseiní Jamenei ordenó al gobierno considerar la posibilidad de suspender toda la actividad económica a nivel nacional. El gobierno hasta ahora se ha visto renuente a tomar semejante medida drástica, por temor a los efectos económicos que conllevaría.

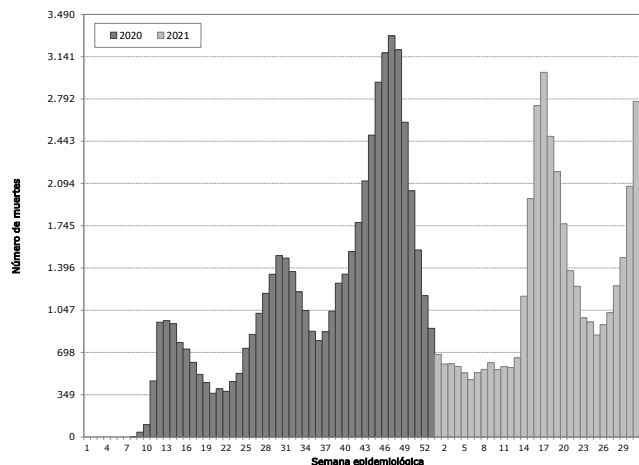
Como agravante, la campaña de vacunación va más lenta de lo que habían planeado las autoridades y solo 12,5 millones de personas han recibido al menos una dosis de la vacuna, de una población de más de 80 millones.

El nuevo presidente de Irán, el ultraconservador Sayyid Ebrahim Raisol-Sadati, quien tomó posesión del cargo el 5 de agosto, apostó por “transformar” el modo de luchar contra la pandemia, aunque no dió detalles.

La china Sinopharm, la rusa Sputnik V y la británica-sueca AstraZeneca son las principales vacunas empleadas en la campaña de inmunización en Irán, donde también se está produciendo un suero local llamado COV-IRAN Barekat y se fabricará el fármaco ruso y la cubana Soberana 02.



Casos confirmados. Irán. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 6 de agosto de 2021, 18:06 horas.



Muertes confirmadas. Irán. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 6 de agosto de 2021, 18:06 horas.

Una epidemia de cólera dejó 12 muertos en Níger, de los más de 200 casos registrados de esta enfermedad en tres regiones cercanas a Nigeria, anunció el 9 de agosto el Ministerio de Salud.

“Las regiones de Zinder, Maradi y Dosso están desde hace varias semanas afectadas por un brote de cólera relacionado con una epidemia de esta enfermedad que causa estragos desde hace meses”, explicó el ministro de Salud, Iliassou Mainassara. El ministro aseguró que “la situación está controlada” y que se responde a la epidemia con la ayuda de los socios internacionales, pero llamó a “reforzar la vigilancia”.



Los enfermos son aislados y tratados de forma gratuita en espacios específicos, según el ministro. Los expertos temen que las inundaciones causadas por las fuertes lluvias que se abaten desde junio en las zonas afectadas provoquen una propagación de esta enfermedad diarreica muy contagiosa, que se origina al ingerir alimentos o agua contaminada.

En 2018, una epidemia de cólera dejó 78 fallecidos sobre 3.824 casos detectados en Níger, principalmente en las zonas próximas a Nigeria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un reciente estudio demostró que la vacuna contra la influenza puede brindar una protección vital contra la COVID-19.

Este es el estudio más grande de su tipo, y analizó registros de pacientes no identificados de todo el mundo, lo que sugiere que la vacuna anual contra la influenza reduce los riesgos de accidente cerebrovascular, sepsis y trombosis venosa profunda en pacientes con COVID-19. Los pacientes con COVID-19 que habían sido vacunados contra la influenza también tenían menos probabilidades de visitar el departamento de emergencias y ser admitidos en unidades de cuidados intensivos.

Independientemente del grado de protección que ofrece la vacuna contra la influenza contra los resultados adversos asociados con la COVID-19, el simple hecho de poder conservar los recursos de atención médica globales manteniendo el número de casos de influenza bajo control es razón suficiente para defender los esfuerzos continuos para promover la vacunación contra la influenza en todo el mundo.

Aunque aún no se sabe exactamente cómo la vacuna contra la influenza brinda protección contra la COVID-19, la mayoría de las teorías especulan que dicha vacuna puede estimular el sistema inmunológico innato, defensas generales que no están especializadas para proteger contra una enfermedad específica.

Los resultados sugieren firmemente que la vacuna contra la influenza puede proteger contra varios efectos graves de la COVID-19. Sin embargo, los autores recomiendan encarecidamente que las personas reciban las vacunas contra la COVID-19 además de la vacuna anual contra la influenza.

Se necesita más investigación, en forma de ensayos prospectivos de control aleatorio, para probar y comprender mejor el posible vínculo, pero, en el futuro, la vacuna contra la influenza podría usarse para ayudar a brindar una mayor protección en países donde la vacuna contra la COVID-19 escasea o incluso ayuda en la lucha en curso contra los casos de avance en aquellas personas que ya han sido vacunadas contra la COVID-19.

La promoción continua de la vacuna contra la influenza también tiene el potencial de ayudar a la población mundial a evitar una posible sindemia: un brote simultáneo de influenza y COVID-19. Independientemente del grado de protección que ofrece la vacuna contra la influenza contra los resultados adversos asociados con la COVID-19, el simple hecho de poder conservar los recursos de atención médica globales manteniendo el número de casos de influenza bajo control es razón suficiente para defender los esfuerzos continuos y promover la vacunación contra la influenza en todo el mundo.

Moderna anunció el 30 de julio que su vacuna contra la COVID-19 tiene una efectividad de alrededor de 93% durante los seis meses posteriores a la segunda dosis, lo que apenas muestra cambios con respecto al 94% de eficacia reportada en su ensayo clínico original.

Sin embargo, el director ejecutivo de Moderna, Stéphane Bancel, señaló que los datos fueron recopilados antes de que la variante Delta se hiciera prevalente en Estados Unidos, lo que significa que los resultados podrían cambiar ahora con la cepa originaria de India más extendida en el país.

“Estamos satisfechos de que nuestra vacuna contra la COVID-19 muestra una eficacia duradera de 93% a los seis meses, pero reconocemos que la variante Delta es una nueva e importante amenaza, por lo que debemos permanecer atentos”, dijo Bancel. Aunque hay datos sólidos para seis meses, la empresa reconoció que los niveles de anticuerpos “seguirán disminuyendo y acabarán afectando a la eficacia de la vacuna”.

Los datos de Moderna se comparan favorablemente con los publicados por Pfizer/BioNTech la semana pasada, en los que dijeron que la eficacia de su vacuna disminuyó alrededor de 6% cada dos meses, cayendo a alrededor de 84% seis meses después de la segunda dosis.

Bancel también informó que la compañía no produciría más de los 800 millones a mil millones de dosis de la vacuna que se ha fijado como objetivo este año. “Ahora tenemos una capacidad limitada para 2021 y no aceptaremos más pedidos para la entrega en 2021”, sentenció.

### **Tercera dosis**

Además, la compañía afirmó que será necesaria una dosis de refuerzo antes de la temporada invernal, ya que es probable que los niveles de anticuerpos disminuyan. Tanto Moderna como Pfizer han estado abogando por una tercera oportunidad para mantener un alto nivel de protección contra la COVID-19.

Bancel agregó que la variante Delta, el cansancio de la población sobre el uso de barbijos, los encuentros sociales en espacios cerrados y el clima más frío causarán un aumento de las infecciones en los individuos vacunados. “Dada esta situación, creemos que probablemente sea necesaria una tercera dosis de refuerzo antes de la temporada de invierno boreal”, comunicó la empresa.

“Los ensayos de fase 2 han mostrado respuestas inmunitarias “sólidas” de una dosis de refuerzo, incluso contra la variante Delta”, añadió Moderna.

La idea de aplicar terceras dosis en países ricos mientras muchas personas en naciones más pobres aún esperan una primera dosis ha generado el rechazo de la Organización Mundial de la Salud. Las autoridades sanitarias estadounidenses aún no han anunciado oficialmente que aplicarán terceras dosis de refuerzo, pero analizan la posibilidad para personas inmunodeprimidas y ancianos.

## Arte y pandemia



Graffiti pintado por miembros de la Asociación de Artistas de Tamil Nadu, India, para crear conciencia sobre la vacunación contra la COVID-19.

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 [reporteepi-demiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepi-demiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.