

ARGENTINA

- Vigilancia de neumonía

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la COVID-19
- Chile: Reportan una muerte por hantavirrosis en La Araucanía
- Colombia/Panamá: Acuerdo para luchar contra la malaria en el área de frontera

- El Salvador: El 23% de los municipios presenta alta incidencia de neumonía
- Estados Unidos: Reportan un caso de rabia humana en Texas
- Estados Unidos: El impacto a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en los resultados de la hepatitis C
- Panamá: Una bebé Ngäbe Buglé muere a causa de la tos convulsa en Chiriquí

EL MUNDO

- Bulgaria: Las mayores cifras de casos y muertes por COVID-19 desde que empezó la pandemia

- Ghana: Ocho personas murieron en la región de Savannah con sospecha de fiebre amarilla
- India: 120 muertes por encefalitis japonesa y síndrome de encefalitis aguda en Assam en 2021
- India: Brote de leptospirosis en Kerala a causa del monzón
- Reino Unido: Reportan en Escocia un caso de hantavirrosis vinculado a ratas domésticas
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

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 - All Rights Reserved

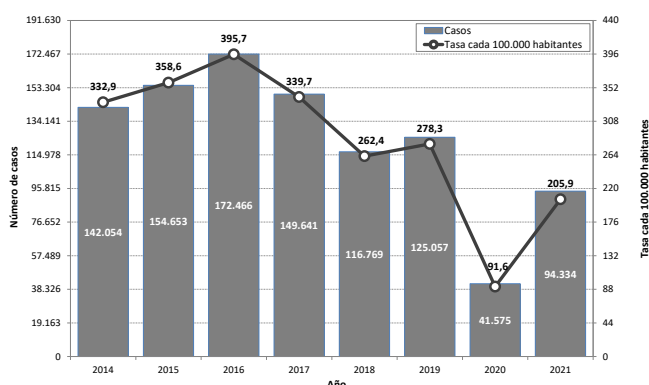
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	57.709	314,21	1.482	48,18	1.979	64,28
Buenos Aires	202.486	199,37	9.716	55,39	34.949	197,34
Córdoba	103.415	475,37	3.046	81,00	4.792	126,16
Entre Ríos	30.311	376,75	2.493	179,88	2.101	150,23
Santa Fe	62.445	302,59	2.140	60,51	3.420	95,98
Centro	456.366	267,87	18.877	64,43	47.241	159,88
Mendoza	70.161	609,88	3.046	153,04	7.971	396,50
San Juan	18.976	420,74	1.004	128,52	1.260	159,60
San Luis	19.937	683,74	992	195,15	5.075	986,18
Cuyo	109.074	576,19	5.042	153,72	14.306	431,62
Chaco	45.364	650,77	2.157	179,07	3.513	288,84
Corrientes	18.660	286,47	929	82,89	1.282	113,42
Formosa	14.563	413,37	910	150,37	695	113,93
Misiones	20.361	280,17	1.281	101,56	2.458	192,79
Noreste Argentino	98.948	407,61	5.277	125,89	7.948	187,83
Catamarca	11.734	485,87	735	176,92	1.115	266,12
Jujuy	13.168	296,25	1.092	141,66	1.917	246,02
La Rioja	16.967	753,13	1.393	353,97	2.347	588,74
Salta	37.628	460,82	2.543	178,53	3.849	266,92
Santiago del Estero	12.263	216,70	693	70,84	1.063	107,56
Tucumán	25.564	262,42	1.259	74,29	2.492	145,35
Noroeste Argentino	117.324	359,02	7.715	135,89	12.783	222,64
Chubut	12.144	347,39	476	76,90	743	118,09
La Pampa	7.875	377,47	503	140,34	1.362	376,87
Neuquén	20.621	542,76	1.115	167,91	3.310	492,22
Río Negro	21.291	497,26	1.456	194,75	3.324	439,07
Santa Cruz	12.414	619,40	916	250,48	3.223	860,03
Tierra del Fuego	4.436	466,06	198	114,17	94	52,90
Sur	78.781	474,04	4.664	159,28	12.056	405,58
Total Argentina	860.493	327,35	41.575	91,62	94.334	205,93

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 38, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 94.334 casos. La tasa de incidencia de este período es 124,76% mayor que la correspondiente a igual intervalo de 2020. Solo tres jurisdicciones presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del año 2020: Entre Ríos, Formosa y Tierra del Fuego.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 38, equivale a 62,91% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Solo dos provincias



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: San Luis y Santa Cruz.

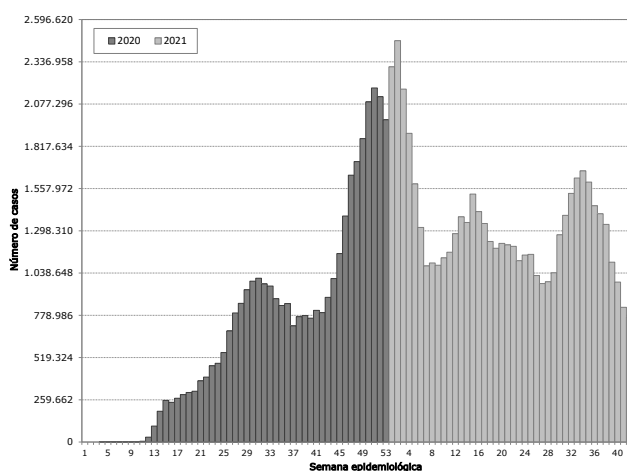
En base a los datos de las primeras 38 semanas de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, aunque con un incremento notable en el año en curso, en el que los casos más que duplican los del año anterior.

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la semana epidemiológica (SE) 42 de 2021, se notificaron 243.327.429 casos confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.943.742 defunciones. El 38,2% de los casos y 46,1% de las defunciones globales fueron notificadas por la Región de las Américas.

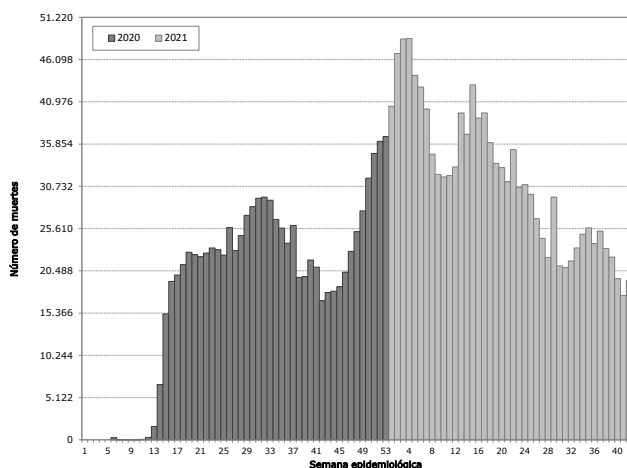
La subregión de América del Norte continuó presentando las mayores proporciones de casos (76%) y de defunciones (72%) entre la SE 38 y la SE 42. En comparación con las cuatro semanas previas (SE 34 a 37), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones, excepto en América del Sur, donde se observó un aumento de 5,7%. Comparando los mismos periodos, el número de defunciones notificadas aumentó en las subregiones de América del Norte (11,7%) y América Central (7,9%), mientras que disminuyó en las subregiones de América del Sur, el Caribe y las Islas del Océano Atlántico.

Hasta el 26 de octubre de 2021, Antigua and Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Curaçao, Estados Unidos, Guayana Francesa, Guadeloupe, Guatemala, Islas Cayman, Islas Vírgenes Estadounidenses, Martinique, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname y Uruguay han detectado las cuatro variantes de preocupación (VOC) del SARS-CoV-2.

Hasta el 28 de octubre de 2021, se han notificado un total de 325.344 infecciones por COVID-19 en embarazadas, incluidas 3.237 defunciones (tasa de letalidad de 1,0%), en 33 países/territorios de la Región.



Casos confirmados de COVID-19. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 43 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2021, 09:32 horas.

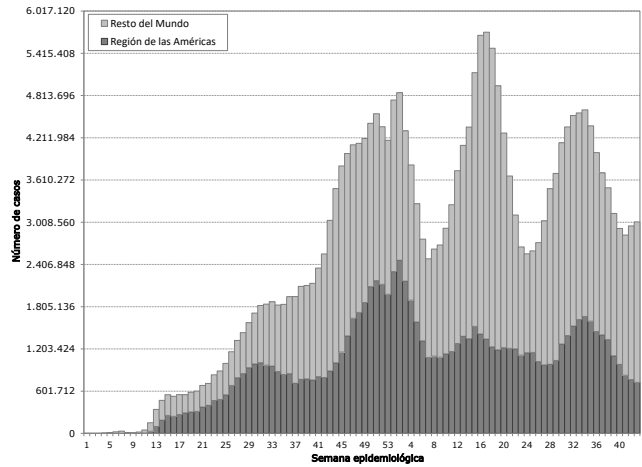


Muertes confirmadas de COVID-19. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 43 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2021, 09:32 horas.

Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 665.006 casos, incluyendo 16.430 defunciones.

Un total de 27 países y territorios notificaron 8.220 casos confirmados de síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P), que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 160 defunciones.

Con relación a los trabajadores de la salud, 41 países y territorios notificaron 2.176.474 casos, incluidas 11.840 defunciones.¹



Casos confirmados de COVID-19. Importancia relativa de la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 43 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2021, 09:32 horas.

¹ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

El 30 de octubre, un joven de 27 años con domicilio en la comuna de Curacautín, en la región de La Araucanía, falleció tras contagiarse el hantavirus.

Los primeros síntomas de la enfermedad los presentó el pasado 24 de octubre, ocasión en la que fue trasladado hasta el Hospital Dr. 'Oscar Hernández Escobar' de Curacautín por un cuadro de malestar general.

Tras la primera visita, retornó al mismo centro asistencial el 29 de octubre, siendo derivado al Hospital 'San José' de Victoria por sospecha de hantavirosis.

En este centro asistencial se le realizó un test rápido para hantavirus que resultó positivo, por lo que fue trasladado al Hospital Regional 'Dr. Hernán Henríquez Aravena' de Temuco.

Durante la tarde del 30 de octubre, el paciente presentó un cuadro de taquicardia y dificultad respiratoria por lo que fue conectado a un sistema de oxigenación por membrana extracorpórea, pero durante el procedimiento sufrió un paro cardiorrespiratorio, falleciendo en el recinto asistencial, según precisó el Secretario Regional Ministerial (Seremi) subrogante de Salud, Álex Enrique Olivares Vega.

En esta línea, señaló que "las muestras fueron confirmadas para hantavirus por el Laboratorio de Biología Molecular de la Universidad Austral de Valdivia, convirtiéndose en el sexto caso en el año 2021 y el segundo paciente fallecido por hantavirus este año en la región".

El Seremi agregó que los equipos de Epidemiología, Zoonosis y Vectores de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, se encuentran realizando la investigación epidemiológica y ambiental correspondiente, visitando los lugares donde presuntamente pudo haberse contagiado.

Al mismo tiempo, la autoridad llamó a la población a extremar las medidas de precaución frente a la infección por hantavirus y tener presente que el contagio puede ocurrir en cualquier estación del año.²

² Aunque la noticia no lo especifica, el hantavirus involucrado en estos casos es sin duda el virus Andes. Este virus es endémico en Chile, y todos los años ocurren allí casos de síndrome pulmonar por hantavirus. El virus Andes se puede transmitir directamente de persona a persona, pero solo con una proximidad física muy estrecha, generalmente dentro de la familia. Sin embargo, a menos que se realicen pruebas de laboratorio específicas, no se puede descartar el hantavirus Seoul.



Los Gobiernos de Colombia y de Panamá suscribieron un “Plan de Acción Binacional para la Eliminación de la Malaria Transfronteriza”, con el que buscan sumar esfuerzos para combatir esta enfermedad ante las oleadas de migrantes, informaron el 31 de octubre fuentes oficiales.

“Este convenio firmado entre los dos países busca que aunemos esfuerzos de cooperación bilateral para la eliminación de la malaria transfronteriza, a través de la implementación de acciones conjuntas”, expresó la subdirectora de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud colombiano, Claudia Milena Cuéllar Segura.

El documento fue firmado por los ministros de Salud de Colombia, Fernando Ruiz Gómez, y de Panamá, Luis Francisco Sucre Mejía, en el marco de los trabajos de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM).

La malaria transfronteriza, según las autoridades colombianas, “está definida como la transmisión de la enfermedad con presencia de casos que cruzan las fronteras, por lo que, en territorios fronterizos donde existe transmisión de malaria, se requiere desarrollar iniciativas y programas más extensos de control de la enfermedad para lograr su eliminación”.

El Tapón del Darién es la frontera natural entre Colombia y Panamá por la que cada año pasan miles de migrantes, en los últimos años en su mayoría haitianos y cubanos, en su tránsito hacia Norteamérica.

Esta selva es considerada una de las rutas migratorias más peligrosas del mundo, no solo por las características propias de este ecosistema, sino por la presencia de grupos criminales.

El Plan

Para dar manejo y control epidemiológico al problema, ambos ministerios elaboraron este Plan que define el tipo de trabajo que realizarán para la eliminación de la malaria transfronteriza en ambos países.

“Es crucial facilitar la prevención y tratamiento de la malaria a los migrantes y sus comunidades anfitrionas, independientemente del origen y la situación migratoria legal de las personas, con miras hacia la eliminación y evitar la reintroducción de ésta a través de casos importados”, dijo Cuéllar.

En esa línea se atenderá población vulnerable, indígena, migrante y afroamericana, y se tendrán en cuenta las diferentes características étnicas, culturales, religiosas y de modos de vida, armonizándolas con las acciones de promoción, prevención y control de la malaria.

“Las zonas acordadas como objeto prioritario de trabajo conjunto se dividen en dos. Por la frontera Atlántica, en Panamá: corregimiento de Puerto Obaldía de la comarca Guna Yala, localidades: Puerto Obaldía, Anachucuna, Armila, La Miel, Permé y Carreto; mientras que en Colombia: Acandí y Unguía”, añadió Cuéllar.

En la frontera del Pacífico, agregó, “en Panamá se trabajará en el corregimiento de Jaqué del distrito de Chepigana, provincia de Darién, localidades de Jaqué, Guayabito, Puerto Piña, Lucas y Cocalito; y en Colombia se priorizan los municipios de Juradó y Riosucio”.

Para concluir, Cuéllar dio una lista de las líneas estratégicas que corresponden al Plan de Acción entre los dos países:

1. Iniciativas estratégicas de gestión y promoción de la salud.
 - a. Gestión, coordinación y seguimiento entre países.
 - b. Propuestas intersectoriales en entornos educativo, laboral, institucional, comunitario y hogar.
 - c. Propuestas de promoción de la salud.
2. Utilización de la estrategia DTI-R³ y gestión de focos en zonas fronterizas y transfronterizas, que permitan la reducción de las complicaciones y evitar la mortalidad por malaria.
 - a. Detección y diagnóstico temprano.
 - b. Tratamiento oportuno.
 - c. Gestión de focos.
3. Atención en salud y reducción de la morbilidad.
 - a. Análisis de situación, vigilancia epidemiológica e intercambio de información.
 - b. Atención en salud.
 - c. Manejo integrado de vectores.

³ La estrategia de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta (DTI-R) es una acción básica de eliminación de malaria, desencadenada por la detección de un caso o clúster de casos, que prioriza el acceso al diagnóstico, el tratamiento temprano y la importancia de un esfuerzo adicional de detección. El DTI-R busca operacionalizar en las Américas el concepto de la vigilancia como intervención promovida por la Organización Mundial de la Salud en la Estrategia Técnica Global contra la Malaria.

La cantidad de municipios salvadoreños con alta incidencia por neumonía ha experimentado un alza de 221%, con respecto al año pasado, según el más reciente boletín semanal de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, que corresponde a los datos acumulados hasta el 16 de octubre. De 19 municipios con alta incidencia por neumonías el año pasado, la cifra se ha elevado este año a 61.



De la misma forma han experimentado un incremento los municipios bajo incidencia moderada, que de 53 han pasado a ser 89. De forma que los de leve incidencia han pasado a ser solo 17, cuando el año pasado eran 190.

El departamento que registra una mayor incidencia es La Unión, con nueve municipios con el índice alto. Y es este departamento el que, además, registra la mayor cantidad de casos cada 100.000 habitantes.

La tasa de incidencia de neumonía hasta la semana epidemiológica 41, es decir hasta mediados de octubre, reporta un alza con respecto a la del mismo período del año pasado: los datos oficiales registran que la tasa se elevó de 319 a 393 casos cada 100.000 habitantes, un alza de 23,20%.

Son siete los departamentos del país que están por encima de la tasa promedio nacional y La Unión encabeza el listado con un total de 784 casos cada 100.000 habitantes, casi el doble. Le siguen los departamentos de San Miguel y Santa Ana, que reportan 572 y 565 casos cada 100.000 habitantes.

A pesar de que La Libertad es el segundo con la mayor cantidad de habitantes del país (más de 800.000) –después de San Salvador (más de 1,8 millones), de acuerdo con los datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos–, es el que registra la menor tasa de incidencia en todo el país: 162 casos cada 100.000 habitantes.

La población infantil de menores de un año de edad es la más afectada: 3.883 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 235,61% respecto de la incidencia de 2020.

El segundo lugar entre la población más afectada la ocupan los niños de 1 a 4 años, con una tasa de 1.294 casos cada 100.000 habitantes, con un aumento de 142,32% respecto del año pasado.

Los adultos mayores ocupan el tercer lugar entre la población con mayor incidencia de la enfermedad, con una tasa de 859 casos cada 100.000 habitantes.

A pesar de este incremento, la tasa de letalidad por neumonías ha experimentado un descenso: bajó de 18% a 11,4%. De un total de 1.182 muertes registradas en 2020 hasta el 16 de octu-

bre, para las mismas fechas de este año hay registro de 906. En otras palabras, son 276 decesos menos.

“Para explicar esa diferencia, habría que comparar la tasa de incidencia por grupo etario”, apuntó el epidemiólogo Alfonso Rosales.

“Las mayores tasas son la de los menores de 5 años y la de los mayores de 60 años. Pero hay que comparar la tasa de 2021 con la de 2020 y ver si en los mayores de 60 años es mayor que la de este año; esa sería la explicación del por qué el índice de letalidad está más bajo, porque por lo general las muertes se producen en las personas mayores de 60 años”, explicó.

En efecto, la tasa de incidencia en la tercera edad fue mayor el año pasado: en 2020, fue de 969 casos cada 100.000 habitantes, lo que se traduce en una reducción de 11,35%, para contabilizar 859 casos cada 100.000 habitantes este año.

A juicio de Rosales, no es esa la única explicación de por qué hay menos muertes este año, a pesar de que la tasa de incidencia es más alta. Otra hipótesis que habría que tener en cuenta está relacionada con la alta mortalidad por COVID-19 en el grupo etario de mayores de 60 años: “La COVID-19 podría haber suplantado a la neumonía común como causa de muerte y por eso se puede estar registrando una letalidad menor”, detalló.

Con base en estadísticas compartidas por el Gobierno, se puede contabilizar un total de 2.398 muertes en personas mayores de 60 años entre marzo de 2020 y octubre de 2021. Esta cifra ha experimentado un alza de 93,51%: de 817 decesos en 2020 a 1.581 para este año. En más detalle: de esas 2.398 personas, 1.681 tenían entre 60 y 79 años y las 717 restantes tenían más de 80 años.

La curva de incidencia de la neumonía comenzó a aumentar a partir de la semana epidemiológica 27 (inicios de julio) y siguió aumentando hasta llegar a un pico en la semana 29 (mediados de julio) que se ha mantenido hasta ahora.



El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) está investigando un caso de rabia en un niño que fue mordido por un murciélago. El niño es residente del condado de Medina y actualmente recibe atención en un hospital de Texas.

El personal de salud pública ha identificado todos los lugares donde alguien podría haber estado en contacto con el murciélago o el paciente con rabia y se ha puesto en contacto directamente con cualquier persona que haya estado expuesta. Los funcionarios de salud los están evaluando para determinar su riesgo y si deben recibir la vacuna post-exposición para evitar enfermarse de rabia. Las personas que necesitan ser evaluadas han recibido una notificación por teléfono o por escrito del DSHS. Aquellos que no fueron contactados no tienen por qué preocuparse por esta situación.

La rabia es una enfermedad viral que generalmente se transmite a través de la mordedura de un animal infectado. También es posible transmitir el virus si la saliva infectada entra en los ojos, la nariz o la boca o a través de escoriaciones en la piel. Una vez que la persona enferma de rabia, casi siempre es fatal. Sin embargo, la enfermedad se puede prevenir si se administra la vacuna contra la rabia y la inmunoglobulina antes de que comiencen los síntomas.

Existen varias medidas que las personas pueden tomar para ayudar a detener la propagación de la rabia:

- Nunca acercarse a animales salvajes.
- Si alguien es mordido o arañado por un murciélago o cualquier otro animal, debe lavar la herida inmediatamente con agua y jabón. Luego, buscar atención médica para ser evaluado por una posible exposición a la rabia.
- Asegurarse de que los perros y gatos domésticos estén al día con la vacunación contra la rabia, como lo exige la ley estatal.
- Considerar la protección del ganado y de los hurones domésticos mediante la vacuna.

En Texas, las mofetas y los murciélagos representan la mayoría de los casos de rabia animal, pero cualquier mamífero puede infectarse y potencialmente contagiar a otros animales o humanos. El año pasado, casi 600 animales dieron positivo para rabia en todas las regiones del estado; aproximadamente la mitad eran murciélagos.

El último caso humano de rabia en un residente de Texas se registró en 2009.

La interrupción de 18 meses, obligada por la pandemia de COVID-19, en la realización de test diagnósticos, las dificultades de acceso al sistema de salud y para la obtención del tratamiento contra el virus de la hepatitis C (VHC), resultó en menos casos identificados de la enfermedad y menor respuesta virológica sostenida, y un aumento de los casos de cirrosis y las muertes relacionadas con el hígado, según los resultados de un [estudio reciente](#).



En esta investigación se utilizaron datos del Boston Medical Center, un hospital de red de seguridad que atiende a una población de pacientes con mayor riesgo de infección por el VHC, para estimar el cambio relativo en la prestación de atención a la hepatitis C debido a la pandemia de COVID-19. Además, se utilizaron datos del estudio de cohorte Sida Vinculado a la Experiencia Intravenosa (*AIDS Linked to the Intravenous Experience, ALIVE*) para estimar las transiciones del uso de drogas inyectables.

En su análisis de escenario de caso base, se utilizaron tasas reducidas de pruebas, vinculación y tratamiento del VHC durante un período de 18 meses (de marzo de 2020 a agosto de 2021) e interrupciones en la atención relacionadas con la pandemia. Se aumentaron los parámetros de prueba, diagnóstico y tratamiento desde niveles pandémicos hasta niveles prepandémicos con tasas de cascada aumentadas entre 0% y 100%, y se ejecutó el modelo para cada escenario hasta marzo de 2030. También se realizó un análisis de escenario alternativo utilizando un período de 12 y 24 meses de interrupciones en la atención relacionadas con la pandemia.

En el escenario “sin pandemia”, se estimó que para marzo de 2030 habría 5.000 infecciones por VHC incidentes, 230 casos de cirrosis y 71 muertes relacionadas con el hígado cada 100.000 habitantes, con 58% de las infecciones identificadas, 18% iniciando el tratamiento, y 14% que logró una respuesta virológica sostenida. En comparación con el escenario “sin pandemia”, se estimó que la prestación de atención contra el VHC en un escenario sin retorno a los niveles prepandémicos tenía 1.060 casos menos identificados de infección por el VHC, 21 casos adicionales de cirrosis y 16 muertes adicionales relacionadas con el hígado cada 100.000 habitantes, con solo 3% de los casos identificados que inician el tratamiento y menos de 1% que logra una respuesta virológica sostenida.

En el mejor de los casos hipotéticos, donde hubo un retorno a las tasas de VHC prepandémicas después de una interrupción de la atención de 18 meses, se estimó que hubo 4.380 casos de infecciones por VHC incidentes, con 58% de todas las infecciones identificadas, 17% iniciando el tratamiento, y 13% logró una respuesta virológica sostenida. En comparación con el escenario “sin pandemia”, el escenario hipotético del mejor de los casos tenía un caso adicional estimado de cirrosis y una muerte adicional relacionada con el hígado cada 100.000 habitantes.

Es de destacar que todos los resultados fueron peores si las pruebas de detección del VHC, la vinculación y las tasas de tratamiento no volvieron a los niveles previos a la pandemia. En comparación con el escenario de interrupción de la atención de 18 meses, los resultados fueron menos pronunciados en el escenario de 12 meses y peores en el escenario de 24 meses

Se debe considerar la posibilidad de volver a comprometer recursos y esfuerzos para detectar, vincular y tratar a las personas con el VHC, una importante amenaza para la salud pública.⁴

⁴ En Argentina, luego de la apertura de los centros de salud para la atención de todas las enfermedades, se registran al día de hoy meses de demora para la obtención de turnos, ya sea para atención médica, o estudios de diagnóstico, por lo cual la proyección de personas no diagnosticadas para hepatitis C y que tienen la enfermedad activa, irá en lamentable aumento.

Una menor de dos meses falleció por tos convulsa en el Hospital Materno Infantil ‘José Domingo De Obaldía Gallegos’, de la ciudad de David, confirmó el 29 de octubre la directora regional del Ministerio de Salud en la provincia de Chiriquí, Gladys Novoa.

La menor fue detectada con síntomas en un campamento de café en Renacimiento, donde fue abordada por el personal de salud, que confirmó qué padecía esta enfermedad, siendo trasladada al nosocomio donde falleció.



La directora del Ministerio de Salud señaló que al realizar las investigaciones la menor no tenía control y tampoco ninguna vacuna, lo cual incidió en su condición de salud. Además se pudo comprobar que la menor y sus padres proceden de la comunidad de Kankintú, en la comarca Ngäbe Bugle.

Los padres junto a la menor estuvieron en primera instancia en una finca ubicada en el corregimiento de Cerro Punta, distrito de Tierras Altas, y luego se trasladaron a una finca de café en Renacimiento.

Las autoridades del Ministerio de Salud realizaron el rastreo perifocal en ambas fincas sin detectar más casos, procediendo a dar los tratamientos correspondiente.

Novoa indicó que la tos convulsa es una enfermedad prevenible por una vacuna disponible en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). “Son raros los casos de esta enfermedad”, subrayó.

El Ministerio de Salud enfatizó que actualmente lleva adelante una campaña de vacunación, que incluye visitas domiciliarias para la aplicación de dosis incluidas en el esquema básico de inmunización del PAI, que en total previenen 24 enfermedades, algunas ya erradicadas en Panamá.

Agregó que la provincia de Chiriquí tiene una cobertura de 95% de la población vacunada contra la tos convulsa y el caso se puede valorar como aislado y procedente de otra región. Finalmente señaló que se mantiene un monitoreo en las zonas cafetaleras donde se produce el movimiento permanente de indígenas que participan en la zafra del café.



BULGARIA

LAS MAYORES CIFRAS DE CASOS Y MUERTES POR COVID-19 DESDE QUE EMPEZÓ LA PANDEMIA

02/11/2021

Bulgaria registró un nuevo máximo diario de fallecidos y de nuevos contagios por COVID-19, mientras los expertos aseguran que el sistema sanitario está al borde del colapso.

El 1 de noviembre fallecieron 310 personas, de las que sólo 7% estaba vacunado, y se han contabilizado 6.007 contagios, las cifras más altas desde que estalló la pandemia en marzo de 2020.

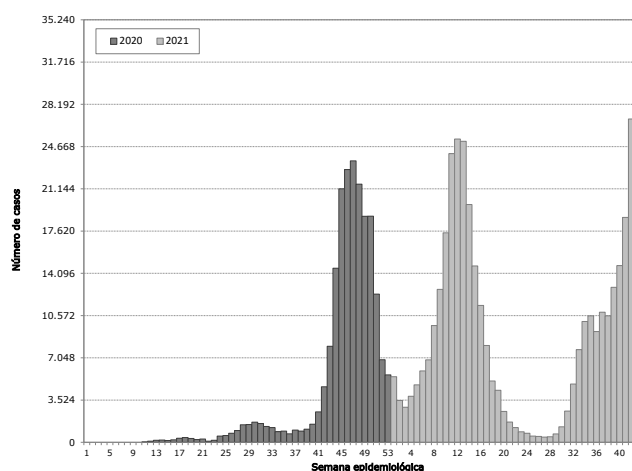
Bulgaria es el país comunitario con menor porcentaje de su población vacunado: sólo 25,5%, frente a 75% de media en la Unión Europea (UE).

Bulgaria tiene una tasa de incidencia de 687 casos cada millón de habitantes en los últimos siete días, casi el triple que la media de la UE, y la tasa de mortalidad es la segunda más alta, detrás de Rumania.

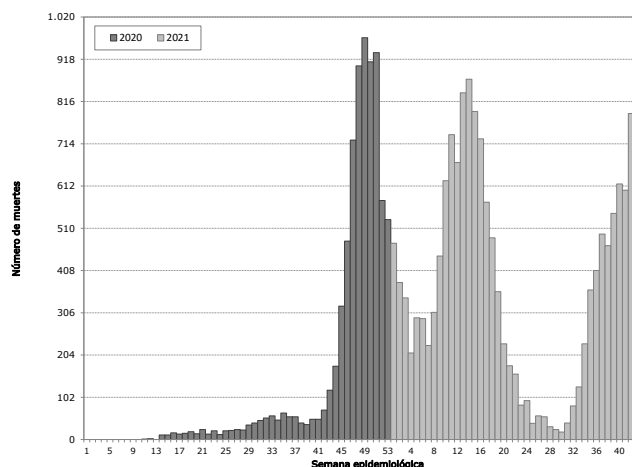
Según cálculos de Nikolay Vitanov, matemático de la Academia de Ciencias Búlgara, el número de fallecidos el pasado octubre, unos 3.000, fue siete veces superior al del mismo mes del año pasado.

“Creo que hemos alcanzado el pico de esta cuarta ola de la epidemia y al final de la semana los números de nuevos contagios empezarán a reducirse, pero vamos a ver cómo se desarrolla la transmisión”, declaró la viróloga Radka Arguirova, quien advirtió que el sistema y el personal médico están al borde del colapso en la que calificó como la “ola más dura”.

“No hay camas suficientes en los hospitales pero este no es el problema. El problema es que no hay suficiente personal para atender a los pacientes” agregó.



Casos confirmados de COVID-19. Bulgaria. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 43 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2021, 17:04 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Bulgaria. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 43 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de noviembre de 2021, 17:04 horas.

Ocho personas han muerto en un brote con sospechas de fiebre amarilla en la región de Savannah, informó el Servicio de Salud de Ghana (GHS), después de recibir los resultados de laboratorio provisionales de una enfermedad inusual en la zona.

Se presume que se trata de fiebre amarilla, y se han enviado muestras para su confirmación.

El Dr. Patrick Kuma-Aboagye, director general del GHS, informó que las pruebas para otras fiebres hemorrágicas virales como Ébola, Lassa, Marburg y fiebre zika fueron todas negativas.

Las personas afectadas eran nómadas de comunidades de los distritos de West Gonja y North Gonja, de la región de Savannah, que nunca habían sido vacunadas contra la fiebre amarilla.

El GHS instó a todas las personas de la Región que presenten fiebre, debilidad general, dolor de cabeza, náuseas y vómitos a que se reporten inmediatamente al centro de salud más cercano.

Alentó a las personas que nunca se han vacunado contra la fiebre amarilla a que lo hicieran.

“Evite las picaduras de mosquitos vistiendo ropa que cubra todas las partes del cuerpo e informe al centro de salud más cercano si tiene fiebre y, sobre todo, cuando presente una coloración amarillenta en los ojos”, aconsejó el GHS.

Se ha desplegado un equipo de expertos del Servicio, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Ghana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ghana y el Instituto Conmemorativo de Investigación Médica de Noguchi (NMIMR) para ayudar a la región de Savannah a investigar e instituir medidas de control adecuadas.⁵



⁵ Ha habido casos esporádicos de fiebre amarilla en Ghana en los últimos años; el último informe confirmado data de 2016. La noticia no proporciona información sobre los ocho casos sospechosos de fiebre amarilla, ni describe las circunstancias locales específicas en las que los individuos se infectaron.

La primera fase de una campaña de vacunación masiva en Ghana se llevó a cabo en noviembre de 2011 y se dirigió a una población de 5,8 millones de personas, cubriendo 40 distritos de ocho regiones. Se llevó a cabo una campaña reactiva de vacunación contra la fiebre amarilla en tres distritos más. La segunda fase, prevista para 2012, se centró en 1,7 millones de personas en 17 distritos. Al parecer, los nómadas de la región de Savannah no fueron vacunados. La noticia no indica si los residentes no nómadas de las comunidades mencionadas fueron vacunados. Si no es así, deberían serlo de inmediato.

Mientras Assam continúa luchando contra la COVID-19, los casos de encefalitis japonesa (EJ) y del síndrome de encefalitis aguda (SEA) también están aumentando en el estado.

Assam ha sido testigo del mayor número de casos de EJ y SEA en el país. Estas enfermedades se han cobrado casi 120 vidas en el estado en lo que va del año.



Según el Ministerio de Salud de la Unión, Assam registró 435 casos de SEA y 80 muertes y 212 casos de EJ y 39 muertes hasta septiembre de este año. Durante este tiempo, se han reportado 3.595 casos de SEA y 133 muertes, y 447 casos de EJ y 51 muertes en todo el país. Assam representa 60,15% y 76,47% del total de muertes por SEA y EJ en el país, respectivamente.

La encefalitis japonesa es una enfermedad potencialmente grave. Es causada por el virus de la encefalitis japonesa, transmitido por mosquitos infectados en Asia y el Pacífico Occidental. Es la principal causa del síndrome de encefalitis aguda en India.

El Dr. Lakshmanan S, Director de la Misión Nacional de Salud (NHM) en Assam, dijo que “la encefalitis japonesa es una enfermedad endémica en Assam. Dos años atrás, el estado reportó el máximo de casos y muertes de EJ y SEA”.

Añadió además: “El gobierno estatal ha tomado una serie de medidas para controlar los casos y muertes por EJ y SEA en el estado. Hemos comenzado la vacunación contra la EJ en el estado”.

El director de la misión de NHM Assam dijo que la vacunación contra la EJ se está llevando a cabo en 99 diferentes bloques de desarrollo⁶ en Assam, en varios distritos del estado, destinada a 4,7 millones de personas mayores de 15 años.

Es la primera vez que una vacuna de este tipo llega a personas mayores de 15 años. Anteriormente, la vacunación se realizaba solo en niños de entre uno y 15 años. El año pasado, el gobierno de la Unión estas vacunas para personas de 15 a 65 años.

Lakshmanan dijo que esta campaña de vacunación se lleva a cabo en paralelo con la campaña de vacunación contra la COVID-19 en el estado.

“Lo único es que se debe mantener una brecha de 28 días entre las dos vacunas. Hemos distribuido más de 2,2 millones de mosquiteros en todo el estado hasta febrero de 2021. Este año aún no hemos comenzado la distribución de mosquiteros. También identificamos puntos críticos y tomamos medidas en áreas donde se reportan la mayoría de los casos. Todas las facultades médicas y los hospitales de distrito tienen la capacidad de identificar casos de SEA y EJ”, dijo el Director de NHM Assam.

⁶ En India, se denomina “bloque de desarrollo” a un área rural asignada administrativamente para la planificación y el desarrollo. El área es administrada por un Oficial de Bloque de Desarrollo, apoyado por varios especialistas técnicos y trabajadores a nivel de aldea. Un bloque de desarrollo abarca varios *gram panchayats*, las unidades administrativas locales a nivel de aldea.

Según los informes, hasta septiembre de este año, se han reportado 1.043 casos de SEA, 21 muertes, y 86 casos de EJ, 2 muertes, en Uttar Pradesh; 637 casos de SEA, 16 muertes, y 14 casos de EJ, una muerte, en Bengala Occidental; 458 casos de SEA, 2 muertes, y 32 casos de EJ, 2 muertes, en Jharkhand.

Entre 2014 y 2020, más de 2.400 personas perdieron la vida debido al SEA y la EJ en Assam. Según los informes, Assam registró 525 muertes por EJ y SEA en 2014, 395 en 2015, 279 en 2016, 265 en 2017, 277 en 2018, 514 en 2019 y 147 en 2020.

Lakshmanan dijo que la mayoría de los casos de EJ y SEA se han reportado en 13 a 14 distritos del estado.⁷

⁷ Assam ha sido un estado con una transmisión muy activa del virus de la encefalitis japonesa (EJ) en los últimos años y actualmente registra la mayoría de los casos de EJ y síndrome de encefalitis aguda (SEA) en India. Las cifras expresadas en la noticia indican claramente que los casos de EJ y SEA están aumentando en la actualidad. La ambiciosa campaña de vacunación contra la EJ planificada debería ser útil para reducir los casos de EJ.

La etiología del SEA se ha debatido durante mucho tiempo. Se continúa atribuyendo a diversas etiologías, incluida la enfermedad similar al síndrome de Reye, posible EJ, infección por enterovirus por agua contaminada, insolación, tifus de los matorrales (*Orientia tsutsugamushi*) e intoxicación por consumo de la fruta del lichi (*Litchi chinensis*), que desencadena una encefalopatía hipoglucémica. Una publicación reciente afirma que el virus del dengue es uno de los tres agentes más comunes identificados en el SEA, pero la vigilancia existente para SEA no incluye pruebas de rutina para dengue.

El número de casos confirmados de leptospirosis en el distrito de Ernakulam, en Kerala, aumentó en octubre en comparación con las cifras de septiembre.

En septiembre se confirmaron 18 casos, mientras que el número de casos sospechosos fue de 51. Los casos confirmados fueron 29 hasta el 26 de octubre. También se notificaron 48 casos sospechosos en el distrito hasta esa fecha, según estimaciones oficiales. El número de muertes por presunta leptospirosis aumentó de cinco en septiembre a seis en octubre. Ernakulam ha sido testigo de 304 casos sospechosos desde enero de este año. El número de casos confirmados es de 133.

El oficial médico del distrito, N.K. Kuttappan, dijo que los casos aumentarían una vez que terminaran las lluvias. “Las personas en las áreas afectadas por las precipitaciones y las que se dedican a trabajos de socorro y limpieza deben tomar tabletas de doxiciclina siguiendo el consejo de los trabajadores de la salud”, agregó.

Kuttappan dijo que se descubrió que los que murieron de leptospirosis no habían tomado medicamentos preventivos. También habían retrasado la recepción de la atención médica adecuada.

Las autoridades sanitarias dijeron que las personas deben abstenerse de automedicarse si presentan síntomas de leptospirosis, como fiebre, enrojecimiento de los ojos, dolor de cabeza, erupción cutánea y dolor muscular. Cualquier retraso en el tratamiento da lugar a problemas hepáticos y renales. Se informa insuficiencia multiorgánica en casos graves.

Los criadores de ganado y quienes se dedican a la agricultura, así como los trabajadores de limpieza, deben tener cuidado, ya que las posibilidades de infectarse a través de la orina y los excrementos de animales en el agua estancada son altas. En tales situaciones deben usar botas que cubran los pies para evitar la exposición a infecciones. También deben usar guantes como medida de precaución. Aquellos con heridas en manos o pies deben mantenerse alejados del trabajo y regresar solo después de que estén curados, dijeron las autoridades de salud.

El Departamento de Salud señaló que las afecciones como la fiebre y el dolor de garganta no solo son síntomas de COVID-19, ya que también podrían deberse a la leptospirosis y el dengue.⁸

⁸ Ernakulam es el distrito comercial central de la ciudad de Kochi en el distrito de Ernakulam, Kerala, India, ubicado a 220 km al noroeste de la capital del estado, Thiruvananthapuram; la ciudad es castigada por el monzón del suroeste entre junio y septiembre, siendo octubre y noviembre la temporada post-monzónica.

La leptospirosis es una infección bacteriana zoonótica que se distribuye ampliamente en todo el mundo en climas cálidos y se transmite a los seres humanos por contacto directo de piel con abrasiones o membranas mucosas con la orina de animales infectados con *Leptospira* o por contacto con agua, suelo húmedo o vegetación que ha sido contaminado con orina de animales infectados. *Leptospira* puede sobrevivir en agua dulce tibia o suelo inundado con agua dulce durante semanas o meses. Beber agua o alimentos contaminados también puede provocar una infección.

En animales portadores con infección renal crónica, *Leptospira* se excreta en la orina durante períodos prolongados o durante la vida del animal. Muchas especies de animales domésticos y silvestres (incluidos perros, ganado, cerdos y especialmente ratas) son susceptibles a la infección renal crónica por *Leptospira* patógena. Tanto los ratones como las ratas pueden transportar *Leptospira* en la orina y servir como reservorio para este organismo.

Existen más de 250 serovares de especies de *Leptospira*, y la prevalencia de determinadas serovares varía según la región geográfica.

En Escocia se registró un caso de fiebre hemorrágica con síndrome renal, causado por el hantavirus Seoul, según un reciente [estudio](#). La secuenciación del genoma de este virus permite sospechar un origen vinculado al comercio internacional de ratas domésticas.

La persona afectada, una mujer escocesa de 51 años de edad, estaba criando 37 ratas como mascotas, incluidas 27 recién nacidas. La hija de esta mujer, de 12 años, quien también se ocupaba de las ratas, había presentado hipertermia con mialgia de muy rápida presentación.



Los síntomas observados en la mujer fueron diarrea, hipertermia, sufusiones hemorrágicas en la conjuntiva y mucosa oral, palidez y hematuria leve. Estos síntomas permitieron sospechar fiebre por mordedura de rata, leptospirosis y hantavirus.

El riesgo de transmisión del virus Seoul de las ratas mascota puede ser mayor que el de los roedores salvajes. Un estudio de seroprevalencia de 2014 encontró que 34,1% de los dueños de ratas en el Reino Unido tenían anticuerpos contra este virus, en comparación con 3,3% de los donantes de sangre sanos. En 2017, se informaron tres casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal causado por el virus Seoul en Francia entre 2014 y 2016, uno de los cuales pudo atribuirse a una rata mascota como su origen.

Es importante recordar la importancia de las medidas de bioseguridad a implementar durante dicho diagnóstico (eutanasia de ratas, educación de dueños, cuarentenas, etc.) y el interés por conocer el historial de posesión de ciertas mascotas nuevas que puede presentar un posible riesgo de infección zoonótica.

Se confirmaron dos nuevos casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en dos nuevas áreas sanitarias, Ngilinga y Bundji (un caso en cada una), en la zona sanitaria de Beni, provincia de Nord-Kivu. Hasta la fecha, tres áreas sanitarias han notificado casos confirmados: Butsili (6 casos), Bundji (1) y Ngilinga (1).



Al 30 de octubre de 2021, se habían notificado un total de ocho casos confirmados de EVE en la zona sanitaria de Beni, con seis muertes (incluidas cuatro muertes en la comunidad) (tasa de letalidad de 75%). Los niños menores de cinco años representan 50% (4/8) de los casos.

Un total de 551 contactos están bajo seguimiento, de los cuales 448 (81,3%) están bajo seguimiento activo, 70 (12,7%) contactos nunca han sido vistos, 11 contactos no han sido vistos en las últimas 48 horas y 9 contactos (1,6%) se perdieron durante el seguimiento.

El 30 de octubre, la zona sanitaria de Beni informó 198 nuevas alertas, incluidas nueve muertes. Se notificaron 445 alertas adicionales, incluidas 21 muertes, de otras siete zonas sanitarias, de las que 436 (98%) fueron investigadas, 45 (10%) fueron validadas como casos sospechosos. Solo se recolectaron 18 muestras (40%) de los casos sospechosos que aceptaron hacerse la prueba.

Se ha vacunado a un total de 394 personas (67 proveedores de atención primaria, incluidos nueve contactos de alto riesgo, nueve contactos de contactos y 49 contactos probables), incluidos 182 contactos de contactos, 125 contactos probables y 87 contactos de alto riesgo.

El 30 de octubre, se analizaron 37 muestras de laboratorio, de las cuales una resultó positiva para EVE. Desde el inicio de la respuesta, se han recolectado y analizado un total de 444 muestras, de las cuales ocho dieron positivo para la EVE.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de los socios, continúa investigando los casos más recientes y desarrollando la capacidad de los técnicos de laboratorio, rastreadores de contactos y equipos de vacunación.
- Los esfuerzos de vacunación continúan alrededor de todos los casos confirmados. Los vacunadores están utilizando el enfoque de “vacunación en anillo”, en el que se vacunan los contactos y los contactos de los contactos.
- Al 29 de octubre, se sensibilizó a un total de 37.576 personas, incluidas 11.505 visitas domiciliarias.
- Se realizó la descontaminación de los hogares de los últimos casos confirmados y en dos establecimientos de salud donde se trataron los últimos casos.

- Se proporcionaron kits de lavado de manos a las comunidades de Mabolio, Mabakanga y Kanzunzuli.
- El 30 de octubre, se admitieron 14 casos sospechosos, en Bundji (5 casos), en el centro de salud de Malepe (4), en el centro de salud de Butsili (2), en el centro de salud de Kanzulinzuli (2) y en el centro de tratamiento de Beni (1).
- La reorientación del personal sanitario para la detección temprana, el aislamiento, el tratamiento de los casos de EVE, así como los entierros seguros y dignos y el enfoque del círculo de prevención y control de infecciones está en marcha.
- El monitoreo de alertas continúa utilizando tanto la búsqueda activa de casos de los centros de salud visitados durante la búsqueda activa de casos como la vigilancia pasiva.
- Seis estaciones de radio locales están transmitiendo programas sobre medidas preventivas de la EVE y la participación de la comunidad en la lucha contra la enfermedad.
- Un total de 75.989 viajeros (98,5%) fueron monitoreados entre las 77.166 personas que pasaron por los diferentes puntos de control (PoCs); se notificaron 12 alertas, incluida una muerte. Todas las alertas fueron investigadas y ocho validadas como casos sospechosos, y fueron aislados.
- Se están realizando análisis de laboratorio de muestras de casos sospechosos de EVE.
- Se ofrece atención psicosocial a las familias afectadas y los casos sospechosos.
- Se están llevando a cabo actividades de planificación y orientación de prevención contra la explotación y el abuso sexuales con varias comisiones, incluida la firma del código de conducta por parte de los proveedores de servicios de varias comisiones.

Interpretación de la situación

- El brote de EVE informado inicialmente en el Área Sanitaria de Butsili, Zona Sanitaria de Beni, se ha extendido a otras áreas sanitarias, lo que es motivo de preocupación. La detección de nuevas muertes en la comunidad también es motivo de preocupación, ya que presenta un riesgo de una mayor propagación del virus. Sigue habiendo desafíos en torno a la débil notificación de alertas por zonas sanitarias, los limitados recursos humanos para el seguimiento de contactos, las herramientas insuficientes para la vigilancia, incluido el equipo de protección personal en los establecimientos de salud en la zona sanitaria.
- Las autoridades nacionales y regionales y los socios deben fortalecer urgentemente la vigilancia en las zonas sanitarias y garantizar que los centros de tratamiento en Beni estén operativos tanto para los casos sospechosos como para los confirmados.
- Los desafíos en torno a la vigilancia comunitaria, el seguimiento de contactos y otras medidas de respuesta requieren una acción urgente ante la propagación geográfica de la EVE dentro de la provincia.

Arte y pandemia



Agustina Cañamero, de 81 años, y Pascual Pérez, de 84, se abrazan y besan a través de una pantalla plástica en una residencia de ancianos de Barcelona.



Trabajadores transportan el cuerpo de una anciana fallecida por COVID-19 a través del Río Negro, cerca de Manaus, Brasil.

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.