

CÓRDOBA

- Publicaron las cifras provinciales de VIH, sida y sífilis del año 2020

ARGENTINA

- El aumento de casos de COVID-19: la coexistencia de Omicron y Delta y la tercera ola
- Vigilancia de enfermedad tipo influenza
- Buenos Aires: Alerta por una muerte por hantavirus en la zona de Ángel Etcheverry

AMÉRICA

- Colombia: La malaria se asociaría con nuevos genotipos del parásito en la Región Pacífico
- Haití: Detectan en niños infecciones independientes por deltacoronavirus porcinos

EL MUNDO

- España: Tercer caso de rabia canina en Melilla en menos de tres meses
- España: La pandemia dificulta que el país se libre de la tuberculosis

- Japón: Se registran más de 7.000 casos de sífilis en lo que va del año
- Pakistán: Situación epidemiológica del dengue
- Senegal: Brote de fiebre del Valle del Rift en la región de Fatick
- Sudán del Sur: Una misteriosa enfermedad causa 89 muertes en Fangak
- Zimbabwe: Se han registrado 212 casos humanos de carbunco en lo que va de 2021
- La otra pandemia en curso que no se debería ignorar: la del virus del papiloma humano

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.

El Ministerio de Salud de Córdoba actualizó la información provincial sobre VIH, sida y sífilis, hasta el año 2020.

Respecto a la cantidad de personas que contrajeron VIH, en 2020 se notificaron 529 nuevos casos, mientras que en 2018 se registraron 582 y en 2019 se confirmaron 544 personas con diagnóstico positivo.

La tasa de incidencia anual muestra una tendencia decreciente desde el año 2013. Para el periodo 2018 a 2020, los valores a nivel provincial fueron entre 14 a 16 nuevos casos cada 100.000 habitantes.

En relación a estas cifras, Diosnel Bouchet, a cargo del Programa Provincial de VIH/Sida, ITS y Hepatitis Virales consideró que se trata de números estables aun en el marco de la pandemia de COVID-19.

En este sentido, el especialista destacó que, teniendo en cuenta que la detección temprana del VIH es fundamental para la calidad de vida de quienes lo contraen, “contar con un número similar de nuevos casos en 2020 respecto a años anteriores permite advertir la importancia de las estrategias de detección implementadas durante la emergencia sanitaria”.

En cuanto a las estadísticas relacionadas a las causas de la infección, en Córdoba, 97% de las personas que la contrajo fue por contacto sexual sin protección. Un dato a destacar también es que entre los casos confirmados predomina el grupo de mayor nivel de instrucción (secundario completo y más) adquirido al momento del diagnóstico, siendo de 58,6% para los años 2019-2020.

Entre los casos confirmados, se observa en el bienio 2019-2020 un descenso de relaciones entre varones (33,9%) y un aumento en el porcentual de relaciones heterosexuales (63,3%).

Diagnóstico tardío

Este indicador mide la proporción de personas cuyo diagnóstico se produce en una etapa avanzada de la infección. Se consideran como diagnóstico tardío a aquellos casos que presentan junto o hasta los doce meses posteriores al diagnóstico de VIH, una enfermedad marcadora de sida.



Desde el año 2005, en la provincia se evidencia una tendencia descendente de la proporción de diagnóstico tardío en varones y mujeres. Considerando los últimos años tomados para este informe, en las mujeres se observa 9,7% para 2018, 10,7% en 2019, y 9,8% en 2020. En varones, teniendo en cuenta los mismos años, los porcentajes son de 14,2%; 16,4% y 12,8%.

Una acción clave en la Provincia durante la contingencia sanitaria fue sumar en los distintos dispositivos de testeo para COVID-19 la oferta de estudios de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si bien en los primeros meses del aislamiento obligatorio la disponibilidad de testeos masivos se vio resentida, de manera progresiva se incorporaron opciones para ampliar el acceso a estos diagnósticos. Inicialmente, en los operativos Identificar o a través del circuito de laboratorio en distintos centros de atención primaria de la salud (CAPS) provinciales y, más adelante, en campañas puntuales en espacios abiertos y estrategias más direccionadas, como lo fue Momento Joven.

De esta manera, durante el año 2020 se lograron realizar 3.827 test en dispositivos externos a los centros de salud.

En tanto las personas que presentaron infección avanzada y enfermaron de sida, a partir de 2015, la tasa cada 100.000 habitantes muestra un valor de entre dos a tres casos por año y en el último cuatrienio igual o menor de dos casos por año.

Actualmente, en Córdoba 6.112 personas realizan tratamiento antirretroviral; de ellas 4.919 de manera activa y 1.193 inactiva (cesaron su tratamiento por un periodo de tres meses o más).

Actualización de los datos provinciales sobre sífilis

Para sífilis, la Provincia registró totales generales de 1.160, 1.267 y 571 casos para los años 2018, 2019 y 2020, respectivamente. Cabe subrayar que la pandemia de COVID-19 condicionó el registro de otras afecciones de salud, por lo que la cantidad de casos de sífilis para 2020 no debe interpretarse como una disminución de infecciones, ya que, de manera progresiva, ese total se irá actualizando.

Respecto a la positividad en personas embarazadas, el indicador fue de 5% en 2018, 4,9% en 2019 y 6% en 2020.

Sífilis congénita

La sífilis congénita refiere a la transmisión de la infección de la persona gestante al feto durante el embarazo. En Córdoba, la tasa anual de nuevos casos cada 1.000 nacidos vivos para 2018 fue de 3,32; en 2019, de 1,15; y en 2020, de 1,18.

Por otra parte, debe considerarse que actualmente la provincia registra un total de 358 niños nacidos de madres con sífilis que se encuentran en seguimiento y sin diagnóstico confirmado.

En cuanto a los fallecimientos de bebés por esta causa, en 2018 hubo cuatro; en 2019 fueron 10 y en 2020, dos.

En relación a estas cifras, la secretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Gabriela Barbás enfatizó: “Debemos tener presente que la meta definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es lograr una incidencia de 0,5 casos o menos cada 1.000 nacidos vivos”. En este sentido, agregó que “es clave reorientar y ampliar los esfuerzos para la prevención y detección temprana de esta infección”.

Barbás destacó que “si bien la pandemia obligó a los equipos de salud a focalizarse en la COVID-19, también sumó adhesión al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS): de 210 usuarios que registraban, pasó a 1.550 en Córdoba”. Así, “se visibilizó la importancia de la notificación y del seguimiento de casos para el control de las infecciones, entre otros problemas de salud, lo que nos fortalece y posiciona de otra manera para el abordaje de las distintas patologías, particularmente, la sífilis”, valoró la funcionaria.

Cabe mencionar que el Ministerio de Salud dispone desde 2017 de una Sala de Situación provincial de Transmisión Materno Infantil (en el embarazo, parto o lactancia) de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas, que funciona en forma organizada, sistemática y periódica, orientada al abordaje programático integrado de cada una de las infecciones. Cabe destacar que su actividad fue continua aun durante la pandemia de COVID-19.

Medidas de prevención y rol de los equipos de salud

De acuerdo a la actualización de la información, es fundamental priorizar como medida preventiva para las ITS el uso del preservativo de forma adecuada, en todas las relaciones sexuales –vaginal, oral y/o anal– y durante todo el tiempo que dure el encuentro sexual.

En este sentido, desde el del Programa provincial de VIH/sida, ITS y Hepatitis Virales recuerdan que los preservativos se encuentran a disposición en todos los centros de salud, y que las personas pueden acercarse y retirar la cantidad necesaria.

Asimismo, se insiste en la recomendación de realizarse un test ante situaciones de sexo no protegido tanto con parejas ocasionales como habituales, en cada trimestre del embarazo y a la/s pareja/s sexuales de la persona gestante.

La indicación se sustenta en que, si el estudio da positivo, se puede acceder al tratamiento de manera oportuna, tener una buena calidad de vida y, en el caso de las personas gestantes, su/s bebé/s pueden nacer sin estas infecciones.

Para ampliar el acceso, se solicita a los equipos de salud ofrecer esta prueba a los y las pacientes cuando se acerquen al centro sanitario, ya sea por una atención relacionada a la salud sexual u otra.

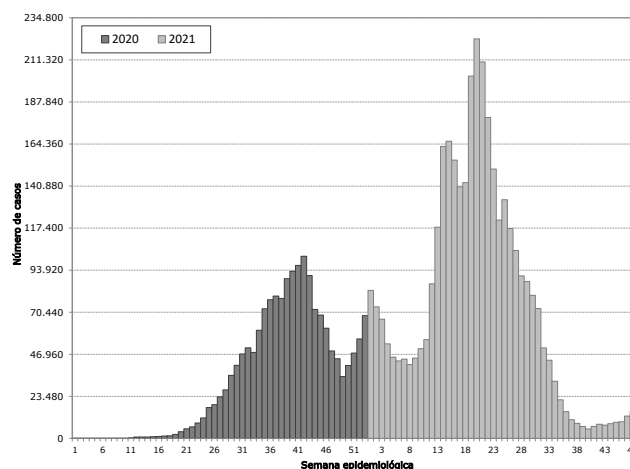
Se aconseja también a la comunidad pedir en cualquier consulta médica un estudio para la detección de ITS.

Además, el equipo de especialistas subraya la necesidad de incorporar de una manera más activa los controles a la o las parejas sexuales de las personas gestantes durante los embarazos.

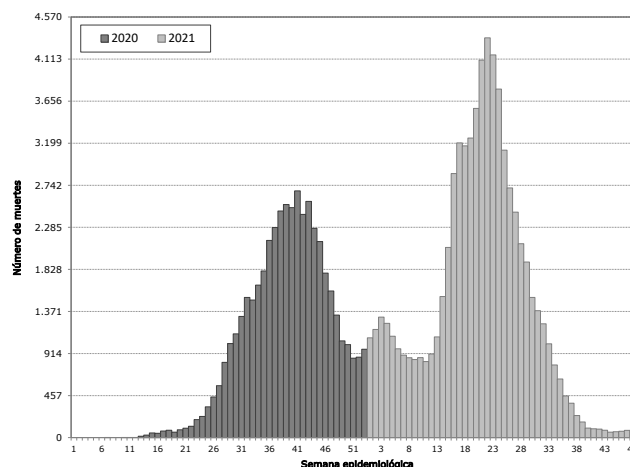
El programa provincial trabaja todo el año con el objetivo de impulsar la demanda espontánea del diagnóstico; la promoción de la oferta del test en cada consulta médica; la descentralización de la realización de la prueba; al acceso a los controles clínicos y de laboratorio en personas con VIH; el inicio del tratamiento en el momento del diagnóstico; el trabajo interdisciplinario en adherencia al tratamiento antirretroviral para lograr la carga viral indetectable.

Argentina ya lleva seis semanas consecutivas de aumentos de casos confirmados de COVID-19. Es un aumento de 268% si se comparan los promedios semanales de casos diarios reportados en la semana epidemiológica (SE) 40 –del 3 al 9 de octubre– y la SE 49 –del 5 al 11 de diciembre–. La mayoría de esas personas fueron afectadas por la variante Delta del SARS-CoV-2. El 69% de la población ya tiene el esquema completo de vacunación, y hasta el momento, las internaciones por la infección y las muertes no crecieron en la misma proporción que los casos que se producen principalmente en las personas que no están inmunizadas. Pero la pandemia en el país está entrando en una tercera ola con la circulación comunitaria de la variante Delta y ahora se suma la aparición de casos en San Luis, Córdoba, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en estudio) con la preocupante variante Omicron. ¿Crecerá la ola de casos con la combinación de las variantes Delta y Omicron, o una desplazará a la otra?

La variante Omicron se detectó el mes pasado en África. La jefa técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Maria Van Kerkhove, expresó su preocupación por la aparición de la variante Omicron y advirtió que se avecina “un tsunami de infecciones en el mundo”. En base a los resultados de investigaciones preliminares, Omicron parece tener ventaja: “Se está propagando más rápidamente que la variante Delta en Sudáfrica, donde la circulación de Delta era baja, pero también parece propagarse más rápidamente que la variante Delta en otros países donde la incidencia de Delta es alta, como en el Reino Unido”, informó la Organización Mundial de la Salud.



Casos confirmados de COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 16 de diciembre de 2021, 07:27 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 16 de diciembre de 2021, 07:27 horas.

En Sudáfrica, 74% de la población aún no tiene el esquema completo de vacunación. En el Reino Unido, el 30% de la población no tiene las dos dosis. En Argentina, el 31% tampoco tiene el esquema completo, y Omicron ya está circulando.



El primer caso confirmado a través de un estudio de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', que depende del Ministerio de Salud de la Nación, fue el

de un hombre de 38 años que había estado en Sudáfrica y regresó a San Luis. Estaba con el esquema completo de vacunación y había tenido COVID-19 en marzo pasado. Sin embargo, se contagió: se confirmó el 5 de diciembre pasado. El hombre no tuvo síntomas y se mantuvo aislado. Al contar con la vacunación, su caso fue leve.

El 12 de diciembre, se confirmaron cuatro casos de COVID-19 por la variante Omicron del SARS-CoV-2 en las localidades de Colonia Caroya y Jesús María, provincia de Córdoba. El caso índice fue una persona que había estado en Emiratos Árabes Unidos y volvió con la variante. También en Córdoba ya se detectaron 110 casos positivos relacionados con fiestas de egresados de cuatro colegios y se aislaron a 800 personas que participaron de las celebraciones. Se considera que esos casos podrían ser compatibles con Omicron.

Se confirmó hoy otro caso de una mujer con la variante Omicron que había vuelto desde Estados Unidos a la provincia de Santa Fe, según informó el Ministerio de Salud provincial. Allí, hay 22 personas en aislamiento como contactos estrechos. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) también se estudian casos que serían compatibles con Omicron.

“La variante Omicron preocupa por su velocidad de transmisión y por su capacidad de escape a la capacidad neutralizante de sueros inmunes, que es uno de los mecanismos del sistema inmunológico frente al virus, pero no el único. Esto puede aumentar la posibilidad de más reinfecciones”, dijo la Dra. Daniela Hozbor, del Instituto de Biotecnología y Biología Molecular, que depende del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidad Nacional de La Plata.

“Argentina ya ha comenzado a transitar una nueva ola en la que co-circula la nueva variante de preocupación Omicron junto con Delta. Es claro que la pandemia continúa y que es necesario que la población se vacune y complete los esquemas de vacunación. En el país hay dosis disponibles para completar esos esquemas y para los refuerzos. Mientras las vacunas llegan a nuestros brazos, se deben seguir todas las medidas de prevención, incluyendo la vigilancia en las fronteras para contener la entrada y propagación del virus”, remarcó Hozbor.

Mientras se detectan los casos de personas con la variante Omicron en diferentes ciudades, hoy hay cuatro jurisdicciones que tienen riesgo epidemiológico alto. A mediados de octubre, no había ninguna en esa situación. El 1 de diciembre solo una provincia estaba en esa situación: Tucumán. Ahora, se sumaron CABA, Río Negro y Neuquén.

Tucumán reportó 345 casos confirmados cada 100.000 habitantes durante los últimos 14 días. La CABA registró 225 casos cada 100.000 habitantes. Esto significa que en la capital del país la incidencia de casos de COVID-19 subió 80% durante las últimas dos semanas.

En tanto, Neuquén reportó 163 y Río Negro 151 casos confirmados cada 100.000 habitantes durante los últimos 14 días. Además, otras 15 de las jurisdicciones del país están en riesgo

epidemiológico medio, como las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Mendoza, San Luis, Salta y Corrientes.

A nivel nacional, el promedio semanal de casos confirmados diarios de COVID-19 era de 873 entre el 6 y el 12 de octubre. Ese promedio semanal pasó a ser de 2.758 casos diarios entre el 5 y el 11 de diciembre. Esto significa que hubo un crecimiento del 216% en el promedio semanal de casos entre esas semanas.



En cambio, no se ha registrado una suba tan pronunciada en las internaciones en terapia intensiva ni fallecimientos. Entre el 17 y el 23 de noviembre, el promedio semanal de internados en terapia por día había fue de 569 pacientes. Entre el 8 y el 14 de diciembre, el promedio fue de 703 pacientes. Es decir, las internaciones en terapia intensiva solo aumentaron 24%.

Mientras que el promedio semanal de fallecidos se mantiene estable con 10 muertos desde la mitad de octubre pasado hasta ahora.

¿Cómo será una ola combinada de las variantes Delta y Omicron en Argentina? “Los aumentos de casos confirmados desde octubre pasado fueron por la presencia de Delta. En otros países, como Sudáfrica, ya la variante Omicron está desplazando a Delta. Es posible que en Argentina suceda lo mismo. Lo que no se sabe es si Omicron hará crecer aún más los casos en el país, aunque puede tener un menor impacto por la alta cobertura de vacunación de Argentina”, comentó la Dra. Carolina Torres, integrante del Proyecto Argentino Interinstitucional de Genómica del SARS-CoV-2 (PAIS), dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

“En diciembre se realizan muchas reuniones sociales y si no se siguen las medidas de prevención como la ventilación cruzada y permanente de los espacios cerrados, el barbijo y el distanciamiento, existe el riesgo de que haya más contagios”, señaló Torres, quien es también investigadora en virología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires y del CONICET.

“En Argentina, estamos en el comienzo de una nueva ola de COVID-19, en la que coexisten los casos por la variante Delta en la mayoría de los pacientes y los casos de Omicron en viajeros. Coexisten ambas realidades. Omicron se caracteriza por su mayor transmisibilidad, pero aún no está comprobado que cause más casos graves y muertes en las personas afectadas”, afirmó la Dra. Ángela Leonor Spagnuolo de Gentile, médica epidemióloga y miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría y la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas.

“Es fundamental que la gente complete cuanto antes los esquemas de vacunación, y reciba los refuerzos si le corresponde. Aún es baja la cobertura de la vacunación en los jóvenes de 18 a 39 años y es motivo de preocupación. Es clave que se apliquen las vacunas antes de fin de año. También es necesario que las autoridades sanitarias de cada municipio realicen más rastreo de contactos estrechos de los pacientes con COVID-19 y que cumplan con el aislamiento para que no contagien el SARS-CoV-2 si tuvieran la infección. Es clave el testeo de los contactos estrechos asintomáticos entre el quinto y el séptimo día”, recomendó Gentile.

Para el doctor en química Roberto Etchenique, de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires y del CONICET, “la ola actual de COVID-19 se produce principalmente por la variante Delta. Apenas se establezca, la variante Omicron la desplazará en

gran medida o totalmente. Habría más reinfecciones. Las personas ya vacunadas estarían más protegidas contra la enfermedad grave y la muerte. Pero hay más riesgo de adquirir la infección en ambientes cerrados”.

Desde las ciencias políticas, María Celeste Ratto, del Instituto en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio, que depende de la Universidad Nacional de Río Negro y del CONICET en San Carlos de Bariloche, investigó qué eficacia tuvieron las diferentes medidas gubernamentales para el control de la pandemia el año pasado.



“En primer lugar, ante el surgimiento de una nueva variante, lo mejor es intentar retardar lo más posible la entrada. Esto fue lo que pasó con la Delta. Una vez que la variante llega al país, como ya ocurrió con Omicron, debe incrementarse el sistema de rastreo y seguimiento para intentar aislar los casos de la nueva variante y que no se produzca la circulación comunitaria”, comentó.

“También se debería disponer de test obligatorio y aislamiento preventivo al menos por siete días a las personas que ingresen al país, con una nueva prueba luego de ese período. Eso ayudaría a controlar nuevos focos provenientes del exterior, mientras se intenta contener el avance al interior del país”, indicó Ratto.

Esta semana, el Ministerio de Salud de Córdoba le propuso al Gobierno nacional que amplíe la medida del aislamiento para todos los viajeros que lleguen al país desde cualquier región del mundo y no solo para los que vienen de África. Esas personas deberían cumplir cuatro días de aislamiento como una manera de evitar que contagien la infección a otros.

Según explicó el 14 de diciembre la secretaria de Prevención y Promoción de la Salud de Córdoba, Gabriela Barbás, el aislamiento para todos los viajeros permitiría “dilatarse el avance de variantes de preocupación como Omicron, que ahora no está sólo en África. El aislamiento de los viajeros permitirá tener tiempo para avanzar con la aplicación de las dosis de refuerzo y llegar a coberturas máximas para no tener que pasar lo que hoy está pasando en Europa, adonde hay países que se están confinando”. Según Barbás, la propuesta se trataría en la próxima reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA).

En tanto, la profesora en enfermedades infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Silvia González Ayala, afirmó: “Técnicamente, Argentina está ya transitando la cuarta ola de la pandemia, porque entre noviembre del año pasado y enero de 2021 hubo aumento de casos confirmados de COVID-19, pero oficialmente no se la reconoció como segunda ola. Ahora, se puede combinar la circulación de Delta y Omicron en Argentina y la situación epidemiológica se puede complicar con más casos. Porque ya hubo viajeros que trajeron a Omicron al país. Durante el fin de semana pasado hubo eventos masivos y se verá qué impacto tuvieron. Aún no se entiende algo: nosotros provocamos la pandemia al circular sin tener en cuenta las medidas de prevención”.

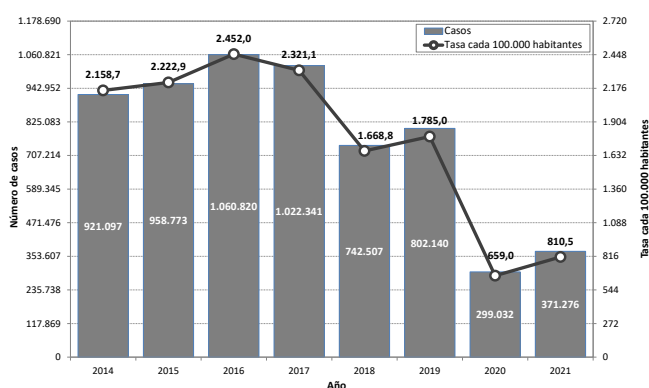
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	180.160	980,92	6.779	220,41	10.161	330,03
Buenos Aires	1.533.086	1.509,48	63.747	363,41	133.594	754,36
Córdoba	446.875	2.054,18	13.161	349,98	19.842	522,40
Entre Ríos	361.224	4.489,81	17.754	1.280,99	15.170	1.084,73
Santa Fe	170.732	827,32	2.480	70,13	2.006	56,29
Centro	2.692.077	1.580,16	103.921	354,68	180.773	611,78
Mendoza	127.818	1.111,08	6.035	303,21	6.233	310,04
San Juan	110.504	2.450,10	5.071	649,12	6.493	822,43
San Luis	57.869	1.984,61	2.226	437,91	1.933	375,62
Cuyo	296.191	1.564,66	13.332	406,48	14.659	442,27
Chaco	312.041	4.476,41	22.427	1.861,87	24.249	1.993,76
Corrientes	286.394	4.396,69	19.537	1.743,13	10.832	958,31
Formosa	179.618	5.098,50	12.399	2.048,77	5.137	842,10
Misiones	409.091	5.629,06	27.884	2.210,75	30.744	2.411,31
Noreste Argentino	1.187.144	4.890,38	82.247	1.962,08	70.962	1.676,96
Catamarca	175.491	7.266,50	15.496	3.730,04	10.344	2.468,79
Jujuy	200.034	4.500,33	18.964	2.460,04	21.237	2.725,45
La Rioja	124.221	5.513,91	14.071	3.575,58	12.949	3.248,23
Salta	148.193	1.814,90	11.230	788,40	14.600	1.012,49
Santiago del Estero	129.909	2.295,58	3.416	349,17	2.796	282,93
Tucumán	178.560	1.832,97	11.896	701,97	6.949	405,31
Noroeste Argentino	956.408	2.926,69	75.073	1.322,36	68.875	1.199,58
Chubut	70.735	2.023,44	2.105	340,07	2.040	324,23
La Pampa	40.290	1.931,22	801	223,48	675	186,78
Neuquén	82.495	2.171,33	2.286	344,25	5.100	758,41
Río Negro	137.842	3.219,36	15.829	2.117,28	23.283	3.075,48
Santa Cruz	38.084	1.900,22	2.971	812,42	4.824	1.287,24
Tierra del Fuego	14.412	1.514,16	467	269,27	85	47,83
Sur	383.858	2.309,76	24.459	835,29	36.007	1.211,32
Total Argentina	5.515.678	2.098,25	299.032	659,00	371.276	810,49

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 44, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 371.276 casos. La tasa de incidencia de este período es 22,99% mayor a la correspondiente a igual intervalo de 2020. Doce jurisdicciones presentan una mayor incidencia que en igual periodo del año 2020: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan y Santa Cruz.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 44, equivale a 38,63% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019.

En base a los datos de las primeras 44 SE 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 repunte en 2019. Sin embargo, los casos notificados en los años 2020 y 2021 son claramente inferiores respecto de los registros de los años previos.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

A raíz de la muerte de un hombre de 28 años en las afueras de La Plata a causa del hantavirus, el Colegio de Veterinarios de la provincia de Buenos Aires pidió reforzar las medidas de cuidado y realizar un trabajo “en equipo para la prevención” de la enfermedad.

“La confirmación de un caso mortal de hantavirrosis de un joven que realizaba tareas rurales en la zona de Ángel Etcheverry generó profundo dolor y reactualizó la necesidad de que se encuentren en marcha, a lo largo del año y en toda la región, los mecanismos preventivos existentes, que deben ser fiscalizados por los sistemas sanitarios provincial y municipal”, precisaron en un comunicado.

Desde la institución provincial explicaron que “la prevención es un trabajo estatal e individual”, que no solo se necesita “el desmalezamiento de áreas periurbanas sino también evitar el almacenamiento de basura de la que los roedores puedan alimentarse”.

“La hantavirrosis se ha transformado en un mal endémico en nuestra región; desde 1998 –cuando se detectó el primer caso– hasta ahora ha cobrado más de una quincena de vidas. No hay margen, entonces, para la indiferencia. Distintos organismos del Estado deben comprometerse, tanto en la órbita provincial como municipal, para levantar barreras y disponer medidas de defensa muy enérgicas ante el avance de esta amenaza”, explicó la entidad.

El caso

El 1 de diciembre, un hombre de 28 años falleció a causa del hantavirus en la localidad de Ángel Etcheverry, La Plata. Nueve días después del desenlace fatal en el Hospital Español, el joven, que trabajaba como entrenador de fútbol del Club Unión Vecinal de Etcheverry, fue diagnosticado con hantavirrosis por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’.

Los síntomas aparecieron el 26 de noviembre. Presentó malestar muscular y unas líneas de fiebre. Tras hisoparse y obtener un resultado negativo para COVID-19, fue diagnosticado con un cuadro gripal. Sin embargo, dos días más tarde presentó 39°C de temperatura y le dijeron que atravesaba un cuadro de angina roja.

Finalmente se descompensó el 1 de diciembre al mediodía y tuvo complicaciones respiratorias. Ya en el Hospital Español, lo trasladaron a la unidad de terapia intensiva y le consultaron si había estado en contacto con ratas. Según indicaron miembros de su familia, estuvo en contacto con roedores a fines de octubre. Fue recién en ese momento cuando les sugirieron que podría tratarse de un caso de hantavirrosis.

Manuel De Battista, director de la Región Sanitaria XI, señaló que en esta época se presentan algunos casos y, de acuerdo a los análisis del área de Epidemiología, está dentro de lo esperable. Además aclaró que no hubo una seguidilla de casos en la Región.

“El virus se transmite por la secreción de los ratones y no puede diagnosticarse sólo por los síntomas, cuando existe una sospecha, el hospital avisa y se hace la vigilancia epidemiológica. Este fue un caso típico relativo a la zona rural, el joven trabajaba en el campo y el verano es

una época de riesgo”, agregó De Battista y dijo que el caso no debe causar alarma excesiva, sino que hay que ocuparse de evitar ámbitos propicios al roedor.

Desde que se sospechó que la causa del fallecimiento podía deberse al hantavirus, intervino la Secretaría de Salud de la Municipalidad. Enrique Rifourcat, al frente de la secretaría, informó que se actuó de inmediato, no bien existió la presunción de que podía tratarse de un caso de hantavirosis.

“Por las características del paciente y su contexto, se intervino de inmediato. El joven trabajaba en una forrajera de Olmos y además hacía trabajos como cortar pasto; fuimos y controlamos todos esos focos”, sostuvo Rifourcat.

El funcionario detalló que se desratizó la forrajera y los lugares donde el joven cortaba el pasto. Además se trabajó con la gente del barrio para indicarles la conveniencia de que mantengan los terrenos desmalezados, que no dejen en el exterior restos de comidas y que, ante la duda, ventilen todos los espacios cerrados antes de ingresar.

En relación al entorno del joven, se hizo un seguimiento para descartar que también pudieran tener la enfermedad, pero hasta el momento no se registró ningún contagio.



COLOMBIA

LA MALARIA SE ASOCIARÍA CON NUEVOS GENOTIPOS
DEL PARÁSITO EN LA REGIÓN PACÍFICO

13/12/2021

Investigadores de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) identificaron en los municipios de Guapi y Timbiquí (Cauca) dos cepas de parásitos causantes de la malaria diferentes a lo esperado en la región

“Se trató de dos pacientes oriundos de Guapi, pero que venían de trabajar en una mina en Venezuela, de donde se conoce que desde 2015 los casos de esta enfermedad se han disparado”, señaló Angélica Knudson Ospina, médica cirujana, magíster en Infecciones y Salud en el Trópico, doctora en Salud Pública y Profesora Asociada al Departamento de Microbiología de la UNAL.

El estudio evidenció además que la especie *Plasmodium falciparum* sería responsable de casi 98% de los casos reportados en estas comunidades.

Knudson compartió los principales resultados de una investigación que buscaba entender mejor la situación de la malaria en el departamento de Cauca y diseñar una estrategia orientada a la eliminación de la enfermedad, a través del diagnóstico de la malaria asintomática y submicroscópica en una zona de baja e inestable transmisión, y caracterizar las variables demográficas y serológicas de los reservorios humanos y la estructura genética de los parásitos relacionados.

Pese a que en buena parte de los países de Latinoamérica, incluyendo Colombia, se había presentado una disminución de los casos de malaria, en 2015 y 2016, sobre todo en Venezuela, se comenzó a ver un incremento de casos que afectó a toda la región, buena parte de ellos asociados con la extracción minera.

Población desatendida

En el proyecto se trabajó en Guapi (Cauca), una comunidad con un número importante de población infantil expuesta a diversos problemas, entre ellos la falta de infraestructura, ausencia de alcantarillado, dificultades en la estructura física y desbordamiento de residuos sólidos, un escenario que hace que las prioridades de atención sean importantes.

En el marco de la investigación, los especialistas realizaron trabajo comunitario con los habitantes de Guapi, con quienes se hizo cartografía social. Además, de manera conjunta con el hospital local, se adelantaron programas de atención al adulto mayor, a hipertensos crónicos, recuperación nutricional, atención de urgencias y consultas prioritarias.

“Logramos no solo un trabajo relacionado con la malaria, sino también con el sistema de salud, que fue un aporte importante desde la Universidad, pues logramos participar de atención

en salud a través del grupo de especialistas en infectología, que nos acompañó en el municipio”.

Ante la percepción de la enfermedad por parte de la comunidad, Knudson señaló que desde la comunidad se cree que “nacieron con malaria”, una posición que hace difícil que adquieran un comportamiento diferente ante la enfermedad, y relacionan el aumento de los casos con la minería y la llegada de la retroexcavadora o el inadecuado uso de las estrategias para la prevención de la infección.

Pacífico, zona de transmisión

Aunque Colombia se considera una zona de baja transmisión de malaria en el escenario mundial, en las Américas se reportan zonas importantes como el Pacífico y la zona de la Amazonía.

En Colombia, 85% del territorio nacional alberga población con algún grado de riesgo y tiene ecosistemas con características que propiciarían la transmisión.

En este sentido, el Pacífico es una de las zonas con mayor riesgo, así como Urabá, Bajo Cauca, Alto Zenú, y las zonas de la Orinoquía y la Amazonía, el área de transición entre estas últimas.

“En esas zonas hay diferencias culturales, de adherencia al tratamiento, de parásitos, de especies circulantes, incluso, en la operatividad del sistema de salud, lo que lo hace una problemática más compleja”.

La investigadora también advirtió sobre lo preocupante de la situación de la malaria en el departamento de Guainía, donde se ha visto un aumento importante de los casos, de los cuales casi la tercera parte de ellos serían también responsabilidad de la especie *Plasmodium falciparum*.

Los coronavirus han causado tres epidemias importantes desde 2003, incluida la pandemia de SARS-CoV-2 en curso. En cada caso, la aparición de coronavirus en la especie humana se ha asociado con transmisiones zoonóticas de reservorios animales, lo que subraya la propensión de estos patógenos a extenderse y adaptarse a nuevas especies.

Entre los cuatro géneros reconocidos de la familia *Coronaviridae*, las infecciones humanas notificadas hasta ahora se han limitado a alfacoronavirus y betacoronavirus. Pero una reciente [investigación](#) identificó cepas de deltacoronavirus porcino en muestras de plasma de tres niños haitianos con enfermedad febril aguda indiferenciada.

Haití es parte de la isla Hispaniola y uno de los países más pobres del mundo. La población porcina local fue eliminada en la década de 1980 para erradicar la peste porcina africana del área, seguida de una repoblación posterior y continua desde América del Norte, Europa y China. La cría de cerdos en el país se encuentra en un nivel de subsistencia y, hasta la fecha no se habían reportado casos de infección por deltacoronavirus porcino (PDCoV) en cerdos.

Entre 2012 y 2020, se monitoreó la aparición de enfermedades entre niños atendidos en una clínica escolar gratuita en la región de Gressier. Como parte de los estudios, se recolectaron muestras de plasma de 369 niños con enfermedad febril aguda indiferenciada atendidos en la clínica entre mayo de 2014 y diciembre de 2015. Todas las muestras fueron examinadas para patógenos asociados con la fiebre, incluida la malaria y patógenos virales como los virus Dengue, Zika y Chikungunya. Las muestras negativas en estos ensayos se cultivaron luego para identificar posibles virus nuevos o emergentes. Los cultivos de tres de ellas fueron positivos para PDCoV.

Los tres niños presentaron antecedentes de fiebre pero se recuperaron sin problemas; dos de ellos informaron además tos y dolor abdominal.

Los análisis genómicos y evolutivos revelaron que las infecciones humanas fueron el resultado de al menos dos zoonosis independientes de distintos linajes virales que adquirieron la misma firma mutacional en los genes que codifican Nsp15 y la glicoproteína de pico. En particular, el análisis estructural predijo que uno de los cambios en la subunidad del pico S1, que contiene el dominio de unión al receptor, puede afectar la flexibilidad de la proteína y su unión al receptor de la célula huésped.

Este es el primer informe de infección por PDCoV en humanos, consistente con viremia y diseminación sistémica. La reciente divergencia filogenética de cepas humanas detectadas en Haití de sus cepas de cerdo más cercanas detectadas en China y Estados Unidos destaca lo poco que se conoce sobre la propagación del PDCoV y su introducción en Haití.

Los hallazgos son consistentes con un virus mantenido en la población porcina que es capaz de propagarse exitosamente a los humanos. Los niños infectados con PDCoV solo tenían una enfermedad leve, lo que sugiere que las cepas identificadas no representan una amenaza importante para la salud humana. Sin embargo, se debe hacer notar que este estudio solo identificó a niños sintomáticos que eran agudamente virémicos con PDCoV. Se necesitarán más estudios serológicos para identificar la frecuencia con la que ocurren tales infecciones en la

población haitiana en general, con la precaución de que los estudios serológicos pueden ser difíciles debido a la posible reactividad cruzada con coronavirus endémicos humanos.

No obstante, los datos destacan el potencial de zoonosis de PDCoV en poblaciones humanas, especialmente en regiones rurales o menos desarrolladas donde el contacto con animales domésticos es común.¹

¹ El papel de los animales en la transmisión de coronavirus a los humanos es un tema de considerable interés en la actualidad. El deltacoronavirus porcino causa una enfermedad grave en los cerdos caracterizada por diarrea por malabsorción, deshidratación, vómitos y alta mortalidad. Ocurre en todo el mundo en situaciones de producción porcina a gran y pequeña escala. Se transmite por vía fecal-oral, por lo que las personas, especialmente los niños que viven en estrecho contacto con los cerdos afectados, podrían estar expuestos. El hecho de que en las muestras de plasma analizadas se identificaran dos linajes del virus indica que los tres niños estaban efectivamente infectados. Si la transmisión del deltacoronavirus porcino de cerdo a humano es una ocurrencia común, parece desconcertante que no se haya descrito antes. Quizás nadie ha estado mirando.

Dado que el deltacoronavirus porcino se introdujo en la población de cerdos de América del Norte en 2014 y posteriormente se propagó a una parte significativa de la misma, la probabilidad de que cause una enfermedad grave y generalizada en humanos parece poco probable, ya que habría sido un nuevo patógeno no solo para los cerdos, sino también para los humanos que trabajan en esas granjas (la demografía etaria puede influir, ya que es probable que los niños tengan menos contacto directo con los cerdos en las grandes explotaciones de Estados Unidos). Sin embargo, puede haber ocurrido que no se lo buscó y/o no se lo reconoció como la causa de enfermedad diarreica y/o febril en humanos. Estudios serológicos en trabajadores de granjas porcinas ayudarían a esclarecer cuán infeccioso es realmente el virus, especialmente en granjas con circulación aguda y/o crónica del deltacoronavirus. Podría preguntarse si la circulación del coronavirus respiratorio porcino, el virus de la gastroenteritis transmisible y/o el virus de la diarrea endémica porcina (todos los cuales precedieron a la introducción del deltacoronavirus) ofrecieron algún nivel de inmunidad a los trabajadores de granjas porcinas, al igual que algunos de los coronavirus humanos estacionales han proporcionado contra el SARS-CoV-2.

La Unidad de Sanidad Animal y Zoonosis de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de Melilla informó un nuevo caso positivo de rabia animal en la Ciudad Autónoma, que ha sido diagnosticado por detección de antígeno en el laboratorio del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud 'Carlos III'.

Se trata del tercer caso de rabia diagnosticado en menos de tres meses en la ciudad de Melilla, que en la actualidad se encuentra en nivel de alerta 1 por rabia, declarado a raíz del segundo caso.



Imagen del perro diagnosticado con rabia.

En esta ocasión, se ha dado en una perra asilvestrada, mestiza, joven y de capa negra, que se encontraba el 5 de diciembre de 2021 en la carretera de circunvalación próxima al paso fronterizo de Mariguari. El animal estaba acompañado de personas que estaban intentando alimentarlo y presentaba síntomas de incoordinación.

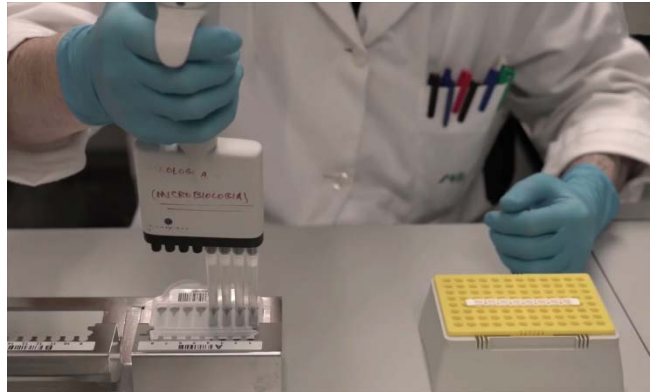
Por ello, el ejemplar fue recogido y trasladado al Centro de Observación, donde tras entrar en coma murió por parálisis respiratoria al día siguiente sin mostrar ningún otro síntoma. La muestra para su análisis al Centro Nacional de Microbiología fue enviada el día 7 de diciembre, confirmándose el resultado el día 13.

La Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Ciudad Autónoma recordó que la vacunación antirrábica anual en la ciudad es obligatoria y gratuita para perros, gatos y hurones con más de tres meses de edad.²

² Melilla es una ciudad autónoma española situada en el norte de África, a orillas del mar Mediterráneo. Enclavada en el corazón de la región del Rif, alberga una población de 86.487 habitantes (2019). En el período previo a la pandemia de COVID-19, la ciudad recibía cada día una significativa población flotante, principalmente de la provincia marroquí de Nador.

Se extiende sobre unos 12 km² de superficie en la parte oriental del cabo de Tres Forcas. Limita por mar con el mar de Alborán (al este) y con Marruecos por tierra, concretamente con las comunas de Mariguari y Farhana al norte y el oeste y con la ciudad de Beni-Enzar al sur. También está incluida en la zona geográfica natural de Guelaya.

La tuberculosis importa en España, a juzgar por la nutrida asistencia a las últimas Jornadas Internacionales de la [Unidad de Investigación de Tuberculosis \(UITB\)](#) de Barcelona: 37 ponentes y 858 asistentes entre presenciales y virtuales para dialogar sobre cómo marchan los trabajos por controlar esta enfermedad transmisible. Porque, a pesar de que el común de los mortales la asocia a países pobres, España es el segundo estado de Europa Occidental con mayor prevalencia por detrás de Portugal de una patología que ha ocupado el primer puesto en el ranking de las infecciosas más mortales del mundo hasta la llegada de la COVID-19.



Trabajo de laboratorio en Serveis Clínics, centro de la red sanitaria pública de Barcelona especializado en el tratamiento de tuberculosis en personas en riesgo de exclusión.

Si un sentimiento dominó este encuentro de epidemiólogos, médicos y otros expertos de salud pulmonar fue la preocupación y la incertidumbre debido a que la pandemia ha provocado que los avances logrados en los últimos años tanto en diagnóstico como tratamiento y prevención hayan dado un paso atrás. [La Organización Mundial de la Salud \(OMS\) publicó cifras al respecto](#) hace un mes escaso que confirmaron esos temores: 1,5 millones de personas murieron en 2020, y este año fue el primero de la última década en el que la cifra ascendía en vez de disminuir.

No fue esta la única mala noticia: el infradiagnóstico y la falta de acceso a tratamientos por el impacto de la pandemia dejaron a otros cientos de miles sin saber que están contagiados y que, por tanto, no se medican, no se curan y, peor aún, pueden contagiar a su alrededor. En 2020 se realizaron 5,8 millones de confirmaciones frente a los 7,1 millones del año anterior. El 21% de las personas infectadas que no fueron diagnosticadas en 2020, según los cálculos de la OMS, van a ocasionar un exceso de mortalidad de 500.000 individuos sobre los objetivos propuestos por la propia organización en la estrategia mundial [End TB](#).

Pese a que se trata de una enfermedad de declaración obligatoria y de que España cuenta con un [Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis](#), no se han publicado cifras oficiales a nivel nacional sobre el año 2020. Las más precisas vienen de los boletines semanales de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud 'Carlos III' y no son del todo exactas porque no siempre se notifican por esta vía todos los casos desde los centros sanitarios. [El último número de 2020](#) recoge 1.290 positivos frente a los 2.242 de 2019, un descenso en línea con las observaciones de la OMS a nivel mundial. Hay comunidades que no han publicado información actualizada: los últimos números de Catalunya son de [2017](#); los de Madrid, de [2016](#), igual que los de [Castilla y León](#); los de Asturias, de [2018](#). Otras, sin embargo, sí lo han hecho y observan también una reducción de la incidencia: en [Andalucía](#), 14% menos; en [Galicia](#), 22,5% y en la [Comunidad Valenciana](#), 9,2%.

En este congreso hubo algunos ponentes que mostraron los datos que han recabado ellos mismos durante los meses pandémicos y que les han llevado a dar la voz de alarma. Por

ejemplo, una encuesta realizada en varios hospitales en España describió cambios sustanciales en la atención clínica: las visitas de seguimiento se cancelaron o retrasaron en 76,9% de los casos, así como los programas de detección de contactos domésticos, que sufrieron cambios en 53,8% de los que respondieron a la encuesta. “Nuestro centro fue cerrado el 19 marzo de 2020 a cal y canto y todo el personal fue trasladado para ayudar en tareas asistenciales para COVID-19. Nos convertimos de un día para otro de expertas tisiólogas a *covidólogas* forzadas”, afirmó María Luisa De Souza, neumóloga en la Unidad de Tuberculosis de Drassanes, dependiente del Hospital Universitario ‘Vall d’Hebron’ de Barcelona. Este empeoramiento va en línea con los datos globales de la OMS, que indican una reducción en la atención que afectó a 1,4 millones de personas en comparación con 2019.

Otro estudio llevado a cabo por la Dra. María Luisa Aznar, del servicio de enfermedades infecciosas del Hospital ‘Vall D’Hebron’, evaluó los cambios en el manejo de pacientes en 13 hospitales españoles. Y todos los indicadores empeoraron: se redujo el número de empleados en las unidades de tuberculosos, se cambiaron rutinas de trabajo en la mayoría de ellos, hubo centros que refirieron retrasos en la realización de pruebas de laboratorio y en el acceso a otros exámenes diagnósticos... También en casi todos, las visitas de seguimiento fueron canceladas o retrasadas.

Asimismo, y coincidiendo con los datos globales de la OMS, se diagnosticaron menos pacientes en estos 13 hospitales durante 2020 que en 2019: 79 frente a los 90 de antes de la pandemia, pero no porque menos gente hubiera enfermado, sino por las dificultades mencionadas, sostuvo la experta.

Otro dato preocupante es el del estado de salud de los enfermos cuando fueron diagnosticados, pues todos los doctores que abordaron esta cuestión coincidieron en que con frecuencia encontraron lesiones y un estado de la dolencia más avanzado de lo que solían ver antes de la COVID-19, lo que sugiere también que estos pacientes tardaron más en poder acceder a la atención sanitaria. “La infección ha vuelto a las urgencias después de todo lo que hemos luchado: los enfermos llegan con radiografías muy evolucionadas, con infecciones diseminadas y con mortalidad. Tuvimos el caso de un varón pakistaní de 44 años con sida y tuberculosis, y que además estaba ingresado por COVID-19 y murió”, lamentó De Souza.

La encuesta de Aznar también coincide en este extremo porque los médicos consultados afirmaron haber encontrado más lesiones bilaterales en la radiografía de tórax (un signo de la enfermedad en un grado más avanzado). “Los pacientes diagnosticados con la variante pulmonar en 2020 presentaban formas más extensas que los diagnosticados en 2019”, concluyó la infectóloga.

Retrasos en el diagnóstico

La tuberculosis es una patología antiquísima causada por *Mycobacterium tuberculosis*, similar a la COVID-19: ambas son infecciosas, se transmiten a partir de gotículas expelidas por una persona contagiada al toser o al exhalar y los síntomas son similares, lo que puede también provocar un retraso en el diagnóstico. “Como ejemplo, un varón de 45 años, fumador, que tosía y pensaba que era COVID-19; cuando finalmente ya fue al neumólogo, resultó que tenía tuberculosis. Es una muestra de que el retraso en el diagnóstico también se debe a que se confunden los síntomas con los de la COVID-19”, expuso De Souza.

Una de las características de *M. tuberculosis* es que puede vivir en el cuerpo humano sin hacer que el paciente enferme, así que éste no presenta ningún síntoma, ni se siente mal ni puede contagiar, pero en caso de que su sistema inmunitario se debilite, el individuo enfermará.

Para evitarlo es fundamental rastrear a los contactos de aquellas personas con tuberculosis contagiosas y, si resultan portadoras, aunque sea de manera latente, ponerlas en tratamiento.

De ahí la importancia de los estudios de contactos, que también han sufrido interrupciones a causa de la pandemia. Según los resultados de la encuesta de Aznar, en España se ha producido un incremento de la infección latente en los contactos familiares en edad pediátrica, lo que también sugiere un mayor retraso en el diagnóstico y el aumento del contagio intrafamiliar. De hecho, esto último ha sido favorecido por las medidas anti-COVID-19 del inicio de la pandemia, puesto que los confinamientos domiciliarios sí pudieron impedir que una persona contagiada infectara a otros fuera, pero quienes vivían con ella, como los niños, sí estuvieron más expuestos. “Se decía que los pacientes con síntomas de COVID-19 se quedaran en casa y eso hizo que personas que en realidad tenían tuberculosis no fueran diagnosticadas. El confinamiento ha provocado más tiempo de convivencia y, por tanto, más posibilidad de casos secundarios dentro de la unidad de convivientes”, señaló Aznar. Según sus estimaciones, de los niños estudiados por ser contacto cercano a un contagiado, se diagnosticaron 8 de 26 con la infección activa en 2020, mientras que en 2019 no hubo ninguno.

En Andalucía también los profesionales de Enfermedades Infecciosas y Neumología [registraron un descenso](#) en los principales indicadores: en el índice de confirmación microbiológica y de estudios de resistencias, en estudios de contactos realizados y en las finalizaciones de tratamiento.

Sin embargo, otros expertos apuntaron a que las medidas de distanciamiento y el uso de barbijo han ayudado a rebajar la transmisión. Así lo han observado en Galicia, la comunidad con mayor incidencia de España. Según una [investigación](#) de un grupo de epidemiólogos sobre el impacto de la COVID-19 en la atención a esta patología en la autonomía, tal reducción puede deberse a varias razones: la infradeclaración, el retraso diagnóstico a consecuencia del desvío de recursos sanitarios, la saturación de los servicios asistenciales y la reticencia de la población a buscar atención médica por temor a exponerse al SARS-CoV-2.

No obstante, este grupo cree que la explicación más adecuada para Galicia es que funcionó la adopción de medidas de confinamiento, uso de barbijo y distanciamiento físico, ya que en esta comunidad las Unidades de Tuberculosis sí conservaron su estructura y funciones básicas durante la pandemia y se pudo mantener la asistencia inmediata.

En lo que va de 2021, sin embargo, ya se han registrado más casos en España que en todo el periodo anterior, según recoge el boletín del Instituto de Salud ‘Carlos III’: [1.648](#) hasta diciembre, algo que puede apoyar la teoría de que la reducción de 2020 se debió al impacto de la COVID-19 en la atención sanitaria y no a un descenso real de positivos.

Faltan medicamentos esenciales

Hay otro problema para el tratamiento que va más allá de las dificultades causadas por la pandemia y que se ha denunciado ampliamente durante estas jornadas: la falta de medicamentos esenciales. Existe cura para esta enfermedad, pero puede ser mortal si no se trata o si no se diagnostica a tiempo. Además, los tratamientos son largos, de seis meses en los casos más sencillos y de hasta 32 para formas resistentes a medicamentos, y presentan frecuentemente efectos secundarios en la salud de los pacientes que empujan a que estos no los terminen, con lo que se arriesgan a que la infección desarrolle resistencias a los antibióticos y, por tanto, sea más difícil de tratar.

Por una parte, hay problemas de abastecimiento sistemáticos de los fármacos que contienen rifampicina, que es uno de los principios activos utilizados en los tratamientos de primera

línea, lo que está complicando que los pacientes accedan a los mismos. Sin ellos, es necesario emplear otros considerados de segunda línea que obligan a alargar el tratamiento. Además, sigue sin financiarse por parte del Sistema Nacional de Salud la bedaquilina, que es otro fármaco esencial, según la OMS, para tratar a los enfermos de las variantes multirresistentes.

Por último, se ha reclamado que la Agencia Europea del Medicamento (EMA) apruebe la rifapentina, algo que sí se ha logrado en Estados Unidos. Se trata esta de una medicina que ha demostrado acortar el tiempo de tratamiento de la tuberculosis pulmonar pasando de seis a cuatro meses y que también se ha visto que funciona bien en la cura de la infección latente.



El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón en Tokio informó 7.134 casos de sífilis hasta el 5 de diciembre, la primera vez que esto sucede en décadas.

Las prefecturas que han informado el mayor número de casos son las de Tokio (2.226), Osaka (761) y Aichi (379).

La sífilis fue una enfermedad incontrolable en Japón hasta poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, pero el total de casos reportados disminuyó a varios cientos anuales hasta 2011, cuando comenzó un repunte.

Japón reportó más de 5.000 casos de sífilis tres años seguidos y dos años consecutivos con más de 6.000 casos. Antes de 2018, la última vez que Japón vio más de 6.000 casos de sífilis fue hace 48 años.

El dengue es endémico en Pakistán, y el último brote notable, con 53.498 casos y 95 muertes, ocurrió entre septiembre y diciembre de 2019.

En 2021, hasta el 25 de noviembre, se notificó un total de 48.906 casos, incluidas 183 muertes (tasa de letalidad de 0,4%) en cuatro provincias –Punjab, Khyber Pakhtunkhwa, Sindh y Baluchistán– y el Territorio de la Capital de Islamabad, administrado por el gobierno federal, y los territorios autónomos de Azad Jammu y Kashmir.

Hasta el 25 de noviembre, la provincia de Punjab reportó el mayor número de casos con 24.146 casos y 127 muertes (tasa de letalidad de 0,5%), lo que representa 49,4% y 69,4% de todos los casos y muertes, respectivamente. Las muertes se registraron principalmente en el distrito de Lahore.

Khyber Pakhtunkhwa, una provincia fronteriza con Afganistán, informó el segundo mayor número de casos con 10.223, lo que representa 21% de todos los casos y 10 muertes (tasa de letalidad de 0,1%).

La provincia de Sindh reportó 5.548 casos con 24 muertes (tasa de letalidad de 0,4%), seguida por el Territorio de la Capital de Islamabad con 5.261 casos y 21 muertes (tasa de letalidad de 0,4%), la provincia de Baluchistán con 2.054 casos, y los territorios autónomos de Azad Jammu y Kashmir, con 1.674 casos y una muerte (tasa de letalidad de 0,1 %).

Respuesta de salud pública

Los departamentos de salud federales y provinciales están implementando medidas de salud pública, que incluyen las siguientes actividades de vigilancia y control de vectores:

- Como parte del Manejo Integrado de Vectores, se están llevando a cabo actividades de vigilancia de las larvas de *Aedes* y de fumigación espacial en la provincia de Punjab. Entre el 16 y el 25 de noviembre, los índices de larvas de *Aedes* en todos los hogares (porcentaje de casas infestadas con larvas o pupas) y los índices de contenedores (porcentaje de contenedores con agua infestados con larvas o pupas) cayeron por debajo de 2, menor que el umbral de 5. Con la inauguración de un hospital de campaña en Lahore, se llevaron a cabo fumigaciones y controles al azar en Rawalpindi y la ciudad de Islamabad.
- En Islamabad, se han puesto en marcha actividades coordinadas multisectoriales que incluyen vigilancia de vectores, gestión de criaderos de mosquitos, búsqueda activa de casos y contactos, manejo clínico de pacientes, gestión de desechos, fumigación espacial y residual en interiores para controlar el brote.
- En la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, se están llevando a cabo actividades de vigilancia y control de vectores en diez Consejos de la Unión del distrito de Peshawar, con una campaña especial sobre actividades de vigilancia y control de vectores lanzada del 4 al 13 de noviembre hasta el 18 de noviembre.
- En Sindh, las actividades de vigilancia y control de vectores se llevan a cabo según las necesidades.

- En Baluchistán, en junio y julio se llevaron a cabo operaciones selectivas de fumigación residual en interiores en el distrito de Kech. Las actividades de gestión de sitios de reproducción y fumigación espacial se llevan a cabo de manera ad hoc en ciertos puntos críticos en el distrito de Kech para responder a los casos por la Administración del Distrito.

La oficina de la OMS en el país está apoyando al gobierno de Pakistán mediante la realización de las siguientes actividades de respuesta:

- Fortalecimiento de la vigilancia de casos basada en laboratorios y hospitales en todas las provincias endémicas y a nivel nacional, utilizando las disponibilidades existentes de Vigilancia Integrada de Enfermedades (IDS), epidemiología de campo y células de vigilancia del dengue.
- Establecimiento de un centro de recopilación de datos e informes en la oficina de la OMS en el país.
- Suministro de kits de diagnóstico, medicamentos, plaguicidas y mosquiteros tratados con insecticida de larga duración necesarios para garantizar la continuidad de la atención esencial en todos los niveles, además del suministro de mosquiteros para los pacientes de los hospitales de Karachi, provincia de Sindh.
- Capacitación a proveedores de atención médica de todas las provincias y distritos endémicos sobre el manejo de casos de dengue en varios niveles del sistema de prestación de atención médica.
- Capacitación sobre vigilancia y control de vectores, incluida la reducción de criaderos durante las visitas domiciliarias a nivel regional. Los aprendices incluyeron entomólogos seleccionados de programas y académicos nacionales y provinciales.
- Colaboración con socios y ministerios de salud nacionales y provinciales en campañas de sensibilización comunitaria mediante el suministro de material de información, educación y comunicación.

Evaluación de riesgos de la OMS

El dengue es una infección viral transmitida por mosquitos causada por cuatro tipos del virus (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4). La infección con un serotipo proporciona inmunidad a largo plazo al serotipo homólogo, pero no a otros serotipos. Las infecciones secundarias ponen a las personas en mayor riesgo de dengue grave, lo que conduce a ingresos hospitalarios. En Pakistán, el dengue es endémico con informes de aumentos repentinos estacionales de casos y circulación de los diferentes serotipos en varias partes del país. *Aedes aegypti* y *A. albopictus* son vectores ampliamente adaptados a entornos urbanos y periurbanos. Como el dengue es recurrente en el país, la población puede estar en riesgo de reinfección y, por lo tanto, de complicaciones graves si no se trata de manera oportuna y adecuada.

La actual pandemia de COVID-19 afecta la capacidad del sistema nacional de salud, por lo que los brotes concurrentes de enfermedades transmisibles presentan un alto riesgo de impactos graves en la salud.

Este brote subraya la necesidad de mejorar la vigilancia de los vectores y la capacidad de laboratorio para una adecuada detección de casos, sensibilizar a los proveedores de atención médica sobre la gestión de casos y mejorar la vigilancia de la enfermedad febril aguda en Pakistán para definir mejor la carga de morbilidad y los patrones de estacionalidad.

Consejo de la OMS

La proximidad de los criaderos de mosquitos a las viviendas humanas es un factor de riesgo significativo para la infección por el virus del dengue. No existe un tratamiento específico para la infección por dengue, pero la detección temprana y el acceso a la atención médica adecuada reducen el dengue grave y la mortalidad. Además, la prevención y el control del dengue dependen de medidas efectivas y sostenidas de control de vectores.

La OMS promueve el enfoque estratégico conocido como Manejo Integrado de Vectores (MIV) para controlar los mosquitos vectores, incluido *Aedes* spp.. Se deben mejorar las actividades de MIV para eliminar los posibles sitios de reproducción, reducir las poblaciones de vectores y minimizar la exposición individual. Esto debería incluir estrategias de control de vectores para larvas y adultos (es decir, gestión ambiental y reducción de criaderos, y medidas de control químico), así como estrategias para proteger a las personas y los hogares. Las actividades de control de vectores deben centrarse en todas las áreas donde hay contacto humano-vector (lugar de residencia, lugares de trabajo, escuelas y hospitales).

Las actividades de control de vectores pueden incluir cubrir, drenar y limpiar semanalmente los contenedores domésticos de almacenamiento de agua.

Para evitar las picaduras en interiores, se recomienda la aplicación en la piel de loción o aerosoles repelente de mosquitos, el uso de productos insecticidas domésticos en aerosol, espirales para mosquitos o tabletas insecticidas termoevaporables. Los accesorios del hogar, como los mosquiteros de las puertas y ventanas y el aire acondicionado, también pueden reducir las picaduras. Dado que los mosquitos *Aedes* pican durante el día, con actividad máxima al amanecer y al anochecer, se recomiendan medidas de protección personal, incluido el uso de ropa para minimizar la exposición de la piel. Durante las actividades al aire libre, se pueden aplicar repelentes de mosquitos en la piel expuesta o en la ropa. Los mosquiteros tratados con insecticida ofrecen una buena protección a las personas que duermen al aire libre o durante el día (por ejemplo, bebés, personas postradas en cama y trabajadores nocturnos), incluidos los pacientes con dengue en hospitales, y por la noche para prevenir las picaduras de mosquitos.

Además, se debe seguir mejorando la vigilancia de vectores y de casos humanos en todas las zonas afectadas y en todo el país. Se espera que se sigan transmitiendo mensajes clave de salud pública sobre la reducción del riesgo de transmisión del dengue entre la población. Se debe sensibilizar a los trabajadores de la salud comunitarios sobre estos mensajes clave que se promoverán en todas las áreas afectadas.

La OMS no recomienda ninguna restricción general o comercial con Pakistán con base en la información disponible para este evento.

Las autoridades sanitarias senegalesas declararon un brote de fiebre del Valle del Rift el 10 de noviembre de 2021 tras la confirmación del primer caso en el distrito sanitario de Gossas, región sanitaria de Fatick. Tras esta confirmación, el equipo del distrito sanitario de Gossas llevó a cabo una investigación epidemiológica en torno al caso confirmado el 11 de noviembre de 2021.

El 12 de noviembre de 2021, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar confirmó un segundo caso en el distrito sanitario de Diofior, región sanitaria de Fatick, y esto provocó el despliegue de un equipo de respuesta multidisciplinar en los dos distritos sanitarios afectados para una investigación en profundidad.

Al 18 de noviembre, se han reportado tres casos, sin muertes asociadas, en los distritos afectados que han reportado al menos un caso de fiebre del Valle del Rift hasta el momento.

El caso confirmado en el distrito sanitario de Gossas es un pastor de 18 años que vive con su familia cerca de la aldea de Dekhayé. Acudió a consulta médica al puesto sanitario de Ndiene Lagane el 2 de noviembre, con síntomas de fiebre, dolor de cabeza y erupción maculopapular generalizada. Se realizó una prueba de diagnóstico rápido de malaria y el resultado fue negativo. El historial adicional del paciente reveló que había pasado tres meses con su rebaño en el área de Linguère mientras bebía leche sin pasteurizar, consumía carne poco cocida y ayudaba a las ovejas a parir sin ninguna protección personal. Además, el paciente refirió haber dormido junto a su rebaño durante estos tres meses sin mosquiteros ni repelentes de mosquitos.

Esto llevó a los proveedores de atención médica a tomar una segunda muestra de sangre, que se envió al Instituto Pasteur de Dakar el mismo día (2 de noviembre) y se confirmó la fiebre del Valle del Rift el 10 de noviembre mediante la prueba de ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

El segundo caso confirmado es el del distrito sanitario de Diofior, un estudiante de 14 años que vive en la aldea de Ndiol Khokhane, sin antecedentes de viajes durante los últimos 15 días antes del inicio de la enfermedad, el 4 de noviembre. Presentaba antecedentes de enfermedad física repentina, fatiga, dolor corporal generalizado y escalofríos, y al día siguiente (5 de noviembre) fue llevado al puesto sanitario de Djilass para una consulta médica, donde dio negativo en la prueba para malaria. El paciente fue trasladado al Centro de Salud de Diofior, donde se detectó ictericia y se recolectaron muestras para su posterior investigación. Las investigaciones de laboratorio del Instituto Pasteur en Dakar confirmaron que era positivo para la fiebre del Valle del Rift el 12 de noviembre.

Acciones de salud pública

- Se envió un equipo de investigación multidisciplinario a los distritos sanitarios afectados para evaluar el riesgo de propagación y proporcionar recomendaciones para el control del brote.
- Se siguen tomando muestras de sangre de los casos sospechosos y se envían al Instituto Pasteur de Dakar para su análisis.

- Se llevó a cabo una sesión informativa sobre la vigilancia de arbovirus, incluida la fiebre del Valle del Rift, para el personal de salud regional y los equipos de gestión de distrito en la región afectada.
- Se están llevando a cabo actividades de sensibilización para líderes comunitarios y criadores de animales sobre la fiebre del Valle del Rift.

Interpretación de la situación

Senegal es uno de los países de África Occidental que a menudo ha experimentado brotes de fiebre del Valle del Rift. Los factores de exposición a la enfermedad que se identifican con frecuencia incluyen la profesión de criador, la presencia de animales sospechosos en las proximidades de los casos notificados, el uso precario de mosquiteros, el contacto o manipulación de tejidos de animales sospechosos y el estilo de vida trashumante.

Acciones propuestas

- Se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica adoptando el enfoque de Una Sola Salud para detectar rápidamente los casos en animales y así prevenir la aparición de casos humanos.
- Los proveedores de atención médica deben recibir información periódica sobre la definición de caso de fiebre del Valle del Rift y la notificación de casos sospechosos.
- Es fundamental fortalecer la conciencia de las comunidades sobre la enfermedad y las medidas de prevención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desplegado una fuerza de tareas de respuesta rápida en Sudán del Sur para investigar una misteriosa enfermedad que ha dejado al menos 89 personas muertas.

El Ministerio de Salud de Sudán del Sur ha informado de una enfermedad de rápida propagación en la ciudad norteña de Fangak, en el estado de Jonglei, que los científicos locales no han podido identificar.



La región se vio afectada recientemente por graves inundaciones, y los funcionarios de salud se encargaron de recolectar muestras para ayudar a identificar la enfermedad mortal.

Los funcionarios de salud locales en Fangak dijeron que las muestras iniciales de los enfermos arrojaron resultados negativos para cólera.

Sheila Baya, portavoz de la OMS, dijo que el equipo de científicos tuvo que llegar a Fangak en helicóptero debido a las inundaciones. Agregó que el grupo está esperando transporte para regresarlos a la capital, Juba, el 15 de diciembre.

“Decidimos enviar un equipo de respuesta rápida para realizar una evaluación e investigación de riesgos, y se recolectaron muestras de los enfermos, pero provisionalmente la cifra que obtuvimos es de 89 muertes”, dijo Baya.

El ministro de Tierras, Lam Tungwar Kueigwong, dijo que las graves inundaciones han aumentado la propagación de enfermedades como la malaria y han causado desnutrición en los niños debido a la escasez de alimentos en los estados del norte. “El petróleo de los campos de la región ha contaminado el agua, lo que provocó la muerte de animales domésticos”, dijo.

Médicos Sin Fronteras, que opera en la zona, dijo que el sufrimiento causado por las inundaciones, incluida la escasez de alimentos y las enfermedades, está ejerciendo presión sobre las instalaciones de salud.

“Estamos extremadamente preocupados por la desnutrición, con niveles de desnutrición aguda severa dos veces mayor que el umbral de la OMS. El número de niños ingresados en nuestro hospital con desnutrición severa se duplicó desde el inicio de las inundaciones”, informaron desde la ONG.

Sudán del Sur ha estado enfrentando una catastrófica crisis humanitaria cuando inundaciones extremas azotaron el país por tercer año consecutivo.

Las agencias humanitarias advirtieron que la situación amenaza con provocar un brote de enfermedades transmitidas por el agua y malaria, y provocar inseguridad alimentaria y desnutrición.

Las inundaciones han impedido a las comunidades acceder a suministros de alimentos y otros productos básicos vitales, ya que más de 700.000 personas se han visto afectadas por las peores inundaciones en casi 60 años.

La Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) dijo que el cambio climático era el culpable.

“Casi una década después de que Sudán del Sur obtuvo su independencia luego de una guerra, enfrenta la amenaza de conflicto, cambio climático y COVID-19”, dijo en marzo el jefe saliente de la misión de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el país.

Casi toda la población depende de la ayuda alimentaria internacional, y los organismos y grupos de ayuda de la ONU proporcionan la mayoría de los servicios básicos, como la salud y la educación.



Zimbabwe está experimentando en este momento un brote de carbunco. En la semana epidemiológica 44 de 2021 se notificaron nueve casos nuevos de carbunco, sin registrarse muertes.

Los casos fueron notificados por los distritos Gokwe North (2), Gokwe South (4) en la provincia de Midlands; el distrito de Goromonzi (1) en la provincia de Mashonaland East; los distritos de Hurungwe (1) y Makonde (1) en la provincia de Mashonaland West.

En 2021, hasta la semana epidemiológica 44, las cifras acumuladas de carbunco son 212 casos, sin muertes.

Este brote comenzó en la semana epidemiológica 36 de 2019 y afectó principalmente a los distritos de Buhera, Gokwe North y Gokwe South, pero un aumento de casos comenzó a emerger en la semana epidemiológica 38, cuando se empezaron a informar casos en algunas otras áreas.

Las cifras acumuladas de carbunco en 2020 son 747 casos y 3 muertes.

La COVID-19 ha expuesto la cara más impactante de lo que supone una crisis sanitaria mundial: una infección aguda, de fácil transmisión respiratoria, que colapsa urgencias y genera un gran volumen de ingresos hospitalarios, de asistencia en unidades de cuidados intensivos y de muertes en poblaciones frágiles.

Con independencia de donde se originó el fenómeno, las primeras olas registradas afectaron principalmente a Europa y otros países desarrollados, con lo que la repercusión económica y mediática fueron espectaculares. Durante meses, todos los medios de comunicación han venido abriendo sus ediciones con noticias sobre la pandemia. Simultáneamente han aparecido expertos en todos los rincones, y se han vivido momentos de bastante confusión sobre las decisiones a tomar, individual y colectivamente.

Todos han estado y están atentos a la COVID-19, eso es indiscutible. Sin embargo, hay otras pandemias en curso cuya percepción social y sanitaria es muy diferente, como la del virus del papiloma humano (VPH). Y eso pese a que globalmente se estima el número de casos de cáncer generados por las infecciones por el VPH en unos 600.000 por año y el número de fallecimientos en unos 300.000 por año.

Una de cada diez mujeres en riesgo oncológico por el VPH

Si se escoge una muestra representativa de la población femenina entre 30 y 60 años en buen estado de salud en un país europeo desarrollado, se toman muestras cervicales rutinarias de los controles ginecológicos, y se utiliza una tecnología actual para detectar la presencia de infecciones por VPH –semejante a la conocida reacción en cadena de la polimerasa (PCR) nasal para la COVID-19–, se encontrará que entre 8% y 10% de las mujeres en la muestra tendrán una citología cervical normal, pero analíticamente serán portadoras de una infección por VPH, en general de un tipo viral de alto riesgo oncológico.

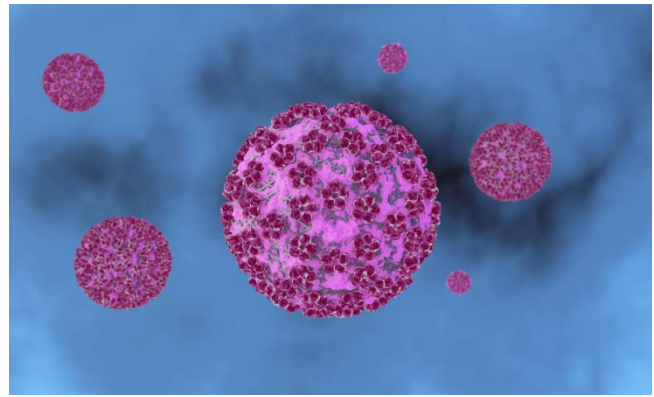
Esta prevalencia es máxima entre las mujeres jóvenes y decrece progresivamente con la edad. Las prevalencias en la población masculina son en general más elevadas y no decrecen significativamente con la edad.

Las personas que se infectan por VPH y eliminan la infección espontáneamente nunca sabrán que la han pasado. Sin embargo, en una pequeña proporción de los casos, las infecciones no se resuelven y pueden acabar originando una enfermedad grave, potencialmente mortal si no se trata bien y a tiempo. El intervalo entre la infección y la enfermedad suele durar años, durante los cuales tampoco hay señales clínicas que motiven consultas médicas.

Un virus que causa cáncer

Se estima el número global de casos de cáncer generados por las infecciones por el VPH en unos 600.000 por año y el número de fallecimientos en unos 300.000 por año. Sin duda, el cáncer más importante causado por el VPH es el del cuello uterino. Pero al VPH se le atribuyen también fracciones importantes de los tumores de vulva (50%) y vagina (80%), de pene y escroto (40%), de canal anal (80%) y de amígdala y orofaringe (40%) en ambos sexos.

Se trata, pues, de un problema significativo de salud pública y de inequidad social. Porque, efectivamente, la mayoría de los casos y de las muertes asociadas se producen en países de bajo nivel de desarrollo de África, América Latina y Asia.



Una infección inadvertida

¿Cómo es posible que esta infección se haya expandido mundialmente en estas proporciones, pasando inadvertida salvo para las víctimas y para la sanidad asistencial? Existen varios motivos:

1. Porque no hay una fase de enfermedad aguda

Excepto las verrugas genitales, que son la expresión clínica florida de una infección por VPH de bajo riesgo (VPH 6 y 11), las infecciones de riesgo oncológico (representadas por el VPH 16, 18, 45, 31, 33, 52 y 58 y otros menos frecuentes) se adquieren y se resuelven o quedan persistentes durante años, sin presentar ninguna manifestación clínica. En estas circunstancias no hay consulta médica, no hay seguimiento, no hay tratamiento y la transmisión entre parejas se multiplica de forma silenciosa.

Si el sistema de cribado es muy pobre o inexistente (como ocurre en gran parte de los países en desarrollo), las lesiones preneoplásicas progresarán a cánceres invasivos y el diagnóstico se realizará en fases más avanzadas, con tratamientos más agresivos y con menor probabilidad de supervivencia.

2. Porque hay alternativas de prevención en poblaciones con acceso a cribados

Los países desarrollados incorporaron a sus rutinas asistenciales las revisiones preventivas del cáncer de cuello uterino basadas en visitas frecuentes y repetidas en las que se examinan células exfoliadas del cuello uterino y fondo vaginal. Esta estrategia, iniciada a partir de la década de 1950 con la citología, consiguió reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países en los que se organizaron programas sistemáticos de larga duración incluyendo a la mayor parte de la población. Este tipo de cribado ha mejorado su eficacia con las nuevas tecnologías de detección viral de uso más generalizado en países desarrollados.

Durante años, la consideración sanitaria en los países ricos era que este era un tumor “resuelto” para el que ya se disponía de métodos de diagnóstico precoz y que los casos que escapaban a esta detección eran pocos y asumibles. La realidad es que en España se estima que hay unos 2.000 casos nuevos y unas 800 muertes cada año por cáncer de cuello uterino.

La otra cara de la moneda es que la mayor parte de los países tiene únicamente programas parciales, basados en poblaciones urbanas y ofertados a los niveles socioeconómicos altos, con un impacto preventivo limitado o anecdótico en continentes enteros: África, América Latina y Asia.

3. Porque la patología más violenta afecta primordialmente a mujeres pobres de países pobres.

El dramático ejemplo de la COVID-19 a fines de 2021 refleja una vez más el vacío socioeconómico en el acceso a las vacunas. La OMS reclama una y otra vez que la equidad de acceso

a la vacunación sea una prioridad en las agendas internacionales, que mantienen las discusiones sobre terceras dosis y dosis de refuerzo en Europa mientras que los países más pobres no han tenido todavía acceso a la primera dosis en porcentajes importantes de su población más frágil.

Las complejas interacciones entre política, economía y sanidad tienen aquí su expresión más cruda.

Arte y pandemia



Dos paseadoras de perros pasan delante de un muro con grafitis que representan el SARS-CoV-2 en Bogotá el 8 de octubre de 2020, en medio de la pandemia de 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 reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.