

ARGENTINA

- El estatus de vacunación contra la COVID-19 en plena tercera ola
- Vigilancia de enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- Organización de los servicios de salud en el contexto de alta circulación de virus respiratorios, incluido el SARS-CoV-2
- Estados Unidos: Alta prevalencia en garrapatas de Pennsylvania de un virus relacionado con el Powassan

- Nicaragua: Elevado número de casos de malaria por segundo año consecutivo

- República Dominicana: Los casos de malaria se redujeron 65% en 2021

EL MUNDO

- África: Aumenta la criminalización de las mujeres con el VIH que dan el pecho a sus bebés
- España: El 40% de la población sufre altos niveles de contaminación
- Europa: La Región podría estar en una fase de estabilización de la pandemia de COVID-19

- India: Reapareció en Karnataka después de dos años la enfermedad de la Selva de Kyasanur

- Irán: Más de 10.000 casos de leishmaniosis cutánea en los últimos 10 meses

- Kiribati: Dos tercios de los pasajeros del primer vuelo al país son diagnosticados con COVID-19

- Reino Unido: Un aumento en los casos de meningitis podría estar relacionado con los confinamientos

- Rusia: Nuevo record diario de casos de COVID-19

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.

Desde el inicio del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, de las 95.809.681 dosis de alguna de las vacunas autorizadas de emergencia distribuidas en el país, se aplicaron 84.830.733, según el Monitor Público de Vacunación¹, el registro online del Ministerio de Salud que muestra en tiempo real el operativo de inmunización en todo el territorio argentino.

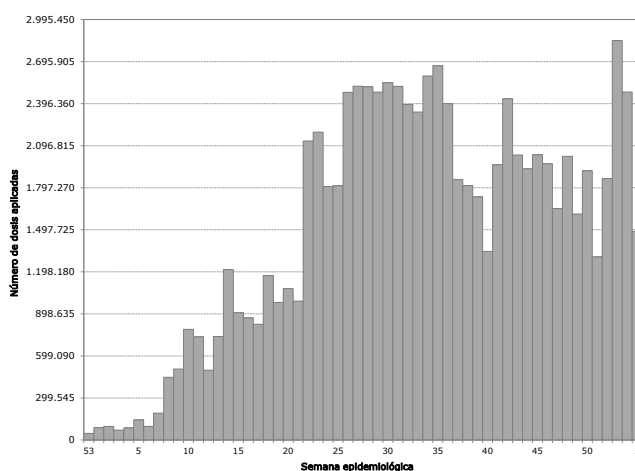
Ahora bien, al momento de cierre de esta nota, de ese total, 39.307.786 corresponden a primeras dosis, 34.476.783 a segundas, y 11.046.164 personas ya recibieron su tercera dosis o dosis de refuerzo, según corresponda, atento a las recomendaciones emitidas por la cartera sanitaria.

En porcentajes en relación al total de la población, 86,67% recibió al menos una dosis, 76,02% completó su esquema inicial de dos dosis, y 24,36% ya recibió su dosis adicional.

De esos datos se desprende que aún es muy alto el número de personas que no recibió su segunda dosis y no completó su esquema. Se trata de 4.831.003 habitantes que conforme lo que se esfuerzan en recalcar los especialistas, no se encuentran debidamente protegidos frente a una infección por SARS-CoV-2.

Además, un 13,33% de la población, esto es 6.044.497 personas, no recibió ninguna dosis para prevenir la COVID-19.

En la mirada del doctor en física Jorge Luis Aliaga, investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y secretario de Planeamiento de la Universidad Nacional de Hurlingham, “el ritmo de vacunación es bueno en el país”. “Las dosis de refuerzo avanzan bien porque hay vacunas disponibles y los mayores quieren recibirla”, evaluó, al tiempo que sobre los casi cinco millones que aún no recibieron la segunda dosis opinó: “En el último mes, muchos que no se habían vacunado fueron a hacerlo, y a esos todavía no les toca la segunda dosis. Ahí hay un grupo. El resto, posiblemente tuvieron COVID-19 y lo van postergando, y habrá otros que no se quieren vacunar. Debe haber de todo un poco”.



Dosis aplicadas de vacunas contra la COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 53 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Monitor Público de Vacunación. Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 23 de enero de 2022, 04:40 horas.

¹ Datos al 23 de enero de 2022, 04:40 horas.

Casi 85 millones de vacunas aplicadas

Si se desglosan las aplicaciones por condición, los números oficiales indican lo siguiente:

- Personal de salud: 4.705.209 dosis.
- Personal estratégico (Fuerzas de Seguridad y Armadas, docentes y personal no docente de todos los niveles educativos, responsables del funcionamiento del Estado y personal del Servicio Penitenciario): 7.833.398 dosis.
- Mayores de 60 años: 17.203.318.
- Personas de 18 a 59 años con factores de riesgo: 12.804.603.
- Personas de 12 a 17 años con factores de riesgo: 1.102.969.
- Personas de tres a 11 años con factores de riesgo: 523.827.

En tanto, entre aquellos sin factores de riesgo, las dosis aplicadas son las siguientes:

- Personas de 50 a 59 años: 4.074.481.
- Personas de 40 a 49 años: 6.076.838.
- Personas de 18 a 39 años: 17.390.265.
- Personas de 12 a 17 años: 5.452.877.
- Personas de 3 a 11 años: 7.424.048.

En cuanto a los laboratorios de los que Argentina dispone de vacunas, del total de dosis distribuidas y aplicadas en el país, por orden decreciente:

- Sinopharm (virus inactivado): 26.330.194 dosis.
- AstraZeneca y Universidad de Oxford, y su versión india (Covishield): 25.159.284 dosis.
- Sputnik V (adenovirus recombinante): 18.949.391 dosis.
- Pfizer/BioNTech Comirnaty (ARNm): 9.082.024 dosis.
- Moderna (ARNm): 3.968.889 dosis.
- Cansino (monodosis): 292.138 dosis.

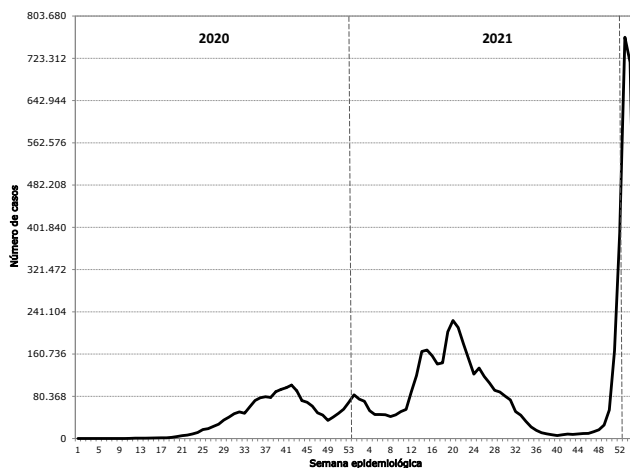
Por edades

El grupo etario con mayor cobertura de vacunación es el de 60 a 69 años, con 99%. El 95% de ellos completó su esquema de dos dosis, y 65% ya recibió su dosis de refuerzo.

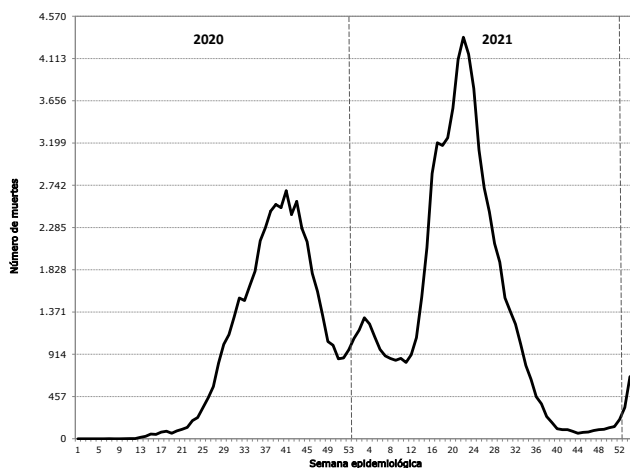
Con el mismo porcentaje (99%), el grupo de 40 a 49 años iguala al anterior en cobertura con primera dosis. En tanto, 92% recibió dos dosis y 29% su dosis de refuerzo.

Con 73% de terceras dosis recibida, el grupo de 70 a 79 años lidera en la aplicación de refuerzos, mientras que las franjas de 12 a 17 años y de 18 a 29 son los que menos refuerzos recibieron, por haber sido los últimos en orden de prioridades en iniciar sus esquemas.

En el mismo sentido, la población de 3 a 11 años, que fue la última en ser incorporada al plan de vacunación, con 71% de primeras dosis y 48% de segundas, son el grupo etario menos inmunizado del país.



Casos confirmados de COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: COVID Stats. Datos al 23 de enero de 2022, 12:26 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: COVID Stats. Datos al 23 de enero de 2022, 12:26 horas.

El grupo etario que menos segundas dosis recibió es, casualmente, el más activo social y laboralmente, y el que más preocupa a las autoridades sanitarias que completen sus esquemas en el marco del actual brote de la enfermedad. Con 93% de primeras dosis recibidas entre los 18 y los 29 años, casi 20% menos (76%) recibió la segunda dosis. En tanto en la franja de 30 a 39 años, 97% inició su esquema y 86% lo completó.

Así, en plena tercera ola de la pandemia en el país, y mientras el bajo nivel de ocupación de camas de unidades de terapia intensiva (UTI) en comparación con las olas anteriores demuestra que las vacunas hacen la diferencia en la actual crisis sanitaria global, el plan estratégico de vacunación contra la COVID-19 en Argentina volvió a acelerarse en pleno verano. Entre la primera semana de diciembre y la primera de enero, las aplicaciones semanales aumentaron 38%.

El Subsecretario de Estrategias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación, Juan Manuel Castelli dijo con respecto a la aceleración del plan de vacunación: “Seguramente, el aumento de las aplicaciones semanales obedece a la implementación del pase sanitario, las estrategias en las jurisdicciones que ampliaron el acceso, la confianza de la población en las vacunas y la mayor percepción de riesgo sobre la situación epidemiológica”.

En función de la situación epidemiológica, el especialista en terapia intensiva Arnaldo Dubin, de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y la Universidad Nacional de La Plata consideró que “éste es uno de los peores momentos de la pandemia”. Y llamó a las autoridades a obligar a las personas a vacunarse. “Cuatro de cada cinco fallecidos en la provincia de Buenos Aires no estaban vacunados”, advirtió. “El pase sanitario es fundamental para profundizar la vacunación. Hay que hacerlo más estricto. Hay que parar los contagios ahora”, remarcó.

Para Roberto Etchenique, investigador del Instituto de Química Física de los Materiales, Ambiente y Energía, que depende de la Universidad de Buenos Aires y el CONICET, el aumento en las aplicaciones de dosis entre diciembre y enero se debe “a que muchas personas ya estaban muy a favor de vacunarse y han ido a recibir la dosis de refuerzo o la dosis adicional. En algunos casos, había personas renuentes que fueron a aplicarse las dosis por el efecto del pase sanitario en algunas provincias, en especial en la de Buenos Aires”.

Dentro del crecimiento de aplicaciones semanales entre diciembre y enero, Santiago Olszewicki, bioquímico de la Universidad de Buenos Aires y analista de los datos de la pandemia, destacó que “se registró un aumento en el número de adultos que iniciaron el esquema de vacunación. En diciembre, 483.402 adultos se aplicaron la primera dosis de la vacuna. En enero, 340.073 adultos iniciaron el esquema. Si en la segunda quincena de enero continuara ese ritmo de aplicación, implicaría 40% de aumento de aplicación de primeras dosis al comparar enero con diciembre”.

Aún continúa la demora en algunas provincias. Por un lado, Santiago del Estero, La Pampa y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ya superaron el 85% de la población general con la vacunación completa. Pero hay provincias como Misiones y Chaco que aún no superaron el 60%. En el caso de Misiones solo el 53% de la población completó el esquema.

En Jujuy, 68% de la población tiene el esquema completo de vacunación. En esa provincia, como también en Córdoba –que ya vacunó a 77% de su población con esquema completo–, en enero se autorizó que las farmacias privadas aplicaran también las dosis de vacunas contra el COVID-19 que son entregadas y adquiridas por la cartera nacional de Salud.

19/01/2022

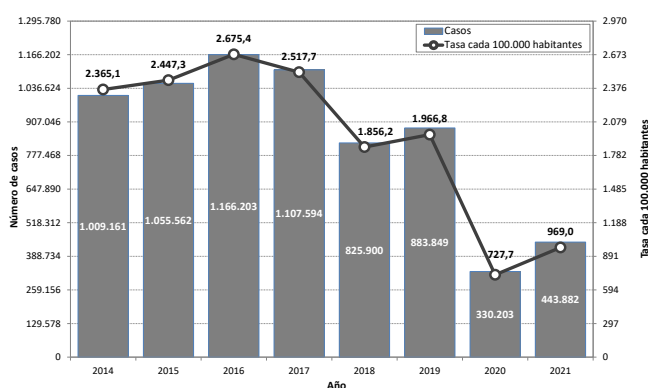
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	196.213	1.068,32	7.081	230,23	11.636	377,94
Buenos Aires	1.677.407	1.651,58	70.734	403,25	150.337	848,90
Córdoba	482.234	2.216,71	14.148	376,23	22.886	602,54
Entre Ríos	395.554	4.916,51	19.431	1.401,99	19.519	1.395,70
Santa Fe	184.517	894,11	2.674	75,61	2.172	60,95
Centro	2.935.925	1.723,30	114.068	389,32	206.550	699,02
Mendoza	138.234	1.201,62	7.421	372,85	7.064	351,38
San Juan	122.075	2.706,65	5.788	740,90	7.457	944,54
San Luis	61.269	2.101,21	2.368	465,84	2.484	482,70
Cuyo	321.578	1.698,77	15.577	474,93	17.005	513,05
Chaco	347.241	4.981,37	25.361	2.105,45	32.346	2.659,49
Corrientes	318.425	4.888,43	21.657	1.932,28	13.118	1.160,56
Formosa	198.398	5.631,57	13.486	2.228,38	6.286	1.030,46
Misiones	457.218	6.291,29	31.274	2.479,52	38.964	3.056,02
Noreste Argentino	1.321.282	5.442,96	91.778	2.189,45	90.714	2.143,74
Catamarca	192.554	7.973,02	16.324	3.929,35	14.242	3.399,12
Jujuy	222.048	4.995,59	20.623	2.675,25	26.268	3.371,10
La Rioja	136.004	6.036,94	15.489	3.935,90	16.427	4.120,68
Salta	161.211	1.974,33	12.517	878,76	17.440	1.209,44
Santiago del Estero	141.078	2.492,95	3.556	363,48	3.360	340,00
Tucumán	191.787	1.968,75	12.929	762,93	7.628	444,91
Noroeste Argentino	1.044.682	3.196,82	81.438	1.434,47	85.365	1.486,79
Chubut	78.873	2.256,24	2.397	387,24	2.497	396,87
La Pampa	43.029	2.062,51	887	247,47	753	208,36
Neuquén	89.305	2.350,57	2.510	377,98	6.839	1.017,01
Río Negro	153.661	3.588,82	17.709	2.368,75	27.770	3.668,18
Santa Cruz	43.938	2.192,30	3.371	921,80	6.256	1.669,35
Tierra del Fuego	15.996	1.680,58	468	269,85	133	74,85
Sur	424.802	2.556,13	27.342	933,74	44.248	1.488,56
Total Argentina	6.048.269	2.300,86	330.203	727,69	443.882	968,99

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 51. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 51, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 443.882 casos. La tasa de incidencia de este período es 33,16% mayor a la correspondiente a igual intervalo de 2020. Solo 10 provincias presentan una menor incidencia que en igual periodo del año 2020: Catamarca, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán y Tierra del Fuego.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 51, equivale a 42,11% de la correspondiente al periodo 2014/2019. La provincia de Río Negro es la única jurisdicción del país que presenta una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019.

En base a los datos de las primeras 51 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 51. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE ALTA CIRCULACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS, INCLUIDO EL SARS-CoV-2

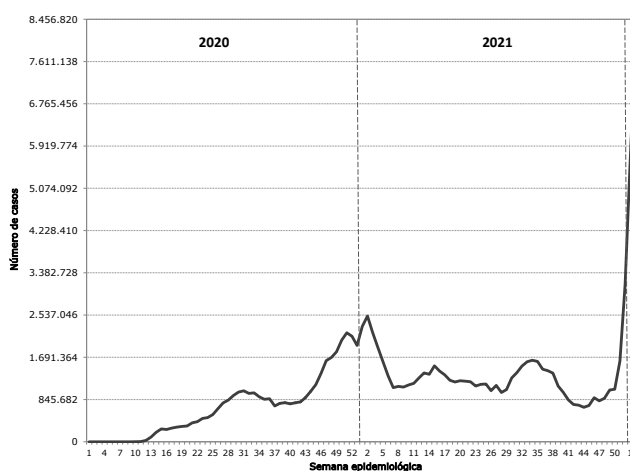
21/01/2022

En el contexto del aumento de casos de COVID-19 en la Región de las Américas, junto con la alta circulación de otros virus respiratorios, se está registrando un aumento en la carga sobre los sistemas y servicios de salud. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomendó a los Estados Miembros que tomen medidas para preparar adecuadamente los servicios de salud para hacer frente a una gran afluencia de pacientes, incluido el mantenimiento de suministros, el manejo adecuado de pacientes, la gestión eficaz de recursos, y mitigar el ausentismo protegiendo la salud de los trabajadores de la salud.

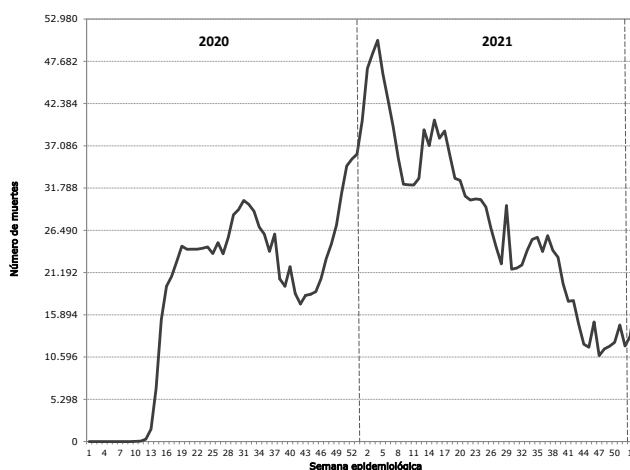
Contexto

Desde diciembre de 2021, varios países de la Región de las Américas han reportado un nuevo incremento de casos de COVID-19, con muchos casos notificados en un muy corto período de tiempo. Desde la semana epidemiológica (SE) 51 de 2021, el número de casos nuevos notificados semanalmente en la Región de las Américas prácticamente se ha duplicado, pasando de 1,7 millones en la SE 51 de 2021, a 3,4 millones en la SE 52 de 2021, y a 6,2 millones en la SE 1 de 2022. En la SE 2 de 2022, se notificó un total de 8,2 millones de casos nuevos en la Región, marcando, hasta el momento, el mayor número de casos semanales notificados durante toda la pandemia.

Este incremento sustancial de casos se registra en las cuatro subregiones de las Américas. El tiempo de duplicación de los casos de COVID-19, es decir, el tiempo necesario para que se duplique el número de casos, se ha reducido a 1,7 y 5 días en varios países.



Casos confirmados de COVID-19. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 2 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 2 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.

Hasta la fecha, 41 países y territorios de las Américas han informado la detección de la variante de preocupación (VOC) Omicron del SARS-CoV-2, la cual por su mayor transmisibilidad contribuye al aumento de nuevos casos y hospitalizaciones.

Simultáneamente, varios países de la Región están reportando brotes de influenza, principalmente por influenza A(H3N2). Esta mayor circulación de virus respiratorios, incluyendo influenza y SARS-CoV-2, está generando una mayor carga para el sistema de salud. Para COVID-19, se ha observado un aumento en las hospitalizaciones en varios países. Entre la SE 51 de 2021 y la SE 2 de 2022, los datos disponibles en 26 de los 35 países de la Región de las Américas denotan un aumento en las hospitalizaciones. En algunos países, como Estados Unidos, se ha observado un aumento de las hospitalizaciones en los menores de 18 años, particularmente entre los niños 0 a 4 años, seguidos por los de 12 a 17 años.

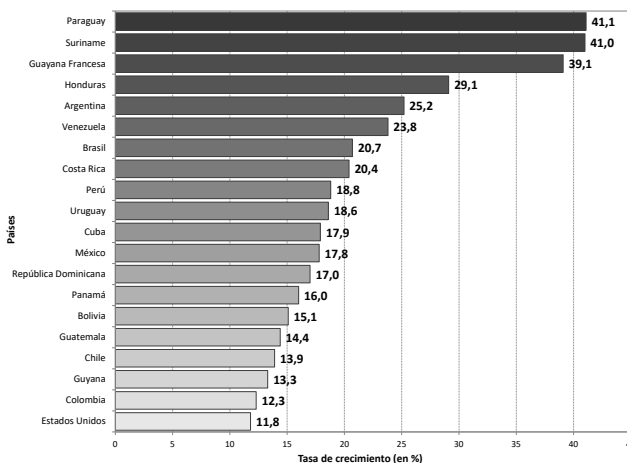
Adicionalmente, en varios países también se ha registrado un aumento de las hospitalizaciones por enfermedades crónicas, traumatismos u otras enfermedades infecciosas, así como también se han retomado algunos de los procedimientos electivos al no ser posible seguir postergándolos.

A medida que continúa el aumento de casos de COVID-19 y la circulación de otros virus respiratorios en muchos países de las Américas, el ausentismo de los trabajadores de la salud también está afectando la provisión de atención por parte de los servicios de salud; por lo tanto, es importante continuar con los esfuerzos para preparar los servicios de salud para hacer frente a una alta afluencia de casos de COVID-19 con síntomas clínicos moderados o graves y a una potencial escasez de profesionales de la salud. Esto debería incluir el mantenimiento de los suministros, el manejo adecuado de los pacientes, la gestión eficaz de los recursos y la mitigación del ausentismo laboral mediante la protección integral de la salud de los trabajadores de la salud.

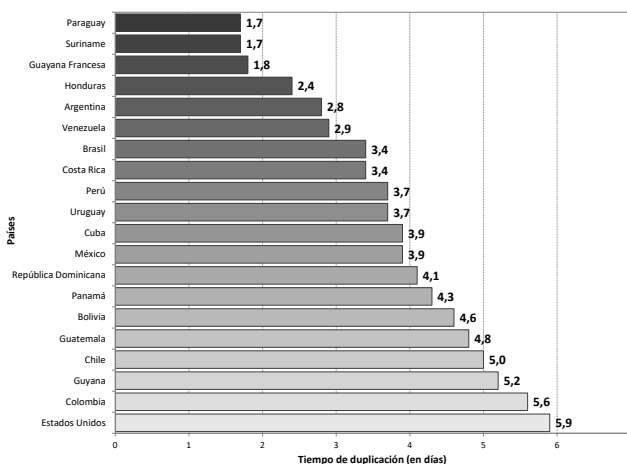
Orientaciones para las autoridades nacionales

Desde diciembre de 2021, la OPS/OMS está compartiendo una serie de orientaciones relacionadas con la vigilancia, el uso de pruebas de diagnóstico, vacunación y preparación en el contexto de la circulación de la variante de preocupación Omicron. Con esta [Alerta](#) quiere compartir algunas recomendaciones prácticas sobre aspectos que se deben considerar en la organización de los servicios de salud para hacer frente a la alta afluencia de pacientes.

- Todos los trabajadores de la salud deben ser priorizados para la vacunación contra la COVID-19, incluida la dosis de refuerzo.



Tasa de crecimiento de casos de COVID-19, en 20 países de la Región de las Américas. Del 1 de diciembre de 2021 al 14 de enero de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Tiempo de duplicación de casos de COVID-19, en 20 países de la Región de las Américas. Del 1 de diciembre de 2021 al 14 de enero de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

- Todos los trabajadores de la salud deben usar una máscara N95, o equivalente, durante sus horas de trabajo, y deberán utilizar máscara N95, o equivalente, junto con otros equipos de protección personal antes de entrar a ambientes o áreas con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Todos los demás trabajadores, visitantes, cuidadores, pacientes ambulatorios y proveedores de servicios deben usar una máscara quirúrgica dentro de las instalaciones de atención médica.
- Todos los pacientes que sean hospitalizados deben someterse a pruebas de detección del SARS-CoV-2, independientemente de la condición que cause la hospitalización. Esta medida tiene como objetivo prevenir brotes de COVID-19 en el ámbito de los servicios de salud.
- Los hospitales de referencia para la atención de COVID-19 deben ser priorizados para casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG).
- Se debe fortalecer el primer nivel de atención y proporcionar pruebas diagnósticas al servicio primario de atención de salud a fin de orientar el manejo clínico ante la sospecha de COVID-19.
- Cuando sea posible, se debe favorecer el manejo ambulatorio de los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.
- Todos los servicios deberán realizar un seguimiento diario del personal y de los pacientes hospitalizados para la detección rápida de las manifestaciones clínicas de la COVID-19.
- Los hospitales que brindan atención para otras condiciones médicas deben tener salas de cohorte para pacientes que den positivo a COVID-19 en el proceso de tamizaje, y que no presentan síntomas de IRAG. Si el estado clínico del paciente permite el alta hospitalaria, la misma no se debe retrasar por un resultado positivo para COVID-19.
- Deben tomarse las medidas apropiadas para aumentar la dotación de personal, como la movilización rápida de estudiantes de carreras de la salud para apoyar en algunas actividades durante la gran afluencia de pacientes.

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones generales ya emitidas.

El Programa de Manejo de Vectores del Departamento de Protección Ambiental (DEP) de Pennsylvania ha detectado una tasa de infección inusualmente alta del peligroso y raro virus de la garrapata patas negras (DTV, *Deer Tick Virus*) en muestras de garrapatas adultas recogidas recientemente del Parque Recreativo del Municipio de Lawrence en el condado de Clearfield.

El departamento recomendó encarecidamente a la población tomar medidas de protección para reducir el riesgo de exposición a las garrapatas.

El DEP implementará medidas de control y pruebas adicionales para reducir y monitorear la cantidad de garrapatas presentes en el área que rodea al parque.

El DEP también está en el proceso de colocar letreros de notificación pública en el parque y se está coordinando con los funcionarios municipales.

Las garrapatas patas negras (*Ixodes scapularis*), están activas incluso en invierno.

“La tasa de infección de las garrapatas muestreadas en el Parque Recreativo del Municipio de Lawrence es extremadamente alta. El DTV se transfiere muy rápidamente a través de la picadura de una garrapata infectada y las consecuencias para la salud son más graves que las de otras enfermedades transmitidas por garrapatas que normalmente se registran en Pennsylvania”, dijo el secretario del DEP, Patrick McDonnell.

“Este hallazgo es preocupante e instamos encarecidamente al público a que tenga cuidado y adopte las medidas preventivas para reducir el riesgo de picaduras de garrapatas y una posible infección mientras el DEP continúa abordando la situación”.

Entre las muestras de garrapatas tomadas recientemente por el DEP en el Parque Recreativo del Municipio de Lawrence, 23 de 25 garrapatas muestreadas (92%) dieron positivo para el DTV.

La tasa de infección por el DTV más alta anteriormente encontrada en un solo lugar en Pennsylvania fue de 11%, y la tasa de infección más alta informada a nivel nacional en la literatura científica fue de aproximadamente 25%.

La tasa de infección por DTV promedio en todo el estado fue de 0,6% en 2021 cuando se recolectaron muestras de garrapatas adultas.

Las garrapatas positivas para DTV se descubrieron durante las pruebas de rutina como parte del programa de vigilancia activa de garrapatas del DEP, un programa piloto de cinco años que comenzó en 2018.



Hembra adulta de garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*)

Se llevan a cabo encuestas en todos los condados de Pennsylvania para rastrear los hábitats, las etapas de vida y los niveles máximos de actividad de las garrapatas y para evaluarlas en busca de patógenos humanos.

La vigilancia de otoño e invierno se enfoca en analizar las garrapatas patas negras adultas en busca de enfermedades emergentes y cambiantes en hábitats de uso público en Pennsylvania, como parques, áreas de juego y campos recreativos.

El DTV, que está emparentado con el virus Powassan, es raro en Estados Unidos, pero los casos positivos han aumentado en los últimos años. Se transmite a las personas principalmente por las picaduras de garrapatas infectadas y no se transmite de persona a persona al toser, estornudar o tocarse.

El virus Powassan puede transmitirse de una garrapata a un ser humano en tan solo 15 minutos después de la picadura, mientras que otras enfermedades transmitidas por garrapatas, como la enfermedad de Lyme, tardan mucho más en causar la infección, generalmente 24 horas o más después de que la garrapata se adhiere a su anfitrión.

Los síntomas iniciales de una infección por el DTV pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, vómitos y debilidad. Algunas personas infectadas no experimentan síntomas y, por lo tanto, la infección puede pasar desapercibida.

Sin embargo, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 91% de los pacientes tratados por infecciones de DTV desarrollan una enfermedad neuroinvasiva grave, pudiendo experimentar encefalitis o meningitis y requerir hospitalización, con síntomas que incluyen confusión, pérdida de coordinación, dificultad para hablar o convulsiones.

Alrededor de 12% de las personas con enfermedades graves han muerto, y aproximadamente la mitad de los sobrevivientes de enfermedades graves han sufrido impactos en la salud a largo plazo.

No existen vacunas para prevenir ni medicamentos para tratar este virus. Prevenir las picaduras de garrapatas es la mejor manera de reducir el riesgo de infecciones y enfermedades.²

² La prevalencia del virus de la garrapata patas negras (DTV) en estas garrapatas (*Ixodes scapularis*) en este informe es inusualmente alta (92%). El control de estas garrapatas es difícil, y evitar sus picaduras es la mejor manera de prevenir la infección por el virus. Esta garrapata se alimenta preferentemente del ratón patas blancas (*Peromyscus leucopus*) y el venado cola blanca (*Odocoileus virginianus*) que son reservorios del DTV.

La transmisión por garrapatas del virus Powassan (POWV) a los humanos está activa en los estados del Medio Oeste Superior y del Noreste de Estados Unidos, incluida Pennsylvania. Los humanos se infectan con el POWV durante la transmisión indirecta de los ciclos de transmisión natural. En humanos, el POWV es el agente causante de una enfermedad neuroinvasiva severa que provoca secuelas neurológicas a largo plazo en 50% de los sobrevivientes. El POWV fue reconocido como patógeno humano en 1958, cuando un niño murió de encefalitis severa en Powassan, Ontario, Canadá.

Existen dos linajes genéticos distintos del POWV ahora reconocidos: el POWV (linaje I) y el DTV (linaje II), el linaje probable que se encuentra en las garrapatas. Desde el caso índice en 1958, se han informado más de 100 casos humanos de POWV, con un aparente aumento en la incidencia de la enfermedad en los últimos 16 años. Este reciente aumento de casos puede representar una verdadera emergencia del POWV en regiones donde prevalecen las especies de garrapatas vectores, o podría representar un aumento en la vigilancia y el diagnóstico del POWV. En los últimos ocho años, se ha intensificado la investigación básica y aplicada de la enfermedad por el POWV, incluidos estudios filogenéticos, vigilancia de campo, estudios de casos y desarrollo de modelos animales.

Nicaragua cerró el año 2021 con la segunda cifra más alta de casos de malaria de las últimas dos décadas. Según el Boletín Epidemiológico 46, hasta la última semana de noviembre de ese año, en el país se registraban 21.030 casos.

Esta cantidad representa, sin conocerse las cifras del último mes, 33% menos que el total del año anterior, cuando el país registró un récord de 31.763 casos a nivel nacional. Sin embargo, esta cantidad se sitúa como la segunda más alta de los últimos 20 años.

Se desconoce el número exacto de casos con el cual cerró Nicaragua, pues a pesar del desborde de esta epidemia, el Ministerio de Salud no ha brindado un informe sobre el impacto registrado principalmente en las regiones autónomas del Caribe, ni tampoco ha brindado una alerta sanitaria como sí lo hizo en 2019, cuando los casos de dengue se dispararon.

Según una [investigación](#) de mayo de 2021, esta epidemia se salió de control desde hace más de cinco años y en el Caribe, una de las regiones más pobres del país, la población se enferma hasta cuatro veces en un mismo año debido a la proliferación del mosquito transmisor *Anopheles*.

En lo que va de 2022, según informó el 17 de enero la vocera estatal y vicepresidenta, Rosario María Murillo Zambrana, quien desde 2020 lee un breve informe semanal de las epidemias, se registran 1.381 casos; de estos 303 ocurrieron en la semana previa.

Silencio por la malaria por *Plasmodium falciparum*

El [Informe mundial sobre la malaria 2021](#), publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que Nicaragua, Honduras y Panamá son los países de Centroamérica que más incremento de malaria registraron en 2020, pues los datos se publican con un año de retraso. Sin embargo, fue Nicaragua el que sobrepasó sus propias estadísticas.

Asimismo, Nicaragua es el país que tuvo mayor incremento de malaria por *Plasmodium falciparum*. Este tipo de malaria es más grave y podría ser mortal si no se atiende a tiempo. Según la OMS, en 2019 la cantidad de personas infectadas con este tipo en el país fue de 2.398 y un año después la cifra se elevó a 11.250.

En los escuetos informes del Ministerio de Salud no hay una especificación sobre la malaria dividida por tipos y las autoridades tampoco explican a la población cuál es el comportamien-



Colaboradores voluntarios junto a brigadistas del Ministerio de Salud durante una jornada de vigilancia larvaria.

to, ni por qué se perdió el control de esta enfermedad desde hace más de cinco años, cuando comenzaron a aumentar los casos.

Nicaragua ha recibido más de 31 millones de dólares de fondos internacionales para combatir esta epidemia, e incluso en 2017 recibió un premio de 1,2 millones de dólares “como resultado de los logros alcanzados en el proceso de eliminación de la malaria en el país”.

Entonces, Nicaragua tenía tan buena tendencia que, la actual ministra Martha Verónica Reyes Álvarez, aseguró que en 2020 se lograría la eliminación de esta epidemia. Sin embargo, las estadísticas indican que el Ministerio de Salud perdió el control de la misma.

Acuerdos con Honduras y Costa Rica

Durante el último año, Nicaragua firmó dos acuerdos con los países vecinos para planificar acciones conjuntas en las zonas fronterizas que ayuden a la eliminación de la malaria.

Según informó la OPS, Costa Rica, Honduras y Nicaragua acordaron brindar tratamiento y seguimiento a todo paciente diagnosticado con malaria independientemente del país de origen, proveer asistencia y garantizar el libre tránsito del personal de salud para la realización de actividades de control de la malaria.

Un médico nicaragüense, que pidió no ser identificado, explicó que la cooperación entre los países es importante porque debido a las movilizaciones realizadas en las zonas fronterizas se propaga esta epidemia. Si Nicaragua pierde el control de la epidemia también pone en riesgo a los países vecinos.

Costa Rica, por ejemplo, planea erradicar esta epidemia de su territorio para el año 2025, para sumarse a El Salvador que en 2020 consiguió la certificación de la eliminación de la malaria otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La cantidad de casos de malaria en República Dominicana presentó una reducción en su incidencia de 65% en 2021, comparado con el año 2020.

En tanto, la incidencia acumulada de 2021 fue de 2,73 casos cada 100.000 habitantes, con un total de 290 casos confirmados. Los casos registrados en 2020 ascendieron a 822, más del doble que los del año pasado.

De los 290 casos en 2021, el 81%, es decir, 236 casos, corresponden a los focos ubicados en San Juan y Los Tres Brazos.

En ese orden, San Juan sumó 145 casos de malaria, equivalentes a 50% del total, los cuales, en su mayoría, fueron detectados en los distritos municipales El Rosario y Las Zanjas, según informó la Dirección Provincial de Salud de esa demarcación.

En estos lugares se ha realizado rastreo de contactos, rociado residual intradomiciliario, y entrega de mosquiteros y medicamentos.



En la última década, se ha producido un incremento de las causas penales presentadas contra mujeres por presunta exposición o transmisión del VIH a través de la lactancia, especialmente en el África Subsahariana. Para poner fin a la criminalización del VIH en el contexto de la lactancia materna, los expertos abogan por combinar un enfoque basado en los derechos humanos y la evidencia científica en los procesos penales donde, lamentablemente, se criminaliza el hecho de tener el VIH. En este sentido, se ha solicitado a la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos que aclare su posición al respecto y que apruebe una resolución específica para este problema.

En la actualidad, 77 países tienen leyes penales específicas sobre el VIH. Estas leyes criminalizan la no revelación del estado serológico del VIH a las parejas sexuales, la exposición potencial o percibida del VIH y su transmisión. En otros países se han aplicado leyes penales generales –como las relativas a la agresión sexual y al intento de asesinato– sobre las personas con el VIH. En la mayoría de los casos no es necesario demostrar la intención de transmitir el VIH. Muchas de estas leyes no reconocen que, independientemente de la terapia antirretroviral, la posibilidad de transmisión del VIH en una sola exposición es muy reducida, o que el tratamiento antirretroviral eficaz elimina por completo el riesgo de transmisión sexual (un enfoque conocido como ‘Indetectable = Intransmisible’, o I=I).

Los expertos en salud pública y medicina coinciden en que las leyes que criminalizan el VIH demasiado amplias son ineficaces para prevenir la transmisión y solamente sirven para estigmatizar aún más a las personas con el VIH. En este sentido, una analista política de [HIV Justice Network](#) indicó que se conocen 13 causas relacionadas con la lactancia materna contra mujeres con el VIH. Aunque también ha sucedido en Canadá y Estados Unidos, es en África Subsahariana donde se han producido juicios por estas causas principalmente, incluso en Zimbabwe, Kenya, Malawi, Zambia, Uganda y Botswana desde 2013. Se ha acusado a mujeres por diversos delitos, que van desde realizar ilegalmente un acto que pueda propagar una enfermedad peligrosa hasta infectar de modo deliberado con el VIH a otra persona.

Estos procesos judiciales se deben más bien a una reacción exagerada ante una amenaza basada en el estigma relacionado con el VIH, la desinformación sobre su transmisión, así como con el hecho de que la carga de la prevención de la transmisión a los niños recae en las mujeres. Una característica llamativa de algunos de estos casos, como otros que se produjeron en Kenya, es que no se persigue a la madre del bebé, sino a una cuidadora. Hay que tener en cuenta que en algunos países africanos es habitual que las trabajadoras domésticas amamanten o cuiden a los hijos de sus empleadores.

La [Alianza por los Derechos del Sida para África Meridional \(ARASA\)](#), una asociación regional de organizaciones de la sociedad civil que trabaja en 18 países del África del Sur y del Este desde 2002, habló del pánico moral que caracteriza estos casos, relacionado con el estigma que rodea a la transmisión del VIH y porque se trata de leche materna de una trabajadora doméstica. Esto conduce a procesos penales muy sesgados, basados en el estigma y no en la evidencia científica, que tiende a afectar a las mujeres de menor nivel socioeconómico, mujeres que generalmente son vulnerables a la dinámica empleador-empleado.

Así, por ejemplo, una mujer lactante con el VIH en Malawi fue condenada por realizar de forma negligente e imprudente un acto susceptible de propagar la infección por el VIH tras sostener brevemente al bebé de otra mujer en una reunión de un pueblo en 2016. Los miembros de la comunidad, que sabían que la mujer tenía el VIH, alegaron que había dado el pecho al bebé durante ese breve tiempo. A pesar de que estaba en tratamiento antirretroviral y de que su propio hijo no había adquirido el VIH, el incidente fue denunciado a la policía, lo que dio lugar a una condena de nueve meses de cárcel y trabajos forzados. Esta sentencia fue posteriormente anulada en apelación, basándose en el testimonio de un experto que indicaba que el riesgo real de transmisión del VIH en este caso habría sido infinitesimal.

Este caso muestra cómo el estigma relacionado con el VIH y la falta de conocimiento sobre la transmisión del virus en la lactancia materna pueden tener consecuencias devastadoras para las mujeres seropositivas. Aunque el concepto I=I no se aplica a la lactancia, el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna es, no obstante, muy reducido si la persona que da el pecho está en tratamiento antirretroviral.

Algunas estimaciones sitúan el riesgo de transmisión en 1% si el bebé es amamantado durante seis meses y en casi 3% durante un año. Sin embargo, el estudio PROMISE, en el que se ofreció a las madres un tratamiento antirretroviral durante todo el periodo de lactancia, situó el riesgo de transmisión en 0,3% al cabo de seis meses y en 0,6% al cabo de un año. HIV Justice Network señaló que los hallazgos de este estudio representan una sobreestimación del riesgo real de transmisión del VIH debido a varios factores del estudio. No obstante, si las mujeres siguen el tratamiento antirretroviral durante todo el embarazo y la lactancia, la reducción del riesgo no es el mismo que en las relaciones sexuales cuando I es igual a I, pero se aproxima.

Hoy en día, la mayoría de los países de ingresos bajos y medios recomiendan la lactancia materna a todas las mujeres con el VIH, mientras que los países de ingresos altos recomiendan el uso de leche artificial. La responsable de la ARASA hizo hincapié en que en los países africanos donde se están llevando a cabo procesos judiciales se recomienda que las mujeres con el VIH den el pecho siempre que estén en tratamiento antirretroviral, porque es el enfoque más seguro y asequible en lugares con un suministro de agua poco fiable y donde los biberones no se pueden esterilizar. Pese a ello, estar en tratamiento antirretroviral eficaz y tener una carga viral indetectable no siempre han funcionado como una defensa efectiva para las mujeres que son procesadas penalmente. Por lo tanto, es fundamental combinar un enfoque basado en los derechos humanos y la evidencia científica en los juicios sobre criminalización del VIH.

La ARASA ha solicitado a la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos que clarifique su posición sobre la criminalización del VIH y la lactancia materna. Si bien la Comisión ha condenado la criminalización excesiva del VIH en general y ha proporcionado orientación a los Estados miembros en este sentido, todavía no ha aprobado una resolución específica sobre la criminalización del VIH en el contexto de la lactancia materna.³

³ HIV Justice Network ha elaborado un [conjunto de herramientas](#) para la defensa de las mujeres lactantes con el VIH, que contiene material jurídico, información científica y documentos normativos.

Las ochenta mayores ciudades de España, en las que viven unos 19 millones de personas (40% de la población total del país), presentan un elevado nivel de contaminación del aire, pese a las evidencias de los efectos que esta tiene en la salud, según un informe del [Observatorio de Sostenibilidad](#).

Para la elaboración del estudio se analizó la evolución en 2021 de tres contaminantes clave: dióxido de nitrógeno y las partículas PM₁₀ Y PM_{2,5}, que en gran medida provienen de la circulación de vehículos, industria y calefacción.



La 'boina' de contaminación en la ciudad de Madrid.

Entre las conclusiones del documento destaca que los niveles medios de contaminación en 2021 fueron muy similares a la media de 2020, cuando se produjo el confinamiento tras el estallido de la pandemia de COVID-19.

Así, los valores se movieron en el orden de 19,7 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) de concentración media de dióxido de nitrógeno en los dos años y entre 18 y 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en cuanto a partículas PM₁₀, aunque en los periodos de máximo confinamiento la media de dióxido de nitrógeno fue de 11 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

El estudio concluye que en las ciudades más pequeñas se observó un incremento en las concentraciones de dióxido de nitrógeno y, en general, a fines del año pasado aumentaron los niveles de contaminación.

Zaragoza y Madrid, las que más empeoraron en dióxido de nitrógeno

En lo que respecta a dióxido de nitrógeno, las grandes ciudades que más mejoraron sus niveles de contaminación fueron Valencia (con una caída de 15%), Málaga (-6%) y Sevilla (-1%), mientras que en sentido contrario figuran Zaragoza y Madrid, con aumentos de 7%.

Las urbes grandes intermedias que más mejoraron fueron Murcia (-38%), Alicante (-11%) y Palma de Mallorca (-7%), en tanto que el otro lado de la tabla lo lideran Vigo y Valladolid, con incrementos de 14 y de 15%, respectivamente.

En el caso de ciudades de entre 1.000 y 250.000 habitantes, las que más redujeron sus niveles de dióxido de nitrógeno fueron Castellón de la Plana (-25%), Cartagena (-21%) y Logroño (-15%). Leganés (9%), Salamanca (14%) y Badajoz (14%) fueron las que más los elevaron.

En el grupo de ciudades más pequeñas, las que más redujeron su contaminación por dióxido de nitrógeno fueron Gandía (-27%), Palencia (-23%) y Avilés (-21%), y las que más aumentaron fueron Guadalajara (11%), Ciudad Real (31%) y Arrecife (43%).

En términos absolutos, las más contaminadas por dióxido de nitrógeno fueron Leganés (32,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), Mollet del Vallès (30,6), Coslada (29,7), Madrid (29,2), Tarrasa (28,1), Getafe (28,1), Grannollers (28,1), Granada (26,3), Alcalá de Henares (24,5) y Barcelona (24).

Aquellas con mayor concentración de dióxido de nitrógeno son las que conforman áreas urbanas de mayor tamaño, con gran población y en correspondencia con mayores parques de automóviles, como es el caso de Madrid, Barcelona, la costa de Málaga y Zaragoza.

En Granada, los altos niveles se deben a un régimen climático muy específico que, de forma parecida a Ourense, favorece la concentración de contaminantes al permanecer estables grandes masas de aire sobre sus áreas urbanas.

En lo que respecta a partículas PM₁₀, Las Palmas (-45%), Valencia (-27%), Arrecife (-23%) y Valladolid (-13%) lideraron la mejora, mientras en sentido contrario destacaron Lugo (20%), Albacete (26%), Santa Cruz de Tenerife (32%) y Zaragoza (57%).

Reforzar el transporte público y la peatonalización

Según el Observatorio, los datos sobre dióxido de nitrógeno revelan la necesidad de disminuir el uso del vehículo privado, establecer zonas peatonales, impulsar la utilización de bicicletas, motos y coches eléctricos y reforzar el transporte público, que debería ser gratuito durante los periodos de máxima contaminación.

Además, habría que reducir las emisiones de grandes industrias, incluso en aquellas situadas a kilómetros de distancia, como incineradoras, polígonos industriales, gestión de residuos y de las calefacciones domésticas.

Las recomendaciones respecto a las partículas son menos obvias, ya que, con los datos empleados, no se observan patrones claros de mejora durante el periodo de confinamiento, de acuerdo con la fuente.

A dos años del inicio de la pandemia de COVID-19 en Europa y Asia Central, la Región podría estar ingresando en una nueva fase, impulsada por la altamente transmisible variante Omicron.

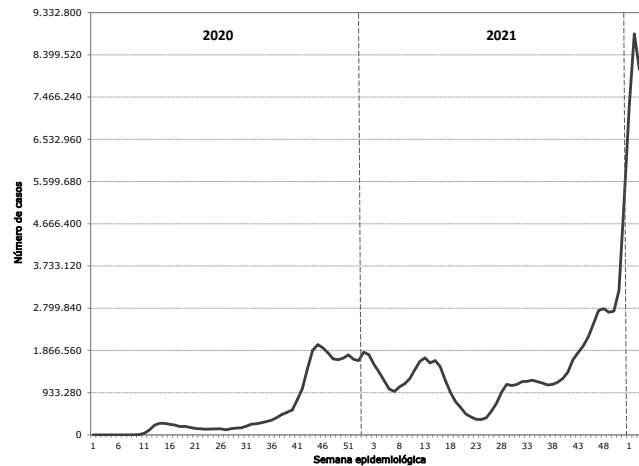
Esta variante está desplazando a la Delta a una velocidad sin precedentes: menos de dos meses desde que se descubrió por primera vez en Sudáfrica, ahora representa 31,8% de los casos en toda la Región Europea, frente a 15% en la semana anterior y a 6,3% en la previa.

La pandemia está lejos de terminar, pero existen esperanzas de poder terminar la fase de emergencia en 2022 y abordar otras amenazas para la salud que requieren atención con urgencia. Los atrasos y las listas de espera han aumentado, los servicios de salud esenciales se han interrumpido y los planes y preparativos para las tensiones y crisis sanitarias relacionadas con el clima se han suspendido en toda la Región.

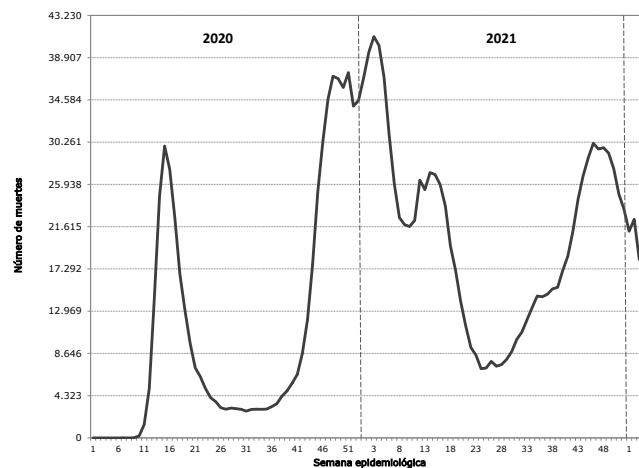
Si bien la variante Omicron parece causar una enfermedad mucho menos grave que la Delta, todavía se registra un rápido aumento en las hospitalizaciones, debido a la gran cantidad de infecciones. Esto se suma a una carga de Delta que no ha pasado por completo, y también a la gran cantidad de admisiones incidentales. Afortunadamente, las hospitalizaciones por Omicron resultan mucho menos frecuentes en la admisión a las unidades de cuidados intensivos (UCI). Como se predijo, la mayoría de las personas que necesitan cuidados intensivos en toda la Región no están vacunadas.

El 24 de enero de 2020, hoy hace dos años, Francia reportaba los primeros casos confirmados de COVID-19 en la Región. 732 días después, es mucho lo que se ha aprendido y lo que la humanidad se ha adaptado a esta crisis única en una generación.

Pero eso no se produjo sin el costo humano inaceptable que se conoce: cada hora desde el inicio de la pandemia, 99 personas en la Región perdieron la vida a causa de la COVID-19: eso significa más de 1,7 millones de personas. Los avances en la reducción de la pobreza se han invertido, con más de 4 millones de personas en la Región ahora empujadas por debajo de la



Casos confirmados de COVID-19. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.

línea de pobreza de 5,50 dólares por día. La educación y el bienestar mental de los niños han sufrido enormemente.

Deben valorarse el desarrollo y la distribución de vacunas seguras y eficaces, con más de 1.400 millones de dosis administradas en la Región Europea, salvando cientos de miles de vidas. Los enormes avances en la ciencia médica y la colaboración transfronteriza han dado lugar a no menos de 10 vacunas diferentes aprobadas que se están implementando actualmente, y hay más en preparación. Este es uno de los mayores logros científicos en décadas.

Debe rendirse un homenaje histórico a los trabajadores de la salud, que han soportado la peor parte de esta crisis y continúan poniéndose en peligro al servicio de sus pacientes. No han salido intactos: las investigaciones muestran que hasta 43% de los trabajadores sanitarios de primera línea están experimentando niveles significativos de ansiedad, y una gran proporción del personal clínico que trabaja en cuidados intensivos ahora alcanza el umbral clínico del trastorno por estrés postraumático. Apoyarlos a ellos y a su salud mental debe ser un pilar central para una mejor reconstrucción. En ellos se deben reconocer los sacrificios realizados por incontables personas, sabiendo que estos sacrificios han sido mucho mayores para las personas que ya fueron desatendidas en vida.

Aunque Omicron ofrece una esperanza plausible de estabilización y normalización, el trabajo no ha terminado. Siguen existiendo enormes disparidades en el acceso a las vacunas. Si 2021 fue el año de la producción de vacunas, 2022 debe ser el año de la equidad en vacunas en la Región Europea y el resto del mundo. Demasiadas personas que necesitan la vacuna siguen sin vacunarse. Esto está ayudando a impulsar la transmisión, prolongando la pandemia y aumentando la probabilidad de nuevas variantes.

Esta pandemia, como todas las demás pandemias anteriores, terminará, pero es demasiado pronto para relajarse. Con los millones de infecciones que se produjeron en el mundo en las últimas semanas y las próximas, junto con la disminución de la inmunidad y la estacionalidad del invierno, es casi un hecho que surgirán y regresarán nuevas variantes del SARS-CoV-2. Pero con una fuerte vigilancia y monitoreo de nuevas variantes, alta aceptación de vacunas y terceras dosis, ventilación, acceso equitativo asequible a antivirales, pruebas dirigidas y protección de grupos de alto riesgo con máscaras de alta calidad y distanciamiento físico cuando aparece una nueva variante, una nueva ola ya no podría requerir el regreso a la era de la pandemia, los confinamientos de toda la población o medidas similares.

En medio de los crecientes temores por los estragos que la tercera ola de COVID-19 está causando en el estado de Karnataka, un viejo problema ha vuelto a surgir en Shivamogga. Una mujer de 57 años en la aldea de Kudige, en Thirthahalli, fue ingresada en el hospital del taluk⁴ con la enfermedad de la Selva de Kyasanur, el primer caso desde 2019.

La paciente había estado sufriendo fiebre durante unos días, después de lo cual se le tomó una muestra de sangre que se analizó para detectar el virus que causa la enfermedad. El Departamento de Salud decidió analizar sus muestras para enfermedad de la Selva de Kyasanur ya que Kudige está situada en medio de densas selvas, en la zona donde la enfermedad ha estado muy extendida.

La mujer ingresó inicialmente en el hospital del taluk de Thirthahalli, antes de ser trasladada a Manipal en la noche del 21 de enero.

“Los síntomas de la mujer son leves. No hay motivo para preocuparse. De las 50 muestras analizadas para enfermedad de la Selva de Kyasanur, una ha sido confirmada. La mujer en cuestión se había vacunado contra la enfermedad”, dijo el Dr. Rajesh Suragihalli, oficial de salud del distrito de Shivamogga.

En diciembre de 2019, la aldea de Aralagodu, en el taluk de Sagar, se vio afectada por la enfermedad, que se cobró 22 vidas. En total, 26 personas sucumbieron en dos años en Shivamogga. Sin embargo, a raíz del brote de COVID-19, dejaron de notificarse más casos.

Mientras tanto, un equipo del Instituto Nacional de Virología visitó la aldea de Aralagodu para recolectar garrapatas, que son los vectores de la enfermedad de la Selva de Kyasanur. Las autoridades dijeron que aún no se ha presentado un informe al gobierno.

Desde que se informó por primera vez en 1957 en el pueblo de Kyasanur, en el taluk de Soraba, el virus ha sufrido múltiples mutaciones. El Dr. Suragihalli dijo que el Departamento de Salud está monitoreando las garrapatas. “Hemos monitoreado pueblos previamente afectados, y de las 300 garrapatas que hemos recolectado y analizado, en tres de ellas se encontró el virus. Hemos pedido a los aldeanos que sean lo más cuidadosos posible y nos informen sobre la muerte de monos”, agregó.⁵

⁴ Taluk es una unidad de gobierno en algunos estados indios. Generalmente consiste en una ciudad o la ciudad que sirve como sede central, ciudades posiblemente adicionales, y un número de pueblos.

⁵ La garrapata *Hemaphysalis spinigera* es el reservorio del virus de la enfermedad de la Selva de Kyasanur y, una vez infectadas, permanecen así de por vida. Los roedores, las musarañas y los monos son hospedadores comunes del virus después de ser picados por una garrapata infectada. Esta enfermedad puede causar epizootias con alta mortalidad en primates.

La transmisión a humanos puede ocurrir después de la picadura de una garrapata o el contacto con un animal infectado, sobre todo un mono enfermo o muerto recientemente. No se ha descrito transmisión de persona a persona.

No existe un tratamiento específico para la enfermedad, pero es importante la hospitalización oportuna y la terapia de apoyo, que debe incluir el mantenimiento de la hidratación y las precauciones habituales para pacientes con síntomas hemorrágicos.

Hay una vacuna disponible que se usa en áreas endémicas de India. Las medidas preventivas adicionales incluyen repelentes de insectos y usar ropa protectora en áreas donde las garrapatas son endémicas.

El distrito de Shivamogga fue considerado un punto crítico para la enfermedad de la Selva de Kyasanur. En el pasado se registraron intermitentemente muertes atribuidas a la enfermedad, por lo que se llevó a cabo una vacunación masiva. Debido a esta iniciativa, la enfermedad pudo haber estado bajo control hasta este caso reportado, que puede ser un evento esporádico. El caso tenía antecedentes de vacunación contra la enfermedad y experimentó síntomas clínicos leves. La detección de un nuevo caso indica la necesidad de vigilancia epidemiológica y posible necesidad de vacunación para proteger a la población de riesgo.

El 17 de enero de 2022, un funcionario del Ministerio de Salud de Irán anunció que la leishmaniosis, una enfermedad parasitaria que se transmite a los humanos a través de las picaduras de flebotomos, se está propagando en 18 de las 31 provincias del país, con más de 10.000 personas afectadas por esta enfermedad.

El jefe del Grupo de Gestión de Enfermedades Infecciosas Humanas y Animales del Ministerio de Salud iraní, Behzad Amiri, dijo que, “desde el comienzo del año iraní el 21 de marzo de 2021, y hasta fines de diciembre, se identificaron 10.508 nuevos pacientes con leishmaniosis en el país”.

“Las provincias de Isfahan, Fars, Khuzestan, Semnan, Khorasan Razavi y Golestan registraron las tasas más altas de incidencia de esta enfermedad”, agregó Amiri, y señaló que “Irán enfrenta un aumento significativo en el número de casos de leishmaniosis”. En un contexto relacionado, Mohammad Mahdi Joya, director del Centro para el Manejo de Enfermedades Infecciosas del Ministerio de Salud de Irán, dijo que la acumulación de basura y excrementos de animales en las aldeas es un factor del brote.

Mahdi Joya dijo: “Si alguien está infectado y la infección dura más de 10 días y no se cura, debe ir a los centros de salud”, y agregó: “Si nos movemos rápidamente, podemos esperar controlar la enfermedad rápidamente”. “Nos enfrentamos a una enfermedad que es mucho más fácil de controlar que en el pasado”, explicó el funcionario iraní.

Los informes confirman que “la propagación de la leishmaniosis en partes de Teherán se está produciendo en las ciudades de Waramin y el pueblo de Muhammadabad, al sur de la capital”.

Según la Organización de Planificación y Gestión de la Provincia de Teherán, más de 4 millones de personas en Teherán viven en asentamientos informales y marginales, sin acceso a servicios, saneamiento e incluso agua potable segura. En los últimos años, con la expansión de la pobreza y las dificultades económicas, la población de los suburbios de Teherán ha crecido y un gran número de ciudadanos se han refugiado en áreas donde se acumulan los desechos debido a la imposibilidad de pagar el alquiler, lo que hace que las personas sean vulnerables a esta enfermedad.⁶

⁶ La leishmaniosis cutánea es endémica en Irán. Los reservorios de la especie de *Leishmania* en el país son los pequeños roedores. La acotación en la noticia de que “la acumulación de basura y excrementos de animales en las aldeas es un factor del brote” subraya que la expansión descontrolada de roedores puede ser la clave para comprender el aumento de casos.

Un estudio reciente analizó los factores de riesgo socioeconómicos y ambientales y la incidencia de la leishmaniosis cutánea en áreas de alto riesgo de Irán.

Después de permanecer libre de COVID-19 durante la totalidad de la pandemia, Kiribati ha reabierto sus fronteras, pero dos tercios de los pasajeros del primer vuelo internacional que llegó en diez meses dieron positivo por el virus.

La nación isleña ahora está lista para imponer un confinamiento de cuatro días a partir del 24 de enero después de que se descubrió que el virus se ha propagado a la comunidad.

Los 54 pasajeros, 36 de los cuales fueron diagnosticados con COVID-19 después de llegar desde Fiji el 14 de enero, ahora han sido puestos en cuarentena y se están recuperando bien, según las autoridades.

Pero después de que un guardia de seguridad en el centro de cuarentena también dio positivo el 18 de enero, la nación insular introdujo un toque de queda de dos semanas y otras medidas de salud pública, como el uso obligatorio del barbijo, distanciamiento físico y pases de vacunación para viajar fuera de la capital, Tarawa.

El guardia de seguridad y dos de sus contactos cercanos también fueron puestos en cuarentena, mientras que su pueblo natal fue puesto bajo un confinamiento de dos semanas.

El 20 de enero se detectaron otros dos casos positivos en la comunidad, lo que llevó al gobierno a anunciar que el 24 de enero comenzaría un confinamiento total, con las escuelas cerradas y a las personas solo se les permitirá salir de sus hogares para los servicios esenciales.

La noticia de la llegada de casos positivos de COVID-19 y el caso del guardia de seguridad provocó el pánico en los lugareños, especialmente porque se filtró al público en lugar de anunciarse oficialmente.

“Como padres, estamos preocupados por nuestros hijos porque, a diferencia de nosotros, no están vacunados y no tienen acceso a una vacuna en la isla”, dijo un maestro de escuela de 32 años y padre de tres hijos.

Señaló que la llegada de la COVID-19 era inevitable, pero agregó que el momento era evitable considerando que Fiji está luchando contra una tercera ola del coronavirus.

Otros expresaron su preocupación por la demora en imponer el confinamiento. El Dr. Tabutoa Eria, la primera persona en recibir la vacuna contra la COVID-19 cuando llegó a Kiribati en mayo de 2021, escribió en Facebook que “podría ser demasiado tarde si el confinamiento llega la próxima semana. Nuestras amadas y hermosas personas por favor eviten movimientos innecesarios. El virus no se moverá si no lo hacemos nosotros”.

También se han hecho preguntas sobre cómo los pasajeros contrajeron el virus. Todos habían estado en cuarentena previa a la salida durante dos semanas antes del vuelo y se habían sometido a pruebas periódicas. Solo se les permitió subir al vuelo después de dar negativo en las pruebas.

El mes pasado, el gobierno de Kiribati dijo que 93,4% de la población de 18 años o más recibió su primera dosis de la vacuna contra la COVID-19, pero solo 53,1% recibió una segunda dosis.

Los casos de meningitis por meningococo B entre los estudiantes de Inglaterra están aumentando considerablemente y superan los niveles previos a la pandemia de COVID-19, según la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA).

Las bacterias meningocócicas del grupo B son causa de infecciones potencialmente mortales, como meningitis y sepsis, que pueden causar daño cerebral, epilepsia, pérdida de la audición, pérdida de extremidades y la muerte. Esto es a pesar de que la mayoría de la población fue vacunada contra ella cuando eran niños.

Linda Glennie, de la Fundación para la Investigación de la Meningitis, dijo: “Los datos publicados por la UKHSA han evidenciado que los estudiantes, en particular los que viven en los campus, tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica que sus pares”.

“La meningitis progresa rápidamente, por lo que es fundamental alertar a alguien si está enfermo y buscar atención médica urgente”.

Los datos también destacan a los adolescentes y adultos jóvenes como en riesgo particular.

Entre septiembre y noviembre de 2021, el 41,5% de los casos de meningitis ocurrieron en jóvenes de 15 a 19 años, en comparación con 11,8% y 14,3% durante igual período en 2018 y 2019.

Por qué están aumentando los casos de meningitis

Los sucesivos confinamientos por la COVID-19 vieron caer los niveles del virus a un mínimo histórico, y la población tomó mayores medidas para mantenerse seguro, mejorando la higiene personal, usando barbijos y distanciamiento físico.

Sin embargo, desde que se relajaron las medidas, los casos de resfríos, influenza e incluso meningitis se han disparado.

Se esperaba un efecto de ‘rebote’ cuando se relajaran las restricciones, pero los casos de meningitis ahora superan los niveles previos a la pandemia.

La UKHSA sugiere que el aumento de casos podría deberse a una combinación de factores. Esto incluye altos niveles de transmisión en los jóvenes cuando regresan a la escuela y las universidades de manera presencial por primera vez en meses.

El otro factor, sugieren los investigadores, es una “deuda de inmunidad”. Esto significa que las personas tienen una menor inmunidad a las enfermedades infecciosas debido a que no estuvieron expuestas a ellas en la vida cotidiana durante el confinamiento.

Rusia registró en las últimas 24 horas 63.205 nuevos casos de COVID-19, un nuevo máximo desde el estallido de la pandemia, que se produce en medio de la propagación de la variante Omicron por el país, informaron las autoridades locales.

El 22 de enero, las autoridades habían informado de 57.212 casos de coronavirus, lo que se había convertido ya en un récord de contagios desde el estallido de la crisis sanitaria global en marzo de 2020.

En Moscú, el principal foco de infección en Rusia, el número de contagios se ubicó en 17.528, la cifra diaria más alta registrada en la capital rusa desde el estallido de la pandemia. En San Petersburgo, la segunda ciudad de Rusia, se detectaron 9.535 casos, también el máximo absoluto.

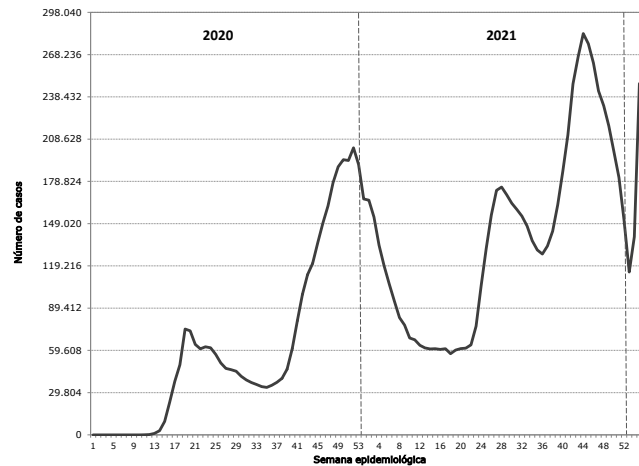
En lo que va de pandemia, Rusia ha detectado de forma acumulada 11.108.191 casos de COVID-19.

Pese al aumento de los contagios en los últimos días, se mantiene la tendencia a la baja de las muertes causadas por la enfermedad infecciosa –679 en la última jornada– que llegaron a superar el millar durante varios meses.

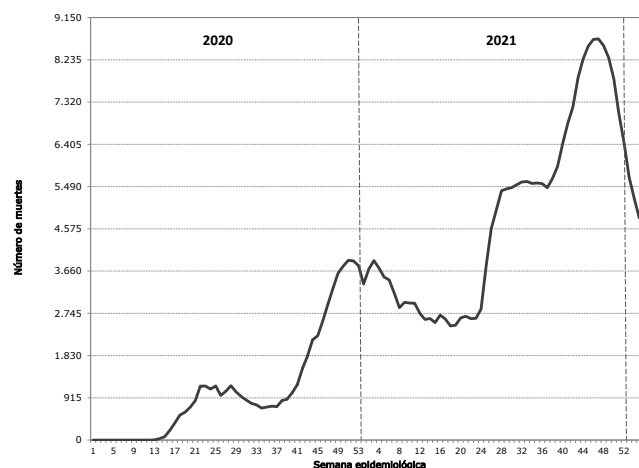
Según las autoridades, la variante Delta aún es dominante en el país, donde la Omicron ya suma 48,1% de los casos. La nueva variante ha sido detectada ya en 64 de las 85 regiones del país.

Ante el brusco aumento de los casos, las autoridades de la capital rusa han recomendado el régimen domiciliario para mayores de 60 años y personas con enfermedades crónicas. También han pedido a las empresas que reimplanten el teletrabajo para el mayor número de trabajadores posible con el objetivo de evitar aglomeraciones en el transporte público de la capital.

El presidente ruso, Vladímir Vladímirovich Putin, ha reducido el número de eventos públicos y trabaja en un régimen “mixto”, es decir de forma telemática y presencial en algunas reuniones. Mientras, el Gobierno anunció esta semana que sus instituciones vuelven al tele-



Casos confirmados de COVID-19. Rusia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Rusia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 21 de enero de 2022, 17:55 horas.

trabajo, al igual que en marzo de 2020, en un intento de frenar el avance de la nueva ola de COVID-19.

El director del Centro Nacional Gamaleya de Investigación de Epidemiología y Microbiología, donde se desarrolló la vacuna rusa Sputnik V, volvió a señalar el 23 de enero que el preparado es eficaz contra la variante Omicron. Con todo, Alexandr Ginzburg, opinó que la pandemia no acabará con Omicron, ya que debido a su rápida extensión y alta contagiosidad pueden surgir nuevas mutaciones del virus.

Arte y pandemia



Un hombre pasa junto a un mural que representa a una trabajadora de la salud como la diosa hindú Durga, para crear conciencia sobre la COVID-19 en Mumbai, el 17 de noviembre de 2021.

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.