



BOLETIN INFORMATIVO N°99 – PANDEMIA CORONAVIRUS

GENERAL LA MADRID – Prov. de Bs. As. - 27-6-20

Hoy fueron confirmados 2.401 nuevos casos de COVID-19. Con estos registros, suman 57.744 positivos en el país.

Del total de esos casos, 1.062 (1,8%) son importados, 20.807 (36%) son contactos estrechos de casos confirmados, 24.743 (42,8%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra en investigación epidemiológica. Desde el último reporte emitido, se registraron 23 nuevas muertes. 13 residentes en la provincia de Buenos Aires. Al momento la cantidad de personas fallecidas es 1.207.

Detalle por provincia (Nº de confirmados | Nº de acumulados)*:

Buenos Aires 1423 | 27.760

Ciudad de Buenos Aires 849 | 24.563

Catamarca 0 | 0

Chaco 52 | 1.883

Chubut 0 | 114

Córdoba 15 | 630

Corrientes 1 | 115

Entre Ríos 12 | 249

Formosa 1 | 71

Jujuy 3 | 75

La Pampa 0 | 7

La Rioja 1 | 76

Mendoza 6 | 161

Misiones** 0 | 39

Neuquén 16 | 431

Río Negro 14 | 819

Salta 2 | 27

San Juan 0 | 8

San Luis 0 | 11

Santa Cruz 0 | 51

Santa Fe 5 | 411

Santiago del Estero 0 | 22

Tierra del Fuego*** 0 | 149

Tucumán 1 | 72

Monitoreo de internados y camas UTI

➔ **Casos confirmados COVID-19 internados en UTI: 507**
(Información reportada por las jurisdicciones)

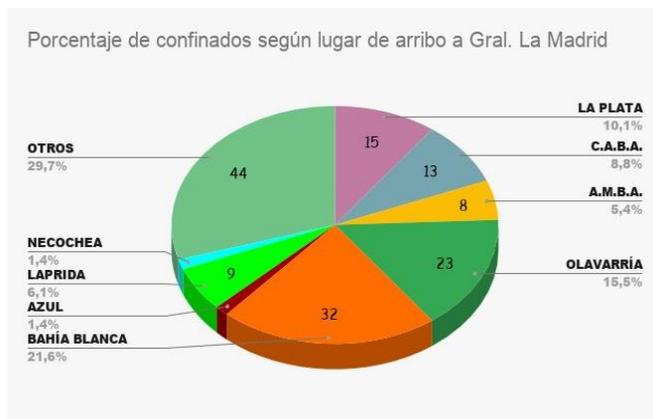
➔ **Porcentaje ocupación total de camas UTI adulto:**

-Nación: 49,5%

-AMBA: 54,2%

(Información reportada por las jurisdicciones)

En Gral. La Madrid tenemos, bajo control del Sistema de Salud Municipal, a 148 personas en confinamiento social obligatorio por haber regresado del Extranjero, CABA, La Plata, Bahía Blanca, Mar del Plata y otros lugares. Hoy 4 persona fue dada de alta del mismo. Dejaron ya el confinamiento 690 personas.



Nuevos Sospechosos: 0 casos
Sospechosos en Estudio: 0 casos
Desestimados por Epidemiología: 2 casos
Sospechosos que fueron Negativos: 73 casos
Casos Confirmados: no hay.

Región Sanitaria IX

Casos Confirmados: 174 propios 7 foráneos

Olavarria: 147 Azul: 4 Cacharí: 3 Chillar: 9 casos. Las Flores: 1 caso. Laprida: 10 casos

Región Sanitaria I

Casos Confirmados: 108

B. Blanca: 88, Dorrego: 1, C. Rosales: 6, Patagones: 1, Tres Arroyos: 2, Villarino: 10

Caso sospechoso:

CRITERIO 1: (Personas no incluidas en los CRITERIOS 2 y 3)

Toda persona que presente 2 o más de los siguientes:

- Temperatura de 37,5°C o más
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Anosmia/Disgeusia

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

Y

Tenga un historial de **viaje fuera del país en los últimos 14 días**

O

Tenga un historial de **viaje o residencia en zonas de transmisión local** (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en Argentina* en los últimos 14 días

O

Requiera internación, independientemente del nexo epidemiológico

CRITERIO 2:

- Personal de salud
- Residentes y personal de instituciones cerradas ó de estancia prolongada*,
- Personal esencial**
- Residentes de barrios populares y pueblos originarios***

a- **En zonas CON transmisión local:** Que presente 1 o más de los siguientes síntomas: temperatura igual o mayor a 37.5°C, tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia.

b- **En zonas SIN transmisión local:** Que presente 2 o más de los siguientes síntomas: temperatura igual o mayor a 37.5°C, tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia.

* Penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños

** Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas, Personas que brindan asistencia a personas mayores

*** Se considera barrio popular a aquel donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares

CRITERIO 3

- Toda persona que sea **CONTACTO ESTRECHO** de un caso confirmado de COVID-19

Que presente **1 o más de los siguientes síntomas:** temperatura igual o mayor a 37.5°C, tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia de reciente aparición.

CRITERIO 4

Todo paciente que presente anosmia/disgeusia, de reciente aparición y sin otra etiología definida y sin otros signos o síntomas.

NOTA: Ante la presencia de este como único síntoma, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciados los síntomas.

***Zonas definidas con transmisión local en Argentina:**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Buenos Aires: en los siguientes municipios correspondientes al Área Metropolitana:

- **RSV (completa):** General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, Pilar, Zárate
- **RS VI (completa):** Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes
- **RS VII (completa):** Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero, General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz.
- **RS XI en los siguientes municipios:** Berisso, Brandsen, Cañuelas, Ensenada, La Plata, Presidente Perón, San Vicente
- **RS XII:** La Matanza

Chaco: Resistencia, Barranqueras, Fontana y Puerto Vilelas **Chubut:** Trelew **Córdoba:** Ciudad de Córdoba **Río Negro:** Bariloche, Cipolletti y General Roca

Fases de Aislamiento

Fase 1: aislamiento estricto

- **Autorizados:** sólo servicios esenciales.
- **Prohibiciones:** todo el resto
- **Movilidad de la población:** hasta el 10%
- **Tiempo de duplicación de los casos:** menos de 5 días
- **Geográfico:** homogéneo

Fase 2: aislamiento administrativo

- **Autorizados:** nuevas autorizaciones
- **Prohibiciones:** prohibiciones nacionales
- **Movilidad de la población:** hasta el 25%
- **Tiempo de duplicación de los casos:** de 5 a 15 días
- **Geográfico:** excepciones nacionales

Fase 3: segmentación geográfica

- **Autorizados:** excepciones provinciales
- **Prohibiciones:** prohibiciones nacionales
- **Movilidad de la población:** hasta el 50%
- **Tiempo de duplicación de los casos:** 15 a 25 días
- **Geográfico:** segmentación por criterio epidemiológico

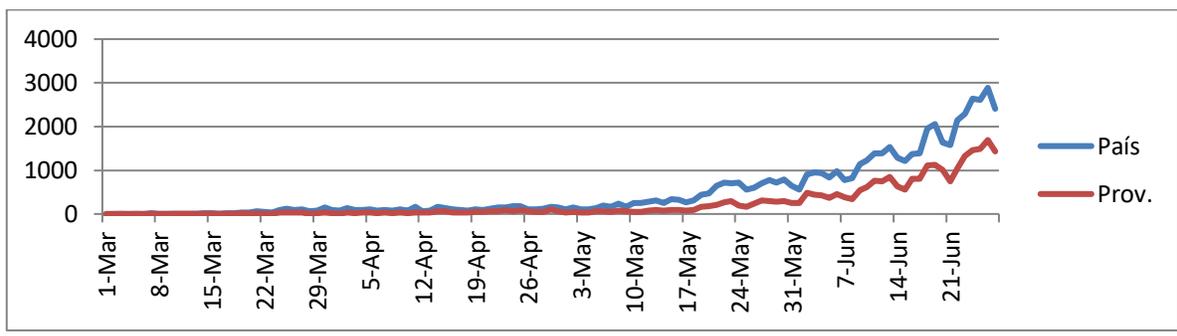
Fase 4: reapertura progresiva **La Madrid está AQUÍ**

- **Autorizados:** excepciones provinciales
- **Prohibiciones:** prohibiciones nacionales
- **Movilidad de la población:** hasta el 75%
- **Tiempo de duplicación de los casos:** más de 25 días
- **Geográfico:** restricciones locales

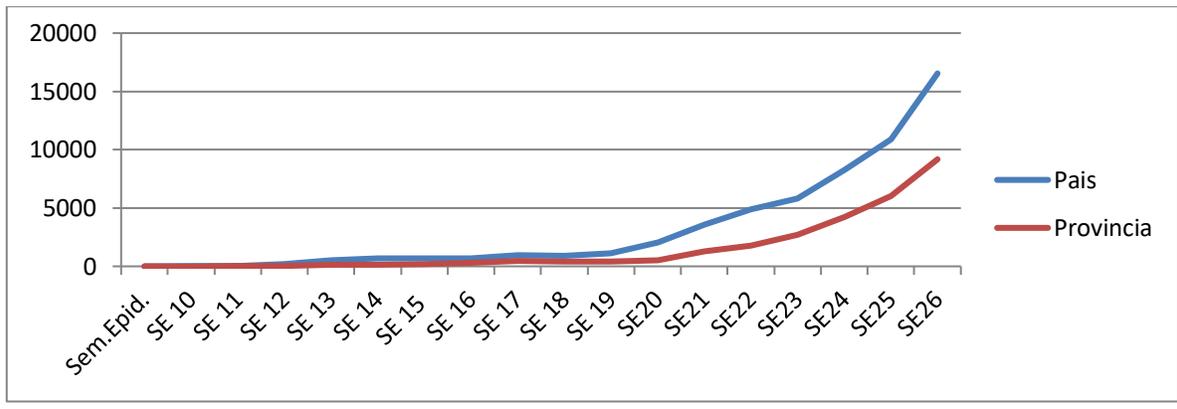
Fase 5: nueva normalidad

- **Autorizados:** con hábitos de higiene y cuidado sostenido
- **Prohibiciones:** -
- **Movilidad de la población:** hasta el 75%
- **Tiempo de duplicación de los casos:** -
- **Geográfico:** homogéneo

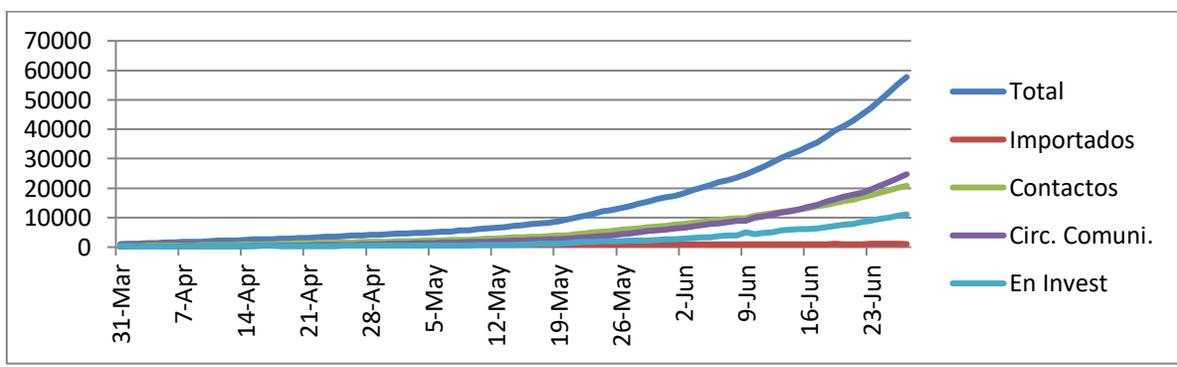
Evolución diaria de los casos en el País y en Provincia de Bs. As.



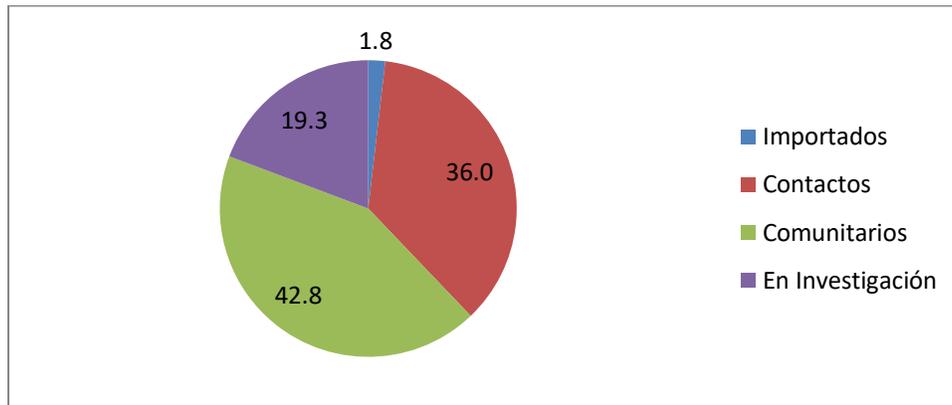
Evolución por Semana Epidemiológica de los casos en el País y en Provincia de Bs. As.



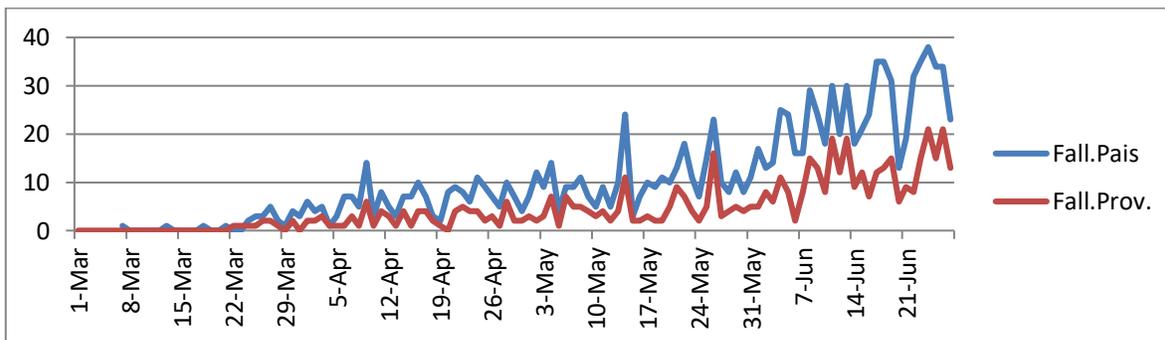
Progresión de casos por modo de contagio



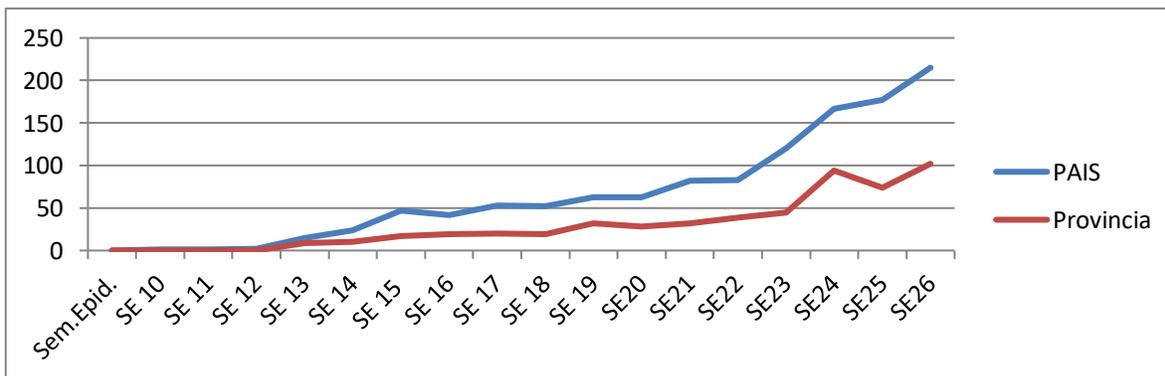
Proporción según tipo de contagio

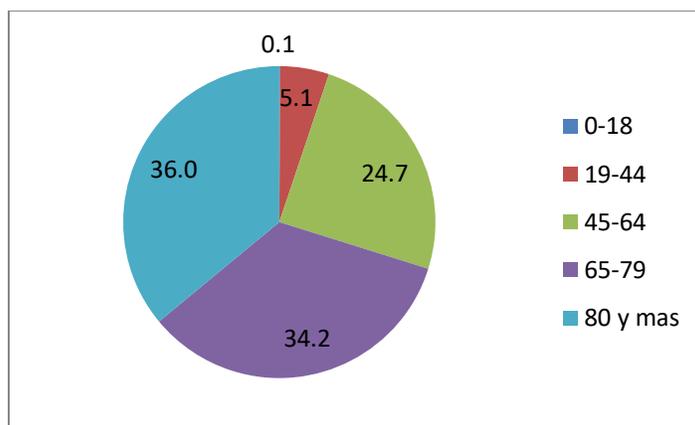


Evolución diaria de los fallecidos en el País y en Provincia de Bs. As.



Evolución por Semana Epidemiológica de los fallecidos en el País y en Provincia de Bs. As.



Fallecidos por Grupo Etario a nivel Nacional**Letalidad País y Provincia de Bs. As.**

Fallecidos	N°	Letalidad
País	1207	2,09
Prov.	540	1,95

Tiempo de duplicación de casos

País			Prov. Bs. As.		
Tiempo en duplicar casos			Tiempo en duplicar casos		
Hoy	Mitad	Aproxim	Hoy	Mitad	Aproxim
57744	28872	28764	27761	13881	13749
27-jun	Intervalo	12-jun	27-jun	Intervalo	15-jun
	16 días			13 días	

LAVARSE BIEN LAS MANOS SALVA VIDAS !!!!!!!

Consultorio de Respiratorios y Febriles

FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR o FALTA DE OLFATO o DE GUSTO SIN OTRA CAUSA QUE LO EXPLIQUE

CONSULTÁ !!!

Está ubicado en la calle Madre Teresa de Calcuta, continuación de Avenida Roque Sáenz Peña, atrás del Hospital frente al Barrio Municipal, y se accede por donde se entraba a Kinesiología.

Atienden

De Lunes a Viernes de 8 a 14 hs. y los sábados de 8 a 11 hs.

Teléfonos Para Atender la Emergencia Sanitaria por Coronavirus

Por consultas relacionadas con la salud, como presencia de fiebre, tos, dolor de garganta:

Comunicarse al celular [2286 401391](tel:2286401391) de 8 a 14 hs. o al teléfono fijo [2286 420036](tel:2286420036) el resto del día, así podremos hacerte seguimiento desde el Sistema Municipal de Salud

Por consultas sobre disposiciones, reglamentaciones o denuncias por incumplimiento de las mismas

Llamar al teléfono fijo [02286 420020](tel:02286420020), de 8 a 12 y de 16 a 20 hs.

Emergencias [107](tel:107)

Recomendaciones para la atención domiciliar de casos posibles, probables y confirmados de COVID 19

Si nota empeoramiento de su salud o algún conviviente o cuidador presenta síntomas comuníquese con el Sistema de Salud Municipal

	Quédese en su casa, evite salir de la habitación, manteniéndola ventilada y con la puerta cerrada.		Evite distancias menores de 2 metros de los convivientes.		Evite visitas a su domicilio.
	Utilice su propio baño; si lo comparte, debe desinfectarse antes de que lo usen otros.		Tenga en la habitación productos de higiene de manos.		Tenga un cubo de basura de pedal en la habitación.
Los productos de desecho deben tirarse en la bolsa de plástico colocada dentro del cubo de basura. Anúdela bien antes de tirarla.					
Prevenir el contagio			Persona cuidadora		
	Tápese al toser y estornudar con un pañuelo de papel		Lávese las manos con agua y jabón		Guantes para cualquier contacto con secreciones
	Tire el pañuelo en la papelera		Utilice mascarilla cuando compartan espacio		Lave las manos si entra en contacto, aunque haya usado guantes.
	No comparta utensilios personales como toallas, vasos, platos, cubiertos y cepillo de dientes		La persona cuidadora no debe tener factores de riesgo de complicaciones, y debe realizar autovigilancia de los síntomas.		
	Póngase la mascarilla si sale a espacios comunes o entra alguien en la habitación, y lávese las manos al salir.	Limpieza			
	Limpie a diario las superficies que se tocan a menudo, baño e inodoro con bayetas desechables y lejía (1 parte de lejía al 5% por 99 de agua). Lávese las manos al terminar.		Use lavavajillas o friegue con agua caliente		No sacudir la ropa, meterla en bolsa hermética. Lavarse siempre las manos después de tocar la ropa.
			Lave la ropa a 60-90º y séquela bien		

ALERTA SARAMPIÓN

¿Qué es el sarampión?

Es una enfermedad viral potencialmente grave y muy contagiosa.



SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA
- SECRECIÓN NASAL
- TOS
- CONJUNTIVITIS
- MANCHAS BLANCAS EN LA BOCA Y CARA INTERNA DE LA MEJILLA
- MANCHAS ROJAS EN LA PIEL



RECOMENDACIONES ANTE CIRCULACIÓN DEL VIRUS DE SARAMPIÓN Y RIESGO DE REINTRODUCCIÓN EN LA ARGENTINA



PREVENCIÓN

La única forma de prevenir la enfermedad es con la **VACUNACIÓN ADECUADA**.

VACUNA TRIPLE VIRAL

- Previene el sarampión, la rubeola y las paperas.
- Se aplica a los 12 meses de vida y al ingreso escolar (5-6 años).

No hay tratamiento específico para la enfermedad.

RECOMENDACIONES PARA VIAJEROS

(Brasil, Canadá, Colombia, Guatemala, Estados Unidos, Europa, México, Perú y Venezuela)

- Verificar tener completo el esquema de vacunación.
- Niños, de 6 a 11 meses, deben recibir una dosis de esta vacuna.
- En caso de presentar síntomas durante el viaje o dentro de las tres semanas del regreso, consultar inmediatamente al médico.



Por un niño sano en un mundo mejor

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
www.sap.org.ar

Av. Coronel Díaz 1971/75 (G1425DOF) - CABA - Argentina
Tel. (54-11) 4821-8612 - institucional@sap.org.ar



La Dirección de Atención Primaria de la Salud informa a la comunidad modificaciones en los Centros de Atención Primaria (CAPS), a partir del 04/05/2020

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| • Atención de 8:00 a 14:00 hs | * Enfermería |
| • Vacunación | * Medicina General |
| • Pediatría | * Trabajo Social |
| • Entrega medicamentos REMEDIAR | * Entrega de leche |
| • Entrega métodos anticonceptivos | * ILE |

CAPS FONAVI

- Miércoles Pediatría Dr. Córdoba Ubaldo
- Viernes Medicina General Dr. Malianni Jorge.

CAPS BARRIO 17 DE OCTUBRE

- Lunes/ martes / miércoles / jueves Medicina General Dra. Álvarez Cecilia
- Jueves Pediatría Dr. Córdoba Ubaldo

CAPS VILLA FLORIDA

- Lunes y martes Medicina General Dra. Caggiano Alejandra
- Viernes Pediatría Dra. Stechina Evelyn

Llamar para pedir turnos!!!!

Con respecto al **CAPS BARRIO CHINO**, continuará cerrado hasta nuevo aviso debido a redistribución de personal sanitario en periodo de pandemia Covid-19.-

Vacunas Antigripales Aplicadas 2020 (25-6-2020)

Personal de Salud: 317. Menores de 2 años: 281

Niños de 2 a 8 años: 60 Personas de Riesgo 9 a 64 años: 642

Embarazadas y Puérperas: 70 Adultos Mayores de 65 años: 1422

MAMÁ:

Si como consecuencia de la restricción en las consultas y controles, tu bebé se saltó alguna vacuna, aprovechá y completá los esquemas en el CAPS de tu Barrio de 8.00 a 14.00 horas solicitando tu debido turno.

APROVECHA Y CONCURRI

MUSICA PARA IRNOS A DORMIR EN CUARENTENA

<https://www.youtube.com/watch?v=5Lt7lcAUCwY>

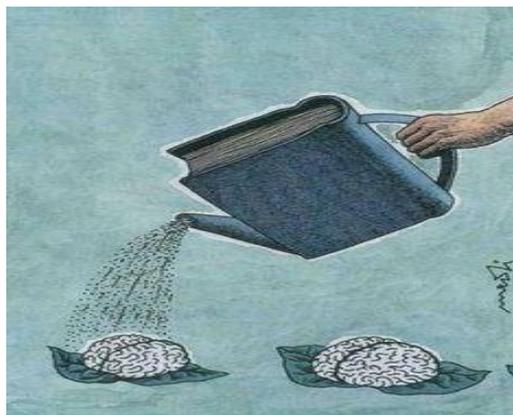
Plegaria para un niño dormido - Ricardo Mollo

HUMOR EN LOS TIEMPOS DEL CORONAVIRUS



“Si bien lo que nos compete es tan serio como que de esta pandemia depende nuestra salud e incluso nuestra vida, siempre hay un momento para el humor. Y una sonrisa en estos tiempos es como una bocanada de aire fresco que solaza nuestra alma”

Para pensar.....



CARBUNCO O ANTRAX

GRANO MALO, GRANO NEGRO O MAL DE PAJARILLA

¿QUÉ ES?

Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Bacillus anthracis*.



VÍA DE CONTAGIO

1. **VÍA CUTÁNEA:** Contacto directo con un animal que padezca la enfermedad, o por penetración en piel de insectos chupadores de sangre.
2. **VÍA RESPIRATORIA:** Inhalar el aire del mismo ambiente que un animal infectado.
3. **VÍA DIGESTIVA:** Por ingerir carne contaminada.

ARMA BIOLÓGICA

Debido a la peligrosidad de esta bacteria (alta mortalidad, ej: morbilidad) se ha utilizado como arma biológica para fines terroristas (ej: bélicos)

SÍNTOMAS

1. **CUTÁNEA**
Se desarrolla una úlcera negra indolora.
2. **INHALACIÓN**
Malestar general, insuficiencia respiratoria y dolor torácico.
3. **GASTROINTESTINAL**
Dolor abdominal, úlceras bucales, diarrea y vómitos con sangre

La espora del Carbunco puede vivir hasta **50 años**, por lo que se deben eliminar correctamente los animales muertos en el campo.
Existe una **vacuna obligatoria** en los bovinos.

Carbunco en animales

La enfermedad se caracteriza en los bovinos por presentar muerte súbita.



En los animales enfermos son habituales el sangrado en los cuiles por los orificios naturales en los cuiles se encuentra presente el agente etiológico.

FI UNIVFRSO



MESA DE ZOOZOSIS
MUNICIPALIDAD DE CHEL SUÁREZ



Coronel Suárez
Nuestro Municipio

PARA LEER EN LA CUARENTENA

PECADO DE OMISIÓN

Ana María Matute

A los trece años se le murió la madre, que era lo último que le quedaba. Al quedar huérfano ya hacía lo menos tres años que no acudía a la escuela, pues tenía que buscarse el jornal de un lado para otro. Su único pariente era un primo de su madre, llamado Emeterio Ruiz Heredia. Emeterio era el alcalde y tenía una casa de dos pisos asomada a la plaza del pueblo, redonda y rojiza bajo el sol de agosto. Emeterio tenía doscientas cabezas de ganado paciendo por las laderas de Sagrado, y una hija moza, bordeando los veinte, morena, robusta, riente y algo necia. Su mujer, flaca y dura como un chopo, no era de buena lengua y sabía mandar. Emeterio Ruiz no se llevaba bien con aquel primo lejano, y a su viuda, por cumplir, la ayudó buscándole jornales extraordinarios. Luego, al chico, aunque lo recogió una vez huérfano, sin herencia ni oficio, no le miró a derechas. Y como él los de su casa.

La primera noche que Lope durmió en casa de Emeterio, lo hizo debajo del granero. Se le dio cena y un vaso de vino. Al otro día, mientras Emeterio se metía la camisa dentro del pantalón, apenas apuntando el sol en el canto de los gallos, le llamó por el hueco de la escalera, espantando a las gallinas que dormían entre los huecos:

- ¡Lope!

Lope bajó descalzo, con los ojos pegados de legañas. Estaba poco crecido para sus trece años y tenía la cabeza grande, rapada.

- Te vas de pastor a Sagrado.

Lope buscó las botas y se las calzó. En la cocina, Francisca, la hija, había calentado patatas con pimentón. Lope las engulló deprisa, con la cuchara de aluminio goteando a cada bocado.

- Tú ya conoces el oficio. Creo que anduviste una primavera por las lomas de Santa Áurea, con las cabras del Aurelio Bernal.

- Sí, señor.

- No irás solo. Por allí anda Roque el Mediano. Iréis juntos.

- Sí, señor.

Francisca le metió una hogaza en el zurrón, un cuartillo de aluminio, sebo de cabra y cecina.

- Andando - dijo Emeterio Ruiz Heredia.

Lope le miró. Lope tenía los ojos negros y redondos, brillantes.

- ¿Qué miras? ¡Arreando!

Lope salió, zurrón al hombro. Antes, recogió el cayado, grueso y brillante por el uso, que guardaba, como un perro, apoyado en la pared.

Cuando iba ya trepando por la loma de Sagrado, lo vio don Lorenzo, el maestro. A la tarde, en la taberna, don Lorenzo lió un cigarrillo junto a Emeterio, que fue a echarse una copa de anís.

- He visto a Lope - dijo -. Subía para Sagrado. Lástima de chico.

- Sí - dijo Emeterio, limpiándose los labios con el dorso de la mano -. Va de pastor. Ya sabe: hay que ganarse el corrusco. La vida está mala. El esgraciao del Pericote no le dejó ni una tapia en que apoyarse y reventar.

- Lo malo -, dijo don Lorenzo, rascándose la oreja con su uña larga y amarillenta - es que el chico vale. Si tuviera medios podría sacarse partido de él. Es listo. Muy listo. En la escuela...

Emeterio le cortó, con la mano frente a los ojos:

- ¡Bueno, bueno! Yo no digo que no. Pero hay que ganarse el corrusco. La vida está peor cada día que pasa.

Pidió otra de anís. El maestro dijo que sí, con la cabeza.

Lope llegó a Sagrado, y voceando encontró a Roque el Mediano. Roque era algo retrasado y hacía unos quince años que pastoreaba para Emeterio. Tendría cerca de cincuenta años y no hablaba casi nunca. Durmieron en el mismo chozo de barro, bajo los robles, aprovechando el abrazo de las raíces. En el chozo sólo cabían echados y tenían que entrar a gatas, medio arrastrándose. Pero se estaba fresco en el verano y bastante abrigado en el invierno.

El verano pasó. Luego el otoño y el invierno. Los pastores no bajaban al pueblo, excepto el día de la fiesta. Cada quince días un zagal les subía la collera: pan, cecina, sebo, ajos. A veces, una bota de vino. Las cumbres de Sagrado eran hermosas, de un azul profundo, terrible, ciego. El sol, alto y redondo, como una pupila impertérrita, reinaba allí.

En la neblina del amanecer, cuando aún no se oía el zumbido de las moscas ni crujido alguno, Lope solía despertar, con la techumbre de barro encima de los ojos. Se quedaba quieto un rato, sintiendo en el costado el cuerpo de Roque el Mediano, como un bulto alentante. Luego, arrastrándose, salía para el cerradero. En el cielo, cruzados como estrellas fugitivas, los gritos se perdían, inútiles y grandes. Sabía Dios hacia qué parte caerían. Como las piedras. Como los años. Un año, dos, cinco.

Cinco años más tarde, una vez, Emeterio le mandó llamar, por el zagal. Hizo reconocer a Lope por el médico, y vio que estaba sano y fuerte, crecido como un árbol.

- ¡Vaya roble! - dijo el médico, que era nuevo. Lope enrojeció y no supo qué contestar.

Francisca se había casado y tenía tres hijos pequeños, que jugaban en el portal de la plaza. Un perro se le acercó, con la lengua colgando. Tal vez le recordaba. Entonces vio a Manuel Enríquez, el compañero de la escuela que siempre le iba a la zaga. Manuel vestía un traje gris y llevaba corbata. Pasó a su lado y les saludó con la mano.

Francisca comentó:

- Buena carrera, ése. Su padre lo mandó estudiar y ya va para abogado.

Al llegar a la fuente volvió a encontrarlo. De pronto, quiso llamarle. Pero se le quedó el grito detenido, como una bola, en la garganta.

- ¡Eh! - dijo solamente. O algo parecido.

Manuel se volvió a mirarle, y le conoció. Parecía mentira: le conoció. Sonreía.

- ¡Lope! ¡Hombre, Lope...!

¿Quién podía entender lo que decía? ¡Qué acento tan extraño tienen los hombres, qué raras palabras salen por los oscuros agujeros de sus bocas! Una sangre espesa iba llenándole las venas, mientras oía a Manuel Enríquez.

Manuel abrió una cajita plana, de color de plata, con los cigarrillos más blancos, más perfectos que vio en su vida. Manuel se la tendió, sonriendo.

Lope avanzó su mano. Entonces se dio cuenta de que era áspera, gruesa. Como un trozo de cecina. Los dedos no tenían flexibilidad, no hacían el juego. Qué rara mano la de aquel otro: una mano fina, con dedos como gusanos grandes, ágiles, blancos, flexibles. Qué mano aquella, de color de cera, con las uñas brillantes, pulidas. Qué mano extraña: ni las mujeres la tenían igual. La mano de Lope rebuscó, torpe. Al fin, cogió el cigarrillo, blanco y frágil, extraño, en sus dedos amazotados: inútil, absurdo, en sus dedos. La sangre de Lope se le detuvo entre las cejas. Tenía una bola de sangre agolpada, quieta, fermentando entre las cejas. Aplastó el cigarrillo con los dedos y se dio media vuelta. No podía detenerse, ni ante la sorpresa de Manuelito, que seguía llamándole:

- ¡Lope! ¡Lope!

Emeterio estaba sentado en el porche, en mangas de camisa, mirando a sus nietos. Sonreía viendo a su nieto mayor, y descansando de la labor, con la bota de vino al alcance de la mano. Lope fue directo a Emeterio y vio sus ojos interrogantes y grises.

- Anda, muchacho, vuelve a Sagrado, que ya es hora...

En la plaza había una piedra cuadrada, rojiza. Una de esas piedras grandes como melones que los muchachos transportan desde alguna pared derruida. Lentamente, Lope la cogió entre sus manos. Emeterio le miraba, reposado, con una leve curiosidad. Tenía la

mano derecha metida entre la faja y el estómago. Ni siquiera le dio tiempo de sacarla: el golpe sordo, el salpicar de su propia sangre en el pecho, la muerte y la sorpresa, como dos hermanas, subieron hasta él, así, sin más.

Cuando se lo llevaron esposado, Lope lloraba. Y cuando las mujeres, aullando como lobas, le querían pegar e iban tras él con los mantos alzados sobre las cabezas, en señal de duelo, de indignación, "Dios mío, él, que le había recogido. Dios mío, él, que le hizo hombre. Dios mío, se habría muerto de hambre si él no lo recoge...", Lope sólo lloraba y decía:

-Sí, sí, sí...

SI EN ESTA CUARENTENA ESTAS SUFRIENDO VIOLENCIA



NÚMEROS ÚTILES



144

WhatsApp (mensaje de texto)

221 353-0500

Información, orientación y/o asesoramiento
por situaciones de violencia por razones de género

Comisaría de la mujer y la familia
Tel: 2286-420215
Juzgado de paz
Tel: 2286-420134
Guardia: 2286-413784 24 hs.

Línea 911
Emergencias

Ayudantía Fiscal
Tel: 2286-410096
Servicio Local de Prev. y Prom.
de los Der del N, N y A
Tel: 2284-15478114 24 hs.

SI VIVIS UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA
NO ESTAS SOLX
Mesa Local contra la Violencia de Género



Desarrollo de vacunas de ARN amplificador

Deborah H. Fuller, Ph.D., y Peter Berglund, Ph.D.

18 de junio de 2020 N Engl J Med 2020; 382: 2469-2471 DOI: 10.1056 / NEJMcibr2009737

A principios de la década de 1990, la inyección directa de ácidos nucleicos (ARN o ADN) en los músculos de los ratones condujo a la expresión in vivo de proteínas codificadas por el ácido nucleico inyectado. ¹Este hallazgo, junto con los estudios que muestran la obtención de respuestas inmunes y la protección contra la infección mediante el suministro de ADN que codifica las proteínas patógenas en la piel o el músculo de los ratones, sembró el campo de la vacunación de modo que solo la secuencia de codificación de un gen que codifica una proteína de un patógeno es necesaria para crear una vacuna.

Los primeros estudios mostraron que tanto las vacunas de ADN como las de ARN inducían respuestas inmunes.

La administración por plásmido (una molécula de ADN extra cromosómica circular pequeña) surgió inicialmente como la estrategia dominante, aunque los primeros estudios clínicos con humanos fueron en su mayoría decepcionantes.

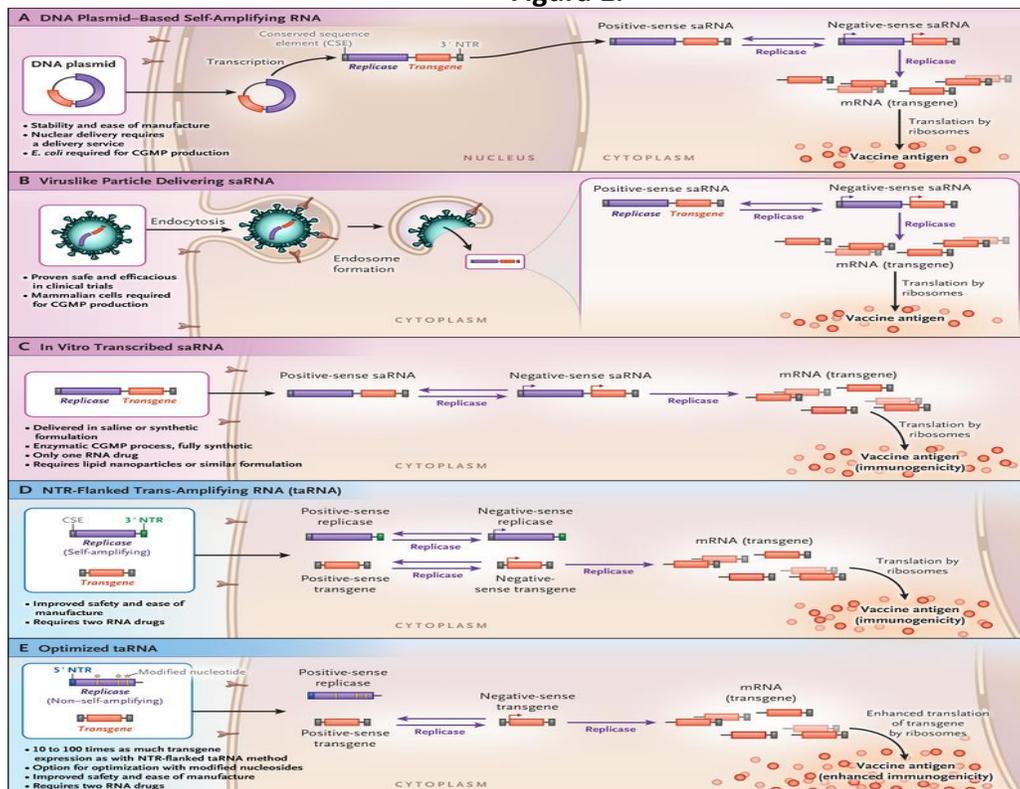
El interés reciente en las vacunas de ARN mensajero (ARNm) se ha visto impulsado por métodos que aumentan la estabilidad del ARNm y la producción de proteínas y mejoran la entrega.

Estos métodos incluyen el uso de nucleósidos modificados, así como el desarrollo de tecnologías de suministro de nanopartículas que estabilizan el ARNm, mejoran la captación celular y mejoran la biodisponibilidad del ARNm una vez que está dentro de la célula.

Evitar el riesgo de integración en el genoma del huésped se considera una ventaja comparativa del ARNm (con respecto a las vacunas de ADN), aunque amplios estudios han aliviado esta preocupación sobre las vacunas de ADN. Una clara ventaja de las vacunas de ARNm es que, a diferencia de las vacunas de ADN, no necesitan ingresar al núcleo para expresar el antígeno. En cambio, una vez dentro del núcleo, una vacuna de ADN producirá muchas copias de las moléculas de ARNm, resultando en la producción de más antígeno por célula transfectada.

De interés, entonces, son las vacunas de ARN autoamplificadoras, como las involucradas en la estrategia descrita por Beissert et al.² para aumentar el rendimiento del antígeno expresado por las vacunas de ARNm.

Figura 1.



Las vacunas de ARN autoamplificadoras se derivan del esqueleto genómico de un alfavirus en el que los genes que codifican la maquinaria de replicación del ARN viral están intactos, pero los que codifican las proteínas estructurales virales se reemplazan con un transgen que codifica el antígeno de la vacuna.³ Una vacuna de ARN autoamplificadora puede administrarse en forma de ADN plasmídico, partículas de ARN similares a virus y ARN transcrito in vitro (Figura 1) y puede provocar respuestas inmunes sustancialmente más fuertes que el ARNm.⁴ Esta inmunogenicidad, junto con la capacidad de administrar ARN autoamplificador con el uso de formulaciones sintéticas de manera libre de células y potencialmente altamente escalable, hace que el enfoque sea particularmente atractivo. Las vacunas de ARN autoamplificadoras basadas en plásmidos de ADN combinan las ventajas de un producto de ácido nucleico de ADN más estable con mayores niveles de expresión de antígeno de las vacunas de ARN autoamplificadoras para generar respuestas inmunes más fuertes en modelos preclínicos que las vacunas de ADN convencionales.⁵

Beissert y col. describe una estrategia que se basa en dos vectores de ARN: uno que retiene el gen que codifica la replicasa y el otro que codifica el antígeno. Por lo tanto, la maquinaria de replicasa se proporciona "en trans" (es decir, dos genes que actúan juntos pero en diferentes ARN) por un ARN autoamplificador o un ARNm no replicante y media la replicación del ARN que codifica el antígeno. Los autores encontraron la inducción de respuestas de anticuerpos neutralizantes robustos y protectores en ratones después de inmunizarlos con ARN que codifica el antígeno que expresa la hemaglutinina de la proteína de la gripe a dosis de nanogramos, aunque se requirieron números comparativamente altos de ARN que codifican la replicasa. Este enfoque ofrece ventajas clave, en comparación con las vacunas de ARN autoamplificadoras convencionales, en su potencial para una mayor seguridad, capacidad de fabricación y facilidad de optimización. El beneficio de seguridad proviene del hecho de que el uso de dos ARN separados evita el riesgo incurrido con los ARN autoamplificadores que están diseñados para expresar glicoproteínas virales competentes en ciernes que podrían, en teoría, llegar a las vesículas extracelulares y transferirse a un nuevo huésped células. Con respecto a la capacidad de fabricación, la producción ampliada puede ser un desafío para transcripciones de ARN muy largas, como los ARN autoamplificadores, mientras que el enfoque de amplificación trans permite longitudes de ARN más cortas, aunque con dos inconvenientes potenciales: el requisito de fabricar dos ARN medicamentos y la complejidad adicional que se debe a la necesidad de un suministro eficiente in vivo de ambos en la misma célula. Finalmente, como Beissert et al. Señale, este enfoque puede mejorarse aún más mediante la implementación de nuevas estrategias en la tecnología de ARNm, tales como modificaciones de nucleósidos,

Con la aparición de la pandemia de Covid-19, una vacuna de ARNm fue la primera en participar en ensayos clínicos, y los primeros voluntarios recibieron la vacuna dentro de las 10 semanas posteriores a la liberación de la secuencia genética del SARS-CoV-2 (www.modernatx.com/moderno-trabajo-potencial-vacuna-contracovid-19. se abre en una pestaña nueva) Las vacunas de ácido nucleico son ahora una gran esperanza para

resolver esta crisis pandémica. Esto no es una sorpresa. Desde su concepción más temprana, las vacunas de ácido nucleico fueron reconocidas como una posible solución para una respuesta rápida a la pandemia. La necesidad de solo la secuencia de un patógeno para generar la vacuna y su simplicidad en la fabricación han sido reconocidas durante mucho tiempo como superpoderes en las vacunas de ácido nucleico con respecto a la entrega de una respuesta rápida a una epidemia emergente. La capacidad de las vacunas de ARN autoamplificadoras, y ahora las vacunas de ARN transamplificadoras, para proporcionar una producción amplificada y duradera de antígeno in vivo, junto con potentes propiedades inmunoestimulantes innatas inherentes, se suma a estos poderes y puede proporcionar el ahorro de dosis (es decir, obtener las mismas respuestas inmunitarias con dosis más pequeñas de vacuna) que probablemente serán necesarias para satisfacer las demandas globales. Solo podemos esperar que su despliegue convierta la crisis pandémica de Covid-19 en un desafío más manejable, salvando vidas y disminuyendo la morbilidad.



¿Cuál es el período de incubación estimado de la COVID-19?

Artículo original: The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application.

Stephen A. Lauer, Kyra H. Grantz y colaboradores.

Ann Intern Med. 2020 May 5;172(9):577-582.

INTRODUCCIÓN

Desde el reporte de la aparición de casos de neumonía severa de causa desconocida en Wuhan, en la provincia de Hubei, en China, el foco inicial estuvo epidemiológicamente asociado a un mercado de mariscos.

El 7 de enero de 2020 se aislaron muestras respiratorias de 4 casos, identificando una nueva cepa de coronavirus perteneciente a la misma familia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS).

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró este nuevo virus

(SARS-CoV-2) una situación de emergencia en la salud pública y el 31 de enero el Centro de **Control** y Prevención de Enfermedades e Infecciones de los Estados Unidos anunció que todos los ciudadanos provenientes de esta zona debían hacer una cuarentena obligatoria de hasta 14 días.

El conocimiento actual del período de incubación de este virus es limitado. En base a un análisis precoz proveniente de 88 casos confirmados en provincias de China se indicó un período de incubación medio de 6,4 días (**IC** 95%: 5,6 a 7,7), con un rango de 2,1 a 11,1 días. En otro análisis en base a 158 casos confirmados se estimó una **Mediana** del período de incubación de 5,0 días (4,4 a 5,6), con un rango de 2 a 14 días. Estas estimaciones se encuentran en línea con la de otros coronavirus humanos conocidos, incluyendo SARS (**Media** 5 días; rango 2 a 14 días), y MERS (**Media** 5 a 7 días; rango 2 a 14 días).

Conocer de manera adecuada el período de incubación de una infección tiene varios aspectos relevantes para la salud pública, incluyendo el tiempo de monitoreo activo, vigilancia y **Control**.

El objetivo de este artículo fue brindar estimaciones del período de incubación de la COVID-19 y el número de infecciones sintomáticas potencialmente perdidas bajo distintos escenarios de monitoreo activo.

DISEÑO

Análisis utilizando un modelo matemático en base al reporte de casos.

CONTEXTO

Los autores son oriundos de los Estados Unidos y de Alemania.

PACIENTES

Se incluyeron casos confirmados de COVID-19, entre el 4 de enero de 2020 al 24 de febrero de 2020.

INTERVENCIÓN

No existió **Intervención** en particular.

Los autores buscaron reportes de salud pública (en inglés y chino) de casos confirmados de la COVID-19 en áreas sin transmisión comunitaria conocida, incluyendo provincias, regiones y países fuera de Hubei.

Para cada caso, los autores decretaron el tiempo de la posible exposición al SARS-CoV-2, el inicio de cualquier síntoma, inicio de fiebre, y la fecha de detección del caso.

Para la mayoría de los casos, el intervalo posible de exposición al virus estuvo definido como el tiempo de arribo hasta el tiempo de salida de Wuhan. Para los casos sin antecedente de viaje a esta ciudad, el tiempo de exposición fue definido como el intervalo de contacto con una persona infectada, incluyendo el tiempo antes que fuera sintomática. También extrajeron datos referentes a la edad, sexo, país de residencia, y posible ruta de exposición.

Todas las estimaciones se basaron en personas que desarrollan síntomas, y este trabajo no hace referencia a los posibles casos asintomáticos de esta enfermedad.

MEDIDAS DE EVOLUCIÓN

El objetivo de este artículo fue estimar con un modelo de log normal el período de incubación de la COVID-19 y el número de infecciones sintomáticas potencialmente perdidas bajo distintos escenarios (días) de monitoreo.

PRINCIPALES RESULTADOS

- Los autores recolectaron los datos de 181 casos confirmados con SARS-CoV-2 detectados fuera de la provincia de Hubei, antes del 24 de febrero de 2020.
- Entre ellos, 69 (38%) fueron de sexo femenino, la **Mediana** de edad fue 44,5 años (rango intercuartil 34 a 55,5).
- Los casos fueron recolectados de 24 países y regiones fuera de China continental (n=108) y de 25 provincias en China (n=73).
- En la mayoría de los casos (n=161) se detectó el antecedente reciente de viaje o residencia en Wuhan.
- La **Mediana** de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la internación fue 1,2 días (rango 0,2 a 29,9 días).
- Aplicando el modelo matemático utilizado en este caso, los autores estimaron la **Mediana** del período de incubación en 5,1 días (**IC** 97,5%: 4,5 a 5,8 días).
- Estimaron que menos del 2,5% de las personas infectadas mostrarán síntomas en los primeros 2,2 días desde la exposición y que el inicio de los síntomas ocurrirá en los primeros 11,5 días desde la exposición (8,2 a 15,6 días) en el 97,5% de las personas infectadas.
- Estimaron además la **Mediana** del período de incubación para el inicio de la fiebre en 5,7 días (4,9 a 6,8 días), con solo el 2,5% de las personas que experimentarán fiebre en los primeros 2,6 días y el 97,5% tendrán fiebre dentro de los 12,5 días (8,2 a 17,7) desde la exposición.
- El subanálisis de los casos detectados fuera de China determinó una **Mediana** del período de incubación de 5,5 días (4,4 a 7,0), con el 95% de los casos en un rango entre 2,1 a 14,7 días.
- Con estas estimaciones del período de incubación, predijeron el número de infecciones sintomáticas que se esperaba perderse durante el transcurso de un programa de monitoreo activo.
- Para un programa de monitoreo activo con una duración de 7 días, se estima que el número de infecciones sintomáticas perdidas por cada 10.000 personas con alto **Riesgo** de infección (modelo 1/100) en monitoreo sería de 21,2 (percentilo 99: 36,5).
- Luego de 14 días de monitoreo, la **Probabilidad** de no detectar una persona sintomática con alto **Riesgo** de infección sería de aproximadamente 1 por cada 10.000 personas (percentilo 99: 4,8).
- Los autores estiman que 101 de cada 10.000 personas (percentilo 99: 482) podrían presentar síntomas luego de un período de monitoreo de 14 días (modelo 1/1).

CONCLUSIÓN

Este trabajo brinda evidencia adicional de una **Mediana** del período de incubación para COVID-19 de aproximadamente 5 días, similar al SARS.

La estimación de los autores sugieren que 101 por cada 10.000 casos desarrollarán síntomas luego de 14 días de un monitoreo activo o cuarentena.

Considerar si esta **Tasa** es aceptable depende del **Riesgo** esperado de infección en la **Población** en monitoreo y los costos de la pérdida de casos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

U.S. Centers for Disease **Control** and Prevention, the National Institute of Allergy and Infectious

Diseases, the National Institute of General Medical Sciences, and the Alexander von Humboldt Foundation.

CONTACTO

Dirigir correspondencia a: Justin Lessler, PhD, Department of Epidemiology, Bloomberg School of Public Health, Johns

Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21205; e-mail, justin@jhu.edu.

COMENTARIOS

Los autores comentan que estimaron que el período de incubación de la COVID-19 es de 5,1 días, y se esperaría que prácticamente todas las personas infectadas que desarrollarán síntomas lo harían en los primeros 12 días desde la exposición. Por lo tanto estiman que el período actual de monitoreo activo recomendado por el CDC de los Estados Unidos (14 días) estaría avalado por la evidencia.

A pesar que estos resultados avalan el tiempo de cuarentena o de monitoreo activo recomendado, un monitoreo más prolongado podría ser justificado en algunos casos. Mencionan también que este análisis presenta algunas limitaciones importantes. Estos datos incluyen reportes de casos precoces. Por otro lado utilizaron estimaciones conservadoras de una posible exposición al inicio de síntomas cuando el tiempo exacto no fue conocido. Al considerar casos precoces confirmados, pueden estar sobre-representadas personas internadas y por lo tanto con síntomas severos. El período de incubación de casos severos podría ser diferente al de casos subclínicos o leves.

DENGUE



NO NOS OLVIDEMOS DEL DENGUE.

APROVECHA QUE ESTAS EN CASA Y ELIMINEMOS LOS CRIADEROS.

EL DENGUE TAMBIEN ACECHA!!!