

ARGENTINA

- Las cinco claves de la vacunación contra la COVID-19 en el país
- Vigilancia de neumonía

AMÉRICA

- Instan a poner fin a las desigualdades para eliminar el sida
- América Latina y el Caribe: La amenaza silenciosa de las enfermedades tropicales en los trasplantes de órganos

- Estados Unidos: ¿Pierde efectividad la vacuna contra la parotiditis?

EL MUNDO

- Camboya: La estrategia para vacunar contra la COVID-19 hasta a los menores de cinco años
- Chad: Situación epidemiológica de la hepatitis E
- China: Un estudio advierte sobre un brote masivo de COVID-19 si el país abandona sus políticas de “tolerancia cero”

- Ghana: Situación epidemiológica del brote de fiebre amarilla

- Malasia: Dos casos fatales de encefalitis japonesa en el estado de Kedah
- Sudáfrica: Reportaron 17 casos de rabia humana en lo que va del año
- Tanzania: Siete personas mueren en Zanzíbar después de consumir carne de tortuga
- La meningitis criptocócica causa unas 180.000 muertes cada año
- Los costos ocultos que la gestión de la pandemia de COVID-19 tiene para los niños

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



Logos of adherent organizations including:

- Centro Médico de Córdoba
- SLAMVI - Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
- Sociedad Panamericana de Infectología
- Associação Brasileira de Infectologia (SBI)
- Comité Nacional de Infectología SAP
- Facultad de Ciencias Médicas
- CM PCI
- UCC
- S.A.D.I.
- Asociación Parasitológica Argentina
- Asociación Argentina de Vacunología e Inmunología
- DDNA - DEFENSORÍA DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
- GEMICOMED - seimc.org
- Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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

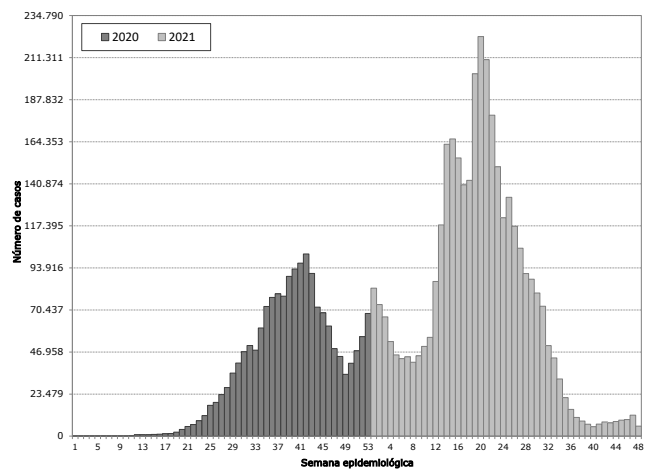
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Luego de un comienzo promisorio, con inmunizados incluso antes que comenzara el año 2020, la campaña nacional de vacunación contra la COVID-19 –la más grande de la historia, al decir de los funcionarios– se estancó durante los primeros meses de 2021 por la falta de abastecimiento de los laboratorios con los que se habían firmado contratos. Esa situación, sumada al relajamiento de medidas durante la segunda ola y al comienzo del ciclo lectivo con el retorno de las clases presenciales, hizo que lo más duro de la pandemia golpeará al país en 2021: 70.271 fallecidos hasta hoy, 60,24% del total. En las siguientes claves se resume la situación actual respecto de cómo se usó y se usará en los próximos meses la principal herramienta contra la enfermedad que en todo el mundo ha causado más de 5,2 millones de muertes.

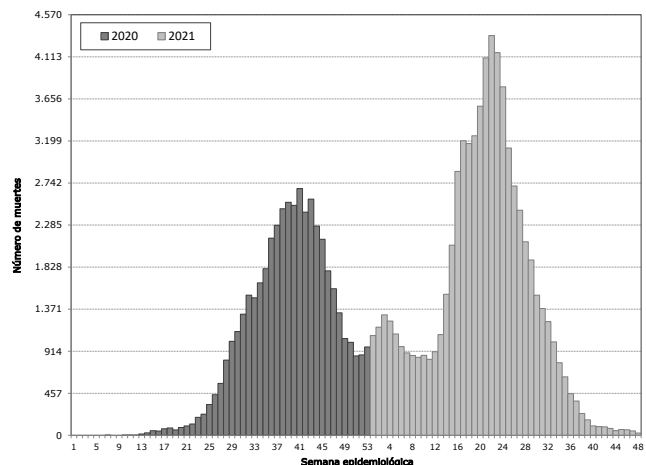
Los desafíos

Argentina ya superó 66% del total de la población con esquema completo y 80% con una dosis (supera 90% para los grupos de riesgo); y también comenzó a vacunar a niños y adolescentes. Sin embargo, las autoridades y los expertos notan que una parte del

grupo de menores de 40 años se muestra remisa a acceder a las segundas dosis, fundamentales para mantener alta la inmunidad, sobre todo ahora que la variante Delta campea circula en el país. “En los adolescentes y en general en todo el grupo que va desde los 18 a los 39 años hay una falsa sensación de seguridad y, pudiendo ir a vacunarse, no van, o no concurren a la segunda dosis. Ahí hay una necesidad de continuar abogando para que lo hagan”, dijo el Dr. Tomás Agustín Orduna, jefe del servicio de Medicina del Viajero del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñiz’. Es un número cercano a los cuatro millones de personas.



Casos confirmados de COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 48 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 4 de diciembre de 2021.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 48 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 4 de diciembre de 2021.

Las fortalezas

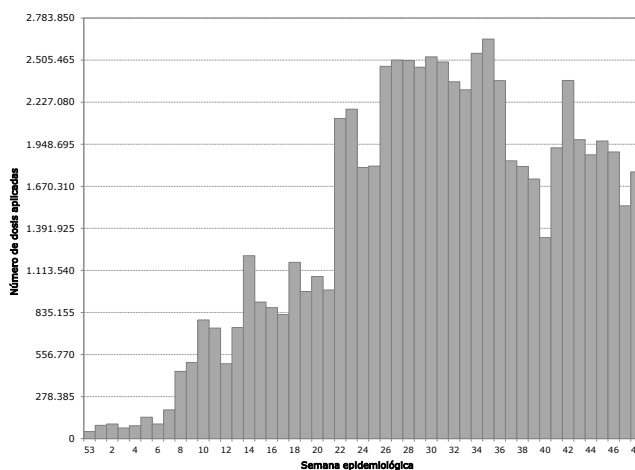
Los expertos destacan que hubo provisión de varios laboratorios y con distintas plataformas, lo que permitió vacunar a distintos grupos etarios de manera diferenciada. “Es una campaña bien diseñada, dinámica, que analiza siempre la evidencia para establecer lineamientos”, elogió Daniela Hozbor, directora de grupo en el Laboratorio Vacsal de la Universidad Nacional de La Plata e investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). En tal sentido, Florencia Cahn, infectóloga y presidenta de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE), remarcó que “cuando las vacunas llegaban a un ritmo lento se priorizó con al menos una dosis a los grupos de mayor riesgo; y luego con más dosis disponibles se empezó a vacunar a menores de 60 años con riesgos y, luego, a la franja de 18 a 60 años sin condiciones preexistentes”. Con la llegada de la variante Delta, “que es más transmisible y disminuye la eficacia de las vacunas, se evaluó la necesidad de completar los esquemas con dos dosis”, prosiguió Cahn.

“Las vacunas disminuyeron el impacto de la enfermedad en casos y mortalidad”, dijo Daniel Stecher, Jefe de la División de Infectología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA). “Por lo mismo, la variante Delta no tuvo un impacto fuerte en comparación. Esto es por la vacunación agresiva, sobre todo si se considera que nunca fue obligatoria. En Argentina, la población apoya la vacunación, no como en Europa o en Estados Unidos, donde hay 30% o más de rechazo”, dijo. También se destacó como buena la decisión de vacunar a los niños con la vacuna del laboratorio Sinopharm, pese a la imprecisión oficial respecto de que China ya había vacunado a su población menor con la misma vacuna (solo lo habían hecho en Emiratos Árabes Unidos), en vista de cómo continúa en circulación el virus y cómo los afecta. “Vemos que otros países que no iniciaron esquemas en este grupo etario están con problemas”, dijo Hozbor. Por último, los expertos también resaltaron que el país pudo generar datos propios respecto de cómo funcionan las vacunas en la vida real (es decir, más allá de los ensayos clínicos).

Las debilidades

Además de la mencionada reticencia a vacunarse por parte de ciertos adultos jóvenes, antes fue muy notoria la incertidumbre por la no llegada de las dosis en los primeros meses del año, pese a los contratos firmados, en particular la segunda parte del esquema de Sputnik V (subsanado con la mezcla con otras marcas, en un esquema heterólogo) así como con la versión Argen-Mex de la de AstraZeneca. A eso, Hozbor le agrega el problema de la comunicación y el espacio que le se dio a fuentes sin sustento, que hizo mucho daño, según señaló. “En una situación de crisis sanitaria, generar desconfianza es muy negativo porque hace que las personas duden cuando oyen algo malo. Eso hizo daño, pero la población entendió la situación porque todos tenemos bien a la vista cómo afecta la enfermedad y que hay que detenerla con esta herramienta”.

Por su parte, Orduna apuntó que también “fue problemático ponerse de acuerdo, desde la sociedad civil, las sociedades científicas y los ministerios de salud: hubo discusiones e idas y



Dosis aplicadas de vacunas contra la COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 53 de 2020 a 48 de 2021. Fuente: Monitor Público de Vacunación, Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 5 de diciembre de 2021, 04:35 horas.

vueltas en particular respecto de la vacunación de los niños; eso luego se saldó y hoy hay una fuerte adhesión de padres que vacunan y anotan a sus hijos todos los días”. Orduna también hizo referencia a cuestiones políticas que pusieron palos en la rueda, “pero por suerte desde el Estado y las 24 provincias desde el Consejo Federal de Salud (COFESA) se avanzó para tener un exitoso programa”. En definitiva, en función de su población, Argentina mostró una capacidad de respuesta similar a la del resto del Cono Sur (Chile y Uruguay tienen porcentajes de 84% y 76% de esquemas completos respectivamente, con poblaciones de un tercio y menos de una décima parte de la de Argentina).



¿Habrá en el país una pandemia entre los no vacunados?

Los expertos consultados coinciden en que no. Pese a los múltiples problemas que tiene la salud argentina, la capacidad de movilización y persuasión del movimiento antivacunas que campea en muchos países (por distintas razones en el Primer y el Tercer Mundo), en el país es más bien marginal. Para Hozbor, hay que llegar a un piso de 80% con dos dosis; para Cahn ese número debería ser “como mínimo 85%”. Más allá de esos porcentajes variables, Stecher es optimista respecto del próximo otoño: “Creo que se va a lograr llegar al número indicado de vacunación para evitar que el virus circule a sus anchas; Europa tiene resistencia a la vacuna y Argentina no. De todos modos, creo que también lo otro que muestra Europa es que hay que tener cuidado con liberar demasiado y pensar que como estamos vacunados no hay problema”. Orduna coincidió con su colega: “Más allá de que la población joven, de menos de 40 años, tiene la sensación de que ya pasó, se debe recordar el contexto pandémico, y que deben vacunarse, pero no creo que tengamos una epidemia de no vacunados; llegaremos bien al otoño de 2022”.

¿Tercera dosis para todos?

Todo apunta a que sí. Será del mismo modo que se encaró la vacunación al principio de la campaña, de manera escalonada y con la idea de llegar a marzo de 2022 al menos con los principales grupos de riesgos cubiertos. Según Hozbor, “después de aplicarlas en la población que la necesita primero, como los inmunocomprometidos y la población añosa que tiene Sinopharm, se seguirá con tercera dosis para toda la población con la misma priorización, y ahora de manera más acelerada porque hay disponibilidad de vacunas”, concluyó. ¿Y la nueva variante Omicron? Por ahora faltan datos, pero es posible que la vacunación evite al menos la mayor parte de los casos graves y las hospitalizaciones.

23/11/2021

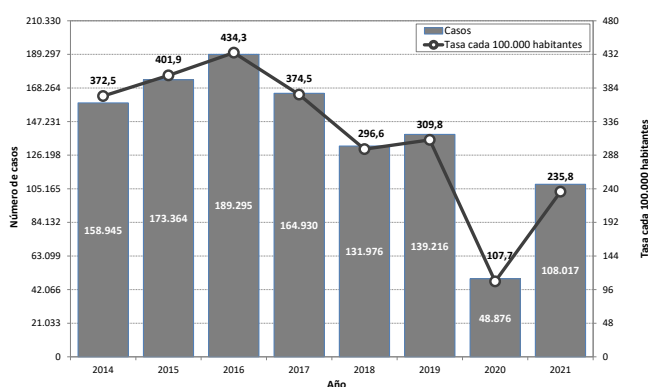
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	64.480	351,08	1.683	54,72	2.126	69,05
Buenos Aires	224.070	220,62	11.203	63,87	38.125	215,28
Córdoba	113.407	521,30	3.348	89,03	5.415	142,57
Entre Ríos	34.427	427,91	2.798	201,88	2.440	174,47
Santa Fe	68.291	330,92	2.244	63,45	5.729	160,77
Centro	504.675	296,23	21.276	72,62	53.835	182,19
Mendoza	78.179	679,58	4.188	210,42	9.889	491,90
San Juan	21.888	485,30	1.078	137,99	1.521	192,66
San Luis	22.519	772,29	1.174	230,95	5.542	1.076,93
Cuyo	122.586	647,57	6.440	196,35	16.952	511,46
Chaco	50.784	728,53	2.369	196,67	4.685	385,20
Corrientes	20.942	321,50	977	87,17	1.468	129,87
Formosa	16.060	455,87	972	160,61	750	122,95
Misiones	22.811	313,88	1.462	115,91	2.693	211,22
Noreste Argentino	110.597	455,60	5.780	137,89	9.596	226,77
Catamarca	12.825	531,04	799	192,33	1.304	311,22
Jujuy	14.495	326,11	1.349	174,99	2.051	263,21
La Rioja	18.746	832,10	1.613	409,88	2.892	725,45
Salta	41.512	508,39	3.188	223,81	4.200	291,26
Santiago del Estero	13.622	240,71	774	79,12	1.297	131,24
Tucumán	28.129	288,75	1.494	88,16	2.658	155,03
Noroeste Argentino	129.329	395,76	9.217	162,35	14.402	250,84
Chubut	13.992	400,25	581	93,86	1.161	184,53
La Pampa	8.993	431,06	535	149,26	1.442	399,01
Neuquén	23.507	618,72	1.723	259,47	3.521	523,60
Río Negro	24.346	568,61	1.834	245,32	3.652	482,40
Santa Cruz	14.409	718,94	1.272	347,83	3.342	891,78
Tierra del Fuego	5.129	538,86	218	125,70	114	64,15
Sur	90.376	543,81	6.163	210,47	13.232	445,14
Total Argentina	957.563	364,27	48.876	107,71	108.017	235,80

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 42, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 108.017 casos. La tasa de incidencia de este período es 118,92% mayor que la correspondiente a igual intervalo de 2020. Solo tres jurisdicciones presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del año 2020: Entre Ríos, Formosa y Tierra del Fuego.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 42, equivale a 64,73% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Solo dos provincias presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: San Luis y Santa Cruz.

En base a los datos de las primeras 42 semanas de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, con un leve repunte en 2019 y una caída notable en 2020, aunque con un fuerte incremento en el año en curso, en el que los casos más que duplican los del año anterior.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



INSTAN A PONER FIN A LAS DESIGUALDADES PARA ELIMINAR EL SIDA

30/11/2021

En vísperas del Día Mundial del Sida, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) advirtieron que el número de nuevas infecciones por VIH no ha descendido en una década en América Latina e instaron a acelerar el paso para alcanzar la meta de eliminación del sida para 2030, tras casi dos años de interrupciones ocasionadas por la COVID-19.



Pon fin a las desigualdades
Pon fin al Sida. Pon fin a las pandemias.

Día Mundial del Sida
1 de Diciembre, 2021

“Pon fin a las desigualdades. Pon fin al sida” es el lema del Día Mundial del Sida de este año, que se enfoca en confrontar las inequidades que impulsan el sida y dificultan el acceso a los servicios esenciales del VIH, en especial para las personas más afectadas, que han quedado atrás.

“El VIH no afecta a todos por igual. Existen personas que están en mayor riesgo de infectarse, que siguen siendo víctimas de estigma y discriminación, y que no acceden a los métodos de prevención o a la atención que necesitan, y eso es inaceptable”, afirmó la Directora de la OPS, Carissa Faustina Etienne. “Si queremos terminar con el sida, debemos enfocarnos en aquellas personas en mayor riesgo, y en acelerar la introducción de nuevos métodos de diagnóstico y prevención existentes, así como en garantizarles el acceso al tratamiento más efectivo en forma temprana”, destacó.

Según estimaciones de la OMS y el ONUSIDA, 2,4 millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe. El 81% de las personas estimadas que vivían con el virus en la región estaban diagnosticadas, 65% recibían tratamiento y 60% estaban con carga viral suprimida. Por su parte, las muertes por sida se redujeron 27% desde 2010 y el porcentaje de personas con VIH que obtuvieron su diagnóstico en forma tardía bajó de 33% en 2016 a 25% el año pasado.

“Para poner fin al sida para 2030, debemos acabar urgentemente con las desigualdades económicas, sociales, culturales y legales que impulsan el sida y otras pandemias en nuestra región”, dijo Alejandra Corao, Directora Regional interina del ONUSIDA para América Latina y el Caribe. “Aunque existe la percepción de que un momento de crisis no es el más adecuado para priorizar el tratamiento de las injusticias sociales subyacentes, está claro que, hasta que ésta se resuelva, debemos redoblar los esfuerzos para poder superar la crisis”, señaló.

Pandemia por COVID-19 y VIH: alcance de las metas en riesgo

En 2020, la pandemia de COVID-19 impactó los servicios de VIH, comprometiendo la disponibilidad de los tratamientos e interrumpiendo la prestación de servicios, incluyendo las actividades de prevención, la realización de pruebas de VIH (que cayó 34% respecto de 2019) y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como los inicios de la terapia antirretroviral entre las personas recién diagnosticadas, según datos de 20 países. La pandemia también retrasó la implementación de la profilaxis preexposición (PPrE).

La OPS y el ONUSIDA advierten que, al reducirse el testeo y el número de resultados positivos encontrados, existe un riesgo significativo de retroceso en el avance de las metas de eliminación. Ambas organizaciones consideran necesario fortalecer los servicios de salud basados en la comunidad y financiarlos suficientemente para que sean la primera línea de batalla contra el estigma, colocando a las personas y la vigencia de sus derechos humanos en el centro de la respuesta a la pandemia.

Sin embargo, la dispensación de medicamentos para varios meses a la vez, la telesalud, las citas en línea, la autoprueba, el envío de medicamentos por vía postal y su entrega a domicilio, así como nuevos modelos de atención dirigidos por la comunidad, han ayudado a mantener los servicios de VIH durante la pandemia de COVID-19.

Autoprueba, PPrE y tratamiento adecuado

Las personas preocupadas por la confidencialidad del diagnóstico o que usualmente no son alcanzadas con testeos convencionales, pueden conocer ahora su estado de VIH a través de la realización de una autoprueba desde la comodidad de su casa. La OPS y el ONUSIDA recomiendan este método de diagnóstico –que hasta ahora solo fue introducido por programas nacionales de una decena de países de la región– y lo promueven en la campaña del Día Mundial de este año.

Asimismo, recomiendan desde 2015 la introducción y oferta de la PPrE, medicamentos que pueden tomar quienes no viven con VIH, pero que tienen un alto riesgo de contraerlo. Esta población concentra 92% de los nuevos casos de VIH en América Latina y 68% en el Caribe. Solo diez países de la región cuentan con políticas públicas de provisión de PPrE, dos países más que en 2019. Sin el impulso de la PPrE a la escala suficiente, la región difícilmente logrará reducir las nuevas infecciones para terminar con el sida para 2030.

Garantizar el inicio del tratamiento temprano y con los medicamentos más efectivos es también fundamental para cortar la cadena de transmisión y salvar vidas. Sin embargo, muchos países están retrasados en adoptar el antirretroviral dolutegravir como parte del tratamiento que recomienda la OMS. En la mayoría de los países de la región, las personas que están bajo un esquema de tratamiento con este antirretroviral, que es más eficaz, más fácil de tomar y tiene menos efectos secundarios que otros, no superan 50%. Las personas que viven con el VIH y tienen una carga viral indetectable no pueden transmitir el virus.

Los países de América Latina y el Caribe enfrentan dificultades en el trasplante de órganos debido a que algunas de las enfermedades tropicales más prevalentes, como dengue, enfermedad de Chagas o malaria, pueden provocar infecciones en donantes y destinatarios que pongan en riesgo el éxito de la operación.



Así lo aseguraron especialistas latinoamericanos en el [Congreso Mundial](#) de la Sociedad Americana de Medicina Tropical e Higiene (ASTMH), que se llevó a cabo de forma virtual del 17 al 21 de noviembre.

Las infecciones más comunes que ocurren en el trasplante de órganos suceden debido a bacterias (como la que causa la tuberculosis); hongos (que provocan, por ejemplo, histoplasmosis); virus (dengue, fiebre zika o fiebre chikungunya); o protozoarios (como *Trypanosoma cruzi*, que causa la enfermedad de Chagas).

Sin que haya cifras oficiales, los especialistas advirtieron que las muertes por infecciones post-trasplante son poco frecuentes. Sin embargo, señalaron que si son subestimadas se pueden convertir en un problema grave en el futuro.

“No es un secreto que las enfermedades tropicales son enfermedades desatendidas. Y no son atendidas porque solo ocurren en esta parte del mundo”, dijo el virólogo brasileño e investigador del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad de São Paulo, José Eduardo Levi, quien fue ponente en el encuentro.

Uno de los principales problemas, de acuerdo con Levi, es que “no hay una buena capacidad de análisis ni kits ni herramientas para examinar a los donantes y saber si tienen dengue, malaria u otras enfermedades tropicales”.

“Vamos a ponerlo así: los manuales de detección no toman en cuenta la realidad latinoamericana”, dijo. Esto dificulta la posibilidad de prevenir infecciones que podrían dañar el órgano trasplantado y, en consecuencia, la vida del destinatario.

El [Observatorio Global de Donación y Trasplante \(GODT\)](#) estimó que en 2019 se realizaron 166.579 trasplantes de órganos en el mundo, y de ellos 61.963 ocurrieron en las Américas, siendo los más comunes de riñón e hígado. Además, advirtió que la Región lleva a cabo más trasplantes que otras: 53,3 trasplantes cada millón de habitantes, seguida de Europa, con 46,9 trasplantes cada millón de habitantes.

El aumento en el número de trasplantes en la Región debido, en buena medida, al incremento de padecimientos crónicos como la enfermedad renal crónica o la hepatitis C, va acompañado de patrones sociodemográficos que hacen que más personas estén en riesgo de adquirir alguna enfermedad endémica.

De acuerdo con un [artículo](#) publicado en 2018, elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Endémicas y Medicina del Viajero en el Trasplante de Órganos Sólidos, de la Or-

ganización Panamericana de la Salud, esos patrones son la migración, el turismo de trasplantes, o los flujos laborales desde y hacia países tropicales.

“Entre 16 y 48% de los recipientes de trasplante de órganos sólidos han viajado a regiones tropicales y otras zonas con mayor riesgo de adquirir enfermedades infecciosas”, dicen los autores.

Y coinciden con Levi en que “las enfermedades infecciosas endémicas comunes de estas regiones se subestiman con frecuencia y siguen siendo las infecciones menos estudiadas, con pocos ensayos prospectivos y ningún estudio aleatorizado en el entorno del trasplante”.

La enfermedad de Chagas parece ser una excepción debido a que se volvió un asunto de interés para Estados Unidos desde 2001. En ese país, no solo es obligatorio monitorear los órganos para trasplante en busca de *T. cruzi*, el parásito que provoca la enfermedad, sino que algunos especialistas recomiendan analizar específicamente a donantes de México, Centroamérica y Sudamérica.

“Para la enfermedad de Chagas hay herramientas de detección para el trasplante de órganos y transfusión de sangre, pero sólo porque la inmigración de latinoamericanos obligó a Estados Unidos a desarrollarlas. El mercado llevó a las grandes empresas a invertir en ello. Pero eso no pasa con el dengue o la fiebre chikungunya, simplemente porque el mosquito no está en las zonas templadas del mundo”, explicó Levi.

Para enfrentar la falta de herramientas específicas que ayuden a prevenir infecciones, Wendy Moncada, del Instituto Nacional Cardiopulmonar, de Honduras, recomendó una escrupulosa evaluación clínica pre-trasplante del donante que incluya información sobre sus viajes a zonas de alto riesgo, exposición a animales, tipo de empleo y pasatiempos, infecciones activas y previas, historial de vacunación y medicamentos.

Los motivos no están claros, y los expertos coinciden en que la vacunación infantil de rutina sigue siendo la mejor arma contra la parotiditis, una infección contagiosa que es en general leve, pero que puede provocar graves complicaciones.

Tras la introducción de la vacuna contra la parotiditis en Estados Unidos en 1967, los casos de la infección se desplomaron en 99%. Pero desde 2006 ha habido un aumento en los casos anuales, con frecuencia entre adultos en edad universitaria que se vacunaron en la niñez.



Esto condujo a una especulación de que una inmunidad menguante tenía la culpa.

Pero un nuevo [estudio](#) muestra que los niños y adolescentes vacunados también conformaron una proporción significativa de los casos de parotiditis en los últimos años. El porcentaje exacto ha variado de un año a otro, pero en general, los niños vacunados conformaron casi un tercio de los casos entre 2007 y 2019.

Actualmente, la vacuna contra la parotiditis se administra como parte de la vacuna triple viral de dos dosis, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Y hace mucho que se sabe que el componente de la parotiditis de la vacuna no es igual de bueno como los componentes del sarampión y la rubéola, que tienen una alta efectividad.

La vacunación con triple viral reduce el riesgo de sarampión y rubéola en alrededor de 97%, mientras que el riesgo de parotiditis se reduce en 88%.

Nadie está seguro del motivo de que algunas personas vacunadas de cualquier forma se contagien de parotiditis, pero hay algunos posibles factores contribuyentes.

Existen evidencias limitadas que sugieren que los sistemas inmunitarios de algunas personas quizá no respondan tan bien como deberían a la vacuna. También está la situación hipotética de la inmunidad menguante, en que los anticuerpos contra la parotiditis de una persona vacunada se reducen con el tiempo, hasta que ya no son protectores.

También se cita una posibilidad adicional: la vacuna contra la parotiditis, que tiene décadas de antigüedad, podría haber perdido fuerza contra las cepas virales que circulan actualmente.

Aunque los virus de la parotiditis tienen una estabilidad genética relativa, hay evidencias de ciertas diferencias entre la cepa que se utilizó en la vacuna y los virus en circulación actuales.

Si es así, los investigadores están trabajando en ello, evaluando nuevas vacunas que incorporan a las nuevas cepas del virus.

Los hallazgos se basan en los casos de parotiditis reportados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de 2007 a 2019. En ciertos años hubo unos brotes de ma-

yor tamaño, y el más grande superó los 6.300 casos. En otros años, unos cientos de estadounidenses contrajeron el virus.

En general, los niños y los adolescentes menores de 18 años conformaron 32% de los casos.

Pero es importante mantener los números en perspectiva: antes de la introducción de la vacuna contra la parotiditis, cada año se reportaban más de 100.000 casos. Una cobertura alta de vacunación mantiene la enfermedad bajo en Estados Unidos, de forma que no vuelvan los días de decenas de miles de casos cada año.

En general la parotiditis es una enfermedad leve, pero de vez en cuando la infección puede provocar complicaciones graves, como inflamación del cerebro y la médula espinal, y pérdida auditiva. Son estas complicaciones el motivo de la vacunación.

Quizás el mensaje principal de este estudio es que mantener a los niños al día con sus vacunas es más importante que nunca. Muchos niños en Estados Unidos se retrasaron con las vacunas a principios de la pandemia de COVID-19. Y aunque la situación ha mejorado, es importante recordar que los niños también necesitan protección contra las enfermedades infantiles tradicionales.

Es importante que los padres conozcan las señales potenciales de la parotiditis. La característica más conocida de la infección es que provoca una hinchazón en las mejillas y a lo largo de la mandíbula; en algunos casos un lado de la cara puede verse sustancialmente más grande que el otro. La parotiditis también puede provocar fiebre, dolor de cabeza, dolores en el cuerpo y fatiga. Si los padres sospechan que su hijo tiene la infección, deben llamar al pediatra.

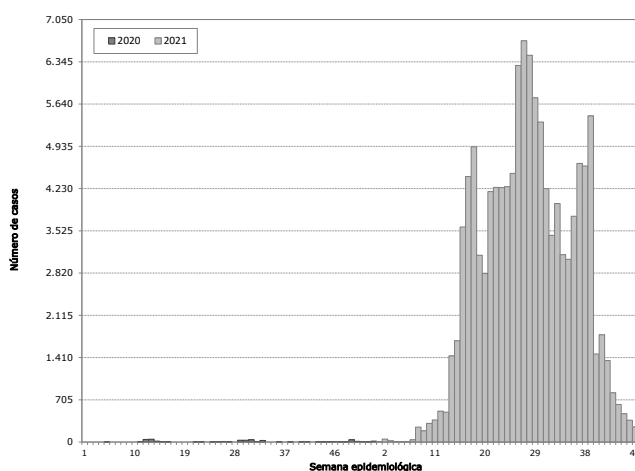
El virus se propaga mediante contacto directo con la saliva o las gotitas respiratorias. Con frecuencia se transmite a través de actividades con un contacto cercano, como los deportes, o al compartir artículos como las botellas de agua o los vasos.

Y es probable que este sea un motivo clave de que con frecuencia los brotes de parotiditis hayan afectado a los estadounidenses en edad universitaria.

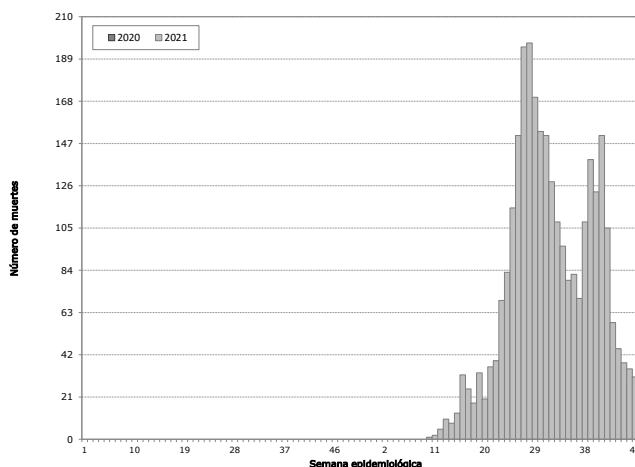
A principios de noviembre, antes de que estallara el miedo por la nueva variante Omicron, Camboya anunció que desde el día 30 del mismo mes estaría listo para reiniciar el turismo y dar la bienvenida a viajeros completamente vacunados sin que tengan que hacer cuarentena, siempre que permanezcan al menos cinco días en áreas designadas. Está previsto que la reapertura del país se realice en varias fases, siendo Sihanoukville y las islas Koh Kong, en el golfo de Tailandia las primeras provincias en abrir. A su llegada, los visitantes deben mostrar su certificado de vacunación y efectuar una prueba de resultados rápidos para la COVID-19.

El reino, con 17 millones de habitantes y entre los países más pobres de Asia, ha sido elogiado por su rápido éxito en la administración de vacunas, sobre todo teniendo en cuenta la evolución de otros países del Sudeste Asiático. Pero, también, ha recibido críticas por la aprobación de leyes de emergencia represivas para contener los brotes del virus.

Al anunciar la reapertura del país, el primer ministro, Hun Sen, expresó que ya era hora de seguir adelante, asumiendo la presencia de la COVID-19, “como una forma de vida” y también dio a conocer el inicio de la campaña de vacunación de los menores de cinco años. Los de la franja etaria de entre seis y 14 años empezaron a recibir las dosis en septiembre. El pasado 29 de octubre, 96,4% de los adultos ya estaban completamente vacunados y 18% de ellos también había recibido dosis de refuerzo, según los datos del Ministerio de Salud. También 92,8% de los niños de 12 a 17 años y 90,3% de los de seis a 11 años habían recibido ya la pauta completa.



Casos confirmados de COVID-19. Camboya. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 47 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 2 de diciembre de 2021, 17:51 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Camboya. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 47 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 2 de diciembre de 2021, 17:51 horas.

Camboya, que actualmente registra más de 120.000 contagios y casi 3.000 muertos, se salvó de lo peor de la pandemia en 2020, pues el impacto fue menor en comparación con otros países. Sin embargo, registró la mayor parte de sus contagios desde febrero de 2021, y alcanzó lo que el Gobierno llamó la “línea roja” en su mayor brote hasta el momento. A partir de entonces, las autoridades respondieron con medidas que han criticado algunas organizaciones como Human Rights Watch o Internews.



Un niño recibe una dosis de la vacuna Sinovac contra la COVID-19 en un centro de salud de Phnom Penh, capital de Camboya.

Internews trabaja a nivel internacional con una red de socios que responden a los rumores y la desinformación en lo que llaman la “infodemia” global. Su asesor de salud regional de la COVID-19 en Asia, Sonny Krishnan, detalló que en marzo de este año Camboya aprobó una ley que permite aplicar penas de prisión de hasta 20 años por violaciones de las medidas relacionadas con la crisis sanitaria. Una medida que en su opinión es totalmente “desproporcionada”.

Desde entonces, “romper la autocuarentena prematuramente es castigado con hasta tres años de cárcel; salir de las instalaciones de tratamiento médico tras dar positivo acarrea hasta diez años y la obstrucción de las medidas adoptadas para frenar la expansión del virus, hasta cinco años”, dijo. A estas sentencias, se añaden multas económicas muy elevadas. Por ejemplo, quien ayude a otra persona a escapar de un confinamiento puede ser sancionado con hasta 12.300 dólares.

Krishnan expuso que tras la aprobación de esta ley, “las autoridades han arrestado a decenas de ciudadanos por expresar opiniones críticas sobre la respuesta del Gobierno a la COVID-19, incluidas al menos seis por sus críticas a la campaña de vacunación”.

Las autoridades también han procesado al menos a tres individuos por publicar videos en redes sociales señalando que las vacunas Sinovac, fabricadas en China y que son las que se estaban suministrando, son menos efectivas que las de ARNm producidas por Pfizer y Moderna. Un estudio publicado en la prestigiosa revista *The Lancet* evidencia que la dosis de Pfizer mantiene su efectividad más allá del primer semestre, mientras que la de Sinovac registra una caída progresiva en el tiempo, bajando del 75% inicial (dos semanas después de recibir la segunda dosis) a 40%.

En opinión de Krishnan, “lo que resulta frustrante para los periodistas es que hay pocos estudios revisados por pares publicados sobre la efectividad de las inmunizaciones chinas cuando son desafiadas por las variantes del virus”. Y cuando se cuestiona al respecto a las autoridades reguladoras, “quienes hacen preguntas son acusados de tratar de promover las dudas entre la comunidad sobre si deberían vacunarse”, añadió. “Entonces, el éxito de la campaña de Camboya se ha debido a la aprobación de leyes de emergencia represivas, un suministro confiable de viales de China, y el amordazamiento de los medios de comunicación por parte del Gobierno”. Si bien, reconoció que se han conseguido reducir las tasas de hospitalización y muerte en Camboya, incluso cuando continúa circulando la variante Delta, que es muy contagiosa.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, el número de ingresos y fallecimientos causados por la COVID-19 está disminuyendo desde el verano, a medida que más personas han recibido

la vacuna. El país reabre con cautela, mientras que el Gobierno permanece atento a las medidas clave de seguridad pública, como el uso del barbijo, el distanciamiento físico y evitar grandes reuniones y espacios abarrotados o mal ventilados.

Como explicó el representante del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Camboya, Foroogh Foyouzat, el Ministerio de Sanidad se está embarcando ahora en una nueva fase de su campaña de vacunación

para identificar a quienes aún no están inmunizados y alentarlos a hacerlo lo antes posible. “El ministerio está trabajando para fortalecer la participación de la comunidad para reforzar aún más la prevención de la COVID-19, adaptando la respuesta a esta nueva fase de la apertura”, añadió Foyouzat.

El reinicio del turismo se ha inspirado en el plan de viajes sin cuarentena del proyecto [Phuket Sandbox](#) de la vecina Tailandia, que empezó en julio. La apertura del sector es vital para Camboya: en 2019 el país recibió a 6,6 millones de extranjeros que representaron casi 4.900 millones de dólares en ingresos, y la mayoría de ellos visitó Angkor y destinos costeros, según el Ministerio de Turismo. En 2020, el número de visitantes se redujo drásticamente a 1,3 millones, y [las ganancias se desplomaron a alrededor de 986 millones de dólares](#).

Las cifras cambian continuamente en todos los países, pero el representante del UNICEF señaló que, al menos en estos momentos, “Camboya es uno de los países con la tasa de inmunización más alta del mundo y ocupa un lugar muy alto en la región, solo superado por Singapur en el porcentaje de personas completamente protegidas”. Phnom Penh, la capital, también ha registrado algunos de los porcentajes más altos de personas que recibieron dosis desde muy temprano. Desde el UNICEF no se ha realizado un análisis que permita comparar la situación en otras capitales, pero en julio las autoridades dieron a conocer que [99% de los dos millones de habitantes de la capital](#) tenían la pauta completa tras llevar a cabo una campaña de cinco meses.

Como recordó Foyouzat, al igual que en otros países, este también ha enfrentado algunos desafíos, como el hecho de tener que aumentar la presión sobre los sistemas de salud y los trabajadores, buscando garantizar información precisa y oportuna. Aseguró que “hubo cierta desconfianza inicial, ya que estos viales eran nuevos para el uso público masivo”. Además, la implementación comenzó con dosis que, en ese momento, no estaban aprobadas por la lista de uso de emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También remarcó que un gran ejemplo de cómo se priorizaron los recursos para algunos de los más vulnerables fue “la priorización de las de Johnson & Johnson (Janssen), de una sola dosis, donadas por el [Fondo de Acceso Global para Vacunas contra la COVID-19 \(COVAX\)](#) para los trabajadores migrantes y personas que viven en lugares remotos y de difícil acceso”. Como los trabajadores migrantes no siempre tienen una vivienda estable, y viajar puede ser largo y difícil para los residentes remotos, dijo que esta “fue la forma más eficiente de garantizar que pudieran recibir una cobertura completa”.

“El sentido de responsabilidad comunitaria también ha contribuido a reducir las dudas sobre la efectividad”, añadió Foyouzat. La familia es muy valorada en Camboya y, a partir de la es-



Un hombre recibe la vacuna AstraZeneca contra la COVID-19 en un hospital de Phnom Penh.

cucha social en las redes sociales, afirmó que han visto que la mayoría de los camboyanos “no solo pensaban en sí mismos al elegir vacunarse; también pensaron en proteger a quienes los rodeaban, en particular a los miembros mayores de la familia”.

El UNICEF sostiene, además, que, si bien las cosas parecen ir en una dirección positiva, hacia la recuperación, “el Gobierno y los socios son conscientes de la necesidad de permanecer vigilantes y monitorear de cerca la situación, como en otras partes del mundo”, hasta que puedan estar seguros de que la pandemia ha sido contenida.

Mientras que los visados de turista han comenzado a emitirse de nuevo, las escuelas han reabierto en Camboya y el período de confinamiento para los viajeros entrantes se ha reducido. Tras la apertura de Sihanoukville y las islas Koh Kong, la provincia de Siem Reap, donde se encuentran los conocidos templos de Angkor, se sumará a la lista de provincias libres de cuarentena en enero y posteriormente otros destinos si el programa tiene éxito. Hun Sen ha dicho que el país se abrirá por completo a los visitantes “cuando se considere que la COVID-19 está bajo control”, por precaución.

Se han notificado casos sospechosos de hepatitis E en Chad desde la semana epidemiológica (SE) 34, con un caso, seguido de dos casos en la SE 35. A esto le siguieron tres SE sin casos hasta la SE 39, cuando se notificaron 82 casos en una sola semana.



El 1 de octubre de 2021, las autoridades sanitarias de Chad iniciaron una investigación de un clúster de 25 casos sospechosos de hepatitis E que presentaban ictericia, fiebre y dolor epigástrico en la aldea de Sategui, distrito sanitario de Lai, región de Tandjile. Se recolectaron 20 muestras y se remitieron al laboratorio nacional del Hospital General de N'Djamena. Los resultados del análisis fueron 65% de positivos (13/20) para el virus de la hepatitis E (VHE) con la prueba de diagnóstico rápido (RDT) y 15% positivos (3/20) para el virus de la hepatitis C con la prueba de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Las mismas muestras fueron remitidas al Centro 'Dr. Louis Pasteur' en Yaundé para su confirmación y 12 muestras dieron positivo para VHE mediante ELISA.

Al 20 de noviembre de 2021, se habían notificado un total de 377 casos con dos muertes (tasa de letalidad de 0,53%). Los hombres son los más afectados con 57% (215) de los casos. El grupo etario más afectado es el de menos de 10 años con 86 casos (22,8%).

El brote se localiza en el área sanitaria de Sategui, distrito sanitario de Lai en la región de Tangile. Seis aldeas (Darassalam, Dougounou, Goundo, Mallah, Sategui y Tchokla) se han visto afectadas hasta el momento, y la aldea de Sategui, con 82 casos (21,7%), notificó la mayoría de ellos, seguida de Darassalam (76 casos, 20,2%) y Mallah (64 casos, 16,2%).

En total se han recolectado 49 muestras de sangre desde el inicio del brote, de las cuales 20 han sido analizadas y el resto aún están bajo investigación.

Acciones de salud pública

- Se organizaron reuniones de coordinación para el equipo de gestión distrital y el equipo del Ministerio de Salud y sus socios.
- Se han realizado investigaciones de campo en las áreas afectadas y se han recolectado muestras (humanas y ambientales) y se han realizado análisis de laboratorio.
- Se ha provisto de suministros para agua y saneamiento y para prevención y control de infecciones a las zonas afectadas.
- Están en curso actividades de comunicación de riesgos y la búsqueda activa de casos en la comunidad.

Interpretación de la situación

La hepatitis E es endémica en Chad, particularmente en la región de Tangile, que anteriormente experimentó brotes a gran escala en 2017 y 2018. Las malas condiciones de higiene y saneamiento, junto con el acceso limitado al agua potable, son factores de riesgo de brotes en

esta región. Las seis aldeas que informaron casos tienen pocos puntos de suministro de agua mejorados que estén por debajo de los estándares de 500 habitantes por punto. Las inundaciones en curso en la parte sur del país pueden afectar la calidad de la respuesta al brote.

Acciones propuestas

- La hepatitis E sigue siendo una enfermedad relacionada con las malas condiciones de higiene y saneamiento y con un acceso insuficiente al agua potable. Por tanto, es importante poner en marcha las acciones necesarias para mejorar estas condiciones y optimizar el acceso al agua potable.
- Se deben realizar actividades intensificadas de investigación y vigilancia en las áreas afectadas.
- La vacunación contra la hepatitis E forma parte de las medidas de respuesta y debe utilizarse siempre que sea necesario.
- Las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria deben continuar en todas las áreas afectadas y en riesgo.

Un estudio reciente mostró que China podría enfrentar más de 630.000 casos de COVID-19 diarios si abandona sus políticas de "tolerancia cero" al levantar las restricciones de viaje.

El informe establece que China no puede levantar las restricciones de viaje sin vacunas o tratamientos específicos más eficientes.

Utilizando datos de agosto de Estados Unidos, Gran Bretaña, España, Francia e Israel, se evaluaron los resultados probables si China adoptara los mismos métodos de control de la pandemia que esos países.

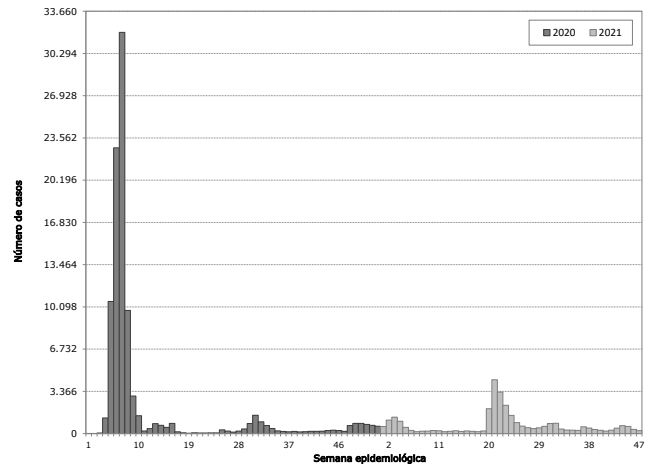
Los cálculos indican que los nuevos casos diarios en China alcanzarían al menos 637.155 si se adoptara la estrategia de Estados Unidos para combatir la pandemia. Además, los casos diarios llegarían a 275.793 si China siguiera el enfoque de Gran Bretaña y a 454.198 si imitara a Francia.

Las estimaciones revelan la posibilidad real de un brote masivo que casi con certeza resultaría en una carga insostenible para el sistema médico.

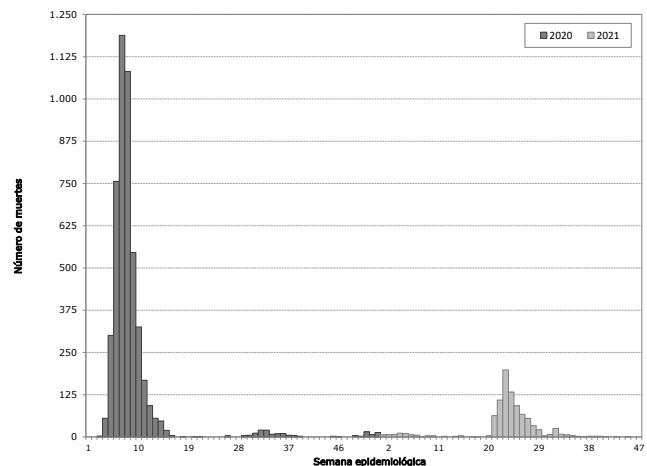
Los hallazgos plantean una clara advertencia de que, por el momento, el país no está listo para adoptar las estrategias de 'apertura' que se basan únicamente en la hipótesis de inmunidad colectiva inducida por la vacunación, defendida por algunos países occidentales.

Las estimaciones de este trabajo se basan en cálculos básicos y se necesitan modelos más complejos para estudiar la evolución de la pandemia si se eliminan las restricciones de viaje.

China ha mantenido una política de "tolerancia cero" hacia la COVID-19, enfatizando la importancia de contener los casos locales cuando se detectan, lo que supera la interrupción causada por los esfuerzos para rastrear, aislar y tratar a las personas infectadas.



Casos confirmados de COVID-19. China. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 47 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de diciembre de 2021, 18:16 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. China. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 47 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 1 de diciembre de 2021, 18:16 horas.

Entre el 15 de octubre y el 27 de noviembre de 2021, se han notificado 202 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluidos 70 casos confirmados y 35 muertes (tasa de letalidad de 17,33%), en cuatro regiones de Ghana: Savannah, Upper West, Bono y Oti. La fiebre amarilla es endémica en Ghana y se asocia con una enfermedad grave en aproximadamente 15% de los casos y una tasa de letalidad elevada.

Los casos se notificaron principalmente en poblaciones nómadas que se habían trasladado de Nigeria a una reserva forestal en la región de Savannah, en Ghana, que es visitada por turistas. La región comparte fronteras porosas con Costa de Marfil y Burkina Faso, lo que destaca el potencial de propagación fuera de Ghana.

Los casos, con edades comprendidas entre los 4 meses y los 70 años, presentaron síntomas de dolor corporal, fiebre, dolor abdominal, vómitos, ictericia y sangrado de encías. Las mujeres representaron 52% (105/202) de los casos. Se confirmó un brote de fiebre amarilla después de que tres muestras dieran positivo para fiebre amarilla mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) –negativo para la enfermedad por el virus del Ébola, dengue y otras fiebres hemorrágicas virales– en el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Dakar, Senegal, el laboratorio regional de referencia. Hasta el 27 de noviembre, 70 de las 196 muestras recolectadas dieron positivo para fiebre amarilla mediante IgM y/o PCR, y los resultados están pendientes para 68 muestras. La prueba de neutralización por reducción de placa fue positiva en cinco muestras en el laboratorio regional de referencia, y los resultados están pendientes para 68 muestras. La prueba de neutralización por reducción de placa fue positiva en 5 muestras en el laboratorio de referencia regional.

Aunque existe una alta inmunidad general de la población contra la fiebre amarilla en Ghana (88% en 2020 según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia), algunos bolsones poblacionales, incluidos los nómadas no vacunados, siguen en riesgo de padecer la enfermedad, lo que podría resultar en una transmisión continua de la fiebre amarilla. La investigación actual del brote encontró asentamientos de poblaciones de recién llegados que habían llegado después de la última campaña masiva y en gran parte no estaban vacunadas.

Respuesta de salud pública

• Vigilancia y laboratorio

- Los Servicios de Salud de Ghana han estado siguiendo el algoritmo regional para las pruebas de casos sospechosos de fiebre amarilla, enviando muestras que dan positivo en el país al laboratorio de referencia regional para su confirmación. En Ghana se han acelerado las pruebas de laboratorio de los casos sospechosos.
- Se realizaron investigaciones de campo para determinar el estado de vacunación, el historial de exposición y la identificación de contactos de casos sospechosos de fiebre amarilla que dieron positivo en el laboratorio nacional.

- Los trabajadores de la salud en las regiones afectadas han sido capacitados sobre la fiebre amarilla, particularmente sobre la importancia de la notificación, la investigación de los casos sospechosos y el manejo clínico.
 - Los establecimientos de salud en las regiones afectadas han utilizado la definición de caso estandarizada para mejorar la vigilancia pasiva dentro de los establecimientos de salud y la vigilancia basada en la comunidad. La vigilancia intensificada ha facilitado la identificación de casos sospechosos.
- **Vacunación**
 - Desde el 6 de noviembre de 2021, se está llevando a cabo una actividad de vacunación focalizada dirigida a 54.964 personas de 6 meses a 60 años (excluidas las mujeres embarazadas) en más de 80 comunidades en los distritos de West Gonja y North Gonja, región de Savannah.
 - El Grupo de Coordinación Internacional (ICG) para la Provisión de Vacunas para la Fiebre Amarilla, que supervisa las reservas de emergencia globales para la respuesta al brote, aprobó una campaña de vacunación a mayor escala dirigida a 361.165 personas de 9 meses a 60 años de edad en cinco distritos afectados.
 - Se está organizando una campaña de vacunación de puesta al día de personas no vacunadas como parte del fortalecimiento de la inmunización de rutina.
 - **Control de vectores**
 - Prosigue el fortalecimiento de las actividades de control de vectores contra las larvas de mosquitos.
 - **Comunicación de riesgos**
 - La comunicación de riesgos y el compromiso de la comunidad para informar al público sobre la transmisión y prevención de la fiebre amarilla están en curso. Se aprovechan varias plataformas, incluidos pregoneros, camionetas móviles, miembros de la comunidad de confianza y anuncios de iglesias y mezquitas.
 - La OMS está alertando a todos los estados de Ghana y apoyando el fortalecimiento de la vigilancia en los puntos de ingreso.

Evaluación de riesgos de la OMS

El riesgo general de fiebre amarilla por este evento se evalúa como moderado a nivel nacional y regional, y bajo a nivel global. La fiebre amarilla es una enfermedad viral aguda transmitida por mosquitos infectados (incluidos *Aedes spp.* y *Haemogogus spp.*). Un subconjunto de personas que se infectan con fiebre amarilla experimenta síntomas graves. Aproximadamente 15% de los casos ingresan a la segunda fase tóxica dentro de las 24 horas posteriores a la remisión inicial. La segunda fase tóxica puede caracterizarse por fiebre, ictericia, con o sin dolor abdominal, vómitos hemorrágicos e insuficiencia renal. De estos, 20-50% muere dentro de los 10 a 14 días. La vacunación ofrece inmunidad de por vida y se considera el medio más importante para prevenir la fiebre amarilla, mientras que otras estrategias, como el control de vectores, son complementarias. No existe un tratamiento específico para la fiebre amarilla y los casos reciben cuidados de apoyo por complicaciones como deshidratación, insuficiencia renal y fiebre.

El riesgo nacional se evaluó como moderado por las siguientes razones:

- La cobertura de vacunación subóptima en algunos asentamientos nómadas podría resultar en una transmisión continua.

- El brote se caracteriza por afectar predominantemente a comunidades de colonos nómadas, una población móvil y migratoria que puede no estar vacunada o mudarse de áreas con baja inmunidad poblacional y transmisión de fiebre amarilla.
- Gran parte de los distritos afectados se encuentran en la reserva forestal, y algunas de las comunidades afectadas están ubicadas en los márgenes del Parque Nacional Mole, donde hay presencia de animales, incluidos primates no humanos, los principales huéspedes silvestres del virus de la fiebre amarilla, y mosquitos *Aedes*, el vector de la enfermedad en África. Estos huéspedes y vectores están involucrados en el ciclo de transmisión de la sabana que conecta los ciclos selvático y urbano de humanos y monos.
- La pandemia de COVID-19 puede afectar las actividades de respuesta para la fiebre amarilla.

El riesgo regional se evaluó como moderado debido al ecosistema favorable en los países vecinos y las fronteras porosas. Aunque el riesgo global se evaluó como bajo, el Parque Nacional Mole, que se encuentra en los distritos de West Gonja y North Gonja, es visitado por turistas, por lo que podría haber riesgo de exportación del virus.

Consejo de la OMS

Ghana es un país de alta prioridad para la estrategia EYE (Eliminar las epidemias de fiebre amarilla). La vacunación es el medio principal de prevención y control de la enfermedad. En 1992, el gobierno de Ghana introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en el programa de inmunización de rutina para los niños de 9 meses como parte del programa nacional de control y eliminación de la fiebre amarilla. En los centros urbanos, las medidas específicas de control de vectores también son útiles para interrumpir la transmisión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios continuarán apoyando a las autoridades locales para implementar estas intervenciones para controlar el brote actual.

La OMS recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla para todos los viajeros internacionales a Ghana, de 9 meses o más. La vacunación contra la fiebre amarilla es segura, altamente efectiva y brinda protección de por vida. De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la vigencia del certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla se extiende a la vida de la persona vacunada. No se puede exigir una dosis de refuerzo de la vacuna a los viajeros internacionales como condición de ingreso.

La OMS alienta a sus Estados Miembros a tomar todas las medidas necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas, incluida la vacunación. Los viajeros también deben ser conscientes de los signos y síntomas de la fiebre amarilla y se les debe indicar que busquen consejo médico de inmediato cuando presenten signos. Los viajeros que regresan con viremia pueden suponer un riesgo de establecer ciclos de transmisión local de fiebre amarilla cuando el vector competente está presente.

La OMS no recomienda ninguna restricción en los viajes y el comercio a Ghana en relación con este evento, según la información disponible.



El Departamento de Salud de Kedah confirmó que se han detectado dos casos de encefalitis japonesa en el distrito de Kota Setar. Ambos casos fueron fatales.

El director de Salud del estado, Dr. Othman Warijo, dijo que el primer caso se informó el 18 de noviembre, seguido del segundo caso el 25 de noviembre; este último día el departamento declaró un brote de encefalitis japonesa en el distrito.

Al respecto, dijo que el número acumulado de casos reportados en el estado hasta el 25 de noviembre era de 10 casos, dos más que los registrados en el mismo período del año pasado, un aumento de 25%. De estos 10 casos, tres fueron fatales.

“Se implementaron de inmediato las actividades de control de brotes. Entre las medidas de control implementadas por la Oficina de Salud del Distrito de Kota Setar y el Departamento de Salud del Estado se encuentran el control de vectores mediante la nebulización térmica de espacios y la eliminación de larvas en las localidades residenciales de los pacientes, así como en las localidades de brotes que están en riesgo”.

“Además, se llevaron a cabo estudios entomológicos por parte de oficiales de ciencias entomológicas en las localidades del brote y detección activa de casos alrededor de las áreas afectadas”, dijo en un comunicado.

Othman recomendó a la comunidad que limpiara el ambiente y buscara y destruyera los criaderos de mosquitos en sus hogares y que recibieran tratamiento inmediato en clínicas de salud si experimentaban síntomas como fiebre, dolor de cabeza y vómitos.¹

¹ Las áreas mencionadas anteriormente en el estado de Kedah son sitios activos del virus de la encefalitis japonesa. Este brote no es sorprendente, ya que la encefalitis japonesa es endémica en la Península Malaya, incluido el estado de Kedah, y ocurren casos esporádicamente en varias localidades del país. La vacunación es la mejor medida preventiva. El control de vectores es difícil y probablemente sea de corta duración. La eliminación de los criaderos alrededor de los edificios y evitar las picaduras de mosquitos son medidas preventivas prudentes.

En las zonas endémicas del virus de la encefalitis japonesa, las aves, especialmente los ardeidos (garzas y relacionados), son reservorios del virus, que es transmitido por varias especies de mosquitos del género *Culex*. Los cerdos pueden servir como huéspedes amplificadores.

En octubre y noviembre de 2021 se confirmaron seis casos de rabia humana en las provincias de Eastern Cape (4 casos), Kwa-Zulu Natal (1) y Limpopo (1). Además, varios casos sospechosos de estas áreas se encuentran actualmente bajo investigación. Al 23 de noviembre de 2021, se había notificado en Sudáfrica un total de 17 casos de rabia humana confirmados por laboratorio, que se registraron en las provincias de Eastern Cape (9 casos), KwaZulu-Natal (4) y Limpopo (4). Aunque todos los años se notifican casos en Sudáfrica, en estas provincias han aumentado en comparación con años anteriores: en 2020 se registraron ocho casos confirmados por laboratorio, 10 en 2019, 16 en 2018, seis en 2017 y uno en 2016. Durante estos años, los casos también se notificaron principalmente en las provincias de Eastern Cape, KwaZulu-Natal y Limpopo.

El mayor número de casos humanos está relacionado con brotes de rabia en perros domésticos en las provincias afectadas. En Eastern Cape, particularmente en los distritos de Nelson Mandela Bay y Buffalo City, se han confirmado más de 400 casos de rabia en perros en 2021, hasta el 18 de noviembre. En KwaZulu Natal, los distritos de eThekweni y King Cetshwayo han sido los más afectados, con casi 300 casos de rabia canina notificados hasta el 18 de noviembre. En los últimos meses se han informado los primeros casos de rabia canina en los alrededores de Cape Town en décadas: cuatro casos en Khayelitsha y Gordon's Bay; no se han informado nuevos casos desde mediados de octubre en la ciudad. Hasta la fecha, no se han notificado casos de rabia humana en la provincia de Western Cape.

La rabia

La rabia es una infección viral que se transmite por contacto con la saliva infectada de un animal rabioso. Los seres humanos pueden entrar en contacto con la saliva cargada de virus de diferentes formas, por ejemplo, mordeduras y otras heridas infligidas por estos animales, pero también al ser lamidos en las membranas mucosas (p. ej, ojos, nariz, boca) o piel lesionada. La rabia ha sido una enfermedad endémica en Sudáfrica durante muchos años. Se reporta en varias partes del país involucrando diferentes especies animales. Existen ciclos conocidos y continuos de rabia en perros domésticos, chacales lomo negro (*Lupulella mesomelas*), especies de mangostas (familia Herpestidae) y zorros orejudos (*Otocyon megalotis*) en diferentes regiones del país. El contagio a otras especies de vida silvestre y domésticas ocurre con poca frecuencia. El número de casos de rabia canina en un área fluctuará, principalmente debido al nivel de vacunación de los perros en un área determinada. Los casos de rabia humana se asocian con mayor frecuencia con exposiciones a perros domésticos rabiosos.

La vacunación contra la rabia está disponible para perros y gatos domésticos (a veces también se pueden vacunar otros animales). Esta es la mejor medida disponible para prevenir la infección en estos animales y también prevenir e interrumpir los brotes de rabia. Los perros que no están completamente vacunados contra la rabia son susceptibles a la infección. La vacunación contra la rabia está disponible para la comunidad a través de campañas masivas por parte de los servicios veterinarios provinciales y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Alternativamente, también se puede acceder a la vacunación contra la rabia a través de servicios veterinarios privados.

Si se sospecha que algún animal tiene rabia (por ejemplo, animales que tienen un comportamiento inusual, hipersalivación o signos de parálisis), debe comunicarse al veterinario local o estatal para que se investigue al animal. No se debe acercarse ni intentar manipular animales desconocidos.

Cuando se produzcan posibles exposiciones en seres humanos (por ejemplo, a través de mordeduras o rasguños infligidos por un animal sospechoso de tener rabia), todas las heridas deben lavarse minuciosamente con agua y jabón. Por tanto, es fundamental que la profilaxis posterior a la exposición a la rabia se busque de inmediato en un centro de atención médica para prevenir la infección. La profilaxis posterior a la exposición a la rabia se considera una intervención de emergencia para salvar vidas después de una posible exposición al virus de la rabia. La profilaxis posterior a la exposición a la rabia implica una limpieza completa del sitio o sitios de la herida seguida de la vacunación contra la rabia y la terapia con inmunoglobulina antirrábica.

Siete personas, incluido un niño de tres años, han muerto en la isla de Pemba, Tanzania, después de consumir carne de tortuga. Otros tres continúan hospitalizados.

La carne es un manjar común entre quienes viven en las islas y áreas costeras de Tanzania, pero las autoridades ahora han prohibido el consumo de tortugas en el área.

En casos raros, la carne de tortuga puede ser tóxica debido a un tipo de intoxicación alimentaria conocida como quelonitoxismo.

Se desconoce su causa exacta, pero se cree que está relacionada con algas venenosas de las que se alimentan las tortugas, según la organización benéfica Turtle Foundation.

Al menos cinco familias en Pemba, que es parte de las islas semiautónomas de Zanzíbar, consumieron la carne de tortuga el 25 de noviembre, según dijo el comandante de la policía local, Juma Said Hamis.

Los efectos se sintieron al día siguiente y el niño de tres años fue el primero en morir. Otros dos murieron esa noche y luego cuatro más el 28 de noviembre.

Otras 38 personas fueron hospitalizadas, pero la mayoría fueron dadas de alta y las tres que quedan se encuentran en condición estable.

En un mensaje en Twitter, el presidente de Zanzíbar, Hussein Mwinyi, envió sus condolencias a las familias afectadas.

El envenenamiento puede tener el peor impacto en los niños y las personas mayores, aunque los adultos más sanos también pueden sucumbir, dijo la Turtle Foundation.

En marzo, en Madagascar, 19 personas, incluidos nueve niños, murieron después de consumir carne de tortuga. También se han notificado casos en Indonesia, Micronesia y en islas de India en el Océano Índico.²

² El quelonitoxismo o quelonitoxicación es un tipo de intoxicación alimentaria que ocasionalmente resulta de comer tortugas, particularmente tortugas marinas, en la región de los océanos Atlántico, Pacífico e Índico. Se considera un evento raro.

Cuatro especies de tortugas marinas se han asociado con el quelonitoxismo: tortuga Carey (*Eremochelys imbricata*), tortuga verde (*Chelonia mydas*), tortuga boba (*Caretta caretta gigas*) y tortuga laúd (*Dermochelys coriacea*), y una especie de agua dulce, la tortuga gigante de caparazón blando de Nueva Guinea (*Pelochelys bibroni*). El consumo de estas especies ha provocado incidentes de envenenamiento en varias épocas del año en varios lugares tropicales y subtropicales, incluidos lugares como el Sudeste Asiático, Indonesia, Filipinas y Nueva Guinea, así como el sur de Asia Meridional (Golfo de Mannar).

El quelonitoxismo puede ser mortal y el único tratamiento disponible es el tratamiento de apoyo; no existe un antídoto conocido. La tortuga marina es un alimento tradicional en la región de los océanos Índico y Pacífico occidental. Los síntomas del quelonitoxismo comienzan a aparecer entre horas y una semana después de la ingestión de carne de tortuga que no ha sido sancionada repetidamente. Los niños son especialmente susceptibles, y se ha informado que las toxinas se transfieren fácilmente a través de la lactancia, incluso cuando la madre no padece ningún síntoma.

Los signos del sistema digestivo incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, anomalías en la lengua y hepatomegalia. Las autopsias han revelado hemorragia en hígado, esófago y estómago, con edema de mucosas de esófago, estómago e intestinos. Se presentaron cambios grasos y necrosis del hígado. Otros órganos que se encuentran anormales en la autopsia incluyen la vesícula biliar inflamada, los riñones congestionados y el bazo agrandado.

Los signos cardiovasculares incluyen taquicardia leve variable y descenso moderado de la presión arterial sistólica, palidez y, en la autopsia, corazón flácido con petequias hemorrágicas. Los signos neurológicos incluyen aumento de la salivación, sudoración, vértigo, letargo y disminución de los reflejos profundos, a veces seguidos de coma y muerte, que se produce por insuficiencia respiratoria. Fiebre baja, sed, estreñimiento y aborto espontáneo también se han informado, mientras que los signos típicos de reacción alérgica están ausentes. Una recuperación completa puede llevar semanas y no se sabe si los efectos secundarios son permanentes. Si bien las pruebas de toxicología hospitalarias estándar no detectaron toxinas conocidas, al alimentar a pequeños animales de laboratorio con el contenido del estómago de los pacientes hospitalizados les produjo la muerte.

Los que están ‘fuera del sistema’ rara vez tienen la atención que merecen. Cuando se trata de conservación, por ejemplo, algunas especies populares atraen la mayor parte de los fondos disponibles: el rinoceronte eclipsa al conejo ribereño³. En las artes, el jazz y el blues luchan para atraer la atención que el pegadizo pop recibe fácilmente, y es raro ver a un documental superar el éxito de taquilla de una película de acción, aunque lo merezca.



Puede ser difícil precisar por qué suceden este tipo de situaciones, pero el fenómeno también se extiende a las enfermedades. Un nombre que suene difícil y académico no ayuda a que una enfermedad gane reconocimiento generalizado. Algunas enfermedades afectan principalmente a las personas que viven en los países de ingresos bajos y medios, lo que lleva a las empresas farmacéuticas a considerarlas no rentables, lo que a menudo es una percepción errónea. Como resultado, el dinero no se destina a la investigación y el desarrollo necesarios para los tratamientos, obstaculizando a su vez la participación de la comunidad científica en general.

La meningitis criptocócica, que encaja en todos los criterios anteriores, es una notable enfermedad ‘fuera del sistema’, a pesar de ser responsable de unas 180.000 muertes al año, la mayoría menores de 40 años que viven en África Subsahariana.

El agente causante, *Cryptococcus neoformans*, se encuentra en todas partes del ambiente. Para quienes tienen un sistema inmune funcional, no causa ningún daño. Sin embargo, en las personas con VIH que padecen inmunosupresión, puede invadir el revestimiento del cerebro y provocar rápidamente una enfermedad grave y la muerte si no se trata.

Este panorama sombrío puede llevar a pensar que la meningitis criptocócica es incurable, pero este no es el caso. De hecho, con un diagnóstico oportuno y el tratamiento óptimo, la mortalidad podría reducirse en más de 70%. Lograr esto a nivel poblacional, al garantizar que todas las personas con la enfermedad se manejen bien, ayudaría a evitar cientos de miles de muertes de aquí a 2030.

Esto está lejos de ser la realidad actual y es un indicador de la falta de reconocimiento que se le ha dado a la enfermedad, que las herramientas para salvar vidas desarrolladas hace décadas apenas se utilizan hoy en día. La flucitosina –un medicamento esencial para el tratamiento de la meningitis criptocócica– fue desarrollada en la década de 1950, no tiene patente y es muy simple de fabricar. Sin embargo, la mayoría de las personas con la enfermedad, en la ac-

³ El conejo ribereño (*Bunolagus monticularis*), también conocido como el conejo bosquimano, tiene un área de distribución muy limitada: sólo se encuentra en las regiones central y sur del desierto de Karoo, en la provincia de Northern Cape, Sudáfrica. Es el único miembro del género *Bunolagus* debido a rasgos únicos que lo separan de los otros lepóridos. Es uno de los mamíferos más amenazados del mundo, con solo alrededor de 500 adultos vivos y 1.500 ejemplares en total.

tualidad, nunca accederán a ella. Hay muchas razones para esta falta de acceso: problemas de financiación, escasa conciencia clínica y necesidad de capacitación. La otra gran razón por la que la flucitosina es raramente usada es el hecho de que no está registrada en la mayoría de los países donde es necesaria. Es hora de que los países aborden ese tema.

En Sudáfrica, por ejemplo, si bien el registro ha estado en proceso bajo la Autoridad Reguladora de Productos de Salud de África (SAHPRA) por casi dos años, aún no se ha finalizado. La SAHPRA debería proceder urgentemente al registro de este medicamento, luego de lo cual, el gobierno de Sudáfrica tiene la oportunidad de garantizar rápidamente que todas las personas que lo necesitan tengan acceso a este medicamento que salva vidas mediante el despliegue rápido de suministros y el apoyo necesario.

La meningitis criptocócica y el panorama general del VIH

Ampliar la terapia antirretroviral es de alguna manera el medio más importante para mejorar la vida de las personas que viven con VIH y abordar la epidemia del sida, pero no es suficiente. En 2019, hubo 690.000 muertes por causas relacionadas con el VIH, incluyendo las infecciones oportunistas como la meningitis criptocócica. Mejorar las cosas en el lado del tratamiento de la ecuación podría ayudar a abordar esa situación.

En la atención del VIH, se ha planteado que un enfoque de salud pública y una atención de calidad para las personas que están muy enfermas son cuestiones mutuamente excluyentes. Es hora de enfocar la energía e inversión proporcionales en las personas que viven con VIH que se enferman con infecciones oportunistas, garantizando que reciban la atención que merecen.

¿Qué necesita cambiar?

Existe una estrategia global para terminar con la tuberculosis, la principal causa de muerte en personas que viven con VIH, pero no existe una estrategia para terminar con la meningitis criptocócica, ni otras causas importantes de muerte en estas personas. Tanto el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) como la Organización Mundial de la Salud (OMS), las organizaciones multilaterales de salud al timón de la respuesta al VIH, pueden ayudar reconociendo la gravedad del problema tomando pasos para aceptar la gravedad de la situación, como medir las muertes por meningitis criptocócica, establecer objetivos para reducir esas muertes, y ayudar a los países a desarrollar estrategias para alcanzar esos objetivos.

Es lamentable cuando un ajeno no recibe el debido reconocimiento. En el caso de la meningitis criptocócica, es una tragedia evitable.⁴

⁴ *Cryptococcus neoformans* es un hongo levaduriforme encapsulado que se reproduce por gemación. Fue aislado por primera vez en 1894 en Italia.

La meningitis criptocócica fue identificada en 1905 por Von Hansemann y desde entonces ha sido un cuadro de común aparición en inmunodeprimidos, ya que se trata de una infección oportunista. La infección comienza tras la inhalación del microorganismo, pero la sintomatología en el pulmón es generalmente escasa. El estado de inmunosupresión del individuo permite que la infección no sea controlada en dicha puerta de entrada y hematógicamente se disemine sobre todo al sistema nervioso central (SNC) para producir su cuadro más representativo, la meningitis criptocócica, que es la infección fúngica más frecuente del SNC. La verdadera trascendencia de esta infección se inició con la emergencia del VIH, en la que los casos de meningitis criptocócica se incrementaron enormemente hasta llegar a tasas de incidencia de hasta 66 casos cada 1.000 personas con VIH (Atlanta, Estados Unidos en 1992). La introducción de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA) hicieron que los casos disminuyeran drásticamente para todas las infecciones oportunistas, incluida la meningitis criptocócica. En España se pasó de 0,67 casos cada millón de habitantes en 1998 a 0,35 en 1999, lo que supuso un descenso de la incidencia de 47,8%.

La meningitis criptocócica era una infección generalmente fatal, pero tras la introducción de la combinación de anfotericina B más flucitosina, las tasas de mortalidad disminuyeron de manera importante. La terapéutica profiláctica posterior con azoles como el fluconazol ayudan bastante, sobre todo en los pacientes con VIH, pero no hay todavía un consenso claro de la duración del tratamiento en los pacientes VIH negativos con otras inmunosupresiones como por ejemplo en trasplantes de órganos.

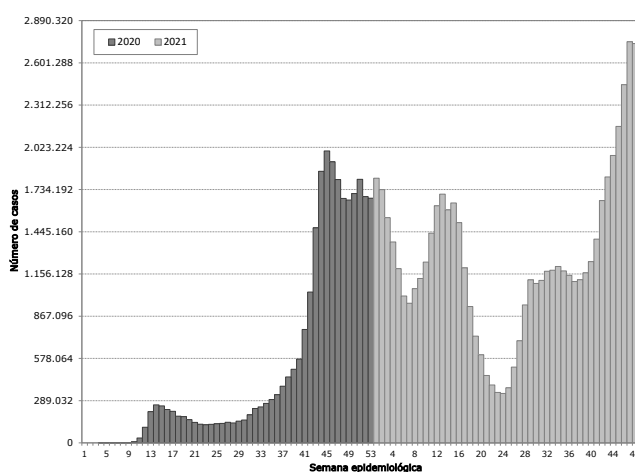
En este momento, la sombra de una sexta ola de la COVID-19 se cierne sobre gran parte de Europa. Junto a los debates relativos al alcance y efectividad de las vacunas conviven otros que parecen devolver al mundo a los momentos iniciales de la pandemia. Muchos de ellos tienen a los niños como protagonistas. Sobre su papel en la propagación de la enfermedad y la conveniencia de mantener abiertas las escuelas ¿Es posible que todavía se desconozcan cuáles son las mejores decisiones a tomar cuando se trata de la población infantil?

No parece que sea el caso. Se intuyó pronto el papel real que este grupo de la población representaba en la infección. Sociedades científicas influyentes como la Academia Estadounidense de Pediatría mostraron su rechazo a considerar que los niños sean superpropagadores de la COVID-19. El retorno a la docencia presencial tras la primera ola y meses de cierre educativo en muchos países no se tradujo en el esperado agravamiento de los contagios. Tampoco han sido transmisores destacados en el ámbito familiar: un estudio del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona así lo concluyó, tras el verano de 2020.

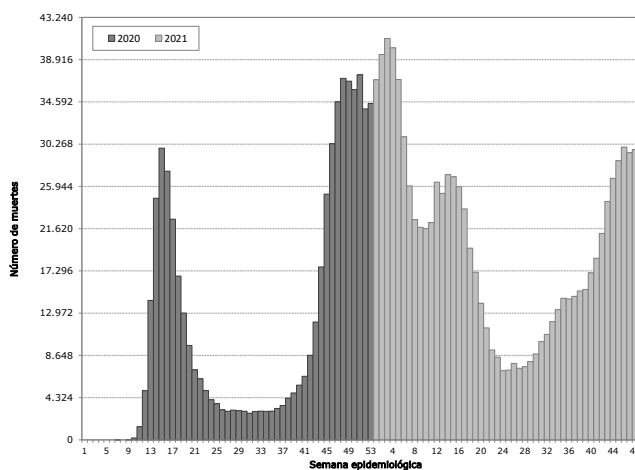
La recomendación más actualizada del Centro Europeo de Control de Enfermedades es que el cierre de escuelas quedaría justificado solo como último recurso, dados sus importantes costos para la población infantil. Por otro lado, como ha revelado el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el cierre educativo y otras medidas de la gestión pandémica tienen un importante costo en términos de desarrollo, seguridad personal y agravamiento de la pobreza infantil. Las consecuencias que sobre la salud mental de la población infantil y adolescente tienen este tipo de decisiones están bien documentadas.

¿Por qué, entonces, muchas personas adultas siguen pensando en la población infantil con desconfianza y apoyarían medidas de dudosa eficacia?

Es posible que la respuesta se deba buscar fuera de la epidemiología. Tiene más que ver con la manera en que se concibe a la infancia, su lugar en la sociedad y los prejuicios de los adultos hacia los niños.



Casos confirmados de COVID-19. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 48 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de diciembre de 2021, 16:57 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 48 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de diciembre de 2021, 16:57 horas.

Para empezar, muchas de las decisiones que fundamentaron la manera de enfrentar la pandemia esconden una forma de injusticia social radicada en que se han ignorado casi por completo los intereses y voces diversas de infantes y adolescentes. Desde el inicio se les consideró poco capacitados para intervenir y participar en la discusión pública.

Además, la pandemia se gestionó desde una postura que sufre de cierta ceguera ante los costos que las decisiones de los adultos tienen sobre sus vidas.

Por ejemplo, los confinamientos a los que se sometió a gran parte de la población mundial a partir de marzo de 2020. Es muy probable que haya sido el grupo de población más afectado por estas medidas. Algunos de ellos, como en España, fueron particularmente restrictivos con la población infantil. Dejaron prácticamente en suspenso sus derechos, limitaron su movilidad en mucho mayor grado que la de la población adulta y contaron poco o nada con sus necesidades.

Además, allí donde se les etiquetó como vectores de transmisión (como sucedió en España) se produjo incluso cierto grado evidente de discriminación y deshumanización, al aplicarles una denominación deformante que en el mundo de la investigación biomédica se reserva para animales y parásitos.

No es descartable que, merced a esta insistencia en identificarles como ingobernables transmisores de la enfermedad, se haya contribuido a su estigmatización. En consecuencia, se ha generado miedo y rechazo ante conductas infantiles que son perfectamente normales.

La culpa no la tiene el SARS-CoV-2

Es llamarse a engaño pensar que estos costos ocultos son producto de la COVID-19 porque solo lo son indirectamente. La causa última es la perspectiva sesgada desde la que se toman decisiones que, concerniendo a los niños, nunca les tienen seriamente en cuenta.

Desde marzo de 2020 muchas sociedades han entendido que los derechos de la población infantil y el respeto por los mismos son algo incompatible o irreconciliable con las prioridades del mundo adulto, generalmente centradas en la recuperación económica y de las libertades individuales que la pandemia arrebató. En esta tensión, la obvia asimetría de poder que existe entre niños y adultos hace que la balanza se esté inclinando sistemáticamente del lado de los segundos.

A esta altura de la pandemia se vive en contextos donde aún se asume con naturalidad que se cierren los parques infantiles. O que los niños deben, bajo la vigilancia estricta de los docentes, llevar un barbijo en la escuela durante horas mientras los adultos pueden despojarse de él en cuanto se sientan en un restaurante.

Esto sigue generando importantes consecuencias para el colectivo que quizás no se estén identificando adecuadamente.

La vacunación ha cambiado el escenario, pero no se debe bajar la guardia. El virus sigue mutando y los niños están en el furgón de cola de la vacuna. No es improbable un futuro en el que crezca su afectación y protagonicen más contagios, reforzando así los estereotipos que están detrás de esta injusta gestión pandémica.

Aceptar esta gestión es aceptar también que sus intereses y necesidades cotizan a la baja en estos tiempos de crisis, y que dependen de que antes puedan hacerse efectivas las demandas del mundo adulto. Incluso cuando éstas solo parezcan conducir cada vez hasta la siguiente ola pandémica.

Arte y pandemia



Una niña palestina se sienta debajo de un graffiti que representa a trabajadores médicos que luchan contra la COVID-19 frente al Ministerio de Salud en la ciudad de Gaza el 20 de diciembre de 2020.

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.