

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox

AMÉRICA

- Bolivia: Aumentaron a 50 los casos de tos convulsa en el país
- Ecuador: Treinta personas en aislamiento preventivo por influenza aviar A(H5N1) en Cotopaxi
- Haití: Llegar a los niños con servicios de salud vitales

- Panamá: Se confirmaron 47 casos de hantavirus en lo que va del año

- Paraguay: Se incrementan los casos de fiebre chikungunya y dengue

EL MUNDO

- Afganistán: La tos convulsa afecta a 300 y mata a dos niños en la provincia de Zabul
- Bosnia-Herzegovina: Aumentaron los casos de brucelosis en el cantón de Srednjobosanskom

- Francia: Detectaron dos casos de infección por virus Usutu

- India: Mumbai lucha contra un brote de sarampión

- Kuwait: Detectan un caso de cólera en un viajero que retornó de Irak

- Reino Unido: Se han registrado 50 casos de difteria en lo que va del año en solicitantes de asilo

- Las desigualdades están impidiendo el fin de la pandemia de sida

- La situación global de las infecciones por el virus sincicial respiratorio

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

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

CSL Seqirus
WWW.SE-

Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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



Hasta el 22 de noviembre de 2022, se confirmaron 895 casos de mpox en Argentina. El promedio de casos confirmados en las últimas cuatro semanas fue de 49 casos, con un máximo de 69 en la SE 43 y un mínimo de 24 en la SE 46. Se registra por sexta SE consecutiva un menor número de casos que en la SE en que se registró el pico (SE 41).

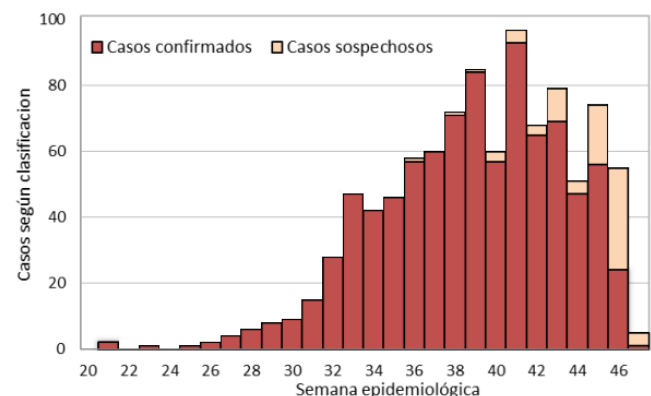
Se han notificado casos confirmados en 15 jurisdicciones y sospechosos en 23; sin embargo, 66,37% de los casos confirmados se registró en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que junto a la provincia de Buenos Aires suman 92,96% del total.

Los casos confirmados hasta ahora en el país se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones, incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara; también fiebre y linfadenopatías.

El 22 de noviembre se notificó el primer caso fallecido: un paciente varón de 44 años, residente de la provincia de Buenos Aires, que se encontraba internado en una unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica, en un establecimiento público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El paciente tenía diagnóstico de VIH/sida sin tratamiento, con diagnóstico de mpox, identificándose durante su internación otras infecciones asociadas (herpes, citomegalovirus, sífilis, neumonía por *Acinetobacter* relacionada a ventilación mecánica). El paciente se encontraba cursando una internación prolongada

Provincia/Región	Casos			
	Confirmados	Sospechosos	Descartados	Totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	594	44	246	884
Buenos Aires	238	30	210	478
Córdoba	17	1	20	38
Entre Ríos	—	—	1	1
Santa Fe	14	1	13	28
Centro	863	76	490	1.429
Mendoza	3	2	3	8
San Juan	1	—	4	5
San Luis	—	—	1	1
Cuyo	4	2	8	14
Chaco	—	—	4	4
Corrientes	1	—	1	2
Formosa	—	—	4	4
Misiones	—	—	3	3
Noreste Argentino	1	—	12	13
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	1	—	4	5
La Rioja	—	—	1	1
Salta	1	—	—	1
Santiago del Estero	—	—	1	1
Tucumán	2	1	—	3
Noroeste Argentino	4	1	6	11
Chubut	2	—	5	7
La Pampa	—	—	1	1
Neuquén	3	—	4	7
Río Negro	5	—	3	8
Santa Cruz	4	1	5	10
Tierra del Fuego	9	—	4	13
Sur	23	1	22	46
Total Argentina	895	80	538	1.513

Casos de mpox, según clasificación y jurisdicción. Argentina. Año 2022, hasta el 22 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de mpox, según clasificación. Argentina. Año 2022, semanas epidemiológicas 20 a 47. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. Datos hasta el 22 de noviembre de 2022.

desde el 17 de septiembre en una unidad de terapia intensiva, con asistencia respiratoria mecánica, presentando cuadro de shock séptico por *Pseudomonas aeruginosa*, lo que provocó su fallecimiento.

El 98,5% de los casos corresponde a personas de sexo legal masculino; 12 corresponden a sexo legal femenino (4 de género trans y 8 de género cis).

La mediana de edad de los casos es de 35 años, con un mínimo de 10 años y un máximo de 78 años.

Hasta el momento la población más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres. No obstante, esta enfermedad puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de mpox, principalmente si tiene contacto físico directo, como el contacto sexual, o con materiales contaminados.

De los 895 casos confirmados hasta el momento, 7,15% (64 casos) refiere antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 562 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechosos/confirmados/sintomáticos, contacto físico con viajeros, relaciones múltiples/ocasionales.



BOLIVIA

AUMENTARON A 50 LOS CASOS
DE TOS CONVULSA EN EL PAÍS

27/11/2022

Hasta el 27 de noviembre, Bolivia registró 50 casos de tos convulsa, de los que 48 corresponden al departamento de Santa Cruz. Gracias al bloqueo epidemiológico realizado, no se han registrado fallecidos hasta la fecha, informó el ministro de Salud y Deportes, Jeyson Marcos Auza Pinto.

“El Ministerio de Salud ha desplegado sus propias brigadas en coordinación con las instancias correspondientes para poder realizar un rastillaje en el departamento de Santa Cruz. Hasta la fecha, por esa búsqueda activa, se tienen 50 casos diagnosticados e identificados, hasta la fecha, sin tener que lamentar ni una sola muerte por tos convulsa”, afirmó la autoridad.

El ministro de Salud dijo que los otros dos casos se identificaron en las ciudades de Oruro y El Alto, donde también se han movilizadobrigadas médicas para frenar el brote de la enfermedad, aspecto que hasta el momento se ha podido controlar, pero insistió que Santa Cruz fue descuidada por sus autoridades que no ejecutaron ni una sola acción para contener la tos convulsa.

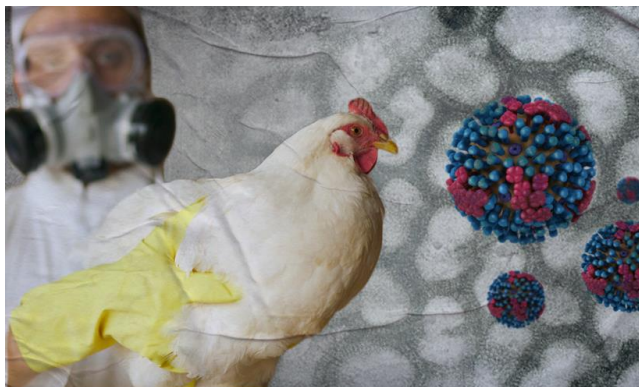
Sostuvo que, por las acciones y la estrategia aplicada por las brigadas médicas del Ministerio de Salud, de los 50 pacientes con tos convulsa, 44 ya están en franca recuperación y seis aún están siendo controlados médicamente.

Auza añadió que la cartera del Estado que dirige, seguirá trabajando incansablemente para proteger la salud y vida del pueblo boliviano.

Cuando una gran proporción de la población está inmunizada, incluso aquellos que no están vacunados pueden beneficiarse de un menor riesgo de exposición al patógeno, como consecuencia de la inmunidad colectiva. La propagación de la enfermedad de persona a persona se vuelve poco probable cuando se logra la inmunidad colectiva. El porcentaje de la población que debe ser inmune para lograr la inmunidad colectiva varía de una enfermedad a otra. Cuanto más contagioso es el patógeno, mayor es la proporción de la población que necesita ser inmune a la enfermedad para detener su transmisión. Por ejemplo, el sarampión es causado por un virus altamente contagioso. Se estima que al menos 95% de la población debe ser inmune para interrumpir la cadena de transmisión del sarampión. Se dice que la tasa de cobertura de vacunación requerida para proporcionar una protección adecuada contra la tos convulsa para toda la población es de 92-94%.

Desde que el pasado fin de semana se detectó en Ecuador un caso de influenza aviar A(H5N1) en una granja en la provincia de Cotopaxi, las autoridades han puesto a 30 personas en aislamiento preventivo, reveló el 30 de noviembre el ministro de Agricultura, Bernardo Manzano Díaz.

Los que están bajo el cerco epidemiológico no presentan novedades de momento, pero como estuvieron cerca de los animales infectados deben permanecer bajo vigilancia médica. Las aves contagiadas serán sacrificadas, como dictan los protocolos de bioseguridad.



Manzano contó que personal de Agrocalidad, en sus chequeos de rutina, detectó el brote cerca de Latacunga el último fin de semana y de inmediato "se hizo cerco epidemiológico". Primero fue de un kilómetro y luego se amplió a tres kilómetros a la redonda de la granja donde se detectó la influenza aviar.

En total se hicieron chequeos en 17 granjas, donde se tomaron muestras que fueron sometidos a pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que fueron negativas.

Los controles se incrementaron en Ecuador ante las alertas presentadas en Colombia, Perú y México sobre casos positivos de influenza aviar, una enfermedad altamente patógena.

Según el ministro de Agricultura, las aves migratorias pudieron haber traído la enfermedad detectada cerca de Latacunga y por eso se está revisando los humedales y la fauna silvestre, para detectar o descartar más contagios.

Manzano dijo: "Hicimos los análisis para confirmar, hicimos un cerco epidemiológico, chequeamos cuatro granjas, después a 13 granjas más, hicimos los muestreos, que fueron negativos. En este momento tenemos concentradas a 30 personas alrededor de esta granja que dio positivo para evitar que se propague".

El equipo de comunicación del Ministerio de Agricultura aclaró que no se trata de personas contagiadas, sino de técnicos que trabajan en el cerco epidemiológico para evitar posibles contagios. No se han confirmado nuevos casos de influenza aviar hasta ahora.

Por ahora solo se sacrificarán las aves de la granja donde se detectó el virus. "Son 180.000 animales, lo que representa 0,15% de la población total de aves en Ecuador", recalcó Manzano.

Cifras oficiales del Ministerio de Agricultura dicen que en Ecuador hay 260 millones de pollos y 16 millones de gallinas ponedoras.

El ministro aclaró que el consumo de pollo y huevos no es un factor de riesgo para el ser humano, pero sí se puede contagiar si estos alimentos no están bien cocidos, coinciden agencias internacionales de salud. También señalan que el principal factor de riesgo es el contacto directo con animales infectados y superficies contaminadas.

Cuando Casmus Joseph quedó embarazada, decidió irse de la capital de Haití, Port-au-Prince. Joseph regresó a su pueblo natal, Toirac, en el suroeste del país. Para ella, la inestabilidad y la violencia en Port-au-Prince fue abrumadora. Joseph también quería estar más cerca de su familia. Por el momento, su esposo, Claudy Delice, se quedó en la capital para buscar trabajo y mantener a su familia.

Solo unos meses después, en agosto de 2021, un poderoso terremoto azotó a Haití. Gran parte de la comunidad a la que Joseph se había mudado quedó devastada. Eso incluía su propia casa, que fue destruida. Se vio obligada a mudarse a un albergue. Fue allí donde dio a luz a una niña, Anne-Djounaïka, que llegó sana y salva. Poco después, su esposo Claudy regresó a Toirac. Había perdido su trabajo de manufactura y la violencia de las pandillas en la capital estaba empeorando.



Servir a una comunidad que se recupera de un terremoto

Esta región continúa lidiando con las secuelas del terremoto y una larga carencia de infraestructura. Eso presenta desafíos significativos cuando se trata de brindar servicios de atención primaria de la salud a niños como Anne-Djounaïka.

Con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), varias instalaciones brindan atención a recién nacidos y niños pequeños. Eso incluye el Dispensaire du Sacre-Coeur en la ciudad costera de Les Cayes. El edificio está pintado en un radiante verde y blanco, reflejando la luz tropical. Es aquí donde los trabajadores de la salud brindan chequeos regulares y vacunas de rutina.

Cerca de allí, en el centro de Les Cayes, se encuentra el enorme Hopital Immaculée Conception. Es el centro de distribución de vacunas para esta región. Su clínica alberga un flujo constante de cuidadores y sus hijos. Las enfermeras vacunan a los niños contra una serie de enfermedades prevenibles, como la poliomielitis, el tétanos, la difteria y la tos convulsa.

En el techo del Dispensaire du Sacre-Coeur se encuentra una serie de paneles solares que han sido suministrados por el UNICEF. Se aseguran de que los congeladores y las unidades de almacenamiento en el interior se mantengan en funcionamiento, independientemente de si la red eléctrica está funcionando.

Las vacunas almacenadas se distribuyen a las subestaciones cercanas y de allí a las comunidades más remotas. En una de estas subestaciones, en la comunidad de Camp-Perrin, la trabajadora de salud Mardochée Miliance carga una hielera llena de vacunas en la parte trasera de una motocicleta. Su esposo se ofrece como conductor voluntario y lleva las dosis por un camino sin pavimentar que serpentea hacia las colinas.

En el pueblo de destino de Toirac se encuentra una iglesia improvisada que se utiliza como clínica de salud comunitaria y lugar de vacunación. Los bancos de la iglesia y las sillas plegables de metal se han convertido en una sala de espera, mientras que una balanza cuelga de una viga de madera debajo de un icono religioso.

Entre los cuidadores de la iglesia está Claudy, con su hija Anne-Djounaïka. Él la abraza mientras un trabajador de la salud le administra una vacuna. Claudy sonríe a través de su poblada barba negra, tranquilizando a Anna si se queja. Una vez que se actualiza el carné de vacunación de Anna, la familia regresa a su refugio.

Mientras Claudy camina por el refugio, que se encuentra a unos metros de la casa que él había construido y que fue destruida por el terremoto, reflexiona: “Tenía cinco habitaciones, suficientes para los 15 miembros de nuestra familia. No sé si puedo volver a Port-au-Prince, y no sé qué puedo hacer aquí para encontrar trabajo. No es fácil”.

“Cuando nació mi hija, me di cuenta de que es una bendición. Estoy haciendo todo lo posible para ofrecerle una buena infancia. Puede que no tenga todo al cien por cien, pero tendrá lo que necesita”, dice Claudy.

Circunstancias desafiantes en la capital de Haití

De vuelta en Port-au-Prince, los trabajadores de la salud se enfrentan a circunstancias difíciles. Las secuelas de los desastres naturales, la inestabilidad política, las protestas violentas por los aumentos de precios, la escasez de combustible y los continuos enfrentamientos entre grupos armados han servido para aumentar los desafíos.

La prestación de servicios de salud en la ciudad se ha visto afectada, pero a pesar de la situación, los trabajadores de la salud están haciendo todo lo posible para llegar a los niños con la atención esencial.

En una clara mañana de julio, un equipo de vacunadores dirigido por Médicos del Mundo y provisto por el UNICEF instaló una clínica de vacunación móvil a la sombra, debajo de un árbol, en un pequeño patio de una casa privada.

La casa está en el barrio de Bas Delmas, que se ha visto afectado por la violencia de las pandillas. En el patio, los cuidadores y los niños llevan sus carnés de vacunación, mientras los trabajadores de salud voluntarios administran vacunas que salvan vidas. Entre ellos se encuentra la enfermera Chantale Chery.

“No me siento cómoda cuando salgo de casa”, dice. “Pero la enfermería está en mi sangre. Estoy en mi elemento”.

A pesar de los esfuerzos de los héroes de la salud como Chantale Chery, muchos niños en la capital de Haití no tienen acceso a los servicios de salud primarios que necesitan para llevar vidas saludables y sostenibles.

Además, la ciudad ahora está experimentando un resurgimiento del cólera, lo que pone en riesgo a 1,2 millones de niños. La enfermedad se transmite por el agua, provoca diarrea aguda y puede ser letal si no se trata en las primeras horas. Con el aumento de la violencia y la inseguridad, muchas familias no tienen otra opción que beber agua insalubre.

El UNICEF, en coordinación con las autoridades nacionales y los socios, está intensificando los esfuerzos para contener el brote de cólera.

En Panamá, hasta la semana epidemiológica 45, se han registrado 47 casos de hantaviriosis, de los cuales 27 han sido clasificados como síndrome cardiopulmonar por hantavirus y 20 como fiebre por hantavirus.

De los 27 casos confirmados de síndrome cardiopulmonar por hantavirus, 24 superaron la enfermedad y se registraron tres defunciones, la última en Soná de Veraguas, un paciente de 29 años. Los 20 casos de fiebre por hantavirus han superado la enfermedad.



El informe subrayó que, de los casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus, la provincia de Los Santos cuenta con el mayor índice de casos confirmados; le siguen las regiones de Salud de Herrera, Coclé, Panamá Oeste y Veraguas.

Aunque el informe no indica qué hantavirus es responsable de estos casos, en casos anteriores el análisis de la secuencia genómica identificó el virus Choclo.

El roedor huésped del virus Choclo es la rata arrocera pigmea (*Oligoryzomys fulvescens*). Este roedor vive dentro y alrededor de las áreas agrícolas y las casas y edificios adyacentes. Puede infectarse persistentemente con el virus y excretarlo en la orina, las heces y la saliva, la fuente de infección humana.

El último informe de Vigilancia de Arboviro-sis, publicado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, muestra un incremento de notificaciones de cuadros sospechosos de dengue en la última semana, y un aumento de casos de fiebre chikungunya.

En las últimas tres semanas se registró un promedio de 185 notificaciones con sospecha de dengue. En la última se contabilizaron 238 notificaciones, 20 menos que lo registrado la semana anterior, por lo que se insiste en las acciones de control y eliminación de criaderos para cortar el ciclo de vida del mosquito *Aedes aegypti*.

El reporte semanal confirmó 26 nuevos infectados por fiebre chikungunya y un caso de dengue. Con esto suman, 235 los casos de fiebre chikungunya y 198 los de dengue.

Hasta la fecha se han notificado a nivel nacional, 1.730 cuadros sospechosos de dengue y 699 notificaciones de fiebre chikungunya.





AFGANISTÁN

LA TOS CONVULSA AFECTA A 300 Y MATA
A DOS NIÑOS EN LA PROVINCIA DE ZABUL

29/11/2022

Un brote de tos convulsa se está propagando en la provincia de Zabul, en el sur de Afganistán, informó el 29 de noviembre Abdul Hakim Hakimi, director provincial de salud pública.

"La enfermedad que estalló en el distrito de Suri de la provincia ha afectado a por lo menos 300 personas, en su mayoría niños, y se ha cobrado la vida de dos niños durante la semana pasada", dijo Hakimi.

Dijo que un equipo de emergencia de funcionarios de salud había sido enviado al distrito para tratar a los infectados con la enfermedad.

La oficina de salud pública de la provincia ha pedido a las personas que no abandonen sus lugares durante unos días para evitar nuevos brotes de la enfermedad transmisible.

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa, conocida por una tos violenta e incontrolable que a menudo dificulta la respiración.

Zabul (con una población de unos 250.000 habitantes) es una de las 34 provincias de Afganistán, ubicada en el sureste del país; Qalat es la capital de la provincia.

La tos convulsa es una infección prevenible por vacunación, causada por *Bordetella pertussis*, un cocobacilo Gram-negativo; es una enfermedad muy contagiosa que solo se encuentra en humanos. La tos convulsa puede ser grave en bebés menores de 12 meses; aproximadamente uno de cada tres en ese grupo de edad requiere tratamiento en un hospital, y los menores de seis semanas representan la mayoría de las muertes.

Cuando una gran proporción de la población está inmunizada, incluso aquellos que no están vacunados pueden beneficiarse de un menor riesgo de exposición al patógeno, como consecuencia de la inmunidad colectiva. La propagación de la enfermedad de persona a persona se vuelve poco probable cuando se logra la inmunidad colectiva. El porcentaje de la población que debe ser inmune para lograr la inmunidad colectiva varía de una enfermedad a otra. Cuanto más contagioso es el patógeno, mayor es la proporción de la población que necesita ser inmune a la enfermedad para detener su transmisión. Por ejemplo, el sarampión es causado por un virus altamente contagioso. Se estima que al menos 95% de la población debe ser inmune para interrumpir la cadena de transmisión del sarampión. Se dice que la tasa de cobertura de vacunación requerida para proporcionar una protección adecuada contra la tos convulsa para toda la población es de 92-94%.

Debido a que los bebés que son demasiado pequeños para recibir todas las vacunas son los más vulnerables a los casos graves, a veces mortales, de tos convulsa, es importante que todas las personas que están en contacto cercano con recién nacidos y bebés (como padres, abuelos, hermanos y otros cuidadores) tengan las vacunas al día.

A diferencia de los últimos dos años, cuando las vacunas no se adquirieron debido a la falta de fondos en el presupuesto, los veterinarios están finalizando la vacunación contra la brucelosis este año; el número de animales sacrificados en el cantón de Srednjobosanskom ha superado los 120.

El número de personas enfermas también está aumentando. Desafortunadamente, pocas personas hablan públicamente sobre esta grave enfermedad infecciosa, porque la cría de animales, además de causar enfermedades, permite ganar dinero. Sin embargo, la enfermedad no elige: los veterinarios y quienes consumen productos lácteos sin pasteurizar también enferman.



Meho Miftarević, de 18 años, del asentamiento de Travnica Mehurići, es uno de las decenas de residentes de este cantón que llegaron al hospital por brucelosis con un cuadro clínico moderado a grave y aceptaron hablar sobre su enfermedad. Junto con fiebre, sudoración y pérdida de apetito y peso corporal, también hay una serie de otros síntomas.

"Llevo aquí 14 días por causa de la brucelosis. Me dolían las articulaciones, los hombros, las rodillas, no podía caminar bien", contó.

"La mayoría de los pacientes llegan en malas condiciones, en sillas de ruedas, con muletas y con complicaciones ya desarrolladas de la enfermedad en la columna", señaló el médico infectólogo Minela Zekiri-Sivro.

Junto con los veterinarios, para quienes esta es una enfermedad profesional, la brucelosis es la enfermedad más común entre los ganaderos, quienes la ocultan incluso a costa de su propia salud porque les dificulta vender queso y ganado.

Sin embargo, el hecho de que la brucelosis está en aumento también lo confirman los datos del ministerio cantonal competente, sobre 126 ovejas, vacas y cabras sacrificadas y 23 perros. Es preocupante que los propietarios de dos tercios de los animales sacrificados no aplicaran las medidas legalmente prescritas para prevenir la enfermedad, de la que cada vez más personas enferman, por lo que ni siquiera tenían derecho a una indemnización por daños y perjuicios.

"Somos un área endémica para brucelosis y fiebre Q. Según datos del hospital, hemos tenido 54 pacientes desde principios de año", dijo Zekiri-Sivro.

Según informan los ganaderos, el mayor problema es el tráfico descontrolado o, simplemente, el contrabando de ganado. El silencio sobre las enfermedades de los animales, que en su mayoría son nómadas, también conduce a la contaminación del suelo, por lo que las consecuencias para la salud de un gran número de personas son insondables.

"La solución es difícil en nuestras condiciones, el Estado debe abordar seriamente este problema. Cada vez tenemos más personas discapacitadas como resultado de la infección por *Brucella* y fiebre Q", enfatizó Zekiri-Sivro.

Quizás para empezar, las instituciones estatales deberían fortalecer el control de la implementación de sus propias leyes, que tienen reglas claramente definidas. Además de preservar la salud, esto también ahorraría importantes fondos, ya que el tratamiento de pacientes con esta enfermedad infecciosa dura hasta seis meses.

La brucelosis en los pequeños rumiantes y, en menor medida, en el ganado bovino, es endémica en Bosnia-Herzegovina. Las poblaciones de ovejas y cabras se manejan bajo un sistema de producción extensivo, mientras que la agricultura a pequeña escala y el pastoreo de múltiples especies de ganado juntas son prácticas comunes. Estos factores de riesgo, junto con el contacto cercano y repetido y la relativa debilidad de las medidas de control de enfermedades, aumentaron la transmisión de *Brucella* durante varias décadas.

Desde el final de la guerra de Bosnia (1992-1995), se ha informado un número creciente de casos de brucelosis en animales y humanos. La implementación de medidas para el control de la brucelosis en animales, que son el reservorio de la infección humana, se inició en 2001, con base en la estrategia de prueba y sacrificio. En 2009, esta estrategia fue sustituida por un programa de vacunación masiva de ovinos y caprinos. A partir de 2010 se aplican programas de erradicación basados en la vacunación de ovinos y caprinos jóvenes (3-6 meses) y test y sacrificio de adultos. Las pruebas de diagnóstico se basaron exclusivamente en métodos serológicos, a saber, la prueba de Rosa de Bengala utilizada para la detección de rebaños y animales individuales, mientras que la prueba de fijación del complemento sirvió como prueba de confirmación.

Este informe incluye una descripción de un evento reciente de brucelosis que involucró un número relativamente grande de infecciones en pacientes humanos en Bosnia, con una descripción detallada de los signos experimentados por uno de los pacientes. Demuestra las dificultades que encuentran las autoridades de salud pública y animal en sus esfuerzos por lograr el control y la eventual erradicación de la brucelosis, de los animales y, posteriormente, de los humanos. Un enfoque de Una Salud, incluida la estrecha cooperación entre las dos agencias, es esencial cuando se trata de esta grave zoonosis.

Un segundo caso del virus Usutu se identificó en Francia el 10 de noviembre de 2022 en Nouvelle-Aquitaine. Estos dos casos fueron detectados en pacientes locales, es decir, en personas que no han salido de territorio francés.

Esta enfermedad es transmitida por mosquitos, como el dengue o la fiebre chikungunya, y ocurre con mayor frecuencia en personas que han viajado al extranjero. Este no es el caso de estos dos nuevos pacientes.

Pacientes locales

El 18 de octubre de 2022, la Agencia Regional de Salud (ARS) de Nouvelle-Aquitaine anunció un caso de infección por el virus Usutu en su territorio, y unas semanas después, el 10 de noviembre de 2022, confirmó el diagnóstico gracias a un nuevo análisis. Este segundo caso autóctono es preocupante, ya que este tipo de virus, generalmente transmitido por mosquitos tropicales, raramente afecta a personas que no salen del país.

Estos casos autóctonos, es decir, personas que enfermaron sin salir de Francia, de un virus cuyo modo de transmisión es la picadura de insectos portadores, que suelen vivir en otros países, plantean ciertos interrogantes.

Las aves como portadoras

La Agencia Regional de Salud de Nouvelle-Aquitaine planteó que este virus, perteneciente a la familia Flaviviridae, es de origen africano. La familia incluye los virus responsables de la fiebre amarilla, el dengue, la encefalitis transmitida por garrapatas, como así también los de la hepatitis C y la diarrea bovina. Se trata de un gran grupo de microorganismos de los que los mosquitos son los principales vectores.

Si los mosquitos son vectores del virus, son las aves los reservorios. Efectivamente, los mosquitos portadores de Usutu son ornitófilos, es decir, se alimentan de la sangre de las aves, a diferencia de los antropófilos, que prefieren picar a los humanos. Es también entre estos animales emplumados donde el virus hace más daño, siendo su mayor víctima el mirlo.

La razón por la que se han detectado casos en Francia en personas que no han viajado a África podría explicarse por la presencia de aves migratorias en el territorio.

Los peligros del virus

La Agencia Regional de Salud de Nouvelle-Aquitaine pone las cosas en perspectiva. Si bien es curioso que se hayan reportado casos en estos pacientes, la enfermedad no se traduce en síntomas de peligro alarmante.

La agencia recuerda que la infección muy a menudo es asintomática o solo causa síntomas menores: desde astenia hasta dolores de cabeza y erupciones en la piel. La recuperación es rápida y existe un tratamiento adecuado. Sin embargo, en 2016 hubo un caso agudo en un paciente de Montpellier.

El paciente de Montpellier

En 2016, un paciente de Montpellier permitió descubrir más sobre el virus. Se presentó al hospital de Lapeyronie con parálisis de la mitad de su rostro. El hombre de 39 años estuvo hospitalizado durante tres días en una unidad de emergencia neurológica. Finalmente se recuperó. El análisis mostró que era portador del virus. Sin embargo, es difícil establecer un vínculo directo entre el virus y este problema neurológico.

Ha habido casos esporádicos de infección por el virus Usutu en humanos y aves silvestres en una amplia área geográfica del centro y sur de Europa.

El virus Usutu, un flavivirus transmitido por mosquitos, se descubrió por primera vez en Sudáfrica en 1959 y su reservorio son las aves. El primer caso humano se identificó en República Centroafricana en 1981. El virus se detectó por primera vez en Europa en 2001 en poblaciones de aves silvestres en Austria, y los primeros casos humanos en el continente se documentaron en Italia en 2009 en pacientes inmunocomprometidos. Estos casos europeos también fueron los primeros en exhibir una manifestación neurológica de la enfermedad, ya que los únicos dos casos anteriores en África exhibieron fiebre, erupción cutánea e ictericia. Este virus zoonótico relativamente desconocido y emergente destaca la importancia de la vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores para la salud humana.

El virus Usutu se detectó en Francia en 2015 en 11 pools de mosquitos *Culex pipiens* en Camargue, mediante ensayos cuantitativos mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa. El análisis filogenético de las secuencias de virus recuperadas identificó los linajes África 2 y África 3, lo que demuestra la presencia simultánea de diferentes cepas dentro de la población de mosquitos. Este fue el primer informe sobre virus Usutu en mosquitos de Francia que simultáneamente acompañó la aparición del virus en mirlos y un caso humano en Francia durante 2015/2016.

Los estudios de seroprevalencia posteriores y las investigaciones retrospectivas sugirieron que la prevalencia de la infección por virus Usutu en humanos podría ser mayor que la infección por el virus del Nilo Occidental (estimada en un rango entre 0,3% y 3%) en áreas donde ambos virus circulan conjuntamente.

Dado que las infecciones por USUV ocurren en aves y humanos en el centro y el sur de Europa, no sorprende que las infecciones en humanos vuelvan a ocurrir en Francia. Tanto el virus Usutu como el del Nilo Occidental son flavivirus. No existe una vacuna humana comercialmente disponible para el virus Usutu.



A pesar de que los casos de COVID-19 están disminuyendo constantemente en Mumbai, la ciudad está luchando por controlar un brote de sarampión entre los niños, ya que hasta ahora se han reportado ocho muertes y 184 casos confirmados, según funcionarios cívicos. Las malas condiciones de vida; las familias numerosas; la falta de servicios de salud, instalaciones de saneamiento y nutrición adecuados; la inmunidad deficiente; y la renuencia a las vacunas, son algunas de las principales razones del brote de la enfermedad en la ciudad.



Mumbai registra un fuerte aumento en los casos de sarampión este año en comparación con los 25 casos registrados en 2020 y nueve el año pasado, según datos cívicos.

La metrópolis ha sido testigo del brote de la enfermedad cuando el gobierno se ha propuesto erradicarla para fines de 2023.

Anteriormente, Mumbai había informado tres muertes por sarampión en 2019, otras tres en 2020 (en Nagpur, Chandrapur y Akola), y dos en 2021 (en Thane y Mumbai), según un boletín estatal.

“Si hay cinco casos sospechosos de una infección en una semana, de los cuales más de dos han sido confirmados en pruebas de laboratorio, entonces se denomina brote”, dijo el oficial de vigilancia de la salud de Maharashtra, Pradip Awate.

El Departamento de Salud está realizando una vigilancia casa por casa para el sarampión y se están organizando sesiones especiales de vacunación en modo campaña.

Este año, Maharashtra reportó 503 casos de sarampión hasta el 17 de noviembre, en comparación con 153 en 2019, 193 en 2020 y 92 casos el año pasado.

También fuera de Mumbai, el brote de la enfermedad viral se ha registrado en algunos lugares como la ciudad de Bhiwandi en el distrito vecino de Thane (siete casos) y Malegaon en el distrito de Nashik (cinco casos).

Un funcionario de la Corporación Municipal de Brihanmumbai (BMC) dijo que debido a la pandemia de COVID-19 de 2020 y 2021, los programas regulares de inoculación se vieron afectados y, como resultado, la vacunación contra el sarampión también se vio obstaculizada. Por lo tanto, un gran número de niños se saltó la primera o la segunda dosis. "Ahora hemos emprendido un programa de tres puntos para controlar el brote de sarampión", dijo la Dra. Mangala Gomare, director ejecutivo de salud de la BMC.

“Esto incluye la búsqueda de los casos sospechosos de sarampión, la inmunización rápida de los niños que no recibieron una vacuna o no recibieron ninguna dosis y la concienciación sobre la inoculación”, dijo.

"En una encuesta de hogares de niños de 0 a 2 años, se encontró que alrededor de 20.000 niños no recibieron su primera o segunda dosis de la vacuna. Estamos organizando sesiones adicionales para ellos", dijo Gomare.

Agregó que se organizarán entre 100 y 150 sesiones adicionales de campamentos de inoculación para los niños que no recibieron las dosis del sarampión.

La funcionaria dijo que ya se vacunaron 10.000 niños de 0 a 2 años y apuntan a completar en una semana la vacunación de los restantes 10.000 de esa franja etaria, y 40.000 niños de hasta 5 años de edad, que se saltaron las dosis de la vacuna por cualquier motivo.

Este año, los casos comenzaron a aumentar repentinamente desde la última semana de septiembre y la situación ahora se ha vuelto alarmante, dijeron funcionarios de la BMC.

El Hospital Kasturba, de gestión cívica, agregó una sala de aislamiento especial luego del brote en septiembre.

La enfermedad viral se ha propagado a 17 localidades en ocho distritos del total de 24 en la ciudad. Funcionarios de la BMC agregaron que algunos de los pacientes están con asistencia respiratoria.

La máxima propagación de la infección se registra en el distrito M-este, que incluye áreas como Govandi y Deonar, seguido del distrito L, que comprende las áreas de Kurla y Chunabhatti.

La BMC detectó hasta ahora 2.900 casos sospechosos de sarampión con pacientes que tienen síntomas comunes como fiebre y erupciones cutáneas.

“Todas las muertes son de la comunidad musulmana y las áreas donde vivían también están dominadas por la comunidad”, dijo un funcionario cívico. Las razones detrás de este brote de sarampión en el distrito M-este, mayormente formado por barrios bajos, son las deficientes condiciones de vida y servicios, la falta de instalaciones sanitarias, las escasas inmunidad y nutrición, dijo un médico cívico que trabajó allí.

También hay muchos médicos falsos en el área que no brindan el tratamiento adecuado a los pacientes, lo que empeora los problemas de salud, dijo el funcionario de salud.

El vertedero más grande de Mumbai se encuentra en el distrito M-este, donde la mayoría de las personas provienen de un entorno económico deficiente. Se dedican a ocupaciones informales y las condiciones de vida no son buenas, según activistas que trabajan en la zona.

Srushti Jaitely, una terapeuta que también trabaja para una ONG, dijo según un informe de 2009 que el índice de desarrollo humano de la zona es de 0,05%, que según ella es equivalente al de los países subsaharianos.

"Hay extrema pobreza y mucha vulnerabilidad ya que el barrio está situado en la periferia de la ciudad. Cuando la ciudad se estaba desarrollando, el barrio fue acomodando vertederos, chatarrerías y con el tiempo, la gente también llegó a instalarse en la zona. Mucha gente ha sido reubicada allí en nombre de la rehabilitación. Por lo tanto, la mayor cantidad de colonias R y R (reubicación y rehabilitación) se encuentran en este distrito", dijo Jaitely.

Después del brote de la enfermedad, la BMC junto con Maharashtra y los gobiernos centrales entraron en acción y tomaron múltiples medidas para contener la propagación de la enfermedad viral a otras partes de la ciudad.

El Ministerio de Salud de la Unión envió de inmediato un equipo multidisciplinario de alto nivel a Mumbai para hacer un balance del aumento de casos de sarampión en la ciudad.

El 17 de noviembre, el Ministro Principal Eknath Shinde también revisó la situación del brote de sarampión y ordenó a la BMC y a los funcionarios del departamento de salud del estado que ayudaran a los líderes religiosos a concienciar sobre la vacunación contra la enfermedad. También visitó el Hospital Kasturba para hacer un balance de la situación. Siguiendo la sugerencia del equipo de alto nivel, el organismo cívico ya convocó reuniones con líderes religiosos y comunitarios, así como con personas destacadas de las áreas afectadas para difundir la conciencia sobre la enfermedad y la inmunización, dijeron las autoridades.

El cuerpo cívico también está dando dos dosis de vitamina A a los pacientes sospechosos y están siendo hospitalizados o derivados al pediatra, si es necesario, dijeron. Awate dijo que el departamento de salud realizará una revisión semanal de la situación en el estado el 28 de noviembre y que ya ha tomado las medidas necesarias para contener la propagación de las enfermedades, incluida la movilización social.

El Ministerio de Salud de Kuwait informó que un ciudadano del país contrajo cólera después de regresar desde Irak. El ministerio tuiteó que el ciudadano infectado con cólera mostró síntomas de la enfermedad después de regresar de Irak, que padece un brote de cólera.

Se brindó el tratamiento necesario al paciente en un hospital afiliado al Ministerio de Salud, y el paciente ha sido aislado hasta su completa recuperación. Los que habían estado en contacto con él fueron tratados de acuerdo con los protocolos vigentes.

El Ministerio recordó a quienes presenten síntomas sospechosos como fiebre y diarrea dentro de los siete días siguientes a su llegada desde uno de los países donde prevalece la enfermedad, acudir al centro de salud más cercano para recibir el asesoramiento y tratamiento necesarios.

El Ministerio confirmó que las posibilidades de propagación del cólera dentro de Kuwait están fuera de discusión y el Ministerio de Salud está tomando precauciones y advierte a los kuwaitíes, expatriados y residentes cuando viajen a cualquier país donde se esté propagando la epidemia, asegurarse de evitar beber agua y alimentos no seguros.

El cólera es una infección diarreica aguda causada por el consumo de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. La enfermedad suele ser leve o asintomática, pero a veces puede causar diarrea grave, deshidratación e incluso la muerte si no se trata.

Irak fue testigo de un brote de cólera de junio a agosto de 2022 y, actualmente, Siria y El Líbano se ven afectados por dicho brote. La prevención y el control del cólera incluyen una combinación de vigilancia, garantía de la seguridad del agua potable y los alimentos, sensibilización sobre la higiene, tratamiento y uso de la vacuna oral contra el cólera.

Las autoridades británicas de salud registraron 50 casos de difteria en lo que va del año entre solicitantes de asilo recién llegados al país, incluyendo un hombre que murió después de haber enfermado en un hacinado centro de migrantes.

La Agencia de Protección de la Salud del Reino Unido señaló el 28 de noviembre que es posible que las personas infectadas hayan contraído la enfermedad en sus países de origen o durante su trayecto hacia el Reino Unido. Indicó que se han visto incrementos similares en otras partes de Europa.

En 2021 se reportaron 11 casos en Reino Unido, donde la mayoría de la población ha sido vacunada contra la difteria durante su infancia. La infección afecta nariz, garganta y –en ocasiones– la piel, y puede resultar letal si no se trata a tiempo.

El brote se produce en medio de críticas hacia el gobierno por las condiciones en las que alberga a las personas que cruzan el Canal de la Mancha en pequeñas embarcaciones para llegar al Reino Unido. Muchas de ellas son retenidas durante varios días o semanas en Manston, un aeropuerto en desuso ubicado en el sureste de Inglaterra, el cual se utiliza actualmente como centro de procesamiento. El mes pasado hubo hasta 4.000 personas en el lugar, el cual está diseñado para una capacidad máxima de 1.600.

Hace unas semanas, un hombre que estaba detenido en Manston enfermó y poco después murió en un hospital. Una prueba de reacción en cadena de la polimerasa fue positiva para difteria, aunque el ministro de inmigración Robert Edward Jenrick declaró que las autoridades estaban a la espera de recibir los resultados post mortem para confirmar la causa del deceso.

Miles de migrantes de todo el mundo viajan cada año hasta el norte de Francia con la esperanza de cruzar el canal hacia Gran Bretaña. Se ha registrado un marcado incremento en el número de personas que intentan el viaje a bordo de balsas y pequeñas embarcaciones desde que las autoridades restringieron otras vías de acceso.

En lo que va del año han llegado más de 40.000 personas a Gran Bretaña después de realizar el peligroso trayecto por el Canal de la Mancha. En todo 2021 llegaron 28.000 migrantes, mientras que en 2020 fueron apenas 8.500.

Con el fin de disuadir los cruces, el gobierno británico anunció un polémico plan para enviar a Ruanda a las personas que lleguen en pequeñas embarcaciones, en un intento por afectar el plan de negocios de las organizaciones de traficantes.

Los detractores aseguran que el plan no es moral ni práctico, y ya está siendo impugnado en los tribunales.



De acuerdo con el análisis elaborado por la Organización de Naciones Unidas antes de la conmemoración del Día Mundial del Sida, son las desigualdades las que están impidiendo poner fin al sida. Con la tendencia actual, el mundo será incapaz de cumplir los objetivos mundiales acordados en materia de sida. En este sentido, el nuevo informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *Desigualdades peligrosas*, insiste en una serie de acciones urgentes para abordar las desigualdades que sí pueden poner en marcha la respuesta al sida.

A principios de este mismo año, el ONUSIDA ya avisó de que la respuesta al sida se encuentra en situación de peligro como consecuencia del aumento en el número de las nuevas infecciones y las continuas muertes en muchas partes del mundo. Ahora, el nuevo informe del ONUSIDA saca a la luz el motivo subyacente: las desigualdades imperantes en el mundo. Dicho informe presenta a los líderes mundiales como protagonistas para acabar con las desigualdades y les pide que sean valientes para llevar a cabo lo que las propias pruebas nos están pidiendo.

En *Desigualdades peligrosas* se desvela el impacto que tienen en la respuesta al sida las desigualdades de género, las desigualdades a las que se enfrentan los grupos de población clave y las desigualdades entre niños y adultos. Además, se destaca cómo el empeoramiento de las limitaciones financieras hace que ahora sea más difícil abordar esas desigualdades.

Asimismo, el informe muestra cómo las desigualdades de género y las normas de género dañinas están ralentizando el fin de la pandemia de sida.

“El mundo nunca podrá vencer al sida si seguimos reforzando el patriarcado”, afirmó Winifred Byanyima, Directora Ejecutiva del ONUSIDA. “Tenemos que plantar cara a todas esas desigualdades de las que las mujeres son víctimas. En áreas con una elevada carga del VIH, las mujeres sometidas a violencia dentro de la pareja se enfrentan a 50% más de posibilidades de contraer el VIH. En 33 países entre 2015 y 2021, solo 41% de las mujeres casadas de entre 15 y 24 años podían tomar sus propias decisiones sobre salud sexual. En este contexto, la única hoja de ruta eficaz para poner fin al sida, alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible y garantizar la salud, los derechos y la prosperidad compartida es una hoja de ruta feminista. Las organizaciones y los movimientos que velan por los derechos de las mujeres ya están en primera línea haciendo este audaz trabajo. Los líderes necesitan que los apoyemos y aprendamos de ellos”.

Los efectos de las desigualdades de género en los riesgos que corren las mujeres respecto del VIH son especialmente pronunciados en el África Subsahariana, donde las mujeres representaron 63% de las nuevas infecciones por el VIH en 2021.



En el África Subsahariana, las adolescentes y las mujeres jóvenes (de entre 15 y 24 años) tienen tres veces más probabilidades de contraer el VIH que los adolescentes y los jóvenes del mismo grupo de edad. El factor determinante es la fuerza. De acuerdo con un estudio, el permitir que las niñas permanezcan en la escuela hasta que completen la educación secundaria reduce su vulnerabilidad a la infección por el VIH hasta en 50%. Cuando esto se refuerza con un paquete de apoyo a la capacitación, los riesgos para las niñas se reducen aún más. Los líderes deben garantizar que todas las niñas puedan asistir a la escuela y estén a salvo de la violencia, a menudo normalizada incluso a través de matrimonios con menores, y que se les abra un camino económico que les permita disfrutar de un camino esperanzador.

Al interrumpir la dinámica del poder, las políticas pueden reducir la vulnerabilidad de las niñas al VIH.

Las masculinidades dañinas desalientan a los hombres a la hora de buscar atención médica. En el año 2021, mientras que 80% de las mujeres que vivían con el VIH accedían al tratamiento, solo 70% de los hombres estaban en tratamiento. Precisamente por eso, para detener el avance de la pandemia, es fundamental aumentar los programas transformadores de género en muchas partes del mundo. Avanzar en igualdad de género nos beneficiará a todos.

El informe muestra que la respuesta al sida se está viendo frenada por las desigualdades en el acceso al tratamiento entre adultos y niños. Mientras más de tres cuartas partes de los adultos que viven con el VIH siguen un tratamiento antirretroviral, a solo algo más de la mitad de los niños que viven con el VIH se les está administrando un tratamiento que salva vidas. Y esto ha tenido consecuencias mortales. En 2021, los niños representaban 4% de todas las personas que viven con el VIH, aunque solo ellos concentraban 15% de todas las muertes relacionadas con el sida. Es evidente que cerrar la brecha en el tratamiento de los niños salvará vidas.

La discriminación, la estigmatización y la criminalización de los grupos de población clave están costando vidas y evitando que el mundo alcance los objetivos acordados para el sida.

Los nuevos análisis no dejan ver una disminución significativa de las nuevas infecciones entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en las regiones de África Occidental y Central, y en las regiones del este y sur de África. Frente a un virus infeccioso, el hecho de no avanzar en los grupos de población clave socava toda la respuesta al sida y contribuye a explicar la ralentización del progreso.

En todo el mundo, más de 68 países todavía criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Otro análisis del que se hace eco el informe subraya que los HSH que viven en países africanos con las leyes más represivas tienen más de tres veces menos probabilidades de conocer su estado serológico que sus homólogos que viven en países con las leyes menos represivas, donde el progreso avanza mucho más rápido. Los trabajadores sexuales que viven en países en los que se criminaliza el trabajo sexual tienen siete veces más posibilidades de vivir con el VIH que aquellos otros de países en los que el trabajo sexual es legal o está parcialmente legalizado.

El informe demuestra que sí es posible avanzar para terminar con las desigualdades y destaca aquellas áreas en las que la respuesta al sida ya ha realizado un progreso notable. Por ejemplo,

IGUALDAD YA

DÍA
MUNDIAL
DEL SIDA
1 DICIEMBRE 2022



Unámonos para acabar con las desigualdades que frenan el fin del sida

si bien las encuestas entre los grupos de población clave a menudo ponen de manifiesto una menor cobertura de servicios entre ellos, tres condados de Kenya han logrado una mayor cobertura de tratamiento del VIH entre las trabajadoras sexuales que entre la población general de mujeres (de entre 15 y 49 años). Esto ha sido respaldado por un sólido programa en materia de VIH a lo largo de muchos años, en el que se incluyen, entre otras cosas, los servicios liderados por la comunidad.

“Sabemos qué tenemos que hacer para acabar con las desigualdades”, afirmó Byanyima. “Hemos de asegurarnos de que todas nuestras niñas puedan ir a la escuela, estén seguras y se hagan fuertes. Debemos abordar las cuestiones relacionadas con la violencia de género. Tenemos que brindar nuestro apoyo a las organizaciones de mujeres. Fomentar las masculinidades saludables: sustituir los comportamientos nocivos que exacerbaban los riesgos para todos. Garantizar que los servicios para los niños que viven con el VIH lleguen a ellos y satisfagan sus necesidades, con el fin de cerrar la brecha de tratamiento para que así pongamos fin al sida infantil para siempre. Despenalizar a las personas en las relaciones entre personas del mismo sexo, trabajadores sexuales y consumidores de drogas, e invertir en servicios liderados por la comunidad que permitan su inclusión, ya que esto ayudará a derribar las barreras a los servicios y a cuidar de millones de personas”.

El nuevo informe refleja que la financiación de los donantes está ayudando a catalizar el aumento de la financiación nacional: los aumentos en la financiación externa contra el VIH para los países del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR) y el Fondo Mundial durante 2018-2021 se correlacionaron con los aumentos en la financiación nacional de la mayoría de los Gobiernos nacionales. Urgen nuevas inversiones para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Justo cuando la solidaridad internacional y la necesidad de financiación son más necesarias que nunca, son demasiados los países ricos que han decidido recortar la ayuda destinada a la salud mundial. En 2021, la financiación disponible para los programas contra el VIH en los países de ingresos bajos y medios se vio reducida en 8.000 millones de dólares. El aumento del apoyo de los donantes es vital para volver a poner en marcha la respuesta al sida.

Los presupuestos deben priorizar la salud y el bienestar de todas las personas, especialmente de las poblaciones vulnerables más afectadas por las desigualdades relacionadas con el VIH. Es necesario ampliar el espacio fiscal para las inversiones en salud en países de ingresos bajos y medios, incluso mediante la cancelación sustancial de la deuda y la imposición progresiva. Poner fin al sida resulta mucho menos caro que no poner fin al sida.

En 2021, 650.000 personas perdieron la vida debido al sida y se contabilizaron 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH.

“Es evidente lo que tienen que hacer los líderes mundiales, no cabe duda al respecto”, afirmó Byanyima. “En una sola palabra: Igualar. Igualar el acceso a los derechos, igualar el acceso a los servicios, igualar el acceso a la mejor ciencia y a la mejor medicina. Al igualar, no solo estaremos ayudando a los marginados. Estaremos ayudando a todos”.

Desde octubre de 2022, los casos de bronquiolitis en niños pequeños han aumentado rápidamente a nivel mundial, causando alarma social y preocupación. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Europa, y otras regiones ya están vigilando con cierta inquietud esta epidemia.

Este tipo de bronquiolitis está causado principalmente por el [virus sincicial respiratorio \(VSR\)](#). Se trata de un virus respiratorio común que generalmente causa síntomas leves similares a los de un resfrío. La mayoría de las personas adultas se recuperan en unos pocos días, pero, con relativa frecuencia, causa infecciones graves en bebés.



En estas infecciones, los bronquiolos se inflaman y se obstruyen con mucosidad, dificultando la respiración. Esto da lugar a multitud de visitas pediátricas en atención primaria y, en los casos más extremos, a hospitalizaciones.

El VSR se está comportando de forma anómala

Las epidemias de VSR han sido muy regulares antes de la COVID-19, empezando todos los años a fines de otoño o en invierno y desapareciendo durante los meses de primavera/verano. Sin embargo, las medidas que ayudaron a mantenernos a salvo de la COVID-19 durante los últimos dos años y medio (cierres, distanciamiento físico, uso de barbijo, lavado de manos) también [limitaron la propagación de otros virus](#), incluido el VSR.

Por esa razón, durante las [temporadas de 2020 y 2021](#) se produjo un repentino descenso de los casos y las hospitalizaciones por VSR. Sin embargo, este año, la temporada ha comenzado antes de lo habitual. Y aunque el aumento de casos ha sido más evidente desde fines de octubre, el VSR empezó a detectarse incluso durante la primavera.

Además, el virus se está propagando más rápidamente y causando [más hospitalizaciones](#) de lo habitual, lo que está poniendo a prueba el sistema sanitario en [varios países](#). En otros [países](#), en cambio, todavía no se ha observado un aumento en las hospitalizaciones con respecto a temporadas anteriores a la pandemia, aunque es pronto para sacar conclusiones.

Esto no es del todo inesperado, ya que, a medida que los niños vuelven a la guardería o la escuela, en las que ya no se siguen las medidas preventivas vigentes durante pandemia, los virus, incluidos el VSR, vuelven de nuevo.

La teoría del déficit inmunitario

Pero ¿por qué el VSR se transmite más rápido y causa más infecciones graves este año? Tanto los niños como las madres desarrollan defensas frente a los virus cuando entran en contacto

con ellos. Pero durante la pandemia de la COVID-19, la población en general tuvo pocas oportunidades de infectarse con el VSR o cualquier otro virus, por lo que no adquirieron inmunidad frente a ellos.

Este [déficit inmunitario](#) podría explicar por qué el VSR vuelve con más fuerza cuando han desaparecido las medidas preventivas encaminadas a contener la COVID-19. Se nota especialmente en los recién nacidos, puesto que las madres transfieren sus defensas al feto a través de la placenta y, después del nacimiento, a través de la leche. Así, los recién nacidos están protegidos frente al VSR durante los primeros meses de vida siempre y cuando sus madres lo estén.

La solución a la bronquiolitis por VSR está cada vez más cerca

Actualmente existe un medicamento, aprobado a fines del siglo pasado, que puede ayudar a proteger a algunos bebés que tienen alto riesgo de enfermarse gravemente por el VSR. Se trata de un anticuerpo llamado palivizumab que se administra en forma de inyecciones mensuales a los bebés prematuros y a niños pequeños con ciertas afecciones del corazón y los pulmones. Pero este fármaco es caro y de eficacia limitada, por lo que se administra sólo en casos muy concretos.

En los últimos años, gracias al trabajo de multitud de laboratorios de todo el mundo, el desarrollo de nuevos tratamientos y vacunas frente al VSR ha experimentado grandes avances. Actualmente, existen alrededor de [39 aproximaciones](#) en distintas fases de ensayos clínicos.

Una de las más prometedoras es el anticuerpo [nirsevimab](#), [aprobado](#) hace poco por la Agencia Europea del Medicamento. Este medicamento evita que el virus entre en las células humanas. La principal ventaja del nirsevimab respecto a palivizumab es que una única inyección intramuscular protege a los niños neonatos y lactantes durante su primera temporada del VSR.

Vacunar a las madres

Con todo, lo ideal para prevenir las bronquiolitis por VSR sería disponer [de una vacuna](#). Los niños pequeños, sin embargo, no tienen bien desarrollado el sistema inmune y responden mal a la vacunación. Por eso para los niños menores de 6 meses, lo que se recomienda es la inmunización pasiva, es decir, la administración de anticuerpos.

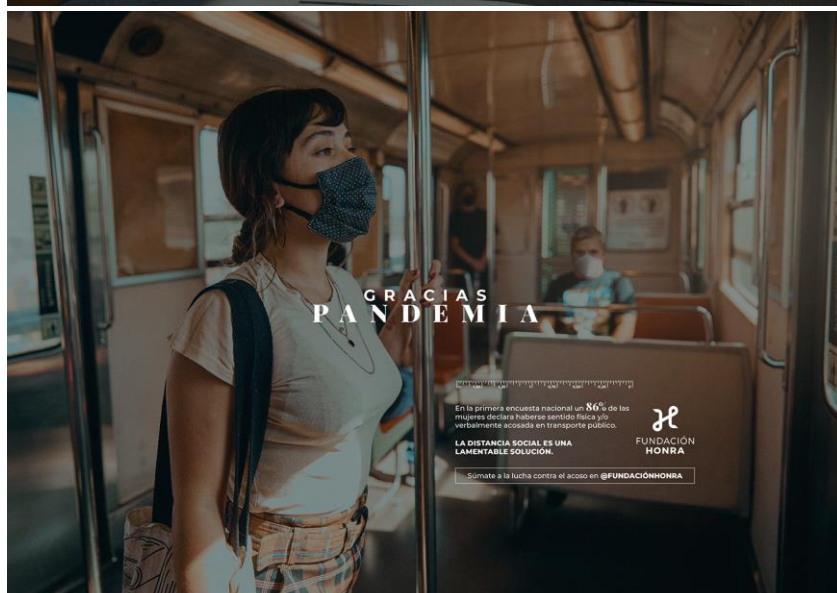
Una alternativa interesante es la vacunación de las madres. En este caso, los recién nacidos, se verían beneficiados por la transferencia de anticuerpos de la madre a través de la placenta y/o la lactancia.

Las vacunas basadas en subunidades (partes del virus, principalmente la denominada proteína F) son las que están más avanzadas para su uso en [embarazadas](#). Recientemente, Pfizer ha comunicado una alta eficacia y seguridad de su vacuna en madres embarazadas para prevenir la enfermedad grave de las vías respiratorias debido al VSR.

En el caso de los niños mayores de 6 meses, una de las opciones que se contempla es su vacunación mediante la administración intranasal de [virus completos atenuados](#), es decir, que no causan enfermedad. Estas vacunas están en las últimas fases de ensayos clínicos.

En definitiva, cada vez están más cerca las [herramientas adecuadas](#) para prevenir las temidas bronquiolitis causadas por el VSR.

Prevención...



Esta campaña profesional titulada 'Gracias pandemia' fue publicada en Chile en marzo de 2021 por la Fundación HONRA. El 86% de las mujeres manifiestan haberse sentido acosadas física o verbalmente en el transporte público. El distanciamiento físico implementado como una medida durante la pandemia de COVID-19 sirvió como una desafortunada "solución".

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.