ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

26 DE FEBRERO 2024
REC 2.779

CÓRDOBA

- Se incorporará al calendario una nueva vacuna para gestantes

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Eficacia del tratamiento de corta duración para la prevención de la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Caso confirmado de sarampión relacionado a la importación

AMÉRICA

- Brasil: Ya son más de 760.000 los casos de dengue en lo que va del año
- Estados Unidos: Elevado riesgo de enfermedad meningocócica invasiva en personas que viven con el VIH
- Estados Unidos: Brote de campilobacteriosis en hombres que practican sexo con hombres en Minnesota

EL MUNDO

- China: Caso humano de influenza aviar A(H9N2)
- España: Cómo se puede frenar el ascenso de las infecciones de transmisión sexual
- Guinea: Situación epidemiológica de la difteria
- Palestina: "La Franja de Gaza está a punto de presenciar una explosión de muertes de niños por hambre"
- Tailandia: Se informaron en 2023 aumentos de casos en numerosas enfermedades infecciosas
- El resurgimiento del sarampión
- Mosquiteros defectuosos contribuyeron a un preocupante aumento de los casos de malaria

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.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC

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.

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Se incorporará al calendario una nueva vacuna para gestantes

21/02/2024

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba informó que, a partir del 1 de marzo y hasta el 31 de julio de este año, estará disponible una nueva vacuna destinada a personas gestantes, que protege contra las formas graves de infección por el virus sincicial respiratorio (VSR) a los bebés durante los primeros meses de vida.

Como todas las dosis del calendario oficial, será aplicada en forma gratuita y obligatoria en la red de vacunatorios habilitados en toda la provincia. Además, Esta nueva vacuna se suministrará en una sola dosis, entre la semana 32 y la 36 de embarazo.

El VSR es el causante de la mayoría de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en la infancia y de las internaciones por esta causa. En menores de un año, la bronquiolitis es la forma más severa de presentación de este virus, que puede ocurrir en niños previamente sanos, sin comorbilidades.

“Las IRAB generan cada año una gran sobrecarga del sistema sanitario, y ponen en riesgo a los recién nacidos. Esta vacuna será una herramienta muy valiosa para mitigar estas situaciones. Es clave que las personas gestantes se acerquen a los vacunatorios y también que los equipos de salud de los servicios de obstetricia se sumen a la promoción de la campaña”, señaló Laura Raquel López, secretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud.

El objetivo de esta campaña es prevenir enfermedades como la bronquiolitis o las neumonías causadas por el VSR en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Mediante esta inmunización, la persona gestante transfiere anticuerpos a través de la placenta y luego a través de la lactancia al bebé.

Esta nueva vacuna podrá administrarse junto con cualquiera de las otras vacunas indicadas durante el embarazo: triple bacteriana acelular, antigripal, covid y hepatitis B.

“Las vacunas que se utilizan son seguras y eficaces, y evitan infecciones graves en las personas gestantes y en sus bebés. Son parte del cuidado integral del embarazo: completar el carné es tan importante como cualquier estudio o control que se hace durante esta etapa”, finalizó López.

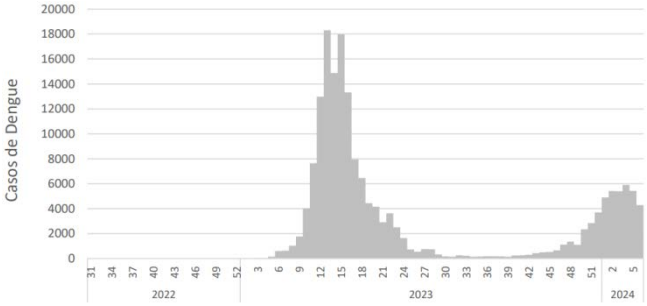
Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia epidemiológica de dengue

17/02/2024

Entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 6 de 2024, se registraron en Argentina 48.366 casos de dengue, de los cuales 44.755 son autóctonos, 2.204 son importados y 1.407 se encuentran en investigación, resultando en una incidencia acumulada de 104 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período de la temporada previa se habían registrado menos de 1.000 casos acumulados.



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2022 a 6 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Se destaca, por un lado, la persistencia de casos durante todo el período analizado de la temporada 2023/2024, incluyendo la época invernal; y por otro, un aumento sostenido del número de casos a posterior de la semana epidemiológica (SE) 40, representando un adelantamiento estacional respecto de la temporada previa.

El mayor número de casos se registró hasta el momento en la SE 4 de 2024, con cerca de 6.000 casos.

En la actualidad 15 jurisdicciones que forman parte de las regiones Noreste Argentino (NEA), Noroeste Argentino (NOA) y Centro han notificado circulación viral en sus territorios.[1]

Provincia/Región	Casos autóctonos	Casos en investigación	Casos importados	Total de casos	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	81	420	212	713	3.106
Buenos Aires	661	397	765	1.823	6.690
Córdoba	335	116	342	793	4.357
Entre Ríos	306	22	65	393	1.278
Santa Fe	2.076	342	308	2.726	5.828
Centro	3.459	1.297	1.692	6.448	21.259
Mendoza	1	–	23	24	94
San Juan	1	–	13	14	37
San Luis	2	2	22	26	101
Cuyo	4	2	58	64	232
Chaco	18.117	–	–	18.117	25.444
Corrientes	4.002	–	–	4.002	6.042
Formosa	12.710	–	–	12.710	13.740
Misiones	4.216	–	8	4.224	7.045
Noreste Argentino	39.045	–	8	39.053	52.271
Catamarca	735	6	24	765	1.378
Jujuy	26	6	28	60	599
La Rioja	3	15	4	22	244
Salta	174	16	69	259	1.870
Santiago del Estero	521	54	34	609	1.959
Tucumán	787	5	29	821	4.177
Noroeste Argentino	2.246	102	188	2.536	10.227
Chubut	–	–	21	21	54
La Pampa	1	–	19	20	53
Neuquén	–	5	30	35	77
Río Negro	–	1	5	6	25
Santa Cruz	–	–	115	115	149
Tierra del Fuego	–	–	68	68	88
Sur	1	6	258	265	446
Total Argentina	44.755	1.407	2.204	48.366	84.435

Casos de dengue notificados según clasificación y antecedente de adquisición de la infección. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 6 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

En las últimas SE se registra una disminución en el número de casos que aporta el NEA (aunque sigue siendo la región que aporta la mayoría de los casos, con 80,7%) y un aumento en el número de casos en las regiones Centro y NOA. Todas las jurisdicciones de la región Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis) notificaron

[1] Se considera que existe circulación viral cuando se registran uno o más brotes. Se considera que existe un brote de dengue cuando se detectan dos casos relacionados en lugar y tiempo con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno confirmado por laboratorio (para más información, consultar el Manual de normas y procedimientos para la vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

casos aislados de dengue sin antecedente de viaje. Con respecto a la región Sur, durante la última SE se notificó un caso sin antecedente de viaje en La Pampa y casos aislados en investigación en Río Negro y Neuquén.

La región NEA presenta casos por encima de lo esperado desde la SE 31 de 2023.

En la región Centro no se registraron casos hasta la SE 47. A partir de la SE 51 el corredor se encuentra en zona de brote por la emergencia de casos autóctonos en diferentes jurisdicciones, de magnitud creciente, pero en momentos tempranos de la temporada.

La región NOA mantuvo los casos dentro de lo esperado desde la SE 31. A partir de las SE 46/47 comienza a presentar actividad, evidenciando un aumento temprano del número de casos respecto de temporadas anteriores.

Circulación de serotipos

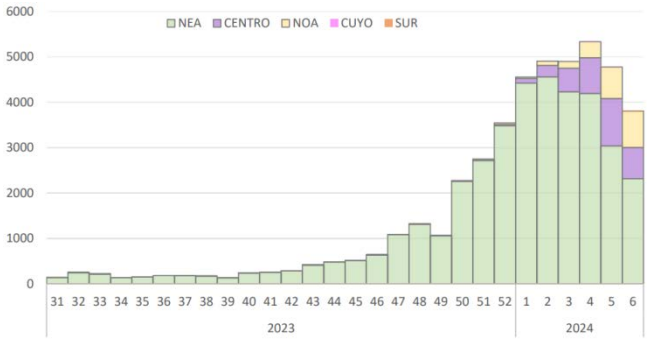
En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos circulando en el país: DENV-1, DENV-2 y DENV-3. De 4.240 casos serotipificados sin antecedentes de viaje, 2.430 (57,3%) corresponden a DENV-2, 1.799 (42,4%) a DENV-1 y 11 (0,3%) a DENV-3.

Grupos etarios

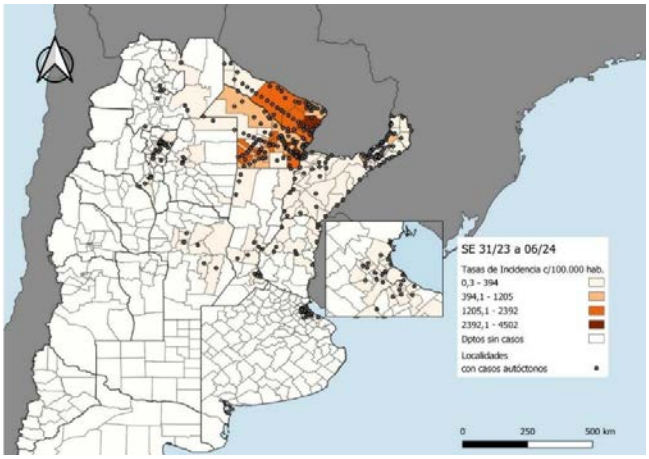
Los casos se distribuyen en todos los grupos de edad, pero de manera desigual, con una incidencia acumulada mínima en menores de 4 años, con 27 casos cada 100.000 habitantes, y una máxima de 138 casos cada 100.000 habitantes en el grupo de 30 a 34 años. Entre los 15 y 69 años la incidencia acumulada es mayor que en población general (104) y desciende hacia los extremos de la vida.

Casos fallecidos

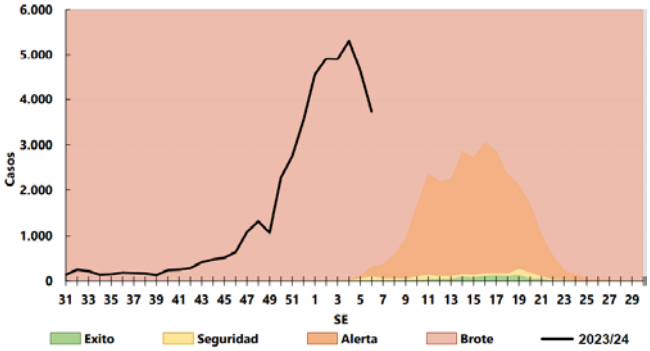
Entre la SE 31 de 2023 y la SE 6 de 2024 se registraron hasta el momento 35 fallecimientos por dengue. Estas muertes corres-



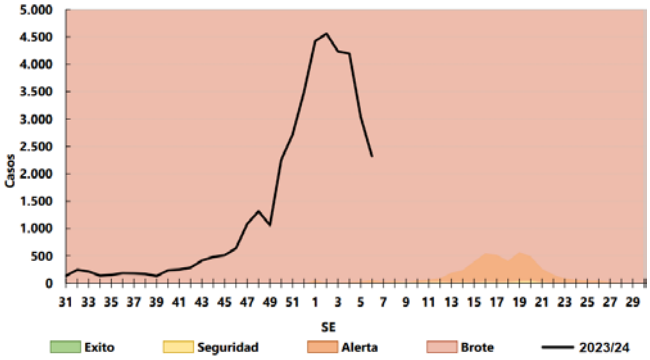
Casos sin antecedentes de viaje y en investigación epidemiológica, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 6 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina. (n=44.755).



Departamentos de 100.000 o más habitantes con casos confirmados y localidades con al menos dos casos. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 6 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal, en base a datos de los años 2016/2017 a 2022/2023. Argentina. Temporada 2023/2024 hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

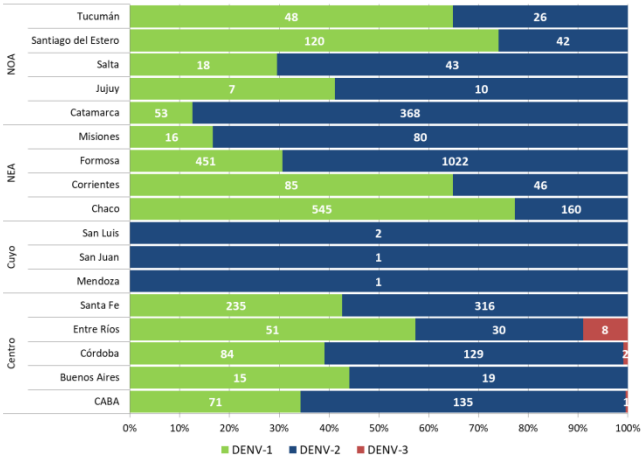


Corredor endémico semanal, en base a datos de los años 2016/2017 a 2022/2023. Región Noreste Argentino. Temporada 2023/2024 hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

ponden a las distintas provincias de la región NEA: Chaco (11 fallecidos), Corrientes (6), Formosa (5) y Misiones (11), y un caso notificado en la última SE en la provincia de Buenos Aires.

En 17 de los casos se pudo determinar hasta ahora el serotipo involucrado: 11 casos de DENV-2 y 6 casos de DENV-1.

En cuanto a la distribución por sexo, 17 casos corresponden a personas de sexo femenino y 18 al masculino.



Distribución proporcional de serotipos y número absoluto de casos por serotipo en casos sin antecedente de viaje según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 6 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 10 casos fallecidos se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: enfermedad cardiaca, diabetes, obesidad e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 24 fallecidos restantes.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue se realiza “por temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 de un año hasta la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito zoonótico *Trypanosoma cruzi*, es endémica de América. En zonas donde la transmisión vectorial está bajo control, la transmisión congénita representa la principal vía de infección.

La prevalencia de la enfermedad de Chagas entre mujeres embarazadas en América Latina varía de 5% a 40%, dependiendo de la ubicación geográfica. Se estima que aproximadamente 2 millones de mujeres en edad reproductiva en las Américas están infectadas con *T. cruzi*, y entre 3 y 10% de ellas transmitirán la infección a sus fetos a través de la vía transplacentaria, lo que resulta en 9.000 bebés infectados nacidos cada año. Sólo tres países (Argentina, Chile y Uruguay) han implementado políticas nacionales para detectar la infección por *T. cruzi* en todas las mujeres embarazadas.

Estudios previos han demostrado la eficacia en la prevención de la transmisión transplacentaria mediante un régimen de tratamiento de 60 días con benznidazol o nifurtimox en niñas y mujeres en edad fértil, tanto durante la fase aguda como crónica. Sin embargo, actualmente no se recomienda la administración del tratamiento durante el embarazo debido a la falta de datos completos sobre seguridad fetal sobre los medicamentos disponibles.

Aprovechando la eficacia demostrada del tratamiento en mujeres en edad fértil para prevenir la enfermedad de Chagas congénita, así como la eficacia del tratamiento en lactantes, la iniciativa ETMI Plus (Eliminación de la transmisión maternoinfantil - Plus) propone las siguientes acciones estratégicas para eliminar la transmisión maternoinfantil:

- lograr una cobertura de detección de al menos 90% para las mujeres embarazadas,
- alcanzar una cobertura de detección de al menos 90% para los recién nacidos de madres seropositivas, y
- garantizar una cobertura de tratamiento de al menos 90% para madres seropositivas.

Los niños infectados deben recibir tratamiento tras la confirmación de su infección.

Estudios recientes han sugerido que tratamientos más cortos, de menos de 30 días, también podrían ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Chagas. Sin embargo, existe evidencia limitada sobre la efectividad de los tratamientos de corta duración (inferiores a 30 días) en mujeres en edad fértil para prevenir la enfermedad de Chagas congénita.

Por esta razón, un grupo de científicos del Servicio de Parasitología y Chagas, del Hospital General de Niños 'Dr. Ricardo Gutiérrez' y del Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP), del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina, llevó a cabo una evaluación para determinar si dichos regímenes de tratamiento abreviados pueden prevenir eficazmente la transmisión transplacentaria de *T. cruzi*.

Para tal fin, se estudió a hijos de mujeres con enfermedad de Chagas que recibieron tratamiento de corta duración (menos o igual a 30 días) con benznidazol o nifurtimox, atendidos entre 2003 y 2022, en el Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital General de Niños 'Dr. Ricardo Gutiérrez' de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Estos niños debían residir

en la CABA, una zona sin transmisión vectorial, y no haber visitado zonas endémicas después del tratamiento.

Se incluyeron en el estudio un total de 40 recién nacidos de 27 madres. Entre ellas, siete madres dieron a luz a dos hijos y tres madres dieron a luz a tres hijos. Todos los recién nacidos fueron a término y tuvieron peso adecuado para su edad gestacional. No se observaron enfermedades infecciosas perinatales ni complicaciones. La prueba de parasitemia directa realizada durante los primeros días de vida fue negativa en todos los casos. Se realizaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa (qPCR) en nueve de los 40 bebés antes de los 8 meses de edad y, en todos los casos, los resultados fueron negativos. A todos los lactantes se les realizaron evaluaciones serológicas (ELISA e IHA) después de cumplir los 8 meses de edad. Los resultados serológicos fueron negativos en todos los casos, descartándose la infección por *T. cruzi*.

Estos resultados refuerzan los beneficios del tratamiento etiológico en niñas y mujeres en edad fértil para prevenir la transmisión congénita, incluso con regímenes de corta duración. La importancia de los tratamientos de corta duración radica en un mejor cumplimiento y una menor aparición de eventos adversos. Una limitación de este estudio es el número de pacientes incluidos, sin embargo no hubo transmisión de enfermedad de Chagas congénita en ningún caso, coincidiendo con reportes previos que utilizaron tratamiento durante 60 días. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos preliminares.

Monitorear la respuesta al tratamiento es un desafío debido a la persistencia de anticuerpos anti-*T. cruzi* durante muchos años después del tratamiento. La evaluación de la respuesta terapéutica se basa en la negativización de la parasitemia y la seroconversión negativa o una serorreducción de más de 20% en anticuerpos anti-*T. cruzi* detectados por serología convencional. Este criterio se utilizó en el estudio CHICO-SECURE que permitió la reevaluación en la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos de la formulación pediátrica de nifurtimox, y se validó en un estudio de una gran cohorte de pacientes tratados por el grupo de investigadores de este estudio. Durante el seguimiento de las mujeres tratadas se observó una excelente respuesta terapéutica con una disminución significativa de los títulos de anticuerpos, superando el 20% e incluso consiguiendo seroconversión en dos casos con un seguimiento a largo plazo.

La disminución sostenida de los títulos de anticuerpos medidos por IHA y ELISA, junto con los resultados negativos de la qPCR, sugieren que un tratamiento de corta duración (de al menos 30 días) fue eficaz para la enfermedad de Chagas.

Abordar la prevención de la transmisión transplacentaria de *T. cruzi* es de suma importancia, ya que la enfermedad de Chagas sigue siendo un importante problema de salud pública, particularmente en América Latina. Con millones de mujeres en edad reproductiva afectadas por el parásito, el impacto potencial de los tratamientos de corta duración en la prevención de la transmisión a los lactantes es sustancial.

Ante la confirmación de un nuevo caso de sarampión en un paciente de 13 meses de edad, hermano del caso importado notificado el 8 de febrero, también residente de Barcelona (España), el Ministerio de Salud de la Nación y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) emitieron una alerta con el objetivo de actualizar la situación epidemiológica e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática, verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

El 8 de febrero del corriente año, se confirmó un caso importado de sarampión en la CABA. Se trató de un niño de 6 años, residente en Barcelona (España), no vacunado, que ingresó al país el 27 de enero, con fecha de inicio del exantema el 31 de enero, en el que se confirmó virus sarampión genotipo B3.

Rápidamente se iniciaron las acciones de control y seguimiento de contactos. Durante el seguimiento, el hermano de 13 meses comenzó con fiebre el 11 de febrero agregando luego triple catarro, y exantema el 17 de febrero. Se tomaron muestras de suero y orina, que fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' el 19 de febrero, confirmándose el caso el 20 de febrero por detección de genoma viral mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa e IgM positivas para sarampión.

El niño se encuentra en aislamiento respiratorio en domicilio y se reforzaron las medidas de prevención en convivientes y contactos familiares. El niño, que no contaba con antecedente de vacunación contra sarampión, fue asistido en un efector público de la CABA y evoluciona favorablemente a la fecha.

La investigación epidemiológica, el seguimiento de contactos y las acciones de vacunación continúan en curso.

Argentina eliminó la circulación endémica del sarampión en el año 2000 y desde entonces sólo se registran casos aislados importados o brotes limitados, de menos de un año de duración, por lo que no se restableció la endemicidad. Para sostener los logros y evitar la reintroducción del virus en el país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible, capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación. Todos los casos sospechosos (paciente con fiebre y exantema) deben ser notificados y estudiados por laboratorio para sarampión y rubéola.

Brasil

Ya son más de 760.000 los casos de dengue en lo que va del año

23/02/2024

El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) en Salud, del Ministerio de Salud de Brasil, informó ahora que en lo que va del año 2024, hasta el 23 de febrero, el total de casos de dengue notificados en el país es de 762.542.

Además, se han confirmado 150 muertes por dengue, mientras que otras 523 están bajo investigación.

Hasta la fecha, siete estados han emitido decretos de emergencia debido a la epidemia de dengue: Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro y Santa Catarina.

Además, 126 municipios han emitido declaraciones de emergencia.

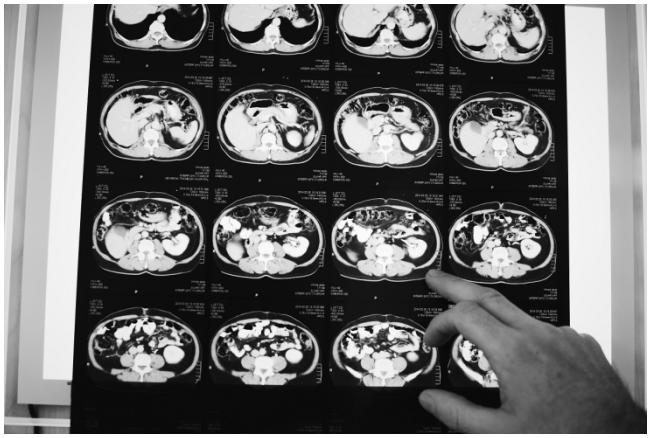
El Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública por Dengue y otras Arbovirosis fue creado por el Ministerio de Salud mediante Ordenanza GM/MS N° 3.140, del 2 de febrero de 2024, con el propósito de ofrecer una respuesta coordinada y eficiente a situaciones epidemiológicas relacionadas con estas enfermedades en todo el país. La acción tiene como objetivo mejorar la planificación y la respuesta coordinada, de manera integrada y coordinada con estados y municipios, para combatir las arbovirosis urbanas en Brasil.

El Centro apoyará el desarrollo de acciones y estrategias dirigidas a los componentes de vigilancia epidemiológica, de laboratorio, asistencial y control de vectores. Con la activación del COE, el Ministerio de Salud monitoreará y analizará la situación de las arbovirosis, con énfasis en el dengue, para orientar la planificación, ejecución y desencadenar acciones estratégicas para el manejo coordinado de la respuesta a la situación epidemiológica a nivel nacional.

Dado el impacto de las enfermedades en la población, la implementación del COE Dengue y otras Arbovirosis permitirá intensificar el seguimiento de casos y muertes, con el fin de mejorar la respuesta de los servicios de salud.

Elevado riesgo de enfermedad meningocócica invasiva en personas que viven con el VIH

04/01/2024



Entre 2009 y 2019, las personas con el VIH de Estados Unidos presentaron un riesgo hasta seis veces mayor de padecer enfermedad meningocócica invasiva en comparación con la población general. Además, la mayor parte de la población estadounidense con el VIH no ha recibido la vacuna contra el meningococo recomendada por las guías de práctica clínica del país, según las conclusiones de un reciente estudio.

El pasado año, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos anunciaron que casi 10% de los casos de enfermedad meningocócica comunicados en el país durante 2022 afectaron a personas con el VIH. Dicha proporción duplicaba la observada en cualquiera de los cinco años previos.

El presente análisis se llevó a cabo para entender cómo la tendencia descendente de la enfermedad meningocócica invasiva de la población general se trasladaba a la población con el VIH en un contexto de vacunación rutinaria de dicho grupo poblacional con la vacuna tetravalente. Así, se evaluaron los casos de enfermedad meningocócica invasiva entre 2009 y 2019 de personas mayores de 13 años de un área geográfica que comprendía algunos condados de los estados de California, Colorado, Connecticut, Georgia, Maryland, Minnesota, New México, New York, Oregon y Tennessee.

En total se registraron 636 casos, de los que 16 afectaron a personas con el VIH.

Tras comparar la incidencia de enfermedad meningocócica invasiva en personas con el VIH con la de aquellas sin el VIH entre 2009 y 2019, los datos evidenciaron una probabilidad de desarrollarla hasta seis veces mayor en personas con el VIH (0,96 casos cada 100.000 personas con el VIH y 0,16 casos cada 100.000 personas sin el VIH).

Según los datos del estudio, 50% de las personas con el VIH que desarrollaron enfermedad meningocócica invasiva no habían recibido la vacuna tetravalente recomendada. En 43,8% de los casos se desconocía el estatus de vacunación. De hecho, sólo una de estas personas (6,3% de los casos registrados) había sido vacunada.

Cabe destacar que casi un tercio de los casos de enfermedad meningocócica invasiva en personas con el VIH tuvo lugar después de la recomendación del año 2016 de vacunar a todas las personas con el VIH contra el meningococo. El 80% de dichas personas no había sido vacunado.

Las conclusiones del estudio reflejan que las personas con el VIH de Estados Unidos siguen estando en una situación de alto riesgo de padecer enfermedad meningocócica invasiva. Esto es así a pesar de que, ya desde 2016, en el país existe la recomendación de vacunar a toda persona con el VIH. Cabría esperar que, con un cumplimiento adecuado de dicha recomenda-

ción, el riesgo debiera haberse atenuado. Esto pone de relieve la importancia de que las personas con el VIH reciban las vacunas recomendadas, ya que dichas recomendaciones se basan en datos epidemiológicos que, como los del presente estudio, revelan una mayor vulnerabilidad de las personas con el VIH a determinados patógenos. Si existe vacuna frente a dichos patógenos y se utiliza, dicha intervención tiene la capacidad de atenuar la vulnerabilidad de las personas seropositivas al patógeno.

Brote de campilobacteriosis en hombres que practican sexo con hombres en Minnesota

15/02/2024

El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) emitió un comunicado en el que indica que se le ha notificado de 13 casos de infección por *Campylobacter jejuni*.

Desde el 25 de agosto de 2023, el MDH ha recibido informes de 13 casos de infección por *Campylobacter jejuni* con aislados estrechamente agrupados mediante secuenciación del genoma completo. Todos los casos eran hombres, y todos menos dos eran residentes de los condados de Hennepin o Ramsey. Las fechas de inicio de la enfermedad reportadas oscilaron entre el 28 de agosto de 2023 y el 10 de enero de 2024. Siete de los nueve casos entrevistados informaron contacto sexual con un hombre dentro de la semana previa al inicio de la enfermedad. Cuatro casos fueron hospitalizados. Cinco de los 13 casos tuvieron codetecciones de otros patógenos entéricos, incluidos cuatro que estaban coinfectados con *Escherichia coli* enteroagregativa, dos con *Shigella* y uno con *Cryptosporidium*. No se informaron exposiciones comunes en restaurantes o contactos sociales; el contacto sexual es la vía probable de transmisión. En septiembre de 2021 se había emitido una alerta sanitaria por un conglomerado de casos similar.

La transmisión de *Campylobacter* se ha documentado previamente en la comunidad de hombres que practican sexo con hombres, aunque en el pasado como coinfecciones con *Shigella flexneri*. Los síntomas de la infección por *Campylobacter* incluyen diarrea acuosa o con sangre, calambres abdominales y fiebre. Los síntomas pueden ser más graves entre los pacientes con inmunodeficiencia, incluidas las personas que viven con el VIH. La mayoría de las infecciones por *C. jejuni* son autolimitadas y no requieren antimicrobianos para eliminar la infección; sin embargo, el tratamiento antimicrobiano adecuado en las primeras etapas de la enfermedad puede disminuir su duración. Según las pruebas de susceptibilidad y la secuenciación del genoma completo, los aislados de estos casos fueron resistentes al ácido nalidíxico y mostraron una susceptibilidad disminuida a la ciprofloxacina, pero fueron susceptibles a los macrólidos. Por tanto, cuando esté indicado el tratamiento, la azitromicina sería la más apropiada. En la mayoría de las circunstancias, se deben evitar los medicamentos antidiarreicos, ya que pueden provocar síntomas más graves o prolongados.

China

Caso humano de influenza aviar A(H9N2)

23/02/2024

El 21 de febrero de 2024, el Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong estaba monitoreando de cerca un caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H9) en una niña de 22 meses de edad.

La paciente desarrolló fiebre y tos con esputo desde el 15 de febrero y fue llevado al Union Hospital para recibir atención médica el 16 de febrero. No requirió hospitalización en ese momento. Su muestra clínica dio positivo para el virus de la influenza A (H9) en la prueba realizada por la Subdivisión de Servicios de Laboratorio de Salud Pública del CHP. El resultado de la subtipificación confirmó el 23 de febrero que se trataba del virus de la influenza A (H9N2).

La paciente fue ingresada en la sala de aislamiento del Hospital Princess Margaret para recibir tratamiento adicional. Los síntomas remitieron, aunque todavía se encuentra en aislamiento, en condición estable.

"Según el resultado de la secuenciación del genoma completo, se cree que el virus A(H9N2) aislado de la muestra de la paciente es de origen aviar. El virus de la influenza aviar en cuestión no mostró ninguna recombinación con genes del virus de influenza de origen humano. El CHP también descubrió que el virus A(H9N2) relevante es sensible al medicamento antiviral oseltamivir", dijo un portavoz del CHP.

La investigación preliminar del CHP reveló que la paciente había visitado Zhongshan, provincia de Guangdong, durante el período de incubación. La paciente no tuvo contacto directo con aves recientemente, ni consumo de aves poco cocidas, ni contacto con pacientes. Uno de sus contactos en casa desarrolló dolor de garganta el 17 de febrero, tomó medicación y el síntoma desapareció; una muestra de aspirado nasofaríngeo dio negativo para el virus de la influenza A. Sus otros contactos domiciliarios son asintomáticos hasta el momento.

El CHP informó del caso a las autoridades sanitarias de Guangdong y a la Organización Mundial de la Salud. También elevó el resultado de la secuencia genética antes mencionado a la base de datos genómica internacional GISAID. La investigación epidemiológica del caso está en curso.

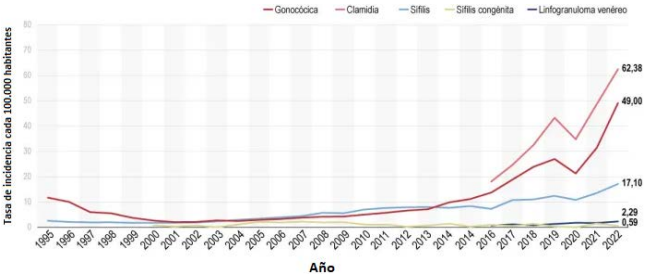
La influenza A(H9), una forma leve de influenza aviar, es de declaración obligatoria en Hong Kong. Desde 1999 se han notificado nueve casos de influenza A (H9N2). El caso más reciente fue un caso importado notificado en 2020. Hasta el momento no se han registrado muertes.

Un portavoz del CHP explicó que existe un estricto mecanismo de vigilancia en hospitales públicos y privados, con médicos en ejercicio y en los puntos de control fronterizo. Los casos

sospechosos son remitidos inmediatamente a hospitales públicos para una investigación de seguimiento.

“Los viajeros, especialmente aquellos que regresan de áreas y provincias afectadas por la influenza aviar con fiebre o síntomas respiratorios, deben usar barbijo inmediatamente, buscar atención médica y revelar su historial de viaje a los médicos. Los profesionales de la salud deben prestar especial atención a los pacientes que puedan haber tenido contacto con aves de corral, pájaros o sus excrementos en las zonas y provincias afectadas”, advirtió el portavoz.

El último informe de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en España, publicado hace unas semanas, pone de manifiesto un incremento exponencial de casos.



Tasa de incidencia de infecciones de transmisión sexual cada 100.000 habitantes. España. Años 1995/2022. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud 'Carlos III' – Dirección General de Salud Pública.

El informe recoge los datos relacionados con la infección gonocócica, la sífilis, la sífilis congénita, la clamidiosis y el linfogranuloma venéreo; de estas dos últimas se hace seguimiento desde 2015, con lo que no hay información de toda la serie como en las otras, que se vigilan desde 1995.

La sífilis y la gonorrea, de la que hay información desde hace más años, protagonizaron un valor mínimo al inicio de la década de 2000 y desde entonces han ido en aumento progresivamente, al igual que las otras.

En 2020 descendió el número de casos que el informe lo atribuye "en mayor o menor medida" a la pandemia de covid, por el confinamiento y la sobrecarga asistencial.

Los últimos datos disponibles reflejan que los casos de clamidiosis se han incrementado 245% desde 2016. En concreto, el informe indica que en 2022 se confirmaron 26.518 casos.

La gonorrea se ha multiplicado por casi 25 en dos décadas. En 2022 se notificaron 23.333 infecciones gonocócicas, con una tasa de incidencia de 49 cada 100.000 habitantes. Esa tasa en 2001 era de 2.

En cuanto a la sífilis, los casos se sitúan en 8.141, cuando comenzó la serie eran 1.010, y en 2002 llegaron a bajar hasta los 734. Y de la sífilis congénita precoz en 2022 se notificaron dos casos de niños menores de dos años, diagnosticados en los primeros meses de vida. El año anterior fueron cinco.

De linfogranuloma venéreo hubo 912 casos, mientras que en 2016 se confirmaron 248; en 2017, 414; en 2018, 283; en 2019, 480; en 2020, 646; y en 2021, 654.

Causas del incremento de casos

La responsable de la unidad de vigilancia del VIH e infecciones de transmisión sexual en el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud 'Carlos III' (ISCIII) y una de las autoras del informe, Asunción Díaz Franco, considera que parte de este incremento de casos de las ITS puede responder a una mejora de los sistemas de recolección de información, pero fundamentalmente lo achaca a cambios en la forma de relacionarse de las personas.

"Actualmente se tienen más parejas que antes. Se ha reducido la edad de inicio de las relaciones sexuales", señaló Díaz Franco, quien resaltó, además, en que se ha reducido el uso del preservativo.

De hecho, apuntó la investigadora, un informe publicado por el ISCIII en 2020 reflejaba que 80% de los jóvenes entre 15 y 29 años lo utilizaba, pero el porcentaje se reducía conforme aumentaba la edad y entre los 25 y los 29 años se usaba menos.

Las ITS reflejan los cambios sociales

El portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Jordi Casabona Barbará, opinó también que las ITS se han disparado porque las personas se exponen más. Y lo hacen porque el tipo de relaciones sexuales ha cambiado mucho en las últimas dos décadas.

"Históricamente, las ITS reflejan los cambios sociales de los países, de las sociedades. Actualmente estamos asistiendo a un cambio muy importante en el tipo de relaciones sexuales, que ya no están tan moralizadas", subrayó el portavoz de la SEIMC.

Y si no se utiliza el preservativo, se pueden producir estas infecciones, destacó Casabona Barbará, quien también es director del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS de Catalunya.

Además, no hay tantas parejas monógamas, especialmente en jóvenes, y las redes sociales están jugando un papel muy importante: "Es muy fácil tener relaciones con personas con contactos nuevos y además tener más de una a la vez, con lo cual esto epidemiológicamente facilita mucho la eficiencia de la transmisión", abundó Casabona Barbará.

En resumen: "Si hay más relaciones, más frecuentes y menos protegidas, hay más transmisión", zanjó.

¿Hay un perfil?

En cuanto al perfil de las personas que contraen ITS, la investigadora del ISCIII subrayó que son más frecuentes en los hombres, excepto la clamidiosis, que suele serlo en mujeres.

Según el informe: 79,9% de los casos de gonorrea están protagonizados por hombres; 89% de sífilis; 51,8% de clamidiosis; y 98,5% de linfogranuloma venéreo.

Y en general, se producen "en la edad media de la vida", como en adultos jóvenes, aunque el porcentaje de los casos de menores en adultos jóvenes es más elevado precisamente en la clamidiosis y la gonorrea.

"Este patrón es más típico de algunos colectivos, como pueden ser subgrupos, porque tampoco es homogéneo de los hombres que tienen sexo con hombres y en general de los jóvenes, entendiendo que nunca se puede generalizar", apostilló Casabona Barbará.

No son infecciones banales, tienen graves consecuencias

Y estas infecciones aunque tienen fácil tratamiento con antibióticos, ya que están causadas por bacterias, pueden tener graves consecuencias.

La investigadora del ISCIII subrayó que, por ejemplo, la sífilis puede cursar en diferentes estadios y si no se trata adecuadamente puede producir efectos secundarios a largo plazo que pueden ser cardiovasculares o neurológicos, entre otros.

“Son un conjunto de patologías que se caracteriza porque el sexo es importante como mecanismo de transmisión y cada una de ellas presenta una serie, una peculiaridad y por eso son importantes para vigilar”, sostuvo Díaz Franco.

Además, si una mujer tiene la infección durante el embarazo y no se trata puede producir sífilis congénita.

En el caso de la infección gonocócica, igual, si no se trata, puede producir también problemas de infertilidad, como ocurre con las otras ITS.

“Son infecciones banales, pero que implican unas posibles secuelas graves”, añadió el portavoz de la SEIMC.

El Plan estratégico para el control del VIH e ITS

Para Casabona Barbará los cribados son parte de la solución pero deben estar dirigidos a la población que de entrada tiene más riesgo de adquirir la infección correspondiente, y que estén definidos en los protocolos clínicos.

Díaz Franco, por su parte, incidió en que existen protocolos establecidos y métodos de diagnóstico eficaces, tanto para atención primaria, como en atención especializada.

Y en ocasiones estas infecciones pueden producir pocos síntomas o molestias inespecíficas, que pueden pasar desapercibidas. En estos casos la persona tiene que estar en alerta si ha tenido una relación sexual no protegida, en cuyo caso debe acudir al médico.

Díaz Franco explicó que está vigente un plan estatal estratégico, coordinado con las comunidades autónomas, hasta 2030 con una serie de objetivos y acciones dirigidos a la prevención y control de la infección por VIH y las ITS en España.

Dentro de ese plan, resaltó la investigadora, hay acciones dirigidas a la prevención primaria, es decir, a la reducción de la incidencia, con, por ejemplo, campañas específicas para los jóvenes.

Además, el Ministerio de Sanidad tiene un convenio con Cruz Roja para realizar acciones formativas y también de información, con canales específicos en los que la gente puede consultar información.

Y otras acciones destinadas a la prevención secundaria que se refieren a una vez que la persona ya tiene la infección, y que, entre otras cosas, pasa por tratar de que no la extienda a otras.

Concienciación, preservativo y educación sexual

El portavoz de la SEIMC insistió en que no hay una sola medida para frenar el ascenso de las ITS, pero una de ellas pasa por analizar por qué se ha producido la disminución del uso del condón.

“Hay aspectos como la anticoncepción de emergencia, como la PrEP (profilaxis preexposición al VIH) en algunos subgrupos de personas que han hecho que piensen, ‘bueno, si ya no

tengo que protegerme de esas cosas, pues ya no uso preservativo'", reflexionó Casabona Barbará.

En este sentido, abundó en que se controlan mejor riesgos como el embarazo o infectarse por el VIH que de estas infecciones.

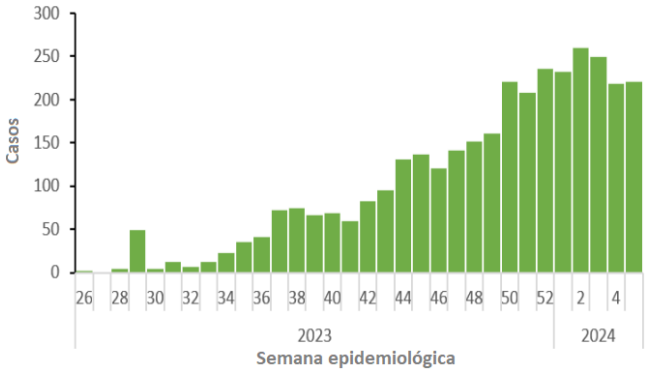
Y no se trata de meter miedo sino de dar a la ciudadanía elementos para que puedan poner en valor el riesgo que supone adquirir una infección de transmisión sexual.

"Si una persona está infectada puede infectar a otra y debe ser consciente de esa responsabilidad y por tanto, yo creo que se debe transmitir ese concepto de riesgo y que tengan la información, especialmente los jóvenes".

Casabona Barbará recordó, además, que existe una red de ONG que ofrecen de forma gratuita y confidencial las pruebas de distintas ITS. Y desde la SEIMC están investigando otras aproximaciones al paciente, como por ejemplo recoger una muestra en casa y enviarla por correo para el análisis.

En su opinión, las campañas institucionales son necesarias y útiles pero a largo plazo no son tan efectivas con lo que apuesta, además, por "acciones de fondo más relevantes" como la existencia de una educación sexual que permita a los jóvenes conocer los riesgos de las ITS, pero no solo eso, también todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

Guinea ha estado experimentando un brote de difteria con un número significativo de casos reportados.



Casos de difteria. Guinea. De semana epidemiológica 26 de 2023 a 5 de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 5, hubo 1.184 casos sospechosos y cinco muertes, con un promedio de 237 casos sospechosos por SE durante este período. Aunque ha habido una ligera disminución de los casos desde la SE 3 de 2024, la curva epidémica muestra una tendencia general de aumento del número de casos notificados con picos progresivamente más altos desde el inicio del brote.

Desde que comenzó el brote el 4 de julio de 2023 hasta el 4 de febrero de 2024, Guinea ha registrado 3.445 casos sospechosos de difteria, incluidos 3.207 casos confirmados y 83 muertes, lo que da como resultado una tasa de letalidad de 2,4% entre los casos sospechosos.

De los casos confirmados, 39 (1,2%) fueron confirmados por laboratorio, 107 (3,3%) tuvieron vínculo epidemiológico y 3.061 (95,4%) fueron clínicamente compatibles. Las mujeres representaron 52% de los casos y 65% eran menores de 15 años.

Inicialmente, el brote se localizó en la región de Kankan. Hasta la SE 3 de 2024, siete de las ocho regiones de Guinea se han visto afectadas, incluida la capital, Conakry. La región de Kankan representa la mayoría de los casos notificados, con 3.332 casos (96,7%) atribuidos a esta región. La región de Boké es la única que no ha notificado casos.

Acciones de salud pública

- La respuesta al brote está siendo coordinada por un comité estratégico nacional y equipos de coordinación regional que incluyen a varios socios.
- Se están implementando esfuerzos de vigilancia intensificados en la búsqueda activa de casos junto con una estrategia para rastrear casos ambulatorios.
- Continúan los esfuerzos continuos de participación comunitaria, que incluyen sesiones de concientización sobre la difteria y la vacunación con diversas partes interesadas de la comunidad, incluidos contactos, líderes tradicionales y la población en general.
- Se están implementando protocolos de gestión de casos clínicos, combinados con la prestación de apoyo psicosocial a los hogares afectados por la difteria.
- Se está organizando una campaña de vacunación con el apoyo de la Alianza para las Vacunas (GAVI).

Interpretación de la situación

Desde que comenzó el brote en julio de 2023, una parte importante de todos los casos sospechosos de difteria se notificaron en las primeras cinco SE de 2024. Aunque la vigilancia ha

mejorado, el aumento gradual y persistente de los casos sugiere la presencia de factores subyacentes que exacerban la situación. Es esencial una estrecha vigilancia y es imperativo adoptar medidas adicionales de respuesta para controlar eficazmente este brote.

"La Franja de Gaza está a punto de presenciar una explosión de muertes de niños por hambre"

20/02/2024

Una de las escuelas que sirven de refugio en la ciudad de Jan Yunis, Gaza.

La desnutrición aguda entre los niños y las mujeres embarazadas y lactantes en Gaza están aumentando fuertemente y la situación es especialmente grave en el norte, alertaron en un comunicado de prensa conjunto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Tras 20 semanas de guerra, los alimentos y el agua potable se han vuelto increíblemente escasos en la Franja de Gaza y las enfermedades proliferan.

"La Franja de Gaza está a punto de ser testigo de una explosión de muertes infantiles evitables que agravaría el ya insoportable nivel de mortalidad infantil en Gaza", declaró el director ejecutivo adjunto de Acción Humanitaria y Operaciones de Suministro del UNICEF.

Edward Chaiban añadió que, si el conflicto no termina ahora, "la nutrición de los niños seguirá cayendo en picado, provocando muertes evitables o problemas de salud".

Situación extrema en el norte de Gaza

Según un nuevo análisis publicado el 19 de febrero por el Grupo de Nutrición Mundial, la situación es especialmente extrema en el norte de la franja de Gaza, que lleva semanas prácticamente sin recibir ayuda.

Los exámenes nutricionales realizados en los refugios y centros de salud del norte revelaron que 15,6% de los niños menores de dos años sufre desnutrición aguda. De ellos, casi 3% padece emaciación grave, la forma de desnutrición más peligrosa para la vida, que expone a los niños pequeños al mayor riesgo de complicaciones médicas y muerte a menos que reciban tratamiento urgente.

Dado que los datos se recogieron en enero, es probable que la situación sea aún más grave en la actualidad.

Situación sin precedentes a nivel mundial

Pruebas similares realizadas en el sur de la Franja de Gaza, en Rafah, donde la ayuda ha estado más disponible, revelaron que 5% de los niños menores de 2 años sufren desnutrición aguda.

"Se trata de una prueba clara de que el acceso a la ayuda humanitaria es necesario y puede ayudar a prevenir los peores resultados" señalaron las agencias, reiterando su llamamiento a proteger Rafah de las operaciones militares.

Antes de las hostilidades de los últimos meses, la emaciación en la Franja de Gaza era poco frecuente, con sólo 0,8% de niños menores de 5 años con desnutrición aguda. La tasa de 15,6%

de emaciación entre los niños menores de 2 años en el norte de Gaza sugiere un grave y rápido declive. Semejante descenso del estado nutricional de una población en tres meses no tiene precedentes a escala mundial.

"No tenemos casi nada para comer. Ahora comemos lentejas, pero antes de la guerra, solíamos tener pollo, arroz y muchos platos deliciosos. Hoy en día, sobrevivimos con comida enlatada. Solíamos cenar y dormir bien, pero ahora nos acostamos sin cenar", contó Islam, un niño de 12 años refugiado en Rafah, a personal del UNICEF.

Acceso al Hospital Nasser

Por otra parte, la OMS y otros socios accedieron el 18 de febrero al Hospital Nasser, en Jan Yunis, después de dos días de negativas de las autoridades israelíes y lograron trasladar a 14 pacientes críticos.

El director general de la agencia indicó a través de la red social X que todavía hay más de 180 pacientes y 15 médicos y enfermeras en el Hospital Nasser, que sigue experimentando una grave escasez de alimentos, suministros médicos básicos y oxígeno. No hay agua corriente ni electricidad, excepto un generador que mantiene algunas máquinas vitales.

"Mis palabras no son suficientes para expresar el respeto que siento. No solo por ustedes, sino también por estas personas que están trabajando aquí", dijo un empleado de la Organización de Coordinación para los Asuntos Humanitarios (OCHA) a uno de los cirujanos palestinos.

Tedros Adhanom Ghebreyesus insistió en que necesitan un acceso "sostenido y seguro" para continuar los traslados de los pacientes que necesiten atención urgente.

Consecuencias humanitarias nefastas

Tras informar a los ministros de Asuntos Exteriores de la Unión Europea sobre la situación en el enclave, la coordinadora humanitaria para Gaza declaró en Brussel (Bélgica) que una ampliación de la operación militar de Israel en Rafah, donde más de un millón de palestinos desplazados internos se han visto obligados a refugiarse, tendría "consecuencias humanitarias nefastas".

"Hay más de un millón de personas hacinadas en Rafah. No está previsto que haya un millón de personas en refugios, en construcciones aleatorias con láminas de plástico. Las condiciones sanitarias son muy preocupantes", dijo Sigrid Kaag a los corresponsales.

Intensificación de los ataques en el sur

A su vez, en su última actualización, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) señaló que los enfrentamientos de las últimas semanas en Jan Yunis y sus alrededores han provocado la huida de miles de palestinos hacia el sur, a la superpoblada ciudad de Rafah.

Sin embargo, los informes señalan que hay residentes de Rafah que se desplazan hacia los campos de refugiados de Deir al-Balah y Nuseirat, en el centro de la Franja de Gaza, debido a la intensificación de los ataques aéreos.

La UNRWA expresó su preocupación por el aumento de estos ataques aéreos, y teme que esto dificulte aún más las operaciones humanitarias. En la ciudad viven actualmente alrededor de 1,5 millones de personas, seis veces más que antes del 7 de octubre.

Ayuda humanitaria

En cuanto a la llegada de ayuda humanitaria a Gaza, la agencia señaló que el número de camiones que entran en la Franja está muy por debajo del objetivo de 500 al día, debido a las dificultades para transportar suministros a través de Kerem Shalom, la frontera con Israel, y Rafah, el paso con Egipto.

El suministro regular de alimentos a la población sigue estando en peligro debido a los frecuentes cierres fronterizos. La inseguridad alimentaria al norte de Wadi Gaza ha alcanzado una situación crítica debido a las importantes restricciones impuestas al acceso de la ayuda humanitaria.

Agresiones sexuales

Expertos de la Organización de Naciones Unidas (ONU)[2] expresaron su preocupación por las denuncias creíbles sobre violaciones de los derechos humanos de las mujeres y niñas palestinas en la Franja de Gaza y Cisjordania. Se declararon especialmente "conmocionados" por los indicios de que mujeres y niñas palestinas detenidas han sido sometidas a múltiples formas de agresión sexual.

Las denuncias de abusos incluyen el desnudamiento y cacheo de mujeres por parte de oficiales varones del ejército israelí. "Al menos dos mujeres palestinas detenidas han sido presuntamente violadas y otras han recibido amenazas de violación y violencia sexual", afirmaron los expertos en un comunicado de prensa.

Los expertos informaron sobre fotos de mujeres detenidas tomadas "en condiciones degradantes y publicadas en Internet por el ejército israelí".

Además, expresaron su profunda preocupación por la detención arbitraria de cientos de defensores de los derechos humanos, periodistas y trabajadores humanitarios en Gaza y Cisjordania desde el 7 de octubre.

Según los informes, muchos de ellos han sido sometidos a tratos inhumanos y degradantes y a fuertes palizas. "Al menos en una ocasión, mujeres palestinas detenidas en Gaza fueron encerradas en una jaula bajo la lluvia y el frío, sin comida", añadieron.

Ejecuciones arbitrarias

Mujeres y niñas palestinas habrían sido ejecutadas arbitrariamente en Gaza, a menudo junto con miembros de sus familias, incluidos sus hijos. "Estamos consternados por los informes sobre el ataque deliberado y la ejecución extrajudicial de mujeres y niños palestinos en lugares donde han buscado refugio o mientras huían", dijeron los expertos, señalando que hay indicios de que algunos de ellos sostenían trozos de tela blanca cuando fueron asesinados por el ejército israelí.

Los expertos expresaron su preocupación por el hecho de que un número indeterminado de mujeres hubieran desaparecido tras entrar en contacto con el ejército israelí en Gaza. "Hay informes inquietantes de al menos un bebé de sexo femenino trasladado a la fuerza por el

---

[2] Los expertos son el Grupo de Trabajo sobre Discriminación contra la Mujer, la relatora especial sobre los derechos humanos en Palestina, Francesca Albanese, y la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, Reem Alsalem.

Los expertos forman parte de lo que se conoce como Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos. Procedimientos Especiales, el mayor órgano de expertos independientes del sistema de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), es el nombre general de los mecanismos independientes de investigación y supervisión del Consejo. Los expertos de los Procedimientos Especiales trabajan de forma voluntaria; no son personal de la ONU y no reciben un salario por su trabajo. Son independientes de cualquier gobierno u organización y prestan sus servicios a título individual.

ejército israelí a su territorio, y de niños separados de sus padres cuyo paradero se desconoce".

"Estos presuntos actos pueden constituir graves violaciones de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, y equivaler a graves crímenes de derecho penal internacional que podrían ser enjuiciados en virtud del Estatuto de Roma", advirtieron, insistiendo en la exigencia de responsabilidades.

Audiencias en la Corte Internacional de Justicia

El gobierno palestino pidió a la Corte Internacional de Justicia declarar que la ocupación israelí de Palestina es "ilegal" de forma "inmediata, total e incondicional".

La Corte está celebrando audiencias, a petición de la Asamblea General, sobre las implicaciones legales de la ocupación de Israel desde 1967. Se espera que declaren 52 países, una cifra sin precedentes.

En la primera jornada, el ministro de Relaciones Exteriores palestino, Riad Al-Maliki, denunció que "durante décadas, al pueblo palestino se le han negado sus derechos y ha soportado tanto la colonización como el apartheid". "Hay quienes se indignan por el uso de estas palabras. En cambio, deberían indignarse por la realidad que vivimos", añadió.

En un discurso ante el máximo tribunal de la ONU, Al-Maliki instó a una "solución justa y duradera de dos Estados democráticos: Palestina e Israel, uno al lado de otro, en paz y seguridad".

"El genocidio en curso en Gaza es el resultado de décadas de impunidad e inacción. Acabar con la impunidad es un imperativo moral, político y legal. Los sucesivos gobiernos israelíes solo han dado a los palestinos tres opciones: desplazamiento, subyugación o muerte", sostuvo, añadiendo que los palestinos "tienen el derecho a vivir en libertad en su tierra ancestral y no renunciará a sus derechos"

La oficina del primer ministro israelí, Benjamín Netanyahu, emitió un comunicado en el que asegura que Israel no reconoce la legitimidad de los procedimientos de la Corte Internacional de Justicia.

Según datos de la Oficina de Epidemiología de Tailandia, en 2023 se produjo un aumento en la mayoría de las enfermedades infecciosas, ya sea causadas por arbovirus, parasitarias, de transmisión sexual e inmunoprevenibles.

- **Arbovirosis**
  - Dengue: En 2023 se reportaron 153.734 casos en total, un aumento de 231% en comparación con los 46.679 casos reportados en 2022. Las muertes también aumentaron de 32 en 2022 a 168 en 2023.
  - Fiebre zika: Los casos aumentaron 290% en 2023, al pasar de 190 en 2022 a 742 en 2023.
  - Fiebre chikungunya: El aumento de casos no fue tan dramático como con el dengue o la fiebre zika: los casos pasaron de 1.311 en 2022 a 1.371 en 2023.
- **Enfermedades parasitarias**
  - Malaria: Tailandia notificó 4.990 casos, incluidas cuatro muertes, en 2023. Esto representa un aumento con respecto a los 2.790 casos y tres muertes del año 2022.
  - Fasciolosis: Esta enfermedad, causada por el trematodo Fasciola hepática, es un problema en Tailandia, y en 2023 los casos se duplicaron con creces en comparación con el año 2022, al aumentar los casos de 959 a 1.997. Los trematodos hepáticos humanos son parásitos transmitidos por el agua que causan una importante carga de enfermedades, especialmente en Asia. En concreto, se trata de trematodos transmitidos por los alimentos, que algunos investigadores han catalogado como "entre las más desatendidas de las llamadas enfermedades tropicales desatendidas".
  - Disentería amebiana: Causada por el parásito Entamoeba histolytica, experimentó un aumento en Tailandia en 2023: 1.612 frente a 1.263 en 2022.
- **Enfermedades inmunoprevenibles**
  - Sarampión: Tailandia informó un aumento de 49% en 2023: 265 casos fueron notificados en 2022 y 395 casos en 2023.
  - Tos convulsa: Esta enfermedad experimentó el aumento más significativo en 2023. Las autoridades informaron 257 casos y tres muertes este año, en comparación con 19 casos y ninguna muerte en 2022. Esto es un incremento anual de más de 1.250%.
  - Tétanos: Los casos aumentaron de 29 en 2022 a 47 en 2023.
  - Difteria: Tailandia no notificó ni un solo caso en 2022; sin embargo, en 2023 se notificaron seis casos.
  - Otras enfermedades inmunoprevenibles: Si bien Tailandia experimentó aumentos en los casos de sarampión y tos convulsa, otras se mantuvieron niveladas o experimentaron una disminución. Por ejemplo, los casos de rubéola disminuyeron 9% y los casos de parotiditis se mantuvieron básicamente en el mismo nivel.
- **Infecciones de transmisión sexual**
  - Sífilis: Como la mayoría de los países, Tailandia informó un aumento de casos en 2023: 19.243 casos, frente a 14.008 casos en 2022.
  - Gonorrea: También se experimentó un aumento de casos: de 6.915 en 2022, a 11.551 en 2023.

- **Enfermedades regionales**
  - Melioidosis: Es causada por el contacto directo con *Burkholderia pseudomallei*, que se encuentra en suelos y agua contaminados. Los casos son más comunes en áreas del mundo con climas tropicales y subtropicales: el sur y sudeste de Asia, el norte de Australia y partes de Centro y Sudamérica y Puerto Rico.
    La melioidosis tiene una amplia gama de síntomas inespecíficos como fiebre, dolor en las articulaciones y dolores de cabeza y puede causar afecciones que incluyen neumonía, formación de abscesos o infecciones de la sangre. En todo el mundo, la melioidosis es mortal entre 10 y 50% de los infectados.
    Tailandia informó 4.041 casos de melioidosis, incluidas 93 muertes en 2023, en comparación con 3.573 casos y 157 muertes en 2022.

  - Infección por *Streptococcus suis*: Tiende a ocurrir esporádicamente, especialmente en las regiones de alto riesgo, debido al comportamiento de riesgo de consumir el plato local favorito, es decir, carne de cerdo cruda con sangre fresca (*Lahp-moo*) y al contacto cercano con cerdos sin la protección personal adecuada.
    Se trata de una infección zoonótica asociada con los cerdos. La infección puede ser mortal, sobre todo si la cepa específica produce determinadas toxinas. La infección por S. suis puede manifestarse como meningitis, discapacidad auditiva, shock tóxico, septicemia y endocarditis.
    Se puede contraer al consumir carne de cerdo cruda o si ésta entra en contacto con una herida abierta o una membrana mucosa.
    Se informaron 383 casos y 10 muertes en 2022. En 2023, el número de casos aumentó a 592 y las muertes a 32, un aumento de 55% en los casos.

Las autoridades sanitarias portuguesas confirmaron un nuevo caso de sarampión: un joven de 16 años que no estaba vacunado. Desde el 11 de enero ya han sido registrados al menos nueve casos en este país.

Tendemos a pensar que el sarampión es una infección inofensiva y prácticamente erradicada, pero no es así: se trata de una patología grave originada por un virus altamente contagioso, de fácil propagación, que se puede contraer a cualquier edad y que puede acarrear complicaciones severas e, incluso, la muerte.

Serias complicaciones

El desarrollo de sarampión grave está asociado a los siguientes factores: la corta edad del paciente, la desnutrición, la deficiencia de vitamina A, sufrir otras infecciones y los deficientes niveles de higiene. En esos casos, las complicaciones más comunes son otitis media, neumonía, diarrea, encefalitis posinfecciosa y panencefalitis esclerosante subaguda.

La letalidad, de 1 a 3 cada 1.000 casos, es más alta en los menores de cinco años y entre personas inmunocomprometidas. Seis de cada diez muertes asociadas al sarampión están causadas por neumonía.

El diseño de la vacuna contra el sarampión a fines de la década de 1960 y su uso generalizado redujeron significativamente la morbilidad y la mortalidad. En 1980, antes de que se generalizara la inmunización, esta dolencia se cobraba unos 2,6 millones de víctimas mortales al año. De hecho, se estima que las vacunas evitaron 25,5 millones de fallecimientos entre 2000 y 2019, lo que la convierte en una de las mejores inversiones en salud pública de la historia.

Explosión de casos

Por desgracia, la cobertura de vacunación ha descendido en los últimos años, lo que explicaría el incremento de su incidencia. En 2022, los casos confirmados de sarampión aumentaron 18% y las muertes 43%, en comparación con 2021. Esto elevó el número estimado de afectados a 9 millones y los fallecidos, a 136.000, principalmente entre niños menores de cinco años.

Y vamos a peor. En comparación con el período 2020-2022, en 2023 hubo un incremento en el número de enfermos y brotes de sarampión notificados a nivel mundial. La mayoría de los casos se registraron en Azerbaiyán, Etiopía, India, Irak, Kazajistán, Pakistán, Rusia y Yemen, pero la delegación americana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también activó la alerta epidemiológica.

El sarampión golpea a Europa

Europa no es ajena a esta tendencia. En 2023, el continente experimentó un aumento espectacular de la incidencia, con más de 30.000 casos notificados en 40 de sus 53 países –inclui-

das 21.000 hospitalizaciones–, cuando en todo 2022 apenas se registraron 941 casos. Esto representa un aumento de más de 30 veces.

Además, en 2023, los países pertenecientes a la Unión Europea (UE), más Reino Unido, Liechtenstein, Islandia y Noruega, registraron 2.361 casos de sarampión al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). De ellos, 1.755 (74,3%) fueron notificados por Rumania, 186 por Austria, 118 por Francia, 82 por Alemania y 69 por Bélgica. Otros países como Italia, Polonia, España y Suecia también registraron numerosos casos.

El brote en Rumania continúa activo desde mediados de febrero de 2023. Ante esta situación, el 5 de diciembre de 2023, el Ministerio de Salud declaró una epidemia nacional de sarampión. Entre el 1 de enero de 2023 y el 6 de febrero de 2024, el Instituto Rumano de Salud Pública detectó 4.679 casos confirmados.

El resto de Europa apunta en la misma dirección. A principios de 2024, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido declaró un incidente nacional e instó a los padres a vacunar a sus hijos, si aún no lo habían hecho, porque en tres meses se habían registrado más de 300 casos en el país.

Durante enero y febrero de 2024, se ha observado un número cada vez mayor de países de la UE, más Reino Unido, Liechtenstein, Islandia y Noruega, que notificaron casos, con seis muertes en Rumania y una en Irlanda.

Secuelas de la covid

La pandemia de covid provocó descensos, a nivel global, en el número de vacunas administradas contra el sarampión. La interrupción de los servicios de inmunización, incluso por períodos breves, da lugar a más personas susceptibles y a más comunidades con una cobertura de protección inferior a 95%, que es la necesaria para la inmunidad colectiva en el caso del sarampión. El resultado directo es la aparición de más brotes en todo el mundo.

Se calcula que una simple disminución de 15% en las vacunas rutinarias contra el sarampión podría aumentar la carga de muertes infantiles en casi un cuarto de millón en los países más pobres. Suspender las campañas masivas de vacunación es particularmente pernicioso en países castigados por conflictos bélicos. Entre otras cosas, porque la desnutrición entre los niños y las madres en estas regiones es muy común, y aumenta la mortalidad de aquellos que también están afectados por la enfermedad.

Por ejemplo, la OMS confirmó que Ucrania se ha vuelto más vulnerable a enfermedades infecciosas, como el propio sarampión o la poliomielitis, desde que comenzó la guerra en febrero de 2022. Endémico en Ucrania, el sarampión se considera una amenaza particular e inminente dada la baja tasa de cobertura de vacunación, que fue de 69% en 2022. En los primeros ocho meses de 2023 se registraron 43 casos, mientras que en todo 2022 solo se notificaron 11.

Vacunas muy eficaces

El virus del sarampión pertenece a la familia *Paramyxoviridae* y al género *Morbillivirus*. El reservorio del virus es estrictamente humano y se transmite entre las personas por gotitas respiratorias y por vía aérea. La OMS reconoce 24 genotipos del virus del sarampión (A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, E, F, G1, G2, G3, H1 y H2), divididos en ocho clados (A–H).

A pesar de su heterogeneidad genética, este patógeno es considerado serológicamente monotípico y la mayoría de las cepas vacunales disponibles derivan de la cepa Edmonston, una cepa de genotipo A aislada en 1954.

Desde 2011, circulan a nivel mundial ocho genotipos (B2, B3, D4, D8, D9, D11, G3 y H1), aunque tres son responsables de la mayoría de los brotes: el H1, endémico en China; el B3, que se presenta principalmente en países africanos, donde surgió; y el D8, originado en Asia en la década de 1980, pero que ahora está extendido por todo el mundo.

El genotipo D8 es responsable habitual de los brotes ocurridos en los últimos años en Europa, Asia y América del Norte. Por ejemplo, fue identificado durante un brote de sarampión ocurrido en 2019 en la provincia española de Guadalajara.

El alarmante resurgimiento de casos de sarampión en 2023 y 2024 recuerda la importancia de identificar y abordar las desigualdades en materia de inmunización en todos los países, para lograr y mantener una alta cobertura en todas las comunidades.

Por suerte, la enfermedad se puede prevenir con la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Los niños deben recibir dos dosis para garantizar que sean inmunes. En general, en los países donde el sarampión es común, la primera dosis se administra a los nueve meses de edad y entre los 12 y 15 meses en otros lugares. Dos dosis de la vacuna triple viral tienen aproximadamente 97% de eficacia para prevenir el sarampión, aunque una sola administración ya alcanza 93% de efectividad.

No se debe olvidar que la vacuna contra el sarampión es una herramienta extraordinaria, segura y eficaz que permite controlar la enfermedad de forma responsable, enérgica y eficiente.

Mosquiteros defectuosos contribuyeron a un preocupante aumento de los casos de malaria

22/02/2024

Durante las últimas dos décadas, la lucha contra la malaria ha estado entre las historias de mayor éxito en la salud global. Las campañas para prevenir y tratar infecciones, particularmente en África, han salvado aproximadamente 11 millones de vidas desde 2000, la gran mayoría de ellas niños pequeños. Sin embargo, ese progreso se ha estancado recientemente y, en algunos países, los nuevos casos están aumentando nuevamente. Al menos parte de la culpa recae en las fallas de las herramientas más utilizadas para combatir la enfermedad: los mosquiteros.

En los últimos 20 años se han distribuido en todo el mundo más de 3.000 millones de mosquiteros impregnados de insecticida. A un costo neto de sólo 5 dólares, son responsables de 68% de la reducción de los casos de malaria desde 2000, según la Fundación Bill y Melinda Gates. Un estudio encontró que dormir bajo un mosquitero aumentaba en 27% la posibilidad de supervivencia de los bebés en regiones propensas a la malaria.

Esos logros que salvan vidas pueden estar ahora en riesgo. Como reveló una reciente investigación, la disminución de la eficacia de los mosquiteros ha contribuido a un aumento alarmante de las infecciones por malaria. En Papúa Nueva Guinea, donde los casos de malaria aumentaron 88% en 2022, los investigadores descubrieron que todos los mosquiteros fabricados antes de 2012 eran eficaces para matar o incapacitar a los mosquitos. Pero sólo 17% de los fabricados en la última década hicieron lo mismo.

¿La razón? Vestergaard, la empresa suiza que produce PermaNet 2.0, que se ha utilizado en Papúa Nueva Guinea y en más de 100 países, cambió a un recubrimiento más barato que, según los investigadores, hizo que el insecticida fuera menos potente, pero no informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) del cambio al menos hasta 2017. A pesar de las preocupaciones planteadas por científicos y trabajadores humanitarios, la compañía aún no ha reconocido la menor eficacia del producto, que sigue prevaleciendo en los países pobres. Los gobiernos también informaron de defectos en los mosquiteros fabricados por los competidores de Vestergaard, incluidos algunos que eran demasiado pequeños, eran poco durables o tenían cantidades insuficientes de insecticida. Vestergaard afirmó que los cambios realizados en sus mosquiteros cumplían con los estándares de eficacia de la OMS.

Esta reducción de costos puede haber aumentado las ganancias de los fabricantes, pero con un grave costo para cientos de miles de niños en todo el mundo.

En respuesta a la investigación, la OMS dijo estar “muy preocupada” por el uso de mosquiteros de menor calidad y planea investigar el sunto. Dado el daño que causaría un resurgimiento de la malaria, se justifican medidas más urgentes. Se debería exigir a los fabricantes que proporcionen datos verificables a las autoridades sanitarias sobre la eficacia de los productos químicos utilizados en sus mosquiteros. La OMS debería aconsejar a los gobiernos que limiten

la distribución de mosquiteros fabricados recientemente hasta que las investigaciones validen su fiabilidad. Como mayor contribuyente al Fondo Mundial, el organismo que coordina los esfuerzos contra la malaria, el gobierno de Estados Unidos debería impulsar mayores compras de mosquiteros tratados con múltiples insecticidas, que pueden superar la creciente resistencia de los mosquitos a los químicos existentes.

Al mismo tiempo, Estados Unidos y otras naciones ricas deberían redoblar sus esfuerzos para erradicar completamente la enfermedad, no sólo controlarla. Debe acelerarse la producción y distribución de nuevas vacunas y medicamentos contra la malaria prometedores entre las poblaciones de alto riesgo. También merecen apoyo estrategias innovadoras a largo plazo, como el desarrollo de mosquitos genéticamente modificados capaces de protegerse del parásito de la malaria y prevenir su transmisión, un proyecto encabezado por el Instituto de Investigación de la Malaria Johns Hopkins.

Todo esto requerirá más financiación, pero la necesidad es manejable. El gasto total en malaria en 2022 fue aproximadamente la mitad del objetivo anual de la OMS de 7.800 millones de dólares. Eso es una miseria en relación con los beneficios de prevenir muertes innecesarias, dar a decenas de niños la oportunidad de llegar a la edad adulta y limitar la aparición de cepas más virulentas de la enfermedad. El mundo ha logrado grandes avances contra la malaria. No debería darse por vencido ahora.

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.