

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

## AMÉRICA

- Infección por *Campylobacter* resistente a los antimicrobianos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Brasil: Récord de muertes por dengue
- Brasil: Detectan mercurio en Yanomamis de nueve aldeas de Roraima

- Estados Unidos: Investigan en Tennessee casos de botulismo vinculados a inyecciones cosméticas

- Estados Unidos: Caso fatal de hantavirus en el condado de Sierra, California

## EL MUNDO

- Australia: En aumento los casos de tos convulsa
- Comoras: Situación epidemiológica del cólera

- India: Nueve muertes por varicela en Kerala en los tres primeros meses de 2024

- Italia: Se registraron 213 casos de sarampión en el primer trimestre de 2024

- Liberia: Situación epidemiológica del sarampión

- Palestina: La hambruna impuesta en la Franja de Gaza es mortal para los niños

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica del mpox

- Las hepatitis virales causan 3.500 muertes cada día

### 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



### 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.

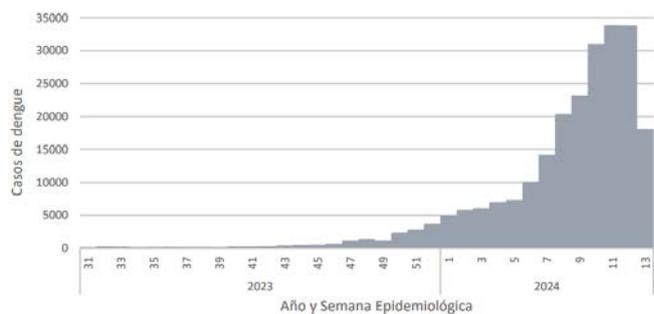
En lo que va de la temporada, entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 13 de 2024, se registraron en Argentina 232.966 casos de dengue, de los cuales 215.885 (92,7%) se registraron en 2024, hasta la SE 13. De ese total de casos, 90% son autóctonos, 3% son importados y 7% se encuentran en investigación. La incidencia acumulada es de 495 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período, 512 casos fueron clasificados como dengue grave (0,2%) y se registraron 161 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,07%).

Se destaca la persistencia de casos durante todo el período analizado de la temporada 2023/2024 –incluyendo la época invernal– y el adelantamiento del aumento estacional a partir de la SE 40, con una aceleración desde la SE 50 y una aún mayor entre la SE 6 y la SE 11, en la que se registra el pico hasta el momento, con 33.866 casos notificados.

En la actualidad, 19 jurisdicciones registran circulación viral en su territorio; las excepciones son Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, todas de la Región Sur.

En comparación con otros años epidémicos, la actual temporada se caracteriza por:

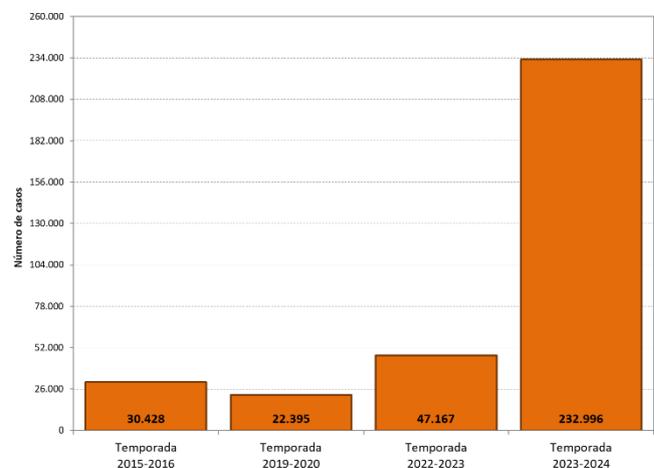
- Mayor magnitud que temporadas epidémicas previas: los casos acumulados hasta la SE 13 representan casi cinco veces los registrados en el mismo período de la



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos totales por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos acumulados en temporadas epidémicas, entre semanas epidemiológicas 31 a 13. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

temporada anterior –2022/2023- y más de 10 veces lo registrado en el mismo período de 2019/2020.

- Circulación viral persistente durante todo el período y adelantamiento del aumento estacional respecto a años epidémicos previos (primer aumento a partir de la SE 40, con una aceleración desde la SE 50 y una aún mayor desde la SE 6).
- Mayor número de casos por semana: con la información disponible hasta el momento, desde la SE 8 hasta la SE 12 se ha superado el número de casos respecto al máximo previo (que se había registrado en la SE 13 de 2023 cuando se habían contabilizado 18.211 casos).

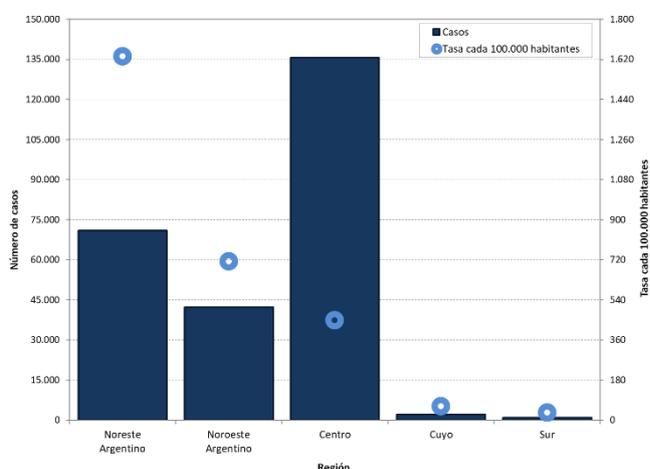
Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 13)			Año 2024 (SE 1 a SE 13)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	10.074	9.754	26.809	10.028	9.708	26.166
Buenos Aires	56.881	17.858	84.335	56.640	17.627	83.008
Córdoba	25.578	6.819	44.806	25.491	6.736	43.562
Entre Ríos	8.211	2.711	11.347	8.189	2.690	11.066
Santa Fe	29.832	12.063	47.801	29.697	11.929	46.554
<b>Centro</b>	<b>130.576</b>	<b>49.205</b>	<b>215.098</b>	<b>130.045</b>	<b>48.690</b>	<b>210.356</b>
Mendoza	1.008	994	3.940	1.002	988	3.862
San Juan	526	517	950	523	514	939
San Luis	842	351	1.402	834	345	1.369
Cuyo	2.376	1.862	6.292	2.359	1.847	6.170
Chaco	23.988	19.254	34.598	17.133	12.768	23.949
Corrientes	6.949	5.520	10.024	5.385	3.971	7.387
Formosa	15.156	15.137	17.118	8.814	8.795	9.037
Misiones	9.550	6.692	14.442	7.978	5.339	11.137
<b>Noreste Argentino</b>	<b>55.643</b>	<b>46.603</b>	<b>76.182</b>	<b>39.310</b>	<b>30.873</b>	<b>51.510</b>
Catamarca	7.075	5.031	10.143	7.071	5.027	10.053
Jujuy	3.048	2.004	5.545	3.043	1.999	5.212
La Rioja	970	780	2.087	970	780	2.038
Salta	7.307	4.481	14.124	7.284	4.458	12.910
Santiago del Estero	6.024	2.184	10.429	5.947	2.109	9.846
Tucumán	19.309	17.017	32.117	19.275	16.983	31.072
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>43.733</b>	<b>31.497</b>	<b>74.445</b>	<b>43.590</b>	<b>31.356</b>	<b>71.131</b>
Chubut	66	55	179	64	53	171
La Pampa	175	162	531	174	161	519
Neuquén	60	53	185	49	42	159
Río Negro	33	17	78	33	17	71
Santa Cruz	180	157	307	130	107	238
Tierra del Fuego	154	135	229	131	112	204
Sur	668	579	1.509	581	492	1.362
<b>Total Argentina</b>	<b>232.996</b>	<b>129.746</b>	<b>373.526</b>	<b>215.885</b>	<b>113.258</b>	<b>340.529</b>

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En esta temporada, hasta la SE 13, el mayor número de casos es aportado por la Región Centro (56%), seguida por la Región Noreste Argentino (NEA; 24%), mientras que las tasas de incidencia más elevadas las presenta la región NEA, seguidas por las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Centro. Las regiones Cuyo y Sur son las que presentan el menor número de casos y las incidencias acumuladas más bajas.

A continuación, se detalla el análisis temporal por región:

- **Noreste Argentino:** Hay una continuidad



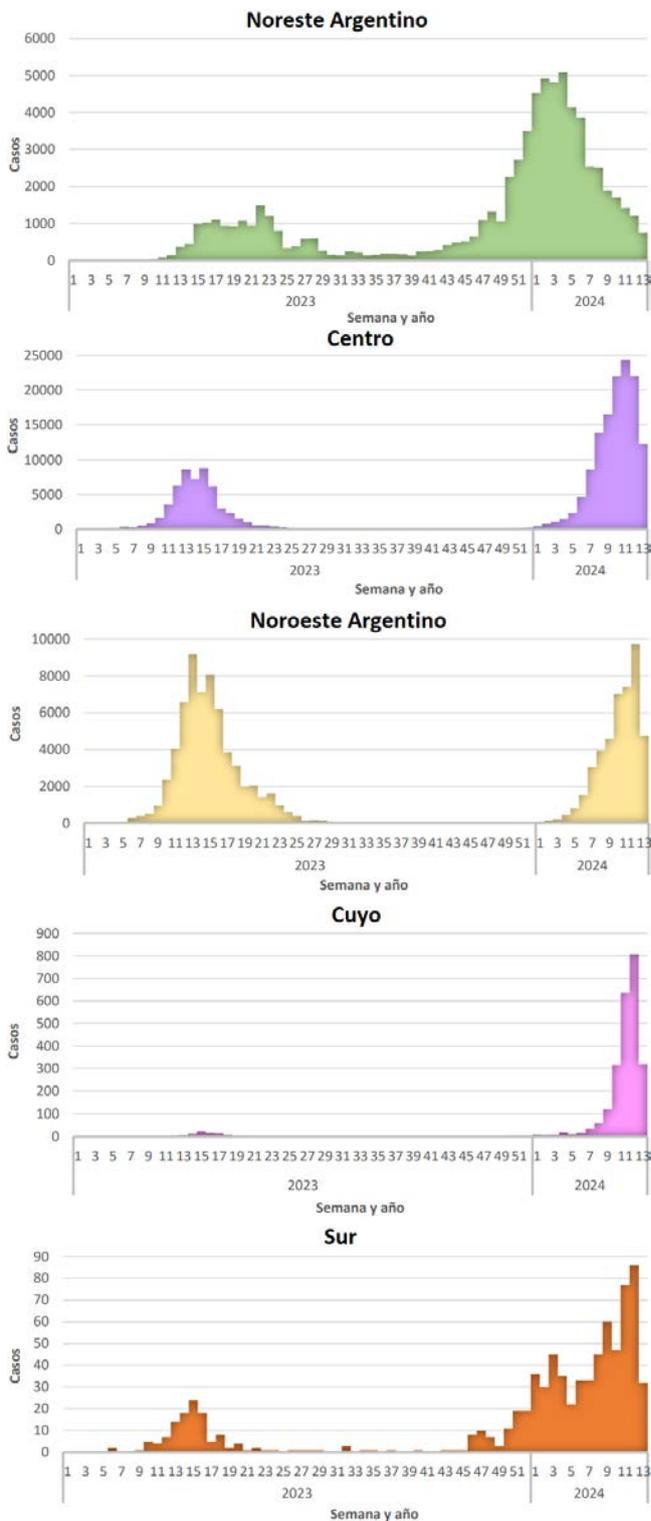
Casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

de casos durante 2023 y 2024, con una curva bimodal y con un importante aumento de casos en el final de 2023 y principios de 2024. El pico del periodo se produjo en la SE 4 de 2024. Los casos están en descenso desde la SE 5.

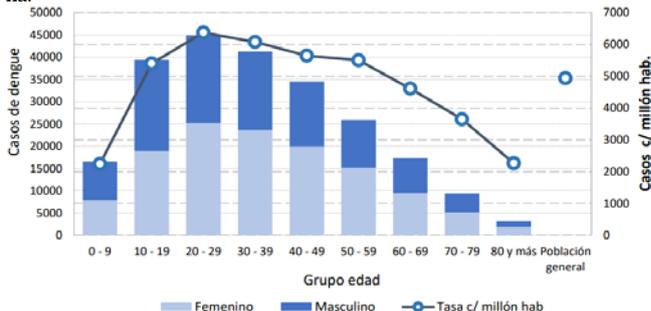
- **Centro:** Se observa una curva bimodal, con aumentos entre las SE 5 y 24 de 2023, una interrupción en la época invernal y primavera, y un nuevo aumento desde la SE 50 de 2023, más pronunciado que el anterior y hasta la SE 11. El pico del periodo se registró en la SE 11 de 2024, con casi 24.322 casos de los 33.866 registrados a nivel nacional.
- **Noroeste Argentino:** Se observa un aumento de casos entre las SE 5 y 29 de 2023, con un pico en el periodo en la SE 13, que superó los 9.000 casos. Se registró un segundo aumento, pero de menor magnitud que el anterior, desde la SE 51 de 2023, con un pico en la SE 12 de 2024, que superó el de 2023, con 9.740 casos.
- **Cuyo:** Se identificaron algunos conglomerados de casos entre la SE 14 y la SE 18 de 2023, y un aumento franco durante 2024 que superó los 800 casos en la SE 12 de 2024. La tendencia actual es al ascenso. Se identificaron departamentos en brote en las tres provincias de la región.
- **Sur:** Se notificaron pocos casos entre las SE 13 y 16 de 2023, casi en su totalidad importados, y hubo un segundo ascenso desde fines de 2023 hasta la fecha, en su mayoría identificados en dos brotes en la provincia de La Pampa (General Pico y Santa Rosa). El pico del periodo hasta el momento se produjo en la SE 11 de 2024.

### 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 12.919 casos serotipificados sin antecedentes de viaje, 7.471 (57,83%) corresponden a DENV-2, 5.433 (42,05%) a DENV-1 y 15 (0,12%) a DENV-3.



Casos totales por semana epidemiológica, según regiones. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos e incidencia acumulada según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Durante las últimas SE, se detectaron 126 casos de coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2, correspondientes principalmente a las regiones Centro y NEA. No se asociaron a casos fallecidos.

## Grupos etarios

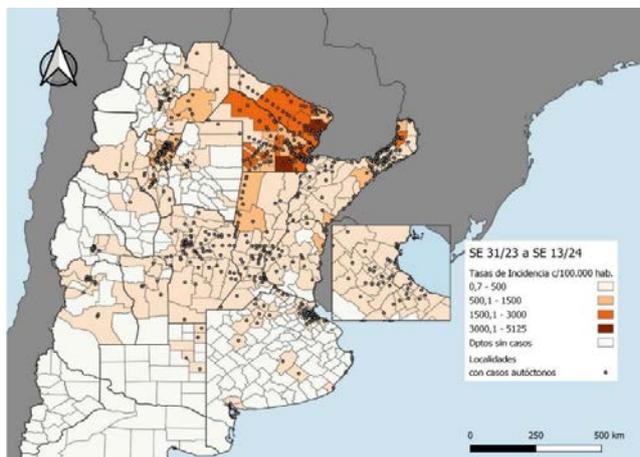
Entre la SE 31 de 2023 y la SE 13 de 2024, el 55% de los casos correspondió a personas de sexo femenino y 45% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada y el mayor número de casos se observa en personas de entre 20 y 39 años. La incidencia más baja se registra en menores de 10 años y mayores de 70 años.

En el mismo período se registró un total de 512 casos con criterio de dengue grave en 18 jurisdicciones y 161 casos fallecidos en 16 jurisdicciones (151 casos pertenecen al año 2024). No se observan diferencias en la distribución por sexo de los casos fallecidos (50% se registraron en personas de sexo femenino y, el resto, en personas de sexo masculino). La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 49 años, con un mínimo de menos de 1 año y un máximo de 91 años. Los casos fallecidos se registraron en todos los grupos de edad, con la mayor tasa de mortalidad en los mayores de 80 años, seguidos por los de 70 a 79, de 60 a 69 años y 30 a 39 años, mientras que el mayor número de casos se presentó en personas de entre 30 y 39 años.

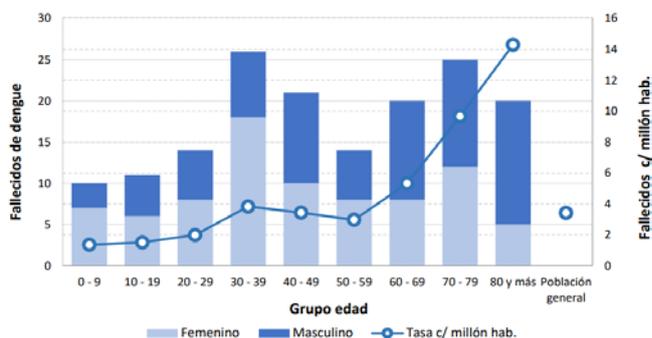
Con respecto a los menores de 15 años, se registraron hasta el momento 35.844 casos (322 casos cada 100.000 habitantes), de los cuales 72 se notificaron como dengue grave (0,20%) y 12 fallecidos (cuya mediana de edad fue de 6 años y la letalidad específica de 0,033%).

En cuanto a personas gestantes, se registraron 1.056 casos en este grupo poblacional, con una mediana de edad de 28 años. Entre las personas gestantes con diagnóstico de dengue, 10 casos se notificaron como dengue grave y tres casos como fallecidos.

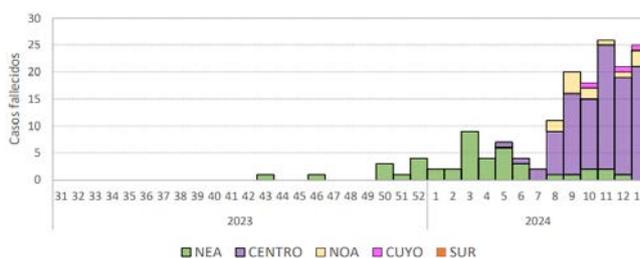
En 57 de los casos se pudo determinar el se-



Incidencia acumulada por departamento con casos autóctonos y localidades con al menos dos casos, Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos y mortalidad acumulada según grupos etarios, Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos por semana epidemiológica, según región, Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Serotipos			Total de fallecidos
	DENV-1	DENV-2	Sin identificar	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	18	19
Buenos Aires	4	6	24	34
Córdoba	3	11	17	31
Entre Ríos	—	1	3	4
Santa Fe	1	9	4	14
Centro	9	27	66	102
Mendoza	—	—	1	1
San Luis	—	—	2	2
Cuyo	0	0	3	3
Chaco	4	2	8	14
Corrientes	—	1	7	8
Formosa	2	3	—	5
Misiones	1	6	9	16
Noreste Argentino	7	12	24	43
Catamarca	—	—	5	5
La Rioja	—	—	1	1
Salta	—	1	2	3
Santiago del Estero	1	—	1	2
Tucumán	—	—	2	2
Noroeste Argentino	1	1	11	13
<b>Total Argentina</b>	<b>17</b>	<b>40</b>	<b>104</b>	<b>161</b>

Distribución de serotipos en casos fallecidos, según jurisdicción, Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 13 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

rotipo involucrado: 40 casos correspondieron al serotipo DENV-2 y 17 casos al serotipo DENV-1.

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos con información clínica completa (147 casos) fueron: fiebre, cefalea, mialgias y artralgias, diarrea y dolor abdominal. En los menores de 15 años (12 casos), el 67% de los casos presentó alguna manifestación gastrointestinal.

En 61 casos fallecidos se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: diabetes, enfermedad cardíaca, obesidad, enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 100 casos fallecidos restantes (62%).

---

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.



## INFECCIÓN POR *CAMPYLOBACTER* RESISTENTE A LOS ANTIMICROBIANOS EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

05/04/2024

En 1970, en San Francisco, Estados Unidos, se describió el primer brote de shigelosis entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), y desde entonces, la transmisión sexual de patógenos entéricos en esta población es un hecho reconocido.

Entre los patógenos entéricos más frecuentes se pueden citar *Escherichia coli*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, virus como el de la hepatitis A, y parásitos como *Giardia lamblia* o *Entamoeba histolytica* y varias especies de *Campylobacter*, que suelen estar asociadas a multiresistencia a los antimicrobianos de uso habitual.

La transmisión en la población de HSH ocurre a través del contacto oral-anal o contacto sexual y la eficiencia de la transmisión se ve aumentada tanto por factores biológicos o del huésped. El periodo de incubación puede ser de 1 a 10 días. Los síntomas más comunes incluyen inflamación del colon y el recto, diarrea y dolor abdominal intenso. Puede observarse diarrea acuosa con sangre y moco, fiebre, cólicos abdominales y sensación de urgencia para evacuar. El tratamiento suele incluir la reposición de líquidos y electrolitos, así como el uso de antibióticos en casos causados por bacterias.

Los factores de riesgo incluyen múltiples parejas sexuales, encuentro de parejas en línea, uso recreativo de drogas, incluyendo el chemsex, relaciones no protegidas y utilización de juguetes sexuales y heces durante las prácticas sexuales.

### Resumen de la situación

- **Estados Unidos:** El 15 de febrero de 2024, el Departamento de Salud de Minnesota publicó un aviso de salud sobre un brote de campilobacteriosis en los condados de Hennepin y Ramsey en HSH.

El brote corresponde a la detección de 13 casos de infección por *Campylobacter jejuni*, agrupados mediante secuenciación del genoma completo (WGS), con diferencias de alelos de 0 a 5. Todos los casos son hombres y 11 de los 13 casos eran residentes de estos condados.

La fecha de inicio de la enfermedad fue entre el 28 de agosto de 2023 y el 10 de enero de 2024. Entre nueve casos entrevistados, siete informaron contacto sexual con un hombre dentro de la semana anterior al inicio de la enfermedad. No se informaron exposiciones comunes en restaurantes o contactos sociales; se consideró el contacto sexual como la vía probable de transmisión.

Con respecto a la gravedad, cuatro casos fueron hospitalizados. En cinco casos se detectó coinfección con otros patógenos entéricos: cuatro con *Escherichia coli* enteroagregativa, dos con *Shigella* y uno con *Cryptosporidium*.

Según las pruebas de sensibilidad y WGS, los aislados de estos casos fueron resistentes al ácido nalidíxico, mostraron una sensibilidad disminuida a la ciprofloxacina, pero fueron sensibles a los macrólidos.

Un brote similar fue [publicado](#) por el mismo Departamento de Salud de Minnesota en septiembre de 2021, con siete casos estrechamente agrupados por WGS (0-1 alelos separados); todos hombres, residentes de los mismos condados. Tres de los cinco casos entrevistados informaron contacto sexual con un hombre dentro de la semana anterior al inicio de la enfermedad. No se informaron exposiciones comunes en restaurantes o contactos sociales; el contacto sexual fue considerado la vía probable de transmisión.

Dos casos fueron hospitalizados, un caso era una persona con infección por VIH y la mayoría de los casos presentaban otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Tres de los casos estaban coinfectados con *Giardia*. El perfil de sensibilidad fue idéntico al del brote previamente descrito (2023-2024).

- **Canadá**, en Montreal, Quebec, también se han documentado y publicado brotes o conglomerados causados por *Campylobacter* en HSH. Entre 1999 y 2001, hubo un brote que involucró a nueve hombres de entre 26 y 40 años de edad que presentaron enterocolitis por *C. jejuni* resistente a eritromicina y ciprofloxacina y susceptible a tetraciclina. En [marzo de 1998 y febrero de 2000](#), otros dos hombres, de 23 y 27 años, fueron infectados con *C. jejuni* resistente a la eritromicina, sensible a la ciprofloxacina y a la tetraciclina.

Entre 2003 y 2013, el brote afectó a 31 hombres entre 21 y 64 años. La infección por *C. jejuni* se limitó al tracto gastrointestinal. De estos casos se obtuvieron 35 aislamientos de *C. jejuni* resistente a la eritromicina y la ciprofloxacina, pero susceptibles a la tetraciclina.

En 2015, otro brote fue informado, que involucró a seis hombres de 35 a 62 años quienes tenían una infección por *C. coli* pulsovar 15 entérica. Los seis hombres tuvieron diarrea; cinco tuvieron dolor abdominal; uno registró fiebre mayor a 39°C; uno presentó sangre en las heces; y uno tuvo vómitos. En estos pacientes no se documentó ningún foco extraintestinal y solo uno requirió hospitalización. Los seis casos informaron tener relaciones sexuales con otros hombres, cuatro habían tenido relaciones sexuales sin protección la semana anterior al inicio de los síntomas; cinco tenían infección por VIH; los seis hombres tenían otras ITS; y se descartó que los alimentos fueran la fuente de la infección. Los seis *C. coli* pulsovar 15 entérica fueron resistentes a eritromicina, azitromicina, claritromicina, clindamicina, tetraciclina, ciprofloxacina, ácido nalidíxico, ampicilina y cefotaxima. Todos los aislados fueron sensibles a amoxicilina/ácido clavulánico, imipenem, ertapenem y gentamicina.

## Recomendaciones

Si bien es cierto que la notificación de brotes de campilobacteriosis en HSH en las Américas de momento no presenta una frecuencia alarmante, los casos se asociaron a una alta tasa de resistencia a los antimicrobianos. Por ello, se alienta a los Estados Miembros a mantener la vigilancia de brotes de diarrea, en particular en poblaciones de HSH.

Para el diagnóstico microbiológico de las infecciones por *Campylobacter* en los grupos de riesgo (personas de 65 años o más, mujeres embarazadas, HSH y personas con sistemas inmunológicos debilitados, como aquellas con un trastorno sanguíneo, sida o que reciben qui-

mioterapia), debe obtenerse una muestra de materia fecal para cultivo, aislamiento e identificación de la bacteria; además de muestras de hemocultivo en pacientes con signos de infección focal o de enfermedad sistémica grave. De necesitar un diagnóstico rápido que detecte el material genético de la bacteria puede realizarse la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o la detección de antígenos. Asimismo, el WGS permite la detección de conglomerados de casos y la oportuna identificación de especies en las cuales ya se ha documentado resistencia antimicrobiana.

Para el tratamiento de las infecciones por *Campylobacter*, la información que proporcionen los laboratorios que realizan las pruebas de sensibilidad es elemental para asegurar un tratamiento exitoso; además de contribuir a mitigar la expansión de patógenos resistentes.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros a estar alerta en casos de HSH que presentan diarrea con características de disentería e insta a proporcionar asesoramiento a la comunidad de HSH sobre el riesgo de transmisión de patógenos entéricos durante la actividad sexual (contacto oral-anal, oral-genital, anal-genital y digital-anal) y las pautas de alerta para consultar en caso de síntomas de disentería.

Existe muy poca evidencia sobre las prácticas de riesgo y las posibles medidas preventivas, pero se considera que algunas pueden ser útiles como evitar contacto directo con heces, usar métodos de barrera como preservativos durante el sexo insertivo anal, uso de guantes durante el fisting y tacto rectal, y el uso de barrera de látex durante el anilingus, además del lavado frecuente de manos. Las personas con una infección entérica deben ser aconsejadas para evitar la transmisión sexual, resaltando los beneficios del lavado de manos, evitar la contaminación con materia fecal de agua y alimentos, y evitar la exposición fecal durante las relaciones sexuales.

Adicionalmente, se insta a los Estados Miembros a estar atentos a un aumento inusual de casos de infección por *Campylobacter*, especialmente en los grupos de riesgo y a notificar a través de los canales oficiales del [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI\)](#) según el resultado del algoritmo de decisión, el anexo 2 del RSI.

---

La bacteria *Campylobacter* es un bacilo gramnegativo móvil. Hay decenas de especies, siendo *C. jejuni* la especie más comúnmente implicada en infecciones humanas. Otras especies consideradas patógenos humanos incluyen *C. coli*, *C. fetus* y *C. lari*.

Los primeros síntomas de la enfermedad suelen aparecer entre 2 y 5 días después de la infección, (rango: 1 a 10 días), siendo los síntomas clínicos más frecuentes diarrea (sanguinolenta), dolor abdominal, fiebre, dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos, y duran por lo general de 3 a 6 días. La mayoría de las personas presentan una enfermedad autolimitada, sin necesidad de tratamiento antibiótico.

Los grupos en riesgo de presentar enfermedad grave son las personas de 65 años o más, las mujeres embarazadas y personas con sistemas inmunológicos debilitados, como aquellas con un trastorno sanguíneo, sida, o que reciben quimioterapia.

La mayoría de las personas con una infección por *Campylobacter* se recuperan en una semana. Entre 5 y 20% pueden desarrollar el síndrome del intestino irritable durante un tiempo limitado y entre 1 a 5% artritis. En uno cada 1.000 casos se puede producir el síndrome de Guillain-Barré, presentándose como debilidad muscular o, a veces, parálisis que puede durar semanas y que puede requerir cuidados intensivos.

Es relevante considerar que en brotes de campilobacteriosis, reportados en los últimos años entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), se ha detectado resistencia a antibióticos de uso común para tratar las infecciones causadas por este patógeno.

Brasil batió el récord histórico de muertes por dengue en 2024. Según datos del Panel de Arbovirus del Ministerio de Salud actualizados el 8 de abril, el país registró 1.116 muertes en las primeras 13 semanas epidemiológicas de este año, una tasa sin precedentes.

Se trata de la cifra más alta desde el inicio de la serie histórica, en el año 2000. El anterior récord de muertes se produjo en 2023, con 1.094. El tercer año con mayor número fue 2022, con 1.053.

“Desafortunadamente, ya sabíamos que alcanzaríamos este número tan alto de muertes, un récord en relación con años anteriores. Tenemos una epidemia, la mayor epidemia en términos de proporciones, número de casos y extensión de número de municipios y estados afectados en la historia del país y esto ciertamente se tradujo en un elevado número de muertes”, dijo Alberto Chebabo, presidente de la Sociedad Brasileña de Infectología.

En el mismo período del año pasado, en tres meses, Brasil registró 388 muertes. Además, hasta la fecha se han registrado 2.963.994 casos en las 13 primeras semanas epidemiológicas de este año, una tasa sin precedentes. En 2023, hubo 589.294 casos en el mismo periodo.

“Una de las cosas que siempre decimos es que las muertes por dengue siempre son prevenibles. Son muertes que no deberían ocurrir porque el tratamiento del dengue básicamente consiste en hidratación en el momento adecuado para que no se presenten complicaciones en la mayor parte de los casos, pero lamentablemente no se contaba con esa estructura en algunos estados y municipios para evitar un número alto de muertes, y eso se reflejó en las cifras que estamos alcanzando ahora”, criticó el especialista.

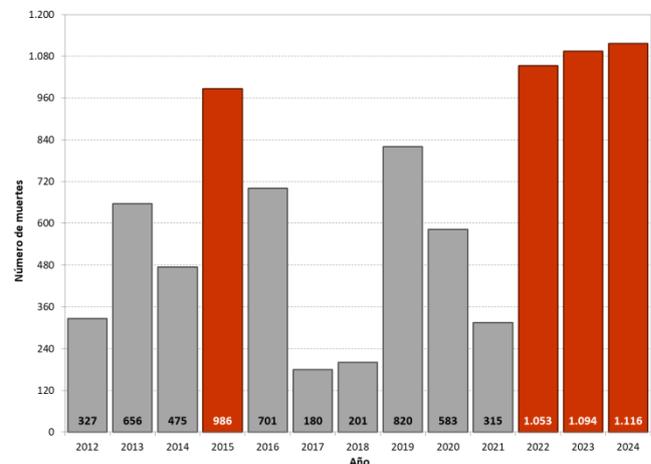
En febrero, la Secretaria de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud, Ethel Leonor Noia Maciel, afirmó que la estimación del Ministerio de Salud es que el país registrará 4,2 millones de casos este año.

Pese a ello, esta semana el gobierno afirmó que la mayoría de los estados brasileños ya superaron el pico de casos de dengue.

De las 27 unidades de la federación, ocho se encuentran en una “tendencia descendente consolidada” y 12 en una “tendencia de estabilidad”.

“Tenemos una caída en los casos probables de dengue. Esto se está consolidando. La epidemia en los estados ahora es un poco diferente”, señaló el secretario.

En total, 11 unidades de la federación declararon emergencia por dengue: Acre, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Amapá, Paraná, Rio Grande do Sul y el Distrito Federal.



Número de muertes por dengue. Brasil. Años 2012/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 13). Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Utilizando datos relativos a las pruebas de laboratorio realizadas para identificar el dengue, el ministerio también determinó que el serotipo DENV-1 es el más común en Brasil, registrándose en todos los estados, y que el serotipo DENV-2 se observa en 24 estados y el Distrito Federal.

Hay circulación simultánea de los cuatro serotipos del dengue en el territorio nacional, pero sólo Minas Gerais registró, hasta la fecha, la presencia de todos los serotipos actuando simultáneamente.

Una encuesta realizada con indígenas del pueblo Yanomami, del subgrupo Ninam, de nueve aldeas ubicadas en Roraima, mostró que todos los participantes estaban contaminados por mercurio. Los niveles más altos de exposición se detectaron en pueblos indígenas que vivían en aldeas ubicadas más cerca de minas ilegales de oro. El [estudio](#) identificó la presencia del metal pesado en muestras de cabello de unas 300 personas analizadas, entre ellas niños y ancianos.



Se detectaron mayores niveles de exposición en indígenas que viven en aldeas ubicadas más cerca de minas ilegales de oro.

“Este escenario de vulnerabilidad aumenta exponencialmente el riesgo de enfermedad para los niños que viven en la región y, potencialmente, puede favorecer la aparición de manifestaciones clínicas más graves relacionadas con la exposición crónica al mercurio, especialmente en niños menores de 5 años”, explicó el coordinador del estudio, Paulo Cesar Basta, médico e investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) ‘Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca’, de la Fundación Instituto ‘Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz’ (FIOCRUZ).

El estudio realizó la recolección de muestras en la región del Alto Río Mucajaí, en octubre de 2022. El lugar ha sido blanco de minería ilegal durante décadas, lo que ha causado destrucción ambiental, inseguridad, violencia y daños a la salud de los pueblos indígenas. “La minería ilegal es el mayor mal que tenemos hoy en la Tierra Yanomami. Es necesaria y urgente la restitución de esas tierras, desalojar a estos invasores. Si la minería continúa, la contaminación, la devastación, enfermedades como la malaria y la desnutrición también persisten y este es el resultado de esta investigación: es una prueba concreta”, subrayó el vicepresidente de la Asociación Hutukara Yanomami (HAY), Dário Vitório Kopenawa.

De las 287 muestras de cabello examinadas, 84% registró niveles de contaminación superiores a 2,0 microgramos de mercurio por gramo de cabello ( $\mu\text{g/g}$ ). El 10,8% estaba por encima de 6,0  $\mu\text{g/g}$ , índice considerado alto, que requiere especial atención e investigación adicional. En ambos rangos de contaminación, es necesario notificar los casos al Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN), a fin de generar estadísticas oficiales sobre el problema en la región.

Los investigadores destacan que los indígenas con niveles más altos de mercurio presentaron con mayor frecuencia déficits cognitivos y daño nervioso en las extremidades, como manos, brazos, pies y piernas. Según aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS), niveles superiores a 6  $\mu\text{g/g}$  pueden tener graves consecuencias para la salud, especialmente para los grupos vulnerables. Por lo tanto, no existe un límite seguro para la exposición al mercurio.

Además de detectar mercurio, la investigación realizó exámenes clínicos para identificar enfermedades crónicas no transmisibles, como trastornos nutricionales, anemia, diabetes e hipertensión.

Al cruzar los datos, se observó que, en indígenas con presión arterial alta, los niveles de mercurio superiores a 2,0 µg/g son más frecuentes que en indígenas con presión arterial normal. También se realizaron pruebas para estimar la prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, incluida la malaria y las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/sida, la sífilis y las hepatitis B y C.

Más de 80% de los participantes informaron haber tenido malaria al menos una vez en la vida, con un promedio de tres episodios de la enfermedad por individuo. En 11,7% de los individuos evaluados fue posible identificar casos de malaria vivax y falciparum sin manifestaciones clínicas evidentes, características comunes en zonas de alta transmisión de la enfermedad.

Más de 25% de los niños menores de 11 años padecían anemia y casi la mitad padecían desnutrición aguda. Además, 80% presentó déficit de talla para la edad, lo que sugiere, según parámetros de la OMS, un estado de desnutrición crónica.

Otro dato alarmante se refiere a la cobertura de vacunación: en la región del estudio, sólo 15,5% de los niños estaban al día con sus vacunas en el calendario nacional de vacunación.

El estudio también analizó 47 muestras de peces, 14 muestras de agua y sedimentos del río Mucajá y afluentes. Todas las muestras de pescado mostraron algún grado de contaminación por mercurio, detectándose las mayores concentraciones en peces carnívoros, en especies muy apreciadas en la Amazonia, como el mandubé (*Ageneiosus inermis*) y la piraña (*Serrasalmus* sp.).

El análisis del riesgo atribuible al consumo de pescado reveló que la ingesta diaria de mercurio supera en tres veces la dosis de referencia recomendada por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) del gobierno de Estados Unidos. Los análisis de muestras de agua no revelaron contaminación por mercurio. Por otro lado, dos muestras de sedimentos arrojaron niveles de mercurio superiores al nivel 1 de la resolución del Consejo Nacional Ambiental (CONAMA) que trata el tema.

Los investigadores hicieron una serie de recomendaciones basadas en el escenario encontrado durante los estudios. Como acciones de emergencia mencionaron la interrupción inmediata de la minería y el uso de mercurio, la eliminación de invasores y la construcción de unidades de salud en puntos estratégicos de la Tierra Indígena Yanomami. “No es la primera vez que la FIOCRUZ realiza investigaciones en Tierra Yanomami y comprueba que nuestros familiares están contaminados por mercurio. ¡Esto es muy serio! Nuestros hijos están naciendo enfermos. ¡Las mujeres están enfermas, nuestros viejos están enfermos! Nuestra gente está muriendo a causa de la minería”, analizó Dário Kopenawa.

Como acciones estructurales propusieron actualizar la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), asegurar la presencia regular de profesionales de la salud e invertir en la capacitación continua de los agentes de salud indígenas.

Además, el estudio también indica que son necesarias acciones específicas para las poblaciones expuestas y potencialmente expuestas al mercurio, tales como: rastrear comunidades expuestas crónicamente al mercurio, realizar diagnósticos de laboratorio oportunos con el fin de evaluar a personas con condiciones sugestivas de intoxicación por mercurio ya instaladas, desarrollo de protocolos y rutinas adecuadas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con intoxicación por mercurio establecida y creación de un centro de referencia para el seguimiento de casos crónicos y/o con secuelas reconocidas.

El Departamento de Salud de Tennessee (TDH) está colaborando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y muchos otros estados para investigar casos de enfermedades similares al botulismo después de que estos casos recibieran inyecciones de toxina botulínica con fines cosméticos. Las investigaciones conjuntas han identificado preocupación sobre el uso de productos falsificados o de origen poco claro administrados en entornos no médicos, como hogares o spas cosméticos.

El TDH identificó recientemente a cuatro pacientes que experimentaron signos y síntomas similares a los del botulismo. Todas las personas informaron haber recibido inyecciones de toxina botulínica con fines cosméticos. Los cuatro pacientes fueron atendidos por un proveedor de atención médica y dos fueron hospitalizados. Varios estados han informado de enfermedades similares al botulismo. La investigación en curso sugiere que el producto administrado era falsificado.

El botulismo clásico es una enfermedad rara y potencialmente mortal causada por una toxina nerviosa producida por la bacteria *Clostridium botulinum* o especies relacionadas. Los síntomas iniciales del botulismo pueden incluir visión doble o borrosa, párpados caídos, dificultad para hablar, dificultad para tragar, boca seca y dificultad para respirar. Estos síntomas suelen ir seguidos de debilidad muscular simétrica descendente que progresa durante horas o días y requiere hospitalización y tratamiento especializado con antitoxinas.

Las inyecciones cosméticas deben ser un producto aprobado por la FDA, administrado por proveedores autorizados y en entornos autorizados.

---

La toxina botulínica es una de varias proteínas producidas por la bacteria *Clostridium botulinum*. Actúa bloqueando la transmisión de los impulsos nerviosos a los músculos, haciendo que esos músculos se relajen y provocando una pérdida de control muscular. En el caso de la intoxicación alimentaria por toxina botulínica, en la que la toxina se propaga ampliamente por todo el cuerpo, los primeros síntomas incluyen sequedad de boca, dificultad para tragar, dificultad para hablar, párpados caídos y debilidad muscular. La posterior parálisis de los músculos respiratorios puede provocar la muerte.

En el caso del uso terapéutico o cosmético inyectado de toxina botulínica, si el producto se propaga desde el lugar de la inyección a otra zona del cuerpo, esta pérdida de control muscular puede ser igualmente perjudicial. Por ejemplo, cuando se pierde el control de los músculos del esófago (disfagia), se pierde la capacidad de controlar la deglución; los alimentos y las bebidas pueden refluir accidentalmente y ser aspirados hacia el tracto respiratorio y los pulmones, provocando una complicación grave, la neumonía por aspiración, y en ocasiones provocando la muerte.

Las toxinas botulínicas se clasifican en serotipos distintos, con diferentes potencias pero el mismo mecanismo de acción. Los tipos A y B se han desarrollado comercialmente para su uso como fármacos.

Las dos indicaciones generales para el uso de la toxina botulínica son la terapéutica y la cosmética. Los usos terapéuticos aprobados por la FDA incluyen distonía cervical, estrabismo, blefaroespasma e hiperhidrosis axilar primaria. El bótox tiene un uso cosmético aprobado, para la mejora temporal de las líneas glabellares. La mayor parte del uso cosmético de la toxina botulínica no está aprobado por la FDA y, por lo tanto, se considera no autorizado.



Un residente del condado de Sierra murió recientemente a causa del síndrome pulmonar por hantavirus, una enfermedad causada por una cepa norteamericana de hantavirus conocida como virus Sin Nombre, que es transmitido por el ratón patas blancas occidental (*Peromyscus sonoriensis*). Este es el primer caso de enfermedad por hantavirus reportado este año en California. El último caso que se reportó en el condado de Sierra se registró en 2003.

Este fallecimiento es un recordatorio del riesgo de hantavirus en el condado de Sierra, una región conocida de exposición en California. Aunque es raro, el hantavirus puede ser muy grave y mortal. Cada año se reportan alrededor de tres casos de enfermedad por hantavirus en California, y aproximadamente una de cada tres personas con la enfermedad muere. Este virus no se puede contagiar de persona a persona.

Las personas pueden infectarse con hantavirus cuando respiran aire contaminado con el virus. Las partículas que contienen el hantavirus llegan al aire cuando se remueve la orina, la saliva o los excrementos de ratones patas blancas. Las posibilidades de que esto suceda aumentan al abrir o limpiar cabañas, cobertizos, dependencias, graneros, garajes o edificios de almacenamiento en áreas rurales que han estado cerradas durante el invierno por donde han entrado los ratones patas blancas, o para personas que trabajan, juegan o viven en lugares cerrados donde hay ratones presentes. Las infecciones por hantavirus suelen notificarse en los meses de verano; sin embargo, este caso, que ocurrió en marzo de este año, demuestra que la infección puede ocurrir durante todo el año. La investigación de la residencia del paciente detectó evidencia de ratones alrededor de la casa.

La enfermedad por hantavirus comienza con fiebre y síntomas similares a los de la gripe, como dolor de cabeza y dolores corporales, generalmente de una a cinco semanas después de la inhalación del virus. Los síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea y dolor abdominal son comunes en la primera etapa de la enfermedad. Los síntomas respiratorios, como tos y sensación de falta de aire, no están presentes al principio, pero pueden desarrollarse después de unos días, lo que indica una progresión hacia el síndrome pulmonar por hantavirus y mayores posibilidades de insuficiencia respiratoria y cardíaca mortal. Cuando las personas empiezan a tener problemas para respirar, su condición puede empeorar rápidamente y volverse crítica. No existe un tratamiento o cura específico para la infección por hantavirus, pero la atención médica intensiva temprana de alto nivel aumenta las posibilidades de supervivencia.

El diagnóstico y el traslado oportuno a hospitales de nivel superior es un desafío ya que la enfermedad puede progresar rápidamente antes de que se puedan completar las pruebas de diagnóstico. La mayoría de las personas que enferman con hantavirus informan alguna exposición a roedores en las semanas previas, generalmente mientras limpian una habitación o un cobertizo que ha estado cerrado durante algún tiempo.

Australia se enfrenta a un brote de tos convulsa. Se registraron unos [2.799 casos](#) en los primeros tres meses de 2024. Las cifras de casos son más altas en Queensland y New South Wales, con más de 1.000 registrados en cada estado.

La última vez que Queensland registró más de 1.000 casos en tres meses fue en [el primer trimestre de 2013](#). Esto fue al final de un brote importante que se extendió desde 2008 hasta 2012: el brote más grande reportado en Australia desde la [introducción generalizada](#) de las vacunas contra la tos convulsa [en la década de 1950](#). Durante este período se registraron más de 140.000 casos, y la cifra alcanzó un máximo de 38.748 en 2011.



Hubo un brote menor entre [2014 y 2017](#), con más de 60.000 casos en estos años.

La mejor protección en primera instancia contra la tos convulsa es la [vacunación](#), que previene la mayoría de los casos de enfermedades graves y reduce la propagación de la enfermedad en la comunidad.

Se recomienda que los niños reciban seis dosis de la vacuna contra la tos convulsa (que se combina con vacunas para otras enfermedades) entre las edades de aproximadamente dos meses y 13 años. La vacunación es gratuita en el marco del [Programa Nacional de Vacunación](#) para niños y mujeres embarazadas. La vacunación contra la tos convulsa de las mujeres durante el embarazo protege a los recién nacidos en sus primeros meses de vida.

La inmunidad de estas vacunas disminuye con el tiempo, por lo que también se recomienda que los adultos reciban un refuerzo, especialmente aquellos que pueden entrar en contacto frecuente con bebés.

## Las causas del aumento

Los brotes de tos convulsa generalmente ocurren [cada 3 a 4 años](#). Debido a las medidas implementadas durante la pandemia de covid, como el cierre de fronteras, el aislamiento social y el uso de barbijos, el número de casos disminuyó drásticamente durante 2020-23. Si las

tendencias hubieran seguido el ciclo habitual de brotes, este podría haber sido el momento en que se hubiera producido otro brote.

La omisión de las [vacunas de rutina contra la tos convulsa](#) en el punto álgido de la pandemia puede significar que Australia es más vulnerable ahora. La inmunidad reducida en la población podría ser una de las razones por las que estamos viendo un aumento en los casos de tos convulsa en Australia y otros países, incluidos el [Reino Unido](#) y [Estados Unidos](#).



Los adultos pueden recibir un refuerzo de la vacuna contra la tos convulsa.

En Australia, el número de casos ha sido particularmente elevado durante este brote en niños de 10 a 14 años.

## Una potencial superbacteria

Durante las últimas dos décadas, la tos convulsa ha mejorado en su capacidad de evadir las vacunas y los antibióticos. La mayoría de las vacunas utilizadas en Australia y otros países desarrollados estimulan el sistema inmunológico para que reconozca y se dirija a entre [tres y cinco componentes](#) de la bacteria.

Con el tiempo, la bacteria que causa la tos convulsa ha ido adquiriendo lentamente mutaciones en estos genes. Estas mutaciones hacen que la bacteria tenga un aspecto ligeramente diferente al utilizado en la vacuna, lo que la ayuda a ocultarse mejor del sistema inmunológico.

La mayoría de estos cambios fueron pequeños. Pero en 2008 apareció en Australia una nueva cepa que ya no producía [pertactina](#), uno de los componentes a los que apunta la vacuna. Esto significa que el sistema inmunológico, como un detective, tiene una pista menos para reconocer a la bacteria.

Esta nueva cepa aumentó rápidamente de [5% de las cepas encontradas en 2008](#), para convertirse en la cepa dominante en menos de diez años, representando [90% de las cepas](#) en 2017. Se demostró que esta cepa [pertactina negativa](#) sobrevive mejor en [ratones vacunados](#) y puede haber contribuido al elevado número de casos en el brote de 2008-2012.

Es preocupante que desde 2013, las [cepas de tos convulsa resistentes a los antibióticos](#) se hayan [generalizado en China](#). Si bien hay otros antibióticos disponibles, estos no se recomiendan para bebés [menores de dos meses](#) (el grupo de edad con mayor riesgo de enfermedad grave). Estas cepas resistentes [se están extendiendo cada vez más por Asia](#), pero aún no han llegado a Australia.

## Lo que viene

Es demasiado pronto para saber qué tan grande será este brote o qué cepas son responsables del mismo. Se necesita un mayor seguimiento de las cepas de *Bordetella pertussis*, como se hace con el SARS-CoV-2, para informar sobre los futuros tratamientos y diseños de las vacunas.

Es importante destacar que, aunque la bacteria está evolucionando, las vacunas actuales siguen siendo muy eficaces para prevenir enfermedades graves y reducir la transmisión. Siguen siendo la mejor herramienta para limitar este brote.

Comoras lucha actualmente contra un brote de cólera que afecta a dos regiones de Ngazidja y Mwali. En la Región Sanitaria de Ngazidja, los distritos Centre, Hankounou, Bacha, Badjanani, Coulée, Naziko y Sans Fil se ven afectados, mientras que en la región sanitaria de Mwali, los distritos de Foubonni y Noumachoua.

De los 318 casos sospechosos analizados mediante una prueba de diagnóstico rápido (PDR), hubo un total de 142 casos positivos y se registraron seis muertes, lo que representa una tasa de positividad de 45,0% (142/318) mediante PDR. Se registraron 139 casos confirmados (98,0%) en la Región Sanitaria de Ngazidja y tres casos confirmados (2,0%) en la Región Sanitaria de Mwali. El epicentro se encuentra en el Distrito Centre, en particular en la ciudad de Moroni, donde se notificaron los primeros casos adquiridos localmente el 4 de febrero de 2024. Los hombres se ven afectados desproporcionadamente y representan 67% (95 casos) del total de casos confirmados, en comparación con las mujeres (33%; 47 casos).

Desde el inicio del brote, 127 pacientes se han recuperado del cólera y nueve pacientes siguen ingresados en Mwali y Ngazidja, la isla más grande del archipiélago de las Comoras. Se observa una tendencia a la baja en los nuevos casos desde la semana epidemiológica (SE) 8, cuando se reportó una disminución de 25,0%. Fue. En la SE 9 se registró una nueva caída de 16,0%.

En la SE 9 se seguían notificando casos de cólera en la región de Ngazidja, especialmente en el distrito Centre, donde se encuentra la capital, Moroni.

### **Acciones de salud pública**

- El Ministerio de Salud celebra reuniones diarias del comité de coordinación para la lucha contra el cólera.
- Se ha reforzado la vigilancia epidemiológica en los puntos de ingreso y se están llevando a cabo investigaciones, seguimiento y listado de casos confirmados y contactos de casos.
- Está en curso el muestreo de casos y la readmisión de cultivos de casos en el actual centro de tratamiento del cólera.
- Se ha fortalecido la gestión de casos en los centros de tratamiento mediante la notificación de casos y la fabricación de catres en las zonas afectadas.
- Continúa el apoyo logístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con suministros como camas, lámparas solares, pulverizadores, 100 PDR y 125 cajas de seguridad.
- Se han llevado a cabo reuniones de movilización y sensibilización para líderes comunitarios en varias regiones para crear conciencia contra el cólera en la comuna a través de canciones y otras formas artísticas.

### **Interpretación de la situación**

La situación en Comoras revela una situación preocupante en el Distrito Centre, enfatizando la necesidad urgente de intervenciones efectivas de salud pública y participación comunitaria para controlar la propagación del cólera. Es necesario un enfoque específico para garantizar la detección temprana de casos en los distritos afectados y en otros. También se deben tomar medidas para aumentar la cobertura de vacunación contra el cólera en todo el país.

Las muertes por varicela parecen estar aumentando: Kerala registró nueve muertes en los primeros tres meses de 2024, en comparación con solo cuatro en todo 2023.

En lo que va del año se han reportado alrededor de 8.586 casos en el estado. Entre las muertes, cuatro se registraron en Palakkad y tres en Ernakulam.

Si bien en general se considera una enfermedad de baja letalidad, el aumento de muertes por varicela genera preocupación. Varios factores podrían contribuir a estas muertes, afirman los expertos.

“La edad y las comorbilidades asociadas pueden haber influido en estas muertes. Además, el síndrome post-covid, que conlleva diversas dificultades y complicaciones tras la infección por el coronavirus, podría agravar la situación de los pacientes con varicela. Además, el riesgo de infección secundaria, si no se trata, también es importante. Es imperativo que se investiguen y aborden estas cuestiones para evitar más muertes por varicela”, afirmó el Dr. B. Ekbal, activista de salud pública.

El Dr. Bipin Gopal, subdirector de la Dirección Estatal de Servicios de Salud, destacó la importancia de la intervención médica temprana para prevenir complicaciones.

“Si bien diagnosticar la varicela es relativamente sencillo, la medicación oportuna es crucial para prevenir complicaciones y muertes. Ahora se encuentran disponibles medicamentos antivirales para tratar la varicela. Las personas que experimenten síntomas deben comenzar a tomar medicación de inmediato”, aconsejó.

Gopal también señaló que a pesar de la disponibilidad de medicamentos modernos, una parte importante de la población todavía depende de métodos de tratamiento y planes dietéticos tradicionales.

Si no se trata, la varicela puede provocar complicaciones como neumonía y meningitis, que pueden afectar órganos vitales y el cerebro.

“El virus varicela-zóster, responsable de la varicela, puede provocar complicaciones graves. Por lo tanto, el tratamiento y la atención adecuados son primordiales”, enfatizó Bipin. “Las personas con afecciones subyacentes como diabetes, inmunidad comprometida u otras enfermedades relacionadas con la edad son particularmente vulnerables a que las condiciones empeoren”, añadió.

A pesar del aumento de casos, no se han reportado brotes a nivel comunitario en el estado. “Si bien no hay un brote generalizado, es esencial que los pacientes y sus familias tomen precauciones para evitar una mayor propagación. El descanso y el aislamiento adecuados pueden ayudar a contener la transmisión comunitaria”, añadió Gopal.

Ekbal destacó la necesidad de realizar estudios integrales para recopilar datos desglosados sobre edad, comorbilidades y realizar auditorías de las muertes para identificar las causas precisas de las complicaciones.



Según datos del Boletín de Vigilancia Integrada de Sarampión y Rubéola del Instituto Superior de Salud, correspondiente al período que va del 1 de enero al 31 de marzo de 2024, en el primer trimestre de 2024 se notificaron en Italia 213 casos de sarampión.

La incidencia nacional fue de 14,5 casos cada millón de habitantes y la mayor incidencia se observó en el grupo de 0 a 4 años (63,3 cada millón de habitantes), seguido del de 15 a 39 años (28,3 cada millón de habitantes).

La mediana de edad de los casos es de 31 años (rango: 0 a 69 años) y 74,2% de los casos tienen edades comprendidas entre 15 y 64 años. Se han notificado 11 casos en menores de un año.

De los 213 casos de sarampión, 181 fueron confirmados por laboratorio, nueve son considerados probables y 23 posibles. Dieciocho de los casos notificados (8,4%) son casos importados.

Quince Regiones/Provincias Autónomas han notificado casos: Lazio, Sicilia y Toscana han notificado 68% de los casos. La incidencia más alta se da en Lazio (44,9 cada millón de habitantes).

Se conoce el estado de vacunación de 187 de 213 casos (87,8%), de los cuales 165 (88,2%) no estaban vacunados al momento de la infección, 11 casos estaban vacunados con una dosis, nueve casos con dos dosis y en dos casos se desconoce el número de dosis administradas.

Del total, 56 casos (26,3%) reportaron al menos una complicación. Las complicaciones notificadas con mayor frecuencia fueron hepatitis/elevación de transaminasas y neumonía. Se reportó un caso de encefalitis en un adulto joven no vacunado.

El 48,8% de los casos fueron hospitalizados (104/213) y otros 38 casos acudieron a urgencias.

Se conoce información sobre el alcance de la transmisión de la mitad de los casos notificados. La transmisión se produjo principalmente dentro de la familia. Veinte casos ocurrieron después de la transmisión en entornos hospitalarios, 19 en entornos laborales, 13 casos durante viajes internacionales y seis casos en entornos escolares. Once de los casos reportados son trabajadores de la salud, incluidos seis que no están vacunados.

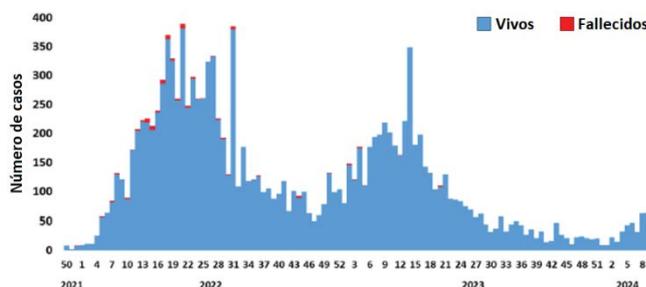
En el primer trimestre de 2024 no se notificaron casos de rubéola en Italia.

El brote de sarampión que comenzó en Liberia en diciembre de 2021 continúa, aunque con una tendencia a la baja desde abril de 2023. Desde el 4 de diciembre de 2022 se han notificado 4.912 casos sospechosos adicionales y 10 nuevas muertes.

Del 13 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2024, se han notificado un total de 13.250 casos sospechosos de sarampión, incluidos

12.596 confirmados (95,0%) y 95 muertes (tasa de letalidad de 0,7%). De los 12.596 casos confirmados, 621 lo fueron por Inmunoglobulina M positiva (IgM positiva), 8.968 son clínicamente compatibles y 3.007 están epidemiológicamente vinculados a otro caso confirmado. Los 15 condados de Liberia se han visto afectados y los casos se han notificado principalmente en los condados de Montserrado (5.456 casos; 41,2%), Maryland (1.214 casos; 9,2%) y Nimba (1.167 casos; 8,8%). La mayoría de las muertes se han notificado en Montserrado (69 muertes; 72,6%). El grupo de edad más afectado es el de 2 a 4 años.

Del 29 de febrero al 6 de marzo de 2024, siete distritos de cuatro de los 15 condados de Liberia se encontraban en fase epidémica activa: Maryland (Plebo, Karluway-II y Harper), Grand Gedeh (Konobo, Tchien), River Gee (Potupo) y Nimba (Saclepea-Mah).



Casos semanales de casos y muertes por sarampión. Liberia. Del 13 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

## Acciones de salud pública

- Las autoridades nacionales de salud continúan coordinando las actividades de respuesta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios. Se llevan a cabo reuniones de coordinación periódicamente en el condado de Maryland.
- Se han mejorado la búsqueda activa de casos, la investigación de brotes y el rastreo de contactos en los siete distritos que se encuentran en fase epidémica activa: Plebo, Karluway-II, Harper, Potupo, Saclepea-Mah, Konobo y Tchien.
- La gestión de casos está en curso en los condados de Maryland, Nimba, River Gee y Grand Gedeh. La distribución de suministros médicos a los distritos afectados continúa con el apoyo de socios. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) donó recientemente 950 comprimidos de 250 mg de amoxicilina, 3.500 cápsulas de vitamina A (200.000 UI) y 700 cápsulas de vitamina A (100.000 UI) a cuatro distritos de salud afectados: Konobo, Putu, Tchien y Cavalla.
- La participación comunitaria y la educación sanitaria están en curso en las comunidades afectadas y circundantes.
- La segunda dosis de la vacuna contra el sarampión se introdujo en el programa nacional de inmunización sistemática en 2019. La inmunización sistemática se ha intensificado en los distritos afectados. En enero de 2024, el país recibió financiación de la Alianza para las Vacunas (GAVI) para llevar a cabo una campaña de seguimiento del sarampión prevista del 1 al 7 de julio de 2024. Los preparativos para la campaña están en curso.

## **Interpretación de la situación**

Las autoridades sanitarias nacionales de Liberia, con el apoyo de sus socios, han realizado enormes esfuerzos para controlar este prolongado brote de sarampión. No obstante, el brote sigue activo en siete distritos de cuatro condados, donde la respuesta enfrenta algunos desafíos, incluidos fondos limitados para la respuesta, suministro limitado de medicamentos esenciales para la gestión de casos en todos los distritos afectados, falta de computadoras para una gestión eficaz de los datos y espacio limitado para el aislamiento de pacientes en el condado de Grand Gedeh. Además de brindar el apoyo logístico necesario a los condados en la fase epidémica activa, es necesario continuar reforzando las actividades de inmunización de rutina en todo el país para brindar inmunidad total a los grupos susceptibles.

Los niños en [Gaza](#) han estado muriendo por complicaciones relacionadas con el hambre desde que el gobierno [israelí](#) comenzó a utilizar el hambre como arma de guerra, un crimen de guerra, afirmó el 9 de abril Human Rights Watch. Los médicos y las familias de Gaza describen que los niños, así como las madres embarazadas y lactantes, sufren desnutrición y deshidratación graves, y que los hospitales están mal equipados para tratarlos.



Niños palestinos que sufren desnutrición reciben tratamiento en un centro de salud en Rafah, en el sur de la Franja de Gaza.

Los gobiernos preocupados deberían imponer sanciones selectivas y suspender las transferencias de armas para presionar al gobierno israelí para que garantice el acceso a la ayuda humanitaria y los servicios básicos en Gaza, de acuerdo con las obligaciones de Israel según el derecho internacional y la reciente orden de la Corte Internacional de Justicia en el [caso de genocidio de Sudáfrica](#).

“El uso del hambre por parte del gobierno israelí como arma de guerra ha resultado mortal para los niños de Gaza”, dijo [Omar Shakir](#), director para Israel y Palestina de Human Rights Watch. “Israel debe poner fin a este crimen de guerra, detener este sufrimiento y permitir que la ayuda humanitaria llegue a toda Gaza sin obstáculos”.

Una asociación de 15 organizaciones internacionales y agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), coordinada por la ONU, que investigan la crisis del hambre en Gaza, [informó](#) el 18 de marzo de 2024 que “toda la evidencia apunta hacia una importante aceleración de la muerte y la desnutrición”. La asociación dijo que, en el norte de Gaza, donde se estima que 70% de la población sufre un hambre catastrófica, la hambruna podría ocurrir en cualquier momento entre mediados de marzo y mayo.

El Ministerio de Salud de Gaza [informó](#) el [1 de abril](#) que 32 personas, incluidos 28 niños, habían muerto de desnutrición y deshidratación en hospitales del norte de Gaza. Save the Children [confirmó](#) el 2 de abril la muerte por hambre y enfermedades de 27 niños. A principios de marzo, funcionarios de la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) [encontraron](#) “niños muriendo de hambre” en los hospitales Kamal Adwan y Al-Awda, en el norte de Gaza. En el sur de Gaza, donde la ayuda es más accesible pero todavía extremadamente inadecuada, las agencias de la ONU [dijeron](#) a mediados de febrero que 5% de los niños menores de 2 años padecían desnutrición aguda.

Human Rights Watch entrevistó en marzo a un médico en el norte de Gaza, a un médico voluntario que desde entonces abandonó Gaza, a los padres de dos bebés que, según los médicos, murieron por complicaciones relacionadas con el hambre tanto en la madre como en el niño, y a los padres de otros cuatro niños que padecían desnutrición y deshidratación.

Human Rights Watch revisó el certificado de defunción de uno de los niños y fotografías de dos de los niños en estado crítico que mostraban signos de demacración. Todos habían sido tratados en el Hospital Kamal Adwan de Beit Lahia, en el norte de Gaza.

Los asesores de salud de Human Rights Watch también [verificaron fotografías y videos en línea](#) de otros tres niños evidentemente demacrados que murieron y otros cuatro en estado crítico que también mostraban signos de emaciación.

El Dr. Hussam Abu Safiya, director de la unidad de pediatría del Hospital Kamal Adwan, dijo a Human Rights Watch el 4 de abril que 26 niños habían muerto tras experimentar complicaciones relacionadas con el hambre sólo en su hospital. Dijo que al menos 16 de los niños fallecidos tenían menos de 5 meses, al menos 10 tenían entre 1 y 8 años y que también había fallecido un hombre de 73 años que padecía desnutrición.

El Dr. Safiya dijo que uno de los bebés murió sólo dos días después del parto, después de nacer gravemente deshidratado, aparentemente agravado por la mala salud de su madre: “Ella no tenía leche para darle”.

Nour al-Huda, una niña de 11 años con fibrosis quística, ingresó en el Hospital Kamal Adwan el 15 de marzo. Los médicos le dijeron a su madre que Nour sufría desnutrición, deshidratación y una infección en los pulmones, y le administraron oxígeno y una solución salina. “Nour al-Huda pesa ahora 18 kilogramos”, dijo su madre a Human Rights Watch. “Puedo ver los huesos de su pecho sobresaliendo”.

Las leyes humanitarias internacionales prohíben hacer pasar hambre a la población civil como método de guerra. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional establece que matar de hambre intencionalmente a civiles “privándolos de objetos indispensables para su supervivencia, incluida la obstaculización intencional de los suministros de socorro”, es un crimen de guerra.

Desde los ataques del 7 de octubre de 2023 en Israel liderados por Hamás, el gobierno israelí ha [bloqueado](#) deliberadamente la entrega de ayuda, alimentos y combustible a Gaza, al tiempo que impide la asistencia humanitaria y priva a los civiles de los medios para sobrevivir. Los funcionarios israelíes que ordenan o llevan a cabo estas acciones están cometiendo un castigo colectivo contra la población civil y provocando [el hambre de los civiles como método de guerra](#), los cuales son crímenes de guerra.

Las acciones del gobierno israelí que socavan la capacidad de la Agencia de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (UNRWA) para llevar a cabo su papel reconocido en la distribución de ayuda en Gaza han [exacerbado](#) los efectos de las restricciones.

Un médico que trabajó como voluntario en el Hospital Europeo de Khan Younis, en el sur de Gaza, durante dos semanas a fines de enero, dijo que el personal médico se vio obligado a tratar a pacientes con suministros médicos limitados. Describió la dificultad de tratar la desnutrición y la deshidratación, al carecer de elementos esenciales como glucosa, electrolitos y sondas de alimentación. Dijo que la madre de un paciente, desesperada por encontrar so-



Una niña de 11 años recibe tratamiento por desnutrición y deshidratación grave en el Hospital Kamal Adwan en Beit Lahia, Gaza.

luciones, recurrió a triturar papas para crear un líquido improvisado para la alimentación por sonda. A pesar de su insuficiencia nutricional, el médico dijo: “Terminé diciéndoles a mis otros pacientes que buscaran papas e hicieran lo mismo”.

El 26 de enero, la Corte Internacional de Justicia, en un caso presentado por Sudáfrica, ordenó medidas provisionales, incluida la exigencia de que Israel “tome medidas inmediatas y efectivas para permitir la prestación de servicios básicos y ayuda humanitaria que se necesitan con urgencia” y otras acciones para cumplir con la Convención sobre el Genocidio de 1948. El 28 de marzo, el tribunal indicó que Israel no había cumplido con esta orden e impuso una medida provisional más detallada que exigía al gobierno garantizar el suministro sin obstáculos de servicios básicos y ayuda en plena cooperación con la ONU, al tiempo que señaló que “la hambruna se ha apoderado de Gaza”.



Un niño de 9 años, que sufre desnutrición, recibe tratamiento después de ser evacuado del norte de la Franja de Gaza al hospital de campaña IMC en Rafah, Gaza.

Los gobiernos deberían imponer sanciones selectivas, incluidas prohibiciones de viajar y congelación de activos, contra funcionarios e individuos responsables de seguir cometiendo crímenes de guerra de castigo colectivo, obstrucción deliberada de la ayuda humanitaria y utilizar el hambre de civiles como arma de guerra.

Varios países han respondido a las restricciones ilegales del gobierno israelí a la asistencia lanzando ayuda desde el aire. Estados Unidos también se comprometió a construir un puerto marítimo temporal en Gaza. Sin embargo, [grupos de ayuda](#) y [funcionarios de la ONU](#) han dicho que tales esfuerzos son inadecuados para prevenir una hambruna. Otro intento de entregar ayuda por mar se detuvo después de un ataque israelí contra trabajadores humanitarios el 1 de abril.

El 4 de abril, el gabinete israelí [acordó varias medidas](#) para aumentar la cantidad de ayuda que ingresa a Gaza, aparentemente tras la presión del gobierno estadounidense.

“Los gobiernos indignados por el gobierno israelí que mata de hambre a civiles en Gaza no deberían buscar soluciones provisionales a esta crisis humanitaria”, dijo Shakir. “El anuncio de Israel de que aumentará la ayuda demuestra que la presión exterior funciona. Los aliados de Israel como Estados Unidos, Reino Unido, Francia y Alemania deben presionar para que se entregue ayuda a toda prisa, suspendiendo inmediatamente sus transferencias de armas”.

“Los gobiernos indignados por el gobierno israelí que mata de hambre a civiles en Gaza no deberían buscar soluciones provisionales a esta crisis humanitaria”, dijo Shakir. “El anuncio de Israel de que aumentará la ayuda demuestra que la presión exterior funciona. Los aliados de Israel como Estados Unidos, Reino Unido, Francia y Alemania deben presionar para que se entregue ayuda a toda prisa, suspendiendo inmediatamente sus transferencias de armas”.

## Hambruna en Gaza

Antes de las actuales hostilidades, se estimaba que 1,2 millones de los entonces 2,2 millones de habitantes de Gaza [enfrentaban una grave inseguridad alimentaria](#), y más de 80% dependía de la ayuda humanitaria. Israel [mantiene un control general](#) sobre Gaza, incluido el movimiento de personas y bienes, las aguas territoriales, el espacio aéreo, la infraestructura de la que depende Gaza y el registro de población. Esto deja a la población de Gaza, a la que Israel ha sometido a un cierre ilegal durante más de 16 años, casi completamente dependiente de Israel para acceder a combustible, electricidad, medicinas, alimentos y otros productos básicos.

Sin embargo, antes del 7 de octubre, grandes cantidades de asistencia humanitaria llegaron a la población. “Antes de esta crisis, había suficiente comida en Gaza para alimentar a la pobla-

ción”, [afirmó el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus](#). “La desnutrición era algo poco común. Ahora la gente está muriendo y muchas más están enfermas”.

La OMS informó que el número de niños menores de 5 años que padecen desnutrición aguda ha aumentado de 0,8% antes de las hostilidades en Gaza a entre 12,4 y 16,5% en el norte de Gaza. Oxfam [dijo el 3 de abril](#) que, desde enero, la gente en el norte de Gaza se ha visto obligada a sobrevivir con un promedio de 245 calorías al día, “menos que una lata de porotos”.

Según un análisis de vulnerabilidad nutricional realizado en marzo por el Grupo Mundial de Nutrición, una red de organizaciones humanitarias presidida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 90% de los niños de entre 6 y 23 meses y las mujeres embarazadas y lactantes en toda Gaza se enfrentaban a una “pobreza alimentaria grave”, ya que comían dos o menos grupos de alimentos cada día.

Los niños con problemas de salud preexistentes son particularmente vulnerables a los efectos devastadores de la desnutrición, que debilita significativamente la inmunidad. Y el hambre, incluso para los supervivientes, [provoca daños duraderos](#), especialmente en los niños, provocando retrasos en el crecimiento, problemas cognitivos y retrasos en el desarrollo.

El Ministerio de Salud de Gaza [anunció](#) el 8 de marzo que alrededor de 60.000 mujeres embarazadas en Gaza sufrían desnutrición, deshidratación y atención médica inadecuada. La mala nutrición durante el embarazo [daña tanto al bebé como a la madre](#), aumentando el riesgo de abortos espontáneos, muertes fetales, desarrollo comprometido del sistema inmunológico, impactos en el crecimiento y mortalidad materna.

Las personas mayores también corren un riesgo especial de desnutrición, lo que aumenta la mortalidad entre quienes padecen enfermedades agudas o crónicas. HelpAge International informó que incluso antes de octubre, [45% de las personas mayores](#) en Gaza se acostaban con hambre al menos una vez a la semana, y 6% pasaba hambre todas las noches.

El impacto sobre la población de Gaza del uso del hambre por parte del gobierno israelí como arma de guerra se ve agravado por el [colapso casi total del sistema de salud](#). De los 36 hospitales de Gaza, según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), [sólo 10 están operativos](#), ninguno de ellos en pleno funcionamiento, como resultado de los [repetidos ataques aparentemente ilegales](#) del ejército israelí contra instalaciones, personal y transporte médicos, así como las severas restricciones al ingreso de combustibles y otros insumos.

## Testimonios desde Gaza

El 19 de marzo, Andrea De Domenico, jefe de la OCHA en el territorio palestino ocupado, visitó el Hospital Kamal Adwan, donde, [según dijo](#), llegan diariamente unos 15 niños desnutridos debido a la escasez de alimentos, agua y saneamiento adecuado. Describió las terribles condiciones en el hospital, señalando daños en ciertas áreas y su dependencia de un solo generador.

Entre los casos que investigó Human Rights Watch:

- Un hombre de Beit Lahia dijo que su hijo pequeño, Abdelaziz, murió pocas horas después de que su madre, gravemente desnutrida, lo diera a luz en el Hospital Kamal Adwan el 24 de febrero. Compartió el certificado de defunción de Abdelaziz con Human Rights Watch, que decía que Abdelaziz nació prematuro. Su padre dijo que el personal del hospital conectó a Abdelaziz a un ventilador porque tenía problemas para respirar, pero que el ventilador dejó de funcionar después de que el hospital se quedó sin el combustible necesario unas

horas más tarde. “Abdelaziz murió inmediatamente”, dijo. Expresó su preocupación por su esposa, que había sobrevivido a base de legumbres y alimentos enlatados, y enfatizó su lucha constante por acceder a una alimentación adecuada.

- El padre de gemelas recién nacidas dijo que una de sus bebés, Joud, murió en el Hospital Kamal Adwan el 2 de marzo después de sufrir desnutrición, ocho días después de su nacimiento. Dijo que luchaba por alimentar a su familia antes del nacimiento de las niñas, pero que sólo tenían pan para comer, sin carne ni proteínas. Dijo que después del nacimiento de las gemelas, su esposa no podía producir leche para amamantarlas y que la leche comprada en las tiendas escaseaba. Describió el deterioro de la condición de Joud y dijo que sus “extremidades se enfriaron mucho y respiraba muy lentamente”. Su suegra acompañó a Joud al hospital, donde falleció más tarde. El padre expresó preocupación por la salud de la gemela superviviente.
- Fadi, un niño de 6 años del barrio de Al-Nasser en la ciudad de Gaza, tiene fibrosis quística, un trastorno genético que daña los pulmones. La madre de Fadi dijo que, debido al bloqueo israelí, tenía dificultades para obtener los medicamentos necesarios y proporcionarle una alimentación adecuada. A mediados de enero, la salud de Fadi se había deteriorado hasta el punto de que ya no podía caminar, lo que provocó su hospitalización. “Fadi pesaba 30 kilogramos antes de la guerra, ahora pesa 12”, dijo. Fadi fue evacuado del Hospital Kamal Adwan el 23 de marzo y estaba recibiendo tratamiento en un hospital de El Cairo, dijo un familiar el 28 de marzo.
- Wissam Hammad, tío de Muhammad, de 5 años, que tiene parálisis cerebral, es intolerante a la lactosa y al gluten y sólo puede consumir alimentos compuestos, tuvo grandes dificultades para conseguirle comida. “La mayor parte de su comida debe consistir en frutas y verduras, que es lo que intento comprar. Pero lo único que puedo encontrar y comprar son naranjas. El problema es que no puede masticar, así que tenemos que procesar su alimento. Todo es muy caro”, relató.
- El Dr. Ahmed Shahin, pediatra, dijo que antes de poder salir de Gaza el 16 de noviembre, Osman, su hijo de 14 años con parálisis cerebral, que utiliza una sonda de alimentación por gastrostomía, había perdido siete kilogramos desde el comienzo de las hostilidades, porque carecían de acceso a los alimentos específicos que necesitaba, como verduras, y a electricidad para procesar sus alimentos.

## **Obstáculos para la entrega de ayuda**

Los continuos bombardeos y operaciones terrestres israelíes, la falta de garantías de seguridad por parte de Israel, los daños generalizados a la infraestructura y las interrupciones en las comunicaciones dificultan la distribución de la escasa ayuda que llega a Gaza. Las organizaciones humanitarias han informado que las fuerzas israelíes han atacado sus convoyes de ayuda y a sus trabajadores. Las fuerzas israelíes también dispararon y bombardearon a personas que se congregaban para recoger ayuda, matando e hiriendo a cientos.

Un portavoz del gobierno israelí declaró el 18 de marzo que la ayuda que ingresaba a Gaza no enfrentaba límites aparte de las preocupaciones de seguridad. Otros funcionarios culparon a la ONU por los retrasos en la distribución y acusaron a Hamás de desviar la ayuda o a la policía de Gaza de no asegurar los convoyes. El 29 de marzo, el Coordinador de Actividades Gubernamentales en los Territorios (COGAT), el organismo del Ministerio de Defensa de Israel que rige los asuntos civiles en los territorios palestinos, cuestionó el informe humanitario del 18 de marzo respaldado por la ONU que advertía sobre una hambruna inminente y dijo que

“no refleja la situación completa”. El COGAT negó que el gobierno israelí estuviera matando de hambre deliberadamente a la población civil de Gaza. Human Rights Watch escribió a COGAT el 2 de abril solicitando comentarios sobre sus hallazgos, pero no recibió respuesta al momento de la publicación.

Sin embargo, la OCHA informó el 8 de abril que sólo una de las cuatro misiones de ayuda alimentaria que requieren coordinación en Gaza fue facilitada por las autoridades israelíes en marzo. Sólo nueve envíos de ayuda del Programa Mundial de Alimentos (PMA) han llegado al norte desde el 1 de enero, el más reciente de los cuales fue de 18 camiones el 17 de marzo. El PMA dijo que se necesitan al menos 300 camiones cada día sólo para el norte.

Estados Unidos ha recurrido al lanzamiento de alimentos desde el aire en Gaza y planea construir un muelle flotante en el mar para entregar ayuda, una propuesta criticada por 26 organizaciones no gubernamentales, incluida Human Rights Watch, como “arriesgada, costosa e ineficaz”. El coordinador humanitario de la ONU, Jamie McGoldrick, subrayó que el transporte por carretera es la única solución viable para aumentar el flujo de ayuda.

Las restricciones a la entrega de ayuda dificultan especialmente el acceso a alimentos para las personas que requieren una dieta específica. Varios representantes de organizaciones humanitarias dijeron que no habían podido proporcionar alimentos a los niños con dietas especiales ni llegar hasta ellos. Un miembro del personal del Fondo de Ayuda a la Infancia Palestina dijo que sólo podían proporcionar fórmula para bebés y no podían responder a las necesidades de los niños con requisitos dietéticos específicos. Medical Aid for Palestina dijo que los alimentos especiales que tenían almacenados se agotaron rápidamente y, desde entonces, no han podido encontrar ni proporcionar alimentos especializados a los necesitados. “La ayuda apenas llega: una cuarta parte de la población corre riesgo de sufrir hambruna. En estas circunstancias, las personas con discapacidad y las personas en situación de vulnerabilidad son las que más sufren. Cuando se habla de alimentación, es difícil apoyar a personas que necesitan una dieta específica y asistencia médica”, lamentó.

Tras un ataque aéreo israelí en el centro de Gaza el 1 de abril de 2024, que alcanzó tres vehículos marcados de la organización internacional de alimentos World Central Kitchen y mató a siete trabajadores humanitarios de varios países, Chipre anunció que los barcos que transportaban alrededor de 240 toneladas de ayuda para Gaza regresarían. World Central Kitchen, Project Hope y Anera, todos proveedores de ayuda alimentaria, suspendieron sus operaciones en Gaza a la luz del ataque, y los Emiratos Árabes Unidos suspendieron su participación en un corredor de ayuda marítima.

Desde 2005, la República Democrática del Congo sigue siendo el país que notifica el mayor número de casos al año (más de 1.000). La mayoría de los casos notificados son sospechosos y hay pocos casos confirmados por laboratorio. Hasta el momento, sólo se reporta en el país el Clado I del virus mpox. En las provincias endémicas (donde se notifican casos durante más de cinco años consecutivos), la mayoría de los casos notificados son niños menores de 15 años, sin embargo, en las provincias que notificaron por primera vez casos de mpox, como Kinshasa y Sud-Kivu, la enfermedad afecta en su mayoría mujeres y hombres de 20 a 30 años.

Hasta el momento, el mayor número de casos notificados se registró en 2023, con un total de 14.626 casos y 654 muertes (tasa de letalidad de 4,5%). El mismo año, la primera transmisión sexual de la enfermedad de persona a persona se documentó en marzo en la provincia de Kwango y posteriormente en julio y septiembre en la ciudad capital de Kinshasa y la provincia de Sud-Kivu, respectivamente, lo que muestra los cambios en la epidemiología de la mpox en el país.

En el último informe, correspondiente a la semana epidemiológica (SE) 6 de 2024, se notificó un total de 534 nuevos casos sospechosos en 11 provincias, con 36 muertes (tasa de letalidad de 6,7%). Para el mismo período de 2023 (SE 1 a SE 6), hubo un número acumulado de 952 casos sospechosos y se notificaron 44 muertes (tasa de letalidad de 4,6%). Esto muestra un aumento significativo en el número de casos sospechosos en 2024 en comparación con el mismo período de 2023.

En 2024, entre la SE 1 y la SE 6, se ha notificado en la República Democrática del Congo un total de 2.609 casos, 360 confirmados y 218 muertes (tasa de letalidad de 8,4%); 18 de 26 provincias (69,0%) y 100 de 519 zonas sanitarias (19,3%) han notificado al menos un caso sospechoso de mpox en 2024.

El primer caso humano de mpox se informó en un niño de 9 meses en 1970 en la República Democrática del Congo. Desde entonces, la enfermedad evolucionó de forma endémica con un número de casos y una extensión geográfica crecientes. Durante mucho tiempo se ha supuesto un origen zoonótico de la enfermedad, aunque hasta la fecha se desconocen los reservorios naturales del virus mpox. El virus solo se ha aislado una vez de una única ardilla (*Funisciurus anerythrus*) en la República Democrática del Congo; a menudo se ha postulado el contacto con animales silvestres (monos y roedores como las ardillas) como un factor de riesgo de infección por mpox en el país.

### Acciones de salud pública

- El 16 de diciembre de 2022, las autoridades sanitarias del país declararon el brote de mpox a nivel nacional, y en febrero de 2023 se creó una estructura nacional de gestión de incidentes para mpox con el principal objetivo de desarrollar e implementar un plan nacional sólido para controlar el brote.
- Las reuniones nacionales de Gestión de Incidentes para Mpox se llevan a cabo periódicamente.

- Del 27 al 29 de febrero de 2024 se llevó a cabo un taller nacional para desarrollar el Plan Nacional Integrado de Preparación y Respuesta al brote de mpox.
- Continúan las investigaciones conjuntas de casos entre el Ministerio de Salud y sus socios en las provincias afectadas.
- Se están llevando a cabo la recolección y el análisis de muestras para la confirmación de la enfermedad, así como el manejo de casos según las pautas nacionales de mpox.

### **Interpretación de la situación**

La mpox sigue siendo una enfermedad que preocupa en la República Democrática del Congo. Su importancia ha aumentado incluso con la reciente documentación de la transmisión sexual de persona a persona. El brote también evoluciona en un contexto de inseguridad y crisis humanitaria en algunas zonas del país que dificulta el acceso de los pacientes a la atención sanitaria, en particular en las tres provincias del este del país: Ituri, Nord-Kivu y Sud-Kivu. Con una tasa de crecimiento poblacional de 3,3%, la población congoleña aumenta anualmente, y todo ello sin inmunidad natural ni vacunal contra la mpox. Hasta la fecha, se desconoce el reservorio natural del virus mpox; se están llevando a cabo algunos estudios ecoepidemiológicos con socios de investigación nacionales e internacionales que colaboran para determinar el reservorio y los huéspedes incidentales.

Según el *Informe global sobre hepatitis 2024* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de vidas perdidas debido a la hepatitis viral está aumentando. La enfermedad es la segunda causa infecciosa de muerte a nivel mundial, con 1,3 millones de muertes por año, la misma cantidad que la tuberculosis, una de las principales causas de muerte infecciosa.

El informe destaca que, a pesar de mejores herramientas para el diagnóstico y tratamiento y la disminución de los precios de los productos, las tasas de cobertura de pruebas y tratamiento se han estancado. Pero aún debería ser posible alcanzar el objetivo de eliminación de la OMS para 2030, si se toman medidas rápidas ahora.

Nuevos datos de 187 países muestran que el número estimado de muertes por hepatitis viral aumentó de 1,1 millones en 2019 a 1,3 millones en 2022. De ellas, 83% fueron causadas por hepatitis B y 17% por hepatitis C. Todos los días, 3.500 personas mueren en todo el mundo debido a las hepatitis B y C.

“Este informe presenta un panorama preocupante: a pesar de los avances mundiales en la prevención de las infecciones por hepatitis, las muertes están aumentando porque se diagnostica y trata a muy pocas personas con hepatitis”, afirmó el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. “La OMS se compromete a ayudar a los países a utilizar todas las herramientas a su disposición –a precios accesibles– para salvar vidas y cambiar esta tendencia”.

Las estimaciones actualizadas de la OMS indican que, en 2022, 254 millones de personas vivían con hepatitis B y 50 millones con hepatitis C. La mitad de la carga de las infecciones crónicas por hepatitis B y C se produce entre personas de 30 a 54 años, y 12% entre niños menores de 18 años. Los hombres representan el 58% de todos los casos.

Las nuevas estimaciones de incidencia indican una ligera disminución en comparación con 2019, pero la incidencia general de las hepatitis virales sigue siendo alta. En 2022, hubo 2,2 millones de nuevas infecciones, frente a los 2,5 millones de 2019.

Estas incluyen 1,2 millones de nuevas infecciones por hepatitis B y casi un millón de nuevas infecciones por hepatitis C. Más de 6.000 personas contraen hepatitis virales cada día.

Las estimaciones revisadas se derivan de datos mejorados de encuestas nacionales de prevalencia. También indican que las medidas de prevención como la inmunización y las inyecciones seguras, junto con la ampliación del tratamiento de la hepatitis C, han contribuido a reducir la incidencia.



## Progresos globales y brechas en el diagnóstico y tratamiento

En todas las regiones, solo 13% de las personas que viven con infección crónica por hepatitis B habían sido diagnosticadas y aproximadamente 3% (7 millones) habían recibido terapia antiviral a fines de 2022. En cuanto a la hepatitis C, 36% había sido diagnosticada y 20% (12,5 millones) habían recibido tratamiento curativo.



Estos resultados están muy por debajo de los objetivos mundiales de tratar a 80% de las personas que viven con hepatitis B y hepatitis C crónicas para 2030. Sin embargo, indican una mejora leve pero constante en la cobertura de diagnóstico y tratamiento desde las últimas estimaciones reportadas en 2019. Específicamente, el diagnóstico de la hepatitis B aumentó de 10% a 13% y el tratamiento de 2% a 3%, y el diagnóstico de la hepatitis C de 21% a 36%, y el tratamiento de 13% a 20%.

La carga de hepatitis viral varía regionalmente. La Región de África de la OMS soporta 63% de las nuevas infecciones por hepatitis B; sin embargo, a pesar de esta carga, sólo 18% de los recién nacidos en la región reciben la vacuna contra la hepatitis B al nacer. En la Región del Pacífico Occidental, que representa 47% de las muertes por hepatitis B, la cobertura de tratamiento es de 23% entre las personas diagnosticadas, cifra demasiado baja para reducir la mortalidad.

Bangladesh, China, Etiopía, Filipinas, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, Rusia y Vietnam soportan colectivamente casi dos tercios de la carga mundial de las hepatitis B y C. Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento en estos diez países para 2025, junto con esfuerzos intensificados en la Región Africana, es esencial para que la respuesta global vuelva a encaminarse hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

## Disparidades en precios y prestación de servicios

A pesar de la disponibilidad de medicamentos genéricos asequibles para la hepatitis viral, muchos países no logran adquirirlos a estos precios más bajos.

Las disparidades de precios persisten tanto entre las regiones de la OMS como dentro de ellas, y muchos países pagan por encima de los puntos de referencia mundiales, incluso por medicamentos sin patente o cuando están incluidos en acuerdos de licencia voluntaria. Por ejemplo, aunque el tenofovir para el tratamiento de la hepatitis B no tiene patente y está disponible a un precio de referencia mundial de 2,4 dólares estadounidenses al mes, sólo 7 de los 26 países que informaron pagaron precios iguales o inferiores al precio de referencia.

De manera similar, un tratamiento de 12 semanas de sofosbuvir/daclatasvir pangenotípico para tratar la hepatitis C está disponible a un precio de referencia mundial de 60 dólares estadounidenses, pero sólo 4 de los 24 países que informaron pagaron precios iguales o inferiores al precio de referencia.

La prestación de servicios sigue siendo centralizada y vertical, y muchas poblaciones afectadas todavía deben pagar de su bolsillo los servicios de hepatitis viral.

Sólo 60% de los países que informaron ofrecen servicios de pruebas y tratamiento de hepatitis virales gratuitos, total o parcialmente, en el sector público. La protección financiera es menor en la Región de África, donde sólo alrededor de un tercio de los países informantes prestan estos servicios de forma gratuita.

### **Recomendaciones para acelerar la eliminación de la hepatitis.**

El informe describe una serie de acciones para promover un enfoque de salud pública frente a la hepatitis viral, diseñado para acelerar el progreso hacia el fin de la epidemia para 2030. Incluyen:

- ampliar el acceso a pruebas y diagnósticos;
- pasar de las políticas a la implementación para lograr un trato equitativo;
- fortalecer los esfuerzos de prevención en atención primaria;
- simplificar la prestación de servicios, optimizar la regulación y el suministro de productos;
- desarrollar supuestos de inversión en países prioritarios;
- movilizar financiación innovadora;
- utilizar datos mejorados para la acción; e
- involucrar a las comunidades afectadas y a la sociedad civil y promover la investigación para mejorar los diagnósticos y posibles curas para la hepatitis B.

### **La financiación sigue siendo un desafío**

La financiación para las hepatitis virales, tanto a nivel mundial como dentro de los presupuestos de salud específicos de los países, no es suficiente para satisfacer las necesidades. Esto surge de una combinación de factores, incluida la conciencia limitada sobre las intervenciones y herramientas de ahorro de costos, así como prioridades contrapuestas en las agendas de salud globales. Este informe busca arrojar luz sobre las estrategias para que los países aborden estas desigualdades y accedan a las herramientas a los precios más asequibles disponibles.

Curso virtual

# Infecciones asociadas a dispositivos médicos

Cómo enfocar de manera integral un problema frecuente

**Directores:**

Dr. Esteban Nannini, Dra. Marisa Sánchez



Cuotas SIN INTERÉS

## PROGRAMA

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.

## DOCENTES

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.

## INSCRIPCIÓN

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocoba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.