

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la encefalitis equina del Oeste

AMÉRICA

- Situación epidemiológica del cólera en la Región
- Brasil: Primera muerte por fiebre amarilla del año en São Paulo
- Estados Unidos: Detectan fragmentos del virus de la influenza aviar en la leche vacuna

- Estados Unidos: Alerta por efectos adversos vinculados a inyecciones de toxina botulínica falsificadas

EL MUNDO

- Burundi: Los casos de cólera presentan una tendencia a la baja
- España: Internaron una persona en Salamanca con fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Europa: Persiste una elevada carga de hepatitis B y C en la Región

- Nigeria: Murieron 19 niños por complicaciones del sarampión en Adamawa

- Palestina: Más de 200 trabajadores humanitarios han sido asesinados en la franja de Gaza por el ejército israelí

- República Centroafricana: Declararon un brote de meningitis meningocócica en Batangafo-Kabo

- República del Congo: Situación epidemiológica de la mpox

- Tailandia: Los casos de dengue se han incrementado en 123% en 2024

- Túnez: Alarmante situación epidemiológica de la rabia

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.

Situación epidemiológica en animales

Desde la alerta emitida el 25 de noviembre de 2023 y hasta el 28 de abril de 2024, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) ha confirmado un total de 1.593 brotes de encefalitis equina del Oeste¹ en equinos en 17 provincias.

Provincia/Región	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	14	829	—	2	4	843	849
Córdoba	2	177	—	2	4	179	185
Entre Ríos	4	75	—	—	2	79	81
Santa Fe	3	209	—	—	3	212	215
Centro	23	1.290	—	4	13	1.313	1.330
Mendoza	5	3	—	—	2	8	10
San Juan	—	—	—	—	1	—	1
San Luis	1	4	—	1	1	5	7
Cuyo	6	7	—	1	4	13	18
Chaco	1	24	—	2	—	25	27
Corrientes	3	54	—	—	5	57	62
Formosa	1	14	—	—	2	15	17
Misiones	—	—	—	—	2	—	2
Noreste Argentino	5	92	—	2	9	97	108
Catamarca	1	—	—	—	2	1	3
Jujuy	—	—	—	1	2	—	3
La Rioja	3	1	—	—	1	4	5
Salta	1	2	—	—	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	—	1	1	9	11
Tucumán	—	—	10	3	4	—	17
Noroeste Argentino	6	11	10	5	11	17	43
Chubut	1	8	—	—	—	9	9
La Pampa	3	39	—	—	2	42	44
Neuquén	1	1	—	1	1	2	4
Río Negro	2	34	—	—	—	36	36
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
Sur	7	82	—	1	3	89	93
Total Argentina	47	1.482	10	13	40	1.529	1.592

Casos de encefalitis equina del Oeste en equinos, según jurisdicción. Argentina. Datos al 28 de abril de 2024.
Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.

El 24 de enero se estableció la [vacunación obligatoria](#) en todo el territorio contra las encefalomielititis equinas del Este y del Oeste para todos los équidos que tengan al menos dos meses de vida, en el marco de la emergencia sanitaria por la enfermedad establecida mediante la Resolución 1219/2023.

¹ Un brote puede involucrar a uno o más animales afectados.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la semana epidemiológica (SE) 49 de 2023, llegando a los 480 casos y ha disminuido a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52, sosteniéndose en descenso hasta la SE 6 de 2024, registrándose casos esporádicos desde entonces. No se han notificado nuevos casos desde la SE 13.

Situación epidemiológica en humanos

Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48 de 2023, hasta el 18 de abril de 2024 (SE 16) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 501 casos sospechosos en 19 provincias; se confirmaron hasta el momento 102 casos, 23 han sido clasificados como probables y 80 han sido descartados.

Se han registrado hasta el momento casos confirmados y/o probables entre la SE 46 de 2023 y la SE 12 de 2024. En las últimas tres SE se registran, por el momento, casos sospechosos que se encuentran aún en estudio. El mayor número de casos positivos se registró entre la SE 51 de 2023 y la SE 5 de 2024.

Los casos confirmados se identificaron en ocho jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y las provincias de Buenos Aires (61), Santa Fe (20), Córdoba (10), Entre Ríos (6), La Pampa (1) Río Negro (1) y Santiago del Estero (1).

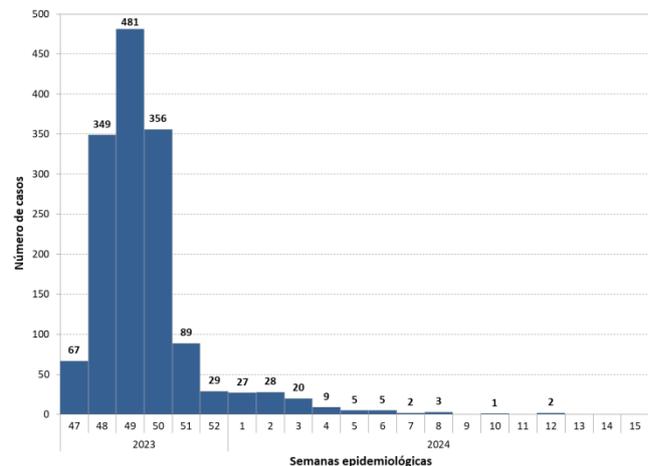
Los últimos casos confirmados según fecha de inicio de los síntomas corresponden a pacientes con residencia o estadía en la provincia de Buenos Aires (Chascomús y Chivilcoy).

Se identificaron casos confirmados en todos los grupos etarios, con una mediana de edad de 57,5 años (rango de 4 meses a 81 años); el 60% de los casos se acumula en los grupos etarios de 50 a 69 años. Hasta el momento, 87% corresponde a personas de sexo masculino y 13% al sexo femenino.

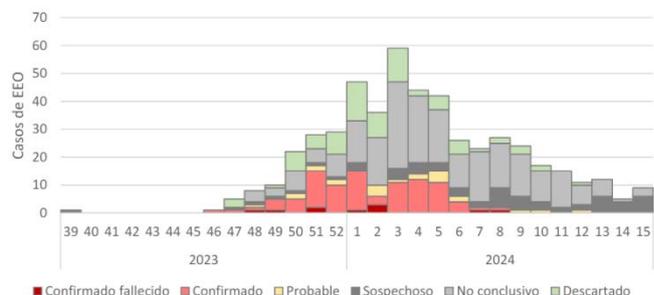
Entre los casos confirmados, se registran hasta la fecha 10 fallecidos, en las provincias de Buenos Aires (5), Santa Fe (2), Córdoba (1), Entre Ríos (1) y Río Negro (1).



Brotes de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. Datos al 28 de abril de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



Casos positivos por laboratorio y clínica de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. De semana epidemiológica 47 de 2023 a 15 de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según clasificación. Argentina. De semana epidemiológica 39 de 2023 a 15 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Siete de los 10 fallecidos consignaron haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semi-rural; los tres restantes se encuentran en investigación. Siete de los diez fallecidos consignaron antecedentes de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, entre otras). Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 36 y 74 años, ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino.

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Sospechoso	Sospechoso no conclusivo	Descartado	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	—	4	6	—	12
Buenos Aires	61	21	32	136	39	289
Córdoba	10	—	5	15	3	33
Entre Ríos	6	—	3	7	9	25
Santa Fe	20	1	10	58	13	102
Centro	99	22	54	222	64	461
Mendoza	—	—	—	3	4	7
San Juan	—	—	2	1	1	4
San Luis	—	—	3	—	—	3
Cuyo	—	—	5	4	5	14
Chaco	—	—	—	2	1	3
Corrientes	—	—	—	4	—	4
Formosa	—	—	—	—	1	1
Noreste Argentino	—	—	—	6	2	8
Jujuy	—	—	—	1	—	1
Salta	—	—	—	—	1	1
Santiago del Estero	1	—	1	—	3	5
Tucumán	—	—	—	—	1	1
Noroeste Argentino	1	—	1	1	5	8
La Pampa	1	—	—	1	2	4
Neuquén	—	—	—	—	1	1
Río Negro	1	1	—	1	1	4
Santa Cruz	—	—	1	—	—	1
Sur	2	1	1	2	4	10
Total Argentina	102	23	61	235	80	501

Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 48 de 2023 a 15 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



26/04/2024

En octubre del 2022, las autoridades de salud de Haití notificaron casos confirmados de infección por *Vibrio cholerae* O1 en la zona metropolitana de Port-au-Prince, después de tres años sin que se registraran casos confirmados de cólera. Desde entonces, en la Región de las Américas, se han registrado casos en Haití y República Dominicana.

Adicionalmente, y desde la última actualización epidemiológica de cólera de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), del 28 de febrero de 2023, Brasil ha reportado un caso confirmado de cólera.

A continuación, la situación epidemiológica de esta enfermedad en los tres países:

- **Brasil:** El 17 de abril de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional del país notificó un caso autóctono de cólera en el municipio de Salvador, estado de Bahia. El caso corresponde a un hombre de 60 años, que desarrolló malestar abdominal y diarrea acuosa el 19 marzo de 2024; no presenta antecedente de viaje a países con casos confirmados, ni de contacto con casos sospechosos o confirmados de cólera. El 28 de marzo buscó atención médica y se recolectó una muestra de materia fecal que fue positiva para *Vibrio cholerae* el 31 de marzo. La muestra fue enviada para su análisis a la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), Laboratorio Nacional de Referencia. El caso permaneció hospitalizado hasta el 3 de abril, con evolución favorable. El 16 de abril, la FIOCRUZ confirmó la identificación de *V. cholerae* O1 Ogawa toxigénico.

Durante el seguimiento a contactos, se identificó un contacto cercano asintomático, a quien se le tomó una muestra el 17 de abril del 2024, la cual fue positiva para *V. cholerae* y está pendiente la identificación del serotipo y la toxigenicidad. Otros contactos en seguimiento han resultado negativos para *V. cholerae*. Hasta la fecha no se ha podido identificar el origen de la infección y la investigación epidemiológica continúa siendo realizada por las autoridades de salud del país. Este es el primer caso autóctono de cólera notificado en Brasil desde 2005.

- **Haití:** Entre el 2 de octubre de 2022 y el 11 de abril de 2024, el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití (MSPP), informó un total de 82.885 casos sospechosos en los 10 departamentos del país, incluidos 4.836 casos confirmados, 80.436 casos sospechosos internados y 1.270 defunciones registradas. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos es de 1,5% (tasa de letalidad institucional de 1,2%).

De un total de 14.980 muestras analizadas por el laboratorio Nacional de Salud Pública de Haití, 4.836 fueron confirmados (tasa de positividad 32,3%).

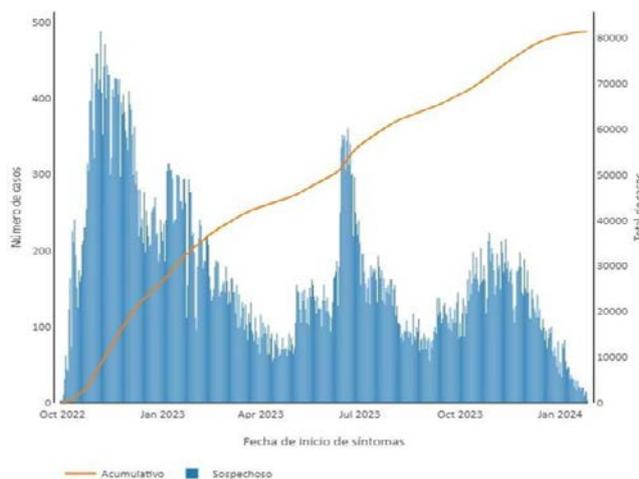
Del total de casos confirmados, 56% son hombres y 48% son personas de 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 5 a 9 años (15%), seguido por el de 20 a 29 años (14%) y el de 2 a 4 años (14%).

El Departamento Ouest sigue reportando el mayor número de casos, con 35% de todos los casos sospechosos notificados. Las municipalidades de Port-au-Prince, Cité-Soleil y Carrefour representan 51,5% (14.771 casos) de todos los casos sospechosos reportados en el departamento.

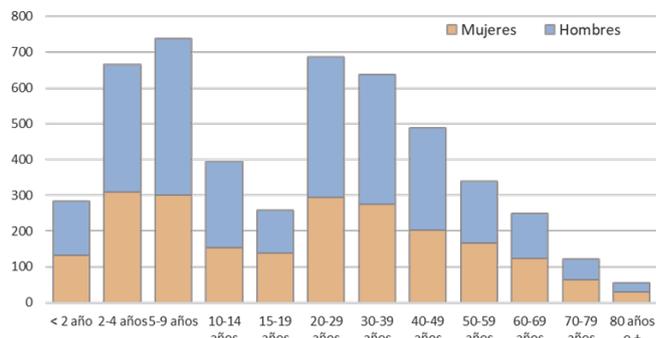
Al analizar la situación epidemiológica del brote de cólera en Haití, usando los datos oficiales disponibles, deben tenerse en cuenta las condiciones actuales en el país. La vigilancia epidemiológica se ve afectada debido a la compleja crisis humanitaria y de seguridad, por lo que el acceso a los servicios de salud y a los laboratorios es limitado. Además, la mayoría de la población en el país se encuentra en una situación altamente vulnerable ante el establecimiento de cadenas de transmisión de cólera en los departamentos y municipalidades. Adicionalmente, esta vulnerabilidad está también relacionada con las condiciones limitadas de acceso generalizado a agua segura, saneamiento e higiene. La crisis humanitaria y la inseguridad se han exacerbado en los últimos meses. Esto ha socavado considerablemente los esfuerzos del MSPP y otras organizaciones para la implementación de medidas de prevención y control, incluyendo la vigilancia epidemiológica, lo que provoca un subregistro de casos.

- **República Dominicana:** desde la notificación del primer caso confirmado el 20 de octubre de 2022, al 30 de diciembre de 2023, se ha notificado un total de 332 casos confirmados. En 2023 se notificaron 310 casos confirmados incluyendo dos casos fallecidos, para una tasa de incidencia de 2,87 cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,65%. Los casos se confirmaron en el Distrito Nacional (112 casos) y en las provincias de Barahona (67), Santo Domingo (51), Santiago (34), Elías Piña (12), La Romana (7), San Juan (5), San Pedro de Macorís (5), Bahoruco (4), Independencia (3), La Altagracia (2), La Vega (2), Monte Cristi (2), San Cristóbal (2) y Dajabón (1), y adicionalmente se registró un caso en un extranjero.

En 2024, hasta la SE 14, se notificaron 113 casos sospechosos, incluyendo un caso fallecido (en investigación), de los cuales 15 se confirmaron, para una tasa de incidencia de 0,14 cada 100.000 habitantes. Los casos se confirmaron en el Distrito Nacional (5 casos) y en las provincias de Santiago (3), Bahoruco (2), Monte Cristi (2), Santo Domingo (2) y un caso en un extranjero.



Distribución de casos diarios sospechosos. Haití. Del 29 de septiembre del 2022 al 11 de enero de 2024. Fuente: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haití.



Casos confirmados según grupos etarios y sexo. Haití. Del 29 de septiembre de 2022 al 11 de abril de 2024. Fuente: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haití.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

El Estado de São Paulo alertó a la población sobre el riesgo de contagio por fiebre amarilla luego de que el estado registrara la primera muerte confirmada por la enfermedad en 2024. El caso fue un hombre de 50 años, residente en el barrio de Jaboticabal, en Águas de Lindóia, São Paulo, y transitaba por la región de Monte Sião, en Minas Gerais.

El caso presentó los primeros síntomas el 23 de marzo y falleció seis días después en el Hospital de Clínicas de la Universidad Estadual de Campinas, São Paulo, donde permaneció internado.

Se descartó la hipótesis de dengue u otros arbovirus urbanos, así como fiebre manchada brasileña y hantaviriosis. La sospecha de fiebre amarilla fue confirmada por el Instituto 'Adolfo Lutz' el 13 de abril.

Según el municipio, el paciente trabajaba en la ciudad de Minas Gerais, por lo que la sospecha es que el caso fue importado. El ministerio destacó que en la ciudad no se han identificado otros casos hasta el momento.

La Secretaría de Salud del Estado intensificó las acciones de vigilancia sanitaria y vacunación en la región de Águas de Lindóia, reforzando la importancia de la vacunación y la sensibilización sobre la inmunización rutinaria, no sólo en tiempos de epidemia o pandemia, para evitar casos más graves. La vacuna contra la fiebre amarilla forma parte del calendario de vacunación y está disponible en todos los centros de salud del estado. Hasta el 22 de abril, en todo el estado, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla era de 68,47%.

Desde abril de 2017, Brasil adoptó un calendario de vacunación de una sola dosis de por vida, medida que está de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Toda persona que viva en zonas con recomendación de vacunación contra la fiebre amarilla y las personas que vayan a viajar a estas zonas deberán estar inmunizadas al menos 10 días antes de viajar.

Para Regiane de Paula, coordinadora de Vigilancia de la Salud, para quienes viajen al interior y a otros estados, la inmunización es fundamental. "La vacuna contra la fiebre amarilla requiere de un período de 10 días para crear anticuerpos, por lo que cualquier persona que viaje a zonas forestales, vaya a campamentos, senderos, arroyos es sumamente importante que se inmunice lo más pronto posible".

También es importante resaltar que los monos no transmiten la fiebre amarilla. La infección se produce a través de mosquitos salvajes, que viven en zonas forestales y no habitan en el entorno urbano de las ciudades. El riesgo es mayor en zonas boscosas y rurales que reciben turistas para acampar, hacer senderismo y otras actividades.

De la confirmación de la muerte por fiebre amarilla ahora reportada, se deben resaltar algunos aspectos importantes:

- en un escenario de epidemia de dengue, a menudo no se identifican, consideran ni investigan otros diagnósticos diferenciales distintos del dengue. El paciente en cuestión fue trasladado de otro servicio al Hospital de Clínicas de la Universidad Estadual de Campinas, São Paulo, con la hipótesis de dengue grave, pero dado el cuadro clínico (que incluye ictericia, hemorragia, insuficiencia renal), alteraciones en los resultados de laboratorio y antecedente de visita a zonas rurales/silvestres, se sospechó de fiebre amarilla en el Hospital de Clínicas.
- la importancia de la vigilancia hospitalaria para la detección, notificación e investigación de enfermedades y afecciones de importancia para la salud pública. Se basó en la sospecha, notificación e investigación realizada por el Centro Hospitalario de

Epidemiología del Hospital de Clínicas, que incluyó la fiebre amarilla como enfermedad a investigar por el laboratorio de salud pública y, por tanto, se confirmó el caso.

- los beneficios potenciales de la vigilancia sindrómica (en este caso, la vigilancia de los síndromes febriles icterohemorrágicos) para la detección temprana y oportuna de diferentes diagnósticos potenciales/agentes etiológicos de interés/relevancia en salud pública.
- la enorme importancia de la vigilancia cualificada de las defunciones (incluida la derivación a servicios de verificación de defunciones) como estrategia de vigilancia, seguimiento y detección de enfermedades y patógenos de interés/relevancia en la salud pública, incluidos los agentes emergentes y reemergentes.
- interacción ágil y oportuna entre la red de vigilancia hospitalaria, los servicios de vigilancia a nivel municipal y estatal y los laboratorios de referencia en salud pública como factor fundamental para asegurar un sistema eficiente de vigilancia de enfermedades y salud.

Los reguladores federales de Estados Unidos informaron el 23 de abril que muestras de leche pasteurizada de todo el país habían dado positivo para restos inactivos del virus de la influenza aviar que ha estado infectando a las vacas lecheras.



Los fragmentos virales no representan una amenaza para los consumidores, dijeron las autoridades. “Hasta la fecha, no hemos visto nada que pueda cambiar nuestra evaluación de que el suministro comercial de leche es seguro”, dijo la Administración de Alimentos y Medicamentos en un [comunicado](#).

Durante el último mes, se detectó el virus de la influenza aviar A(H5N1) en más de 30 hatos lecheros en ocho estados. También se sabe que el virus infectó a un trabajador agrícola, cuyo único síntoma fue conjuntivitis.

[Los científicos han criticado](#) la respuesta federal, diciendo que el Departamento de Agricultura ha sido demasiado lento para compartir datos importantes y no ha llevado a cabo adecuadamente las pruebas de infección en el ganado.

“Encontrar fragmentos virales en la leche de la cadena de suministro comercial no es lo ideal, pero el material genético presenta poco riesgo para quienes la consumen”, dijo David O’Connor, virólogo de la Universidad de Wisconsin-Madison.

“El riesgo de infectarse con leche que contiene fragmentos virales debería ser nulo. El material genético no puede replicarse por sí solo”, dijo.

Las autoridades no dijeron cuántas muestras de leche pasteurizada habían dado positivo para fragmentos virales ni de dónde procedían esas muestras. “Esas son preguntas clave”, dijeron los expertos. Una minoría de las muestras dio positivo, según dos personas conocedoras de los datos que no estaban autorizadas a hablar públicamente.

Si los fragmentos están presentes en muchas muestras del suministro comercial de leche, sugeriría que es probable que el brote esté mucho más extendido de lo que se creía.

La semana pasada se informó que el virus también se había detectado en un rebaño de vacas lecheras de North Carolina, que no presentaban síntomas de enfermedad.

“El problema con las vacas lecheras podría ser mucho mayor de lo que se conoce. Eso sí sería una preocupación, no que la leche en sí fuera un riesgo”, dijo O’Connor.

La FDA dijo que estaba estudiando muestras de leche de varias fuentes, incluidas vacas infectadas, la cadena de procesamiento de leche y los estantes de las tiendas de comestibles. Los funcionarios federales todavía están esperando los resultados de los experimentos diseñados para determinar si las muestras de leche podrían contener virus activo, según dos personas familiarizadas con las revisiones federales en curso.

Esas pruebas tardan mucho más que la de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que determina si hay material viral en el suministro de leche.

Los funcionarios federales han asegurado repetidamente a los consumidores que el suministro comercial de leche es seguro, señalando que los productores de lácteos deben mantener la leche de animales enfermos fuera del suministro de alimentos para humanos.



Casi toda la leche producida en las granjas estadounidenses está pasteurizada, un proceso diseñado para matar patógenos con calor. La pasteurización también debería inactivar los virus de la influenza, que se sabe que son frágiles y sensibles al calor, dijeron los expertos.

Sólo recientemente la FDA ha estado probando la eficacia de la pasteurización contra el A(H5N1). Aún se desconoce el riesgo de contraer el virus a través de productos lácteos no pasteurizados, pero los reguladores han advertido durante mucho tiempo a los consumidores que la leche sin pasteurizar presenta una variedad de riesgos de enfermedades.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han estado monitoreando los datos de las pruebas de influenza y las visitas a las salas de emergencia relacionadas con la influenza. “No hemos visto nada elevado hasta la fecha a nivel local, estatal o nacional”, dijo el Dr. Nirav Shah, subdirector principal de la agencia.

El descubrimiento de fragmentos virales en la leche ha generado una gran preocupación en la Casa Blanca sobre cómo evitar generar alarmas indebidas sobre el suministro de lácteos, según personas familiarizadas con las deliberaciones internas que no estaban autorizadas a hablar públicamente.

Se espera que los funcionarios federales aborden los hallazgos en una rueda de prensa en los próximos días.

Es muy crítico que los funcionarios comuniquen claramente los hallazgos y eduquen a los consumidores sobre lo que significan.

Mientras tanto, la leche de las granjas ya se acumula en miles de litros que diluirían en gran medida cualquier virus presente. La pasteurización reduce aún más los niveles del virus presente.

Poco después de los ataques del 11 de septiembre, Michael Osterholm, un experto en enfermedades infecciosas de la Universidad de Minnesota, ayudó al gobierno federal a planificar un posible ataque bioterrorista que podría utilizar la neurotoxina del botulismo, un patógeno altamente letal, para contaminar la leche.

Trabajando con la industria láctea, él y otros identificaron condiciones de pasteurización que inactivarían la neurotoxina. Esa experiencia le asegura que es muy poco probable que el A(H5N1) plantee algún problema, afirmó el Dr. Osterholm.

“Con un virus como este, tendría que creer que incluso si tuviera los niveles más altos de actividad viral que jamás pueda imaginar en la leche real de la ubre de una vaca infectada, se diluiría millones de veces al pasar por la pasteurización”.

La leche ingerida también es descompuesta por los sistemas digestivo e inmunológico del cuerpo, por lo que “no me preocuparía por los restos”, dijo la Dra. Nahid Bhadelia, director del Centro de Enfermedades Infecciosas Emergentes de la Universidad de Boston. “Mientras no sea un virus vivo, es poco probable que haya riesgos para la salud”, agregó.

Las personas infectadas (y las vacas) pueden portar restos de material genético viral mucho después de que la infección activa se haya resuelto. Es por eso que las pruebas de PCR para covid a veces dan resultados positivos después de que una persona se ha recuperado de la enfermedad.

“Las vacas afectadas parecen tener grandes cantidades de virus en la leche, lo que sugiere que podría llevar algún tiempo estar libres del virus”, dijo Bhadelia. “Pero lo interesante de esto es que no tenemos una idea de cuánto tiempo les toma a las vacas eliminar el virus”, agregó.

El brote puede haber comenzado meses antes de lo pensado

Una revisión de los datos genéticos de los fragmentos del virus detectados en la leche vacuna encontró que un único contagio, de un ave a una vaca, provocó las infecciones, y que esto podría haber ocurrido en enero, o incluso en diciembre.

No está claro cómo exactamente se infectaron las vacas, pero la fuente más probable son las heces u otras secreciones de un ave silvestre infectada con el virus.

El 21 de abril, el Departamento de Agricultura de Estados Unidos [publicó 239 secuencias genéticas](#), pero omitió algunos detalles sobre los lugares de donde fueron obtenidas y las fechas.

Aun así, la información es suficiente para deducir que un único evento de contagio ocurrido hace meses, de ave a vaca, desencadenó el brote, dijo Michael Worobey, biólogo evolutivo de la Universidad de Arizona.

Worobey descubrió que todas las secuencias portaban el mismo conjunto de mutaciones que permiten que el virus infecte a los mamíferos, lo que sería poco probable si el virus hubiera saltado de las aves a las vacas más de una vez.

Los científicos federales apenas están comenzando a analizar más muestras de vacas sin síntomas para saber si el brote puede estar más extendido de lo que se pensaba inicialmente.

“Si esto realmente ha estado sucediendo durante tanto tiempo, parece bastante plausible que ya haya salido de Estados Unidos”, dijo Worobey. “Canadá importa ganado de Estados Unidos”, señaló.

Algunos granjeros de Texas habían estado informando de vacas enfermas desde al menos febrero. Las vacas no suelen estar infectadas con este tipo de influenza y los funcionarios federales pasaron semanas tratando de identificar la causa del brote.

Pero en lugar de investigar cada patógeno potencial, los funcionarios podrían haber recurrido a una técnica llamada secuenciación metagenómica, en la que se pueden analizar muestras para detectar casi todos los patógenos conocidos a la vez. Esa técnica es más cara pero ahorraría un tiempo valioso en situaciones como ésta, afirmó Worobey.



23/04/2024

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) emitieron una [Advertencia de Salud](#) a través de la Red de Alerta Sanitaria para poner sobre aviso a los médicos acerca de los riesgos de las inyecciones de toxina botulínica falsificadas o mal manipuladas.

Los CDC, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos y socios estatales y locales están investigando conglomerados de 22 personas en 11 estados del país que informaron efectos adversos después de recibir inyecciones con toxina botulínica falsificada o administradas por personas sin licencia o sin capacitación o en centros no relacionados con entornos de atención médica, como domicilios particulares o spas. Once pacientes fueron hospitalizados y ninguno falleció.



Producto falsificado de toxina botulínica.

Hasta el 18 de abril de 2024, se han reportado 22 personas con efectos adversos en California, Colorado, Florida, Illinois, Kentucky, Nebraska, New Jersey, New York, Tennessee, Texas y Washington. Las fechas de aparición de los síntomas oscilaron entre el 4 de noviembre de 2023 y el 31 de marzo de 2024. Todas las personas sintomáticas eran mujeres de entre 25 y 59 años. Todos informaron haber recibido inyecciones de toxina botulínica por parte de personas sin licencia o sin capacitación o en entornos no sanitarios, incluidos domicilios particulares o spas. La mayoría (20 casos; 91%) informaron haber recibido inyecciones de toxina botulínica con fines cosméticos.

Entre las 22 personas, los síntomas comenzaron una media de 3 días después de la exposición (rango de 0 a 20 días) e incluyeron síntomas cerca del lugar de la inyección (p. ej., visión borrosa y ptosis después de la inyección facial), boca seca, dificultad para hablar, dificultad para respirar, fatiga y debilidad generalizada. De 20 personas con información disponible, 11 (55%) personas sintomáticas fueron hospitalizadas. Seis de las 22 personas sintomáticas recibieron antitoxina botulínica para tratar la sospecha de botulismo. Siete personas sintomáticas se sometieron a pruebas de toxina botulínica para determinar si la tenían en circulación, lo que respaldaría un diagnóstico de botulismo; los resultados fueron negativos para seis personas sintomáticas y están pendientes para una persona sintomática. Los resultados negativos no descartan el botulismo ya que los niveles de toxina en el suero pueden haber caído por debajo del límite de detección de las pruebas de laboratorio. Ninguna de las 22 personas sintomáticas cumplió con la definición de caso de botulismo y ninguna murió.

Estos eventos adversos se han relacionado con la obtención y administración inadecuada de la toxina botulínica. La toxina botulínica debe ser administrada únicamente por proveedores autorizados, utilizando únicamente las dosis recomendadas de toxina botulínica aprobada por la FDA, preferiblemente en un entorno de atención médica autorizado o acreditado. Los proveedores deben estar capacitados en la administración adecuada de la toxina botulínica, practicando de acuerdo con los requisitos estatales y locales.

Estos eventos adversos se han relacionado con la obtención y administración inadecuada de la toxina botulínica. La toxina botulínica debe ser administrada únicamente por proveedores autorizados, utilizando únicamente las dosis recomendadas de toxina botulínica aprobada por la FDA, preferiblemente en un entorno de atención médica autorizado o acreditado. Los proveedores deben estar capacitados en la administración adecuada de la toxina botulínica, practicando de acuerdo con los requisitos estatales y locales.

Los médicos y los departamentos de salud deben considerar la posibilidad de efectos adversos de las inyecciones de toxina botulínica en pacientes que presentan parálisis localizada. Los médicos deben comunicarse de inmediato con el departamento de salud estatal, tribal, local o territorial si sospechan de botulismo.

El botulismo es una enfermedad rara y a veces mortal causada por la toxina botulínica. Los síntomas iniciales pueden incluir visión doble o borrosa, párpados caídos, dificultad para hablar, para tragar y para respirar. Estos síntomas pueden ir seguidos de una debilidad muscular simétrica descendente que progresa durante horas o días. La administración de antitoxina botulínica puede neutralizar la toxina que circula en la sangre; por lo tanto, tratar a los pacientes con botulismo con esta antitoxina en las primeras etapas del curso de la enfermedad puede prevenir la progresión de la parálisis y las consiguientes complicaciones. La administración de antitoxina no está indicada para los efectos locales de las inyecciones de dosis bajas de preparaciones de toxina botulínica, porque es poco probable que las dosis bajas de toxina inyectada lleguen a la circulación o produzcan botulismo con sus manifestaciones potencialmente mortales.

Se esperan algunos efectos paralíticos localizados, resultantes de la difusión de la toxina alrededor del lugar de la inyección de la toxina botulínica. Puede haber una superposición de síntomas entre la presentación de efectos adversos localizados por la inyección de toxina botulínica, especialmente en la cabeza y el cuello, y los primeros síntomas del botulismo. La información sobre la inyección de toxina botulínica (p. ej., dosis) puede ayudar a distinguir entre botulismo y efectos adversos localizados, pero es difícil obtenerla en el caso de productos falsificados.

La mayoría de las personas con síntomas localizados (p. ej., disfagia después de una inyección en el cuello) después de inyecciones cosméticas o terapéuticas en dosis bajas utilizando productos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no necesitan tratamiento con la antitoxina. El botulismo iatrogénico puede ocurrir después de inyecciones cosméticas o terapéuticas de toxina botulínica cuando la toxina circula en la sangre y produce efectos de forma remota desde el lugar de la inyección. El botulismo iatrogénico es raro; el caso doméstico más reciente confirmado por laboratorio ocurrió en 2017.

El brote de cólera declarado el 1 de enero de 2023 en Burundi continúa con una tendencia a la baja. Entre el 1 de enero y el 26 de marzo de 2024, se notificaron 111 nuevos casos y no se registraron muertes. En total, se han notificado 1.481 casos y nueve muertes desde el inicio del brote en la semana epidemiológica 48 de 2022.

Estos casos se originaron en 12 distritos sanitarios de cinco de las 18 provincias de Burundi. En particular, los distritos de Bujumbura Nord (499 casos, 2 muertes), Isare (473 casos, 6 muertes) y Cibitoke (273 casos) representan 84,1% de todos los casos notificados. Además, otros distritos afectados son Bujumbura Sud (90 casos, 1 muerte), Bujumbura Center (39 casos), Kabezi (48 casos), Mpanda (28 casos), Rumonge (18 casos), Bugarama (7 casos), Mabayi (2 casos), Rwibaga (3 casos) y Bubanza (1 caso).

Se han notificado casos recientes en los distritos de Bujumbura Nord, Bujumbura Sud y Bujumbura Center, todos en la provincia de Bujumbura Mairie, y en Kabezi, en la provincia de Bujumbura. Por el contrario, los ocho distritos restantes no han notificado ningún caso en los últimos dos meses.

Se ha observado una incidencia ligeramente mayor de casos en los hombres, que representan 54,2% del total de casos notificados. Los grupos de edad más afectados son el de 11 a 20 años (22,1%), el de 21 a 30 años (21,7%) y el de menores de 5 años (19,1%).

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud Pública de Burundi, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios, continúa liderando los esfuerzos de respuesta al brote de cólera. Las iniciativas en curso incluyen:
- Actividades de vigilancia del cólera a nivel nacional, centrándose en los distritos afectados, donde los trabajadores de la salud cuentan con conocimientos para identificar y notificar rápidamente los casos sospechosos.
- Operaciones de laboratorio en curso para confirmación de casos y serotipificación.
- Gestión sostenida de casos en los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC), reforzada por el papel fundamental del equipo de promoción de la salud y comunicación de riesgos. Se ha movilizado personal sanitario adicional para fortalecer las capacidades del CTC para una gestión óptima de los casos de cólera.
- Amplia difusión de mensajes sobre la prevención del cólera a través de diversos medios de comunicación, en particular la radio, asegurando un amplio alcance.

- Implementar medidas de desinfección del hogar junto con campañas de educación pública a nivel comunitario sobre prácticas de higiene, reforzando las estrategias preventivas.

Interpretación de la situación

A pesar de un ligero aumento de los casos de cólera en Burundi en el primer trimestre de 2024, la ausencia de un aumento correspondiente en las muertes indica que los esfuerzos concertados para gestionar los casos graves y prevenir las muertes son eficaces. Sin embargo, el hecho de que la transmisión aún esté en curso subraya la importancia de mantener y fortalecer las intervenciones de salud pública, en particular las iniciativas de agua, saneamiento e higiene, para evitar posibles aumentos futuros de casos.

La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Epidemiología, confirmó un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en el Hospital de Salamanca, tras los análisis practicados por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud 'Carlos III'. Se trata de un hombre de edad avanzada ingresado con un cuadro que coincide con el cuadro clínico compatible con la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. El hombre presenta una picadura de garrapata y permanece estable dentro de la gravedad que supone esta enfermedad.



Los profesionales sanitarios cuentan con medidas de aislamiento y protección, previstas para este tipo de patologías. Además, La Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la Junta de Castilla y León en la provincia Salamanca en colaboración con el personal del propio hospital han conseguido dar con las personas con las que el paciente tuvo contacto, de manera que se realice un seguimiento de ellas y así evitar nuevos contagios. El protocolo, según explica el comunicado, consiste en la vigilancia de la temperatura corporal de esas personas y en monitorizar cualquier alteración en su estado de salud, todo ello de manera periódica.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una patología cuyo principal vector de contagio son las garrapatas del género *Hyalomma*, a través de sus picaduras, aunque también se puede transmitir por medio de la sangre o fluidos del enfermo, lo que puede ocurrir especialmente en personal sanitario cuando no está debidamente protegido. Para la prevención de esta enfermedad, el portal sanitario de la Junta de Castilla y León recordó que es importante usar ropa y calzados adecuados en salidas al campo o cualquier actividad en la cual pudiera tener lugar un encuentro con una garrapata. Además, incidieron en la importancia de transitar por caminos y utilizar repelentes tanto para las personas como para los animales de compañía. También insistieron en que, en el caso de que tuviera lugar una picadura de garrapata, esta debe ser retirada lo antes posible de manera segura, preferentemente por personal sanitario.

El portal sanitario de la Junta cuenta con toda la información necesaria sobre prevención de picaduras de garrapatas, principal vector de transmisión de buena cantidad de enfermedades, como de las propias patologías que pueden ser transmitidas por las mismas.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad muy extendida causada por un virus (*Nairovirus*) de la familia *Bunyaviridae*, transmitido por garrapatas. Este virus causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10%-40%.

Es endémica en África, los Balcanes, Oriente Medio y Asia en los países situados por debajo de los 50° de latitud norte, que es el límite geográfico de la garrapata que constituye su vector principal.

Entre los huéspedes del virus de la FHCC figuran una amplia variedad de animales salvajes y domésticos como vacas, ovejas y cabras. Muchas aves son resistentes a la infección, pero los avestruces son vulnerables y pueden mostrar una alta prevalencia de la infección en las zonas endémicas, donde han sido identificados como el origen de casos humanos. Por ejemplo, un brote anterior se produjo en un matadero de avestruces en Sudáfrica. Estos animales no parecen sufrir la enfermedad.

Los animales se infectan por la picadura de garrapatas infectadas y el virus permanece en el torrente circulatorio durante aproximadamente una semana tras la infección, de modo que, cuando otra garrapata pica al animal, se perpetúa el ciclo garrapata-animal-garrapata. Aunque hay varios géneros de garrapata que pueden verse infectados por el virus de la FHCC, el género *Hyalomma* constituye el vector principal.

El virus se transmite a las personas ya sea por la picadura de garrapatas o por contacto con la sangre o tejidos de animales infectados durante o inmediatamente después de la matanza. La mayoría de los casos se han dado en personas relacionadas con la industria ganadera, como trabajadores agrícolas, trabajadores de mataderos y veterinarios.

Puede haber transmisión entre seres humanos en casos de contacto estrecho con sangre, secreciones, órganos u otros líquidos corporales de personas infectadas. También se producen infecciones nosocomiales como consecuencia de la mala esterilización del equipo médico, la reutilización de agujas y la contaminación de los suministros médicos.

La duración del periodo de incubación depende del modo de contagio del virus. Después de la picadura de garrapata, la fase de incubación es generalmente de uno a tres días, con un máximo de nueve días. El periodo de incubación tras el contacto con sangre o tejidos infectados es normalmente de cinco o seis días, con un máximo documentado de 13 días.

Los síntomas comienzan de forma súbita, en forma de fiebre, mialgias, mareo, dolor y rigidez de cuello, lumbago, cefalea, irritación de los ojos y fotofobia. Puede haber náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y dolor de garganta al principio, seguidos de bruscos cambios de humor y confusión. Al cabo de dos a cuatro días, la agitación puede dar paso a somnolencia, depresión y debilidad, y puede aparecer dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, con hepatomegalia detectable.

Otros signos clínicos posibles son taquicardia, adenopatías, y erupción petequeal en mucosas internas, por ejemplo en la boca y la garganta, y en la piel. Las petequias pueden dar paso a equimosis, así como a otros fenómenos hemorrágicos.

Normalmente hay signos de hepatitis, y los pacientes muy graves pueden sufrir un rápido deterioro renal, o insuficiencia hepática o pulmonar repentina después del quinto día de enfermedad.

La tasa de mortalidad asociada a la FHCC es de aproximadamente 30%, y la muerte sobreviene durante la segunda semana. Entre los pacientes que se recuperan, la mejoría comienza generalmente al noveno o décimo día tras la aparición de la enfermedad.



Datos recientes del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) muestran que, a pesar de los avances en los esfuerzos de prevención y control, los virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) siguen planteando importantes desafíos para la salud pública en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE).

Las últimas estimaciones sugieren que hay alrededor de 3,6 millones de personas crónicamente infectadas por el VHB y 1,8 millones por el VHC en los países de la UE/EEE.

Andrea Ammon, directora del ECDC, dijo: “Detrás de estas estadísticas hay innumerables personas y familias afectadas por la carga de las infecciones por hepatitis B y C. Un seguimiento y una vigilancia sólidos, intervenciones específicas de prevención y control y una estrecha colaboración entre países son esenciales para reducir el impacto de las enfermedades causadas por estos virus y fomentar el progreso hacia su eliminación”.

La prevalencia de ambas infecciones varía considerablemente entre países y distintas poblaciones, con una carga particularmente alta entre los diferentes grupos vulnerables, como las personas que se inyectan drogas, las personas en prisión y algunas poblaciones de inmigrantes.

Los programas eficaces de vacunación contra el VHB y una serie de otras estrategias de prevención y control, incluidas medidas de reducción de daños dirigidas a las personas que se inyectan drogas, contribuyeron a una menor incidencia de nuevas infecciones por VHB y VHC en toda Europa. Sin embargo, persisten desafíos, particularmente en los servicios para grupos vulnerables.

Es necesario ampliar urgentemente las pruebas para identificar a las personas con VHB y VHC en las primeras etapas de su infección y vincularlas con atención médica para reducir complicaciones como la cirrosis y el cáncer de hígado.

La pandemia de covid tuvo un impacto significativo en las tasas de notificaciones de VHB y VHC en 2020 y 2021, con interrupciones en los servicios que provocaron una disminución de los casos diagnosticados. El posterior aumento de las notificaciones después de 2021 puede atribuirse al fin de las restricciones, la recuperación de los sistemas de salud, las iniciativas de pruebas y los cambios en la vigilancia.

La prevención de la transmisión de la hepatitis B de madre a hijo es fundamental para su eliminación. Si bien los datos indican un buen progreso general en toda la región en términos de detección prenatal y cobertura de la vacuna contra el VHB, algunos países todavía necesitan mejores datos y ampliar los programas.

En términos de diagnóstico, los datos indican claramente que muchos casos de VHB y VHC permanecen sin diagnosticar y un gran número de ellos se diagnostican en una fase tardía del curso de la infección, cuando ya ha provocado cirrosis o cáncer de hígado.

En cuanto al tratamiento, los datos muestran altos niveles de supresión viral del VHB y curación de la infección por el VHC entre los tratados. Sin embargo, muchas de las personas que viven con infecciones por VHB y VHC todavía no reciben tratamiento, incluidas algunas que

han sido diagnosticadas, lo que refleja que se necesitan mayores esfuerzos para aumentar las pruebas, así como la vinculación con la atención.

El ECDC reafirma su compromiso con los objetivos de eliminación global del VHB y el VHC establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud y continuará colaborando estrechamente con los países y organizaciones asociadas, ayudará a fortalecer los esfuerzos de monitoreo y compartirá buenas prácticas en toda la región sobre la prevención y el control de la hepatitis.

Se sospecha que las complicaciones causadas por el sarampión mataron al menos a 19 niños en el área del gobierno local de Mubi North, en Adamawa.

El comisionado de Salud, Felix Tangwami, dijo el 27 de abril que más de 200 niños en Mubi North ya estaban infectados.

Agregó que el brote se informó en Yola el 27 de abril, lo que provocó una rápida movilización de médicos y medicamentos a las comunidades afectadas.

Aseguró que los niños con infecciones graves serían remitidos a hospitales.

El comisionado dijo que el equipo médico se trasladaría de Mubi al área del gobierno local de Gombi, donde se había informado de otro brote.

Tangwami atribuyó los brotes a la negativa de los padres a vacunar a sus hijos.

Hablar con trabajadores humanitarios de Medio Oriente en estos días es escuchar un relato de ira y abatimiento. La ira es fácil de comprender. Desde el pasado 7 de octubre, tras los atentados terroristas de Hamás, más de [200 trabajadores humanitarios](#), casi todos palestinos, han sido asesinados en la franja de Gaza como consecuencia de los ataques del ejército israelí. [Tuvieron que morir siete miembros de la ONG World Central Kitchen](#), seis de ellos [occidentales](#), para que algunos gobiernos de Europa y el de Estados Unidos emitieran leves críticas contra Israel. La respuesta del primer ministro Benjamin Netanyahu fue concisa y predecible: “Esto pasa en una guerra”. A este desplante las potencias occidentales respondieron unas con un silencio resignado y cómplice, y otras, como Estados Unidos, renovando [el envío de armas](#) a Israel. El mensaje es claro: la vida de los trabajadores humanitarios apenas tiene valor; si son palestinos, menos aún.



Uno de los cuerpos de los cooperantes de la organización World Central Kitchen, muertos en un ataque israelí, en Rafah el 3 de abril de 2024.

La ira de los trabajadores humanitarios se ha ido acumulando mes a mes. Cuatro semanas después del inicio del conflicto, cuando ya 89 compañeros habían muerto bajo las bombas o a balazos en la franja de Gaza y los soldados israelíes habían realizado más de 100 ataques contra centros de salud, el Comité Permanente entre Organismos (IASC), órgano de coordinación de las principales agencias humanitarias, [publicó un comunicado denunciando el incumplimiento del derecho internacional y exigiendo un alto el fuego humanitario](#). Sin embargo, las resoluciones presentadas ante el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas en defensa de ese alto el fuego fueron vetadas por Estados Unidos, e Israel continuó matando indiscriminadamente a civiles y trabajadores humanitarios.

Cuando el Tribunal Internacional de Justicia, el 26 enero, dictaminó que Israel estaba plausiblemente violando la Convención sobre el Genocidio en Gaza y exigió a su Gobierno, entre otras medidas, [permitir la entrada de asistencia humanitaria](#), pudo parecer que la presión internacional obligaría a Netanyahu a acatar el veredicto. No hubo ni presión ni acatamiento. Horas antes de que el Tribunal Internacional de Justicia hiciera público su veredicto, Israel [acusó a 12 miembros de la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente \(UNRWA\)](#), de haber participado en los crímenes cometidos por Hamás el 7 de octubre. Que Israel no presentara prueba alguna respaldando sus acusaciones, [que la UNRWA tenga 13.000 empleados en Gaza](#) o que sea la única organización con la infraestructura y el personal capaz de distribuir asistencia en medio de la hambruna de los palestinos no impidió que 18 países donantes, entre ellos Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania e Italia, suspendieran su financiación. A casi ningún país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) pareció preocuparle las consecuencias de socavar el trabajo de una organización de la Organización de Naciones Unidas (ONU) durante una terrible crisis humanitaria en base a acusaciones ni justificadas ni verificadas. El *Informe Colonna*, una in-

investigación independiente encargada por la ONU y liderada por la antigua Ministra de Asuntos Exteriores francesa Catherine Colonna con el apoyo de tres centros de estudios escandinavos, publicado [el 22 de abril](#), concluyó que Israel, tres meses después de realizadas las acusaciones, aún no ha mostrado prueba alguna de su veracidad. La ira, decíamos, es fácil de comprender.

Y hubo consecuencias. [En marzo, la Clasificación Integrada de Fases de Seguridad Alimentaria \(IPC\)](#) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) mostraba que, “los niveles catastróficos de hambre en Gaza son los más altos jamás registrados en la escala IPC, tanto en términos de número de personas como de porcentaje de la población. Nunca antes habíamos visto un deterioro tan rápido hasta llegar a una hambruna generalizada”. Numerosas organizaciones internacionales, entre ellas [Oxfam](#), han detallado cómo Israel continúa bloqueando el acceso de ayuda a Gaza. El obstinado incumplimiento de las medidas impuestas por el Tribunal Internacional de Justicia con el objetivo de prevenir un genocidio, ante la rabia de quienes luchan en primera línea por salvar vidas, no mella el apoyo a Israel de las mayores potencias occidentales.

Cuando la ayuda humanitaria logra penetrar en la Franja, los resultados pueden ser igualmente trágicos. [El 29 de febrero](#), los soldados israelíes que acompañaban a un convoy humanitario en el norte de Gaza abrieron fuego contra una multitud de palestinos hambrientos, matando a más de 100 personas e hiriendo a 700. El ejército afirmó que solo había disparado al aire para evitar aglomeraciones, pero una [sobrecogedora investigación de la cadena estadounidense CNN](#) desmontó esta versión. Tras la masacre, Estados Unidos bloqueó una declaración de condena en el Consejo de Seguridad de la ONU propuesta por Argelia. En lugar de obligar a Israel a permitir la entrada de alimentos y medicinas en Gaza, el presidente Joseph Robinette Biden Jr. [decidió arrojar ayuda desde aviones](#), contra la opinión de todos los expertos que consideran este sistema caro, ineficaz y peligroso. En los primeros días de la operación, [cinco personas murieron aplastadas](#) por los paquetes, según algunos medios. No es extraño que toda esta tragedia provoque ira.

El abatimiento es más complejo de explicar y, quizá, ha calado más profundo. Una trabajadora siria del Programa Mundial de Alimentos contaba en privado, con lágrimas en los ojos, lo que ella y sus compañeros sintieron cuando la Directora Ejecutiva del Programa Mundial de Alimentos (PMA), Cindy Hensley McCain, nombrada para este cargo por el Gobierno de Estados Unidos, [participó en primera fila el pasado noviembre en un acto de homenaje a Israel](#) cuando más de 100 trabajadores humanitarios de la ONU ya habían sido asesinados por su ejército.

Mientras su personal muere en Gaza, muchas agencias de la ONU son dirigidas por diplomáticos o ejecutivos nombrados por países que apoyan y a menudo arman a Israel. El consenso de las naciones poderosas hace que el PMA sea dirigido por un estadounidense, al igual que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, o que la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios la dirija un británico y el Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz, un francés. Estos nombramientos se producen al margen de todo sistema democrático y hacen que lo alto de la pirámide del gobierno global esté siempre



Palestinos desplazados reciben raciones de alimentos cocinados en un punto de donación en Deir al-Balah, en el centro de la Franja de Gaza, el 16 de abril de 2024.

dominado por los países que ahora justifican o participan en los presuntos crímenes de guerra del Gobierno israelí.

Los trabajadores humanitarios de Oriente Próximo, mujeres y hombres palestinos, yemeníes, jordanos, sirios, iraquíes, apostaron por un orden mundial emanado de la Carta de Naciones Unidas y protegido por una serie de acuerdos internacionales, desde las Convenciones de Ginebra a la Convención de Derechos del Niño, que en tiempos en paz y, sobre todo, en tiempos de guerra, obligan

a todos los Estados del mundo a respetar normas humanas y humanitarias, en la confianza de que no hacerlo conlleva consecuencias. Cuando el primer ministro de Israel, tras el asesinato de más de 200 trabajadores humanitarios, además de la muerte de 35.000 civiles palestinos – más de un tercio niños– afirma que “esto pasa en una guerra”, y no sucede nada, ese orden mundial o está roto o es, directamente, criminal.

Los trabajadores humanitarios cuentan cómo en muchas comunidades les insultan por trabajar para organizaciones ligadas a Europa y Estados Unidos. Es difícil hablar de políticas de género o de derechos humanos en nombre de instituciones impulsadas y sostenidas por países que financian, arman o miran hacia otro lado cuando Israel bombardea y ametralla a mujeres, ancianos y niños palestinos. En las voces de esos profesionales que creyeron en un ideal colectivo de principios y valores universales se escucha, quizá más honda que la ira, la desilusión.

Tras la Segunda Guerra Mundial, los países occidentales que se habían beneficiado de siglos de colonialismo y opresión propusieron un nuevo orden basado en la justicia antes que en el poder del más fuerte, en la gobernanza global por encima de la fuerza bruta, en los derechos humanos sobrepujando a los intereses geopolíticos. La guerra de Gaza ha demostrado que el orden mundial es en realidad la orden mundial: orden en su acepción de mandato, no de concierto. Occidente se presentó ante el tribunal de la humanidad con un alegato mendaz a favor de la justicia global. Occidente ha perdido el juicio.



Personas frente al hospital Al-Shifa en la ciudad de Gaza lloran por la muerte de uno de los palestinos durante la entrega de ayuda el 29 de febrero de 2024.

El 22 de marzo de 2024, el Ministerio de Salud de República Centroafricana declaró oficialmente un brote de meningitis por el serogrupo W135 de *Neisseria meningitidis* en el distrito sanitario de Batangafo-Kabo. Esta declaración se produjo tras la superación del umbral epidémico de meningitis en este distrito sanitario y la confirmación del serogrupo W135 de *N. meningitidis* en muestras analizadas por el laboratorio del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Bangui.

En la semana epidemiológica 9, el médico jefe del Hospital de Kabo informó seis casos sospechosos de meningitis, todos los cuales provocaron la muerte después de 48 horas de hospitalización. Los casos registrados presentaron diversos síntomas, entre ellos dolores de cabeza, fiebre, convulsiones y coma febril, lo que llevó al diagnóstico de síndrome meníngeo febril.

Hasta el 25 de marzo de 2024, se habían registrado 35 casos sospechosos y nueve muertes (tasa de letalidad de 26,0%) en los distritos de Kabo y Ouaki. El distrito de Kabo representa 97,0% de todos los casos. De las 18 muestras recibidas y analizadas por el laboratorio del Instituto Pasteur de Bangui, se confirmó que una era de *N. meningitidis* serogrupo W135.

Las edades de los pacientes oscilan entre 2 meses y 55 años, con una edad promedio de 26 años. Las personas mayores de 14 años representan 75,0% de los casos. Los hombres son los más afectados, con una proporción de sexos de 1,2. Además, se observa que la mortalidad aumenta con la edad del paciente.

El distrito de salud de Batangafo-Kabo, donde está situado el Hospital de Kabo, es uno de los distritos de la Región de Salud III de la República Centroafricana, ubicado dentro del cinturón de la meningitis. Esta zona, fronteriza con Chad, se ve afectada por una persistente inseguridad debido a la presencia de grupos armados en la región y también se caracteriza por movimientos transfronterizos de población entre esta subprefectura y Chad.

Acciones de salud pública

- Se celebran periódicamente reuniones de coordinación en el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública, con la participación del Ministerio de Salud Pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Pasteur de Bangui y otros socios involucrados en la respuesta a la epidemia.
- El Ministro de Salud declaró oficialmente el brote el 22 de marzo de 2024.
- Se analizaron 18 muestras de líquido cefalorraquídeo en el Instituto Pasteur de Bangui y se reveló un caso confirmado de *N. meningitidis* serogrupo W135.
- El 24 de marzo de 2024, un equipo multidisciplinario de la Región Sanitaria IV llegó a Kabo para ayudar en la gestión de la epidemia.
- Se desplegaron 40 trabajadores sanitarios comunitarios en las zonas afectadas para detectar casos activamente. Se han proporcionado herramientas de vigilancia, como formularios de investigación y definiciones de casos, para reforzar los esfuerzos de respuesta.
- Actualmente, 18 pacientes están hospitalizados y reciben atención médica en Kabo, incluidos dos niños y 16 adultos. Además, se aprobó una solicitud de ceftriaxona dirigida al Gru-

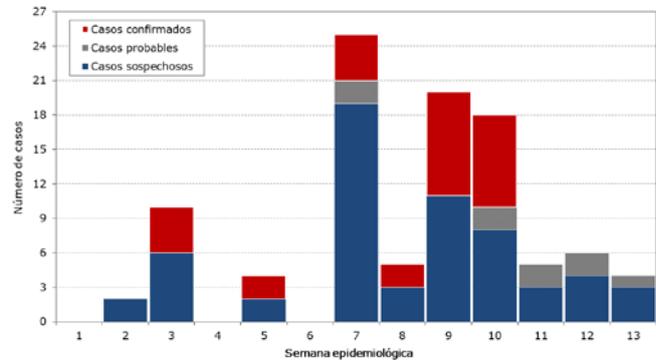
po Internacional de Coordinación (ICG) y actualmente se encuentra en curso el transporte de estos medicamentos a la República Centroafricana.

- Se llevó a cabo una campaña de concientización comunitaria a través de 40 actividades de divulgación facilitadas por los socios. Se visitaron médicos tradicionales y se celebró una reunión con líderes comunitarios para crear conciencia sobre los brotes y su contribución al esfuerzo de respuesta.

Interpretación de la situación

La situación actual en África Central presenta un brote grave de meningitis con una alta tasa de mortalidad. Es imprescindible adoptar medidas inmediatas para frenar la transmisión de enfermedades y minimizar sus repercusiones. Esto requiere impulsar los mecanismos de vigilancia, aumentar las capacidades de los laboratorios para un diagnóstico rápido, garantizar la atención y el tratamiento integrales del paciente e intensificar las iniciativas de extensión y participación de la comunidad. Además, fomentar una estrecha colaboración entre las autoridades sanitarias locales, las entidades internacionales y las organizaciones humanitarias es indispensable para orquestar una respuesta unificada y eficaz.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 13, la República del Congo notificó 58 casos de mpox, de los cuales 30 son casos sospechosos, 19 confirmados y nueve probables. Esto representa un aumento significativo en el número de casos notificados en comparación con el mismo período en 2022 y 2023. Desde 2022, se han registrado un total de 54 casos confirmados que resultaron en dos muertes, cinco casos en 2022, 21 casos en 2023, y 28 casos en el primer trimestre de 2024. La mpox no es endémica en la República del Congo, y su primer caso se registró en 2022.



Casos de mpox, según clasificación. República del Congo. Año 2024, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

A la fecha, nueve distritos de salud de cinco departamentos del país han reportado casos. De los 58 casos notificados, el departamento de Cuvette ha notificado 43 casos (74,14%), seguido de Pointe-Noire (6 casos) y Likouala (5 casos). Cuvette también representa el mayor número de casos confirmados (14).

El perfil demográfico de los casos indica una edad promedio de 17,6 años, siendo el caso más joven de cuatro meses y el mayor de 49 años. Los niños de 5 a 14 años representan 47,3% de los casos, mientras que los individuos de 15 años y más representan el 43,6%.

Los niños menores de 5 años constituyen 9,1% de los casos. Una ligera mayoría de los casos son mujeres (51,7%), mientras que, entre los casos confirmados, los hombres representan la mayoría (57,9%).

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios, declaró un brote de mpox y activó mecanismos de coordinación y respuesta técnica para gestionar la situación de forma eficaz. Las acciones clave incluyen:
- Reuniones periódicas de coordinación para garantizar una gestión y respuesta eficaces al brote.
- Búsqueda activa de casos en áreas afectadas y en riesgo, investigaciones integrales de casos, rastreo de contactos estricto y recolección y análisis de muestras para controlar la propagación de la enfermedad.
- Esfuerzos intensificados de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluidas campañas de concientización pública, para promover la detección y notificación temprana de casos.
- Medidas intensificadas para los trabajadores de la salud, incluido el suministro de medicamentos y suministros médicos esenciales para una gestión eficaz de los casos.
- Las acciones prioritarias incluyen actualizar el plan nacional de respuesta a la mpox y asegurar recursos financieros adicionales para optimizar los esfuerzos de respuesta.

Interpretación de la situación

El brote de mpox en la República del Congo, que comenzó en 2022, mostró un aumento significativo de casos en el primer trimestre de 2024 en comparación con años anteriores. Esta tendencia subraya la necesidad urgente de mejorar la vigilancia y las medidas de salud pública para contener la propagación de la enfermedad. Aunque se notifican casos sospechosos en cinco departamentos, la mayoría de los casos confirmados se concentran en el departamento de Cuvette, lo que requiere estrategias de contención específicas en esta región.

A pesar de las medidas proactivas ya implementadas, existe una necesidad crítica de recursos adicionales para optimizar los esfuerzos de respuesta, particularmente en las áreas de vigilancia, manejo de casos y sensibilización específica de poblaciones de alto riesgo, incluidas escuelas, mercados y comunidades transfronterizas. La implementación efectiva de estas medidas es esencial para interrumpir las cadenas de transmisión, reducir la morbilidad y prevenir una mayor mortalidad asociada con el brote.



Bureau of Epidemiology
Department of Disease Control

T A I L A N D I A

LOS CASOS DE DENGUE SE HAN
INCREMENTADO EN 123% EN 2024

28/04/2024

La Oficina de Epidemiología de Tailandia ha informado de un total de 26.527 casos de dengue desde principios de año, un aumento de 123% en comparación con el mismo período de 2023, cuando se registraron 11.885 casos.

Además, las muertes reportadas aumentaron de 13 el año pasado a 22 en lo que va del año.

El total de casos incluye 19.131 casos de dengue, 7.195 casos de dengue hemorrágico y 201 casos de síndrome de shock por dengue.

Las regiones con mayores tasas de enfermedad son:

- Región Central: afecta principalmente a personas de 25 a 34 años (2.148 casos), 15 a 24 años (1.916 casos) y 10 a 14 años (1.631 casos).
- Región Nordeste: 10 a 14 años (907 casos), 15 a 24 años (816 casos) y 7 a 9 años (407 casos).
- Región Norte: mayoritariamente en personas de 15 a 24 años (689 casos), 10 a 14 años (518 casos) y 25 a 34 años (491 casos).
- Región Sur: principalmente en personas de 15 a 24 años (1.758 casos), 25 a 34 años (1.316 casos) y 10 a 14 años (1.284 casos).



La Dra. Kawther Hrabesh, coordinadora del Programa Nacional de Control de la Rabia, advirtió sobre un aumento de los casos humanos de rabia: en los últimos tres años, Túnez registró seis muertes por rabia, mientras que sólo este año se han registrado cuatro muertes por esta enfermedad.

Un niño de 14 años se encuentra actualmente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos tras contraer rabia.

Hrabesh calificó de alarmante la situación epidemiológica en Túnez, debido a la proliferación de perros callejeros, sin que se hayan tomado medidas para hacer frente a esta situación.

Confirmó que los contagios de rabia han aumentado en los últimos años, coincidiendo con la disminución de la eliminación de los perros callejeros, y agregó que se han registrado casos de rabia en zonas que estaban libres de la enfermedad.

Criticó las actuales campañas de eliminación de los perros callejeros, que han provocado un aumento de los contagios por esta enfermedad mortal, sobre todo porque las operaciones de esterilización de perros son muy costosas y requieren grandes recursos.

La rabia es endémica y enzoótica y un importante problema de salud en Túnez. El programa nacional de control de la rabia requiere la colaboración entre tres ministerios: el Ministerio de Salud Pública (sensibilización/educación de la población y profilaxis post-exposición en humanos), el Ministerio de Agricultura (servicios veterinarios para la vacunación masiva gratuita de carnívoros y programas de vigilancia/monitoreo en animales), y el Ministerio del Interior (gestión de poblaciones caninas y gestión de vertederos).

Un artículo de 2021 exploró la distribución espacial de la rabia animal y la profilaxis post-exposición, centrándose en los conglomerados que explican el resurgimiento de la rabia y su persistencia en Túnez. Los resultados mostraron que la rabia animal sigue siendo un problema importante en Túnez y los esfuerzos para controlarla son insuficientes. Los hallazgos resaltaron la necesidad de centrarse en medios alternativos para reducir y, con suerte, erradicar la rabia, como recomienda la Organización Mundial de la Salud, como identificar a los perros vacunados con collares, aplicar nuevas medidas para controlar los perros callejeros y actualizar los datos sobre la población de perros y practicar la vacunación en anillo dentro de una distancia de 3 km durante los brotes.

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 reporteepi-demiologocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.