

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

## AMÉRICA

- Brasil: Curitiba registra 150 casos de hepatitis A en 2024
- Colombia: Brotes de rabia silvestre en Yopal, San Luis de Palenque y Monterrey
- Estados Unidos: Aumento en los casos de mpox en la ciudad de New York

- Estados Unidos: Arizona batalla contra un brote de sífilis

- Perú: Reportaron 49 casos de leishmaniosis cutánea en Áncash

## EL MUNDO

- Comoras: Situación epidemiológica del cólera
- España: Cada día mueren 18 pacientes por infecciones adquiridas en los hospitales
- Finlandia: Aumento en los casos de infección por *Yersinia enterocolitica*

- Pakistán: Alertan en Punjab tras una muerte por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

- Palestina: Unas 10.000 personas están sepultadas bajo los escombros en Gaza

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica del sarampión

- Yemen: Aumentaron los casos de difteria en la gobernación de Ma'rib

- Advierten de una epizootia mundial de influenza aviar con infecciones preocupantes en nuevas especies

### 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

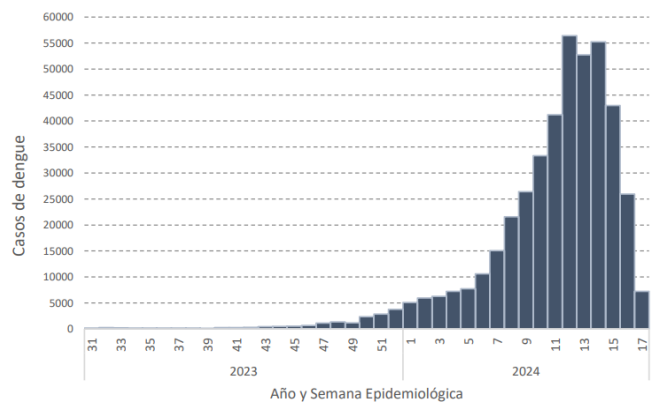
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

En términos acumulados, se han notificado 438.010 casos de dengue entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 17 de 2024 (91% autóctonos, 7% en investigación y 2% importados), de los cuales 420.867 corresponden al año 2024. La incidencia acumulada hasta el momento en la temporada es de 931 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período, 957 casos (0,2%) fueron clasificados como dengue grave, y se registraron 301 casos fallecidos (tasa de letalidad de 0,06%).

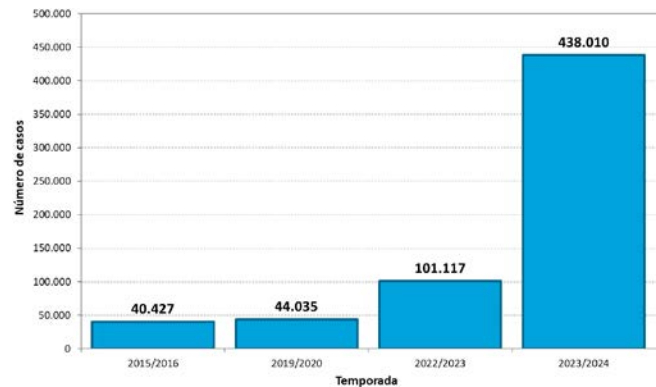
Con respecto a las 41.526 notificaciones registradas durante la SE 17 de 2024, solo 7.236 corresponden a casos de esa SE; el resto corresponde a personas que enfermaron o consultaron en semanas previas.

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

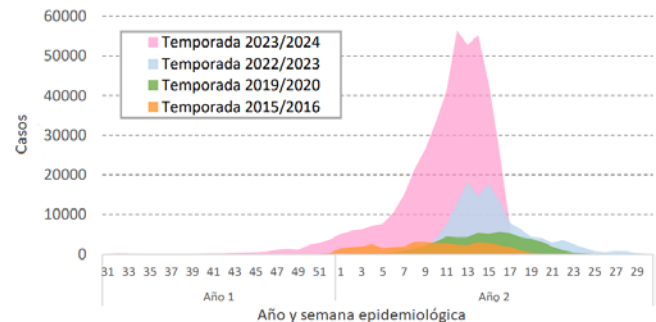
- Mayor magnitud que temporadas epidémicas previas: los casos acumulados hasta la SE 17 equivalen a 4,33 veces los registrados en el mismo período de la temporada 2022/2023; y a 9,95 veces lo registrado en el mismo período de 2019/2020.
- Circulación viral persistente durante todo el período en la región Noreste Argentino (NEA) y adelantamiento del aumento estacional respecto de temporadas previas.
- Mayor número de casos por semana: con la información disponible hasta el momento, desde la SE 8 de 2024 se ha superado el número de casos respecto del pico de la SE 13 de 2023, cuando se contabilizaron 18.211 casos.



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024. 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 17. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



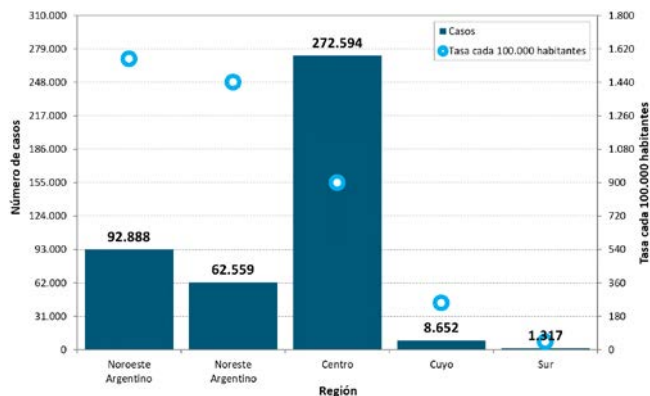
Casos por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La curva epidémica de dengue a nivel nacional registra el pico hasta el momento en la SE 12, con 56.398 casos; en las cuatro SE posteriores se registran disminuciones de 7%, 2%, 31% y 66% respecto del pico.

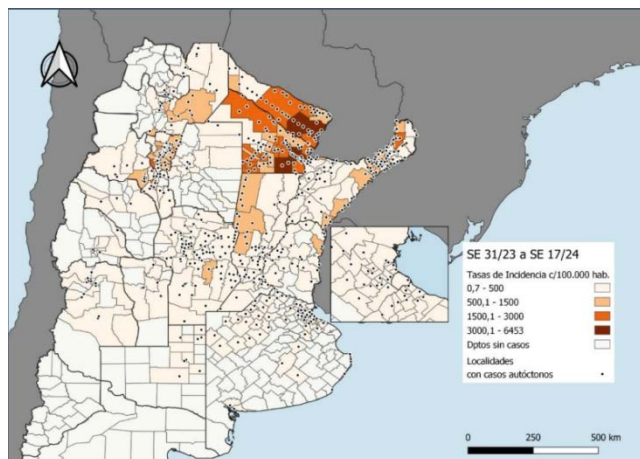
Se deben tomar con prudencia los casos de las últimas SE, porque pueden modificarse de acuerdo con la sucesiva integración de información por parte de los notificadores.

La curva de casos a nivel nacional está fundamentalmente influenciada por el comportamiento observado en la región Centro, que presenta una curva similar a la nacional vinculado con el número de casos que aporta. No obstante, el comportamiento de las distintas regiones tiene particularidades que se describen a continuación.

- **Noreste Argentino:** El pico se registró en la SE 4 de 2024. Se registra un descenso de casos durante 12 SE desde el pico. Hubo una continuidad de casos durante toda la temporada. Se observó un ascenso temprano durante 17 SE (desde la SE 40 de 2023 hasta la SE 4 de 2024). Chaco, Misiones y Formosa presentan una tendencia sostenida en descenso, mientras que en Corrientes se observa un amesetamiento desde la SE 6 de 2024 con un ligero aumento en las SE 14 y 15. La región suma 62.559 casos (14,3% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.440 casos cada 100.000 habitantes.
- **Centro:** Se registró el pico en la SE 12, con un amesetamiento alto durante las SE 13 y 14 y un descenso desde la SE 15. Mientras que Buenos Aires y Entre Ríos presentan cuatro SE de descenso desde el pico en la SE 12, en Santa Fe se observa solo una semana en descenso dado el patrón de amesetamiento entre las SE 9 y 15. Luego de alcanzar el pico de casos, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en la SE 13, y Córdoba, en la SE 14, presentan un descenso sostenido. La región suma 272.594 casos (62,2% del total nacional). La tasa de incidencia es de 900 casos cada 100.000 habitantes.
- **Noroeste Argentino:** El pico de casos se registró en la SE 12. Entre las SE 13 y 15 se notificó un promedio de 12.188 casos, produciéndose un descenso desde la SE 15. Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán registran al menos tres SE por debajo del pico; Salta registró el pico en la SE 14 y Jujuy en la SE 15. La región suma 92.888 casos (21,2% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.566 casos cada 100.000 habitantes.
- **Cuyo:** Se registró el pico de casos en la SE 14, con un descenso posterior de dos SE. San Luis y Mendoza experimentan un descenso durante dos SE a partir del pico, en cambio San Juan presenta tendencia al ascenso. La región suma 8.652 casos (2,0% del total nacional). La tasa de incidencia es de 253 casos cada 100.000 habitantes.
- **Sur:** Presenta un pico de casos en la SE 14, con un descenso en las dos SE posteriores. La Pampa es la única provincia con circulación viral confirmada en la región. La región suma



Casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Incidencia acumulada por departamento con casos autóctonos y localidades con al menos dos casos. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

1.317 casos (0,3% del total nacional). La tasa de incidencia es de 42 casos cada 100.000 habitantes.

Los descensos o ascensos inferiores a tres semanas no permiten establecer tendencias.

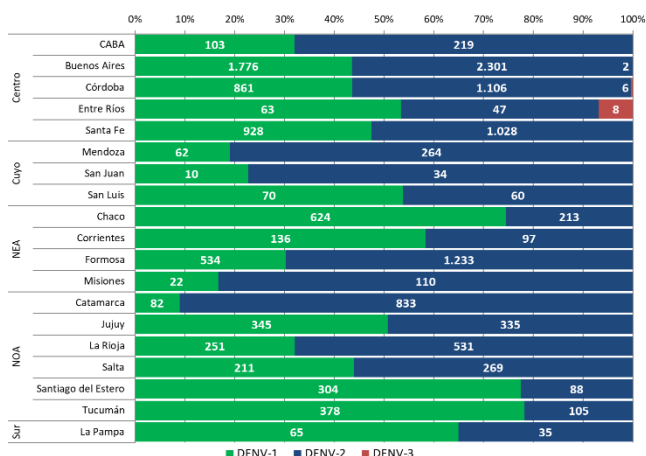
Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 17)			Año 2024 (SE 1 a SE 17)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16.912	16.110	44.259	16.865	16.064	43.610
Buenos Aires	91.337	25.098	130.142	91.094	24.868	128.813
Córdoba	101.163	10.021	125.287	101.080	9.938	124.045
Entre Ríos	15.356	4.091	19.900	15.334	4.070	19.620
Santa Fe	47.826	15.495	69.886	47.691	15.361	68.637
Centro	272.594	70.815	389.474	272.064	70.301	384.725
Mendoza	3.728	1.675	8.235	3.722	1.669	8.158
San Juan	1.706	681	2.925	1.703	678	2.914
San Luis	3.218	699	3.969	3.210	693	3.936
Cuyo	8.652	3.055	15.129	8.635	3.040	15.008
Chaco	26.166	20.358	37.827	19.288	13.872	27.151
Corrientes	8.589	6.400	12.263	7.024	4.850	9.623
Formosa	15.833	15.777	17.807	9.484	9.428	9.715
Misiones	11.971	8.000	17.879	10.398	6.646	14.573
Noreste Argentino	62.559	50.535	85.776	46.194	34.796	61.062
Catamarca	10.054	6.272	13.974	10.050	6.268	13.884
Jujuy	11.508	3.341	16.347	11.503	3.336	16.014
La Rioja	5.871	1.306	8.307	5.871	1.306	8.258
Salta	13.863	6.502	24.486	13.839	6.478	23.272
Santiago del Estero	13.523	3.001	19.119	13.448	2.926	18.537
Tucumán	38.069	25.451	56.452	38.033	25.416	55.410
Noroeste Argentino	92.888	45.873	138.685	92.744	45.730	135.375
Chubut	145	72	301	143	70	293
La Pampa	475	435	1.213	474	434	1.201
Neuquén	150	111	344	139	100	318
Río Negro	77	19	135	77	19	128
Santa Cruz	236	171	426	186	121	357
Tierra del Fuego	234	173	358	211	150	333
Sur	1.317	981	2.777	1.230	894	2.630
Total Argentina	438.010	171.259	631.841	420.867	154.761	598.800

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

## Circulación de serotipos

En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos circulando en el país. De 15.749 casos serotificados sin antecedentes de viaje, 8.908 (56,56%) corresponden a DENV-2, 6.825 (43,34%) a DENV-1 y 16 (0,10%) a DENV-3.

Durante las últimas SE, se detectaron 166 casos de coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2, correspondientes principalmente a las regiones Centro y NEA. En la SE 13 se registró el primer fallecido con coinfección: una persona de sexo masculino, de 37 años, oriundo de la provincia de Chaco.



Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

## Morbimortalidad por grupos etarios

Entre la SE 31 de 2023 y la SE 17 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 20 a 39 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años y en los menores de 10 años.

En el mismo período se registró un total de 957 casos con criterio de dengue grave en 21 jurisdicciones y 301 casos fallecidos en 18 jurisdicciones; 291 casos corresponden al año 2024. El 55% de los casos fallecidos se registró en personas de sexo femenino, y 45% en personas de sexo masculino. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 49 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 de 50 a 59 años, mientras que el mayor número de casos se presentó en personas de entre 30 y 39 años.

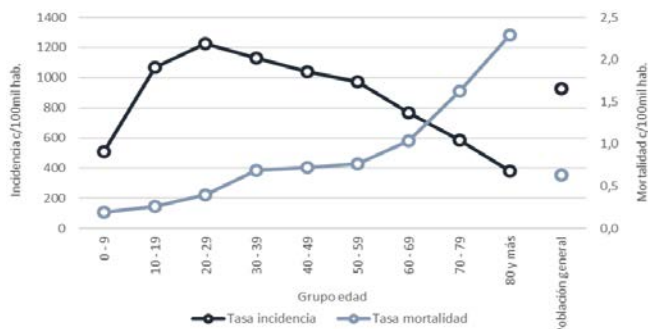
Con respecto a los menores de 15 años, se registraron hasta el momento 75.801 casos (tasa de incidencia de 682 casos cada 100.000 habitantes), de los cuales 136 se notificaron como dengue grave (0,18%) y 18 fallecidos (cuya mediana de edad fue de 6,5 años y la letalidad específica de 0,023%).

En cuanto a personas gestantes, se registraron 1.999 casos en este grupo poblacional, con una mediana de edad de 27 años. Entre las personas gestantes con diagnóstico de dengue, 16 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos como fallecidos.

En 109 de los casos se pudo determinar el serotipo involucrado: 70 casos correspondieron al serotipo DENV-2, 38 casos al serotipo DENV-1, y en uno de los casos se detectó coinfección por ambos serotipos.

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos con información clínica completa (264 casos) fueron: fiebre, cefalea, mialgias y artralgias, náuseas y vómitos, diarrea y dolor abdominal. En 15 de los 18 menores de 15 años fallecidos, se cuenta con datos completos respecto de los signos y síntomas asociados a la enfermedad. En 11 de estos 15 casos fallecidos (73%) se notificaron manifestaciones gastrointestinales.

En 107 casos fallecidos se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: enfermedad cardíaca, obesidad, diabetes, enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 194 casos fallecidos restantes (64%).



Tasa de incidencia y mortalidad cada 100.000 habitantes según grupo etario. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 17 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

---

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.



BRASIL

CURITIBA REGISTRA 150 CASOS  
DE HEPATITIS A EN 2024

29/04/2024

El informe del Centro de Epidemiología de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de Curitiba, publicado el 29 de abril, contabiliza 150 casos de hepatitis A registrados en Curitiba entre enero y el 26 de abril de 2024. El elevado número de casos caracteriza un brote de la enfermedad, lo que motivó un estudio por parte de la SMS sobre las características y la fuente de contaminación.



“Nuestros equipos están investigando todos los casos confirmados, incluso realizando consultas telefónicas. Las cifras nos alertan sobre la necesidad de intensificar la atención preventiva”, dijo el médico y director del Centro de Epidemiología de la SMS, Alcides Augusto Souto de Oliveira.

La principal indicación es intensificar la higiene de manos antes de comer y después de ir al baño, la atención a la calidad del agua, tanto para el consumo como para el lavado de frutas y verduras, y el uso de preservativo durante las relaciones sexuales.

La investigación realizada por el Centro de Epidemiología no identificó fuentes de contaminación de agua o alimentos, lo que refuerza la conducta sexual desprotegida como una probable vía de contagio.

“La práctica de sexo seguro, especialmente anal/oral, ha demostrado ser una indicación necesaria, especialmente entre los jóvenes, que no están inmunizados contra la hepatitis A”, reforzó Souto de Oliveira.

Cualquiera que haya tenido hepatitis A en la infancia, ya tiene inmunidad contra la enfermedad. También están protegidos los niños, vacunados desde 2014 por el sistema público. Los adultos jóvenes, grupo de edad que representa 80% de los casos confirmados, no tienen inmunidad contra la enfermedad por no haber sido vacunados, lo que refuerza aún más la necesidad de las acciones preventivas indicadas.

## Casos

La serie histórica de vigilancia de hepatitis virales de la Secretaría Municipal de Salud registró, entre 2012 y 2022, 111 casos de hepatitis A en Curitiba. Generalmente hay menos de 10 casos por año, pero en algunos periodos las confirmaciones han aumentado. En 2012 se con-

firmaron cinco casos de la enfermedad en la ciudad; tres en 2013; cinco en 2014; cinco casos también en 2020, 2021 y 2022. El mayor número registrado en Curitiba fue en 2018, con 21 confirmaciones.

En 2024, de enero al 26 de abril, ya se confirmaron en Curitiba 150 casos de hepatitis A, de los cuales 120 casos (80%) son hombres y 30 mujeres (20%). El grupo de edad más afectado es el de 20 a 39 años. Setenta y dos personas contagiadas (48%) requirieron internación y siete de ellas (9,7%) requirieron su ingreso a una unidad de cuidados intensivos.

Este año también se confirmaron tres muertes por hepatitis A aguda: una mujer de 29 años y dos hombres, de 40 y 60 años. Un hombre de 46 años necesitó un trasplante de hígado a consecuencia de la enfermedad y ya se ha recuperado.

Desde 2014, la vacuna contra la hepatitis A está disponible en el esquema básico de vacunación del SUS para niños menores de 5 años. Todas las Unidades de Salud de Curitiba ofrecen la inmunización contra la enfermedad.

El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) confirmó dos brotes de rabia silvestre en los municipios de Yopal y San Luis de Palenque, alertando a las autoridades locales y departamentales para activar los protocolos de emergencia sanitaria.

Olga Lucía Ramírez Jiménez, referente de Zoonosis de la Secretaría de Salud de Casanare, informó que en Yopal el brote fue detectado en un bovino en la localidad de Tilodirán, mientras que en San Luis de Palenque el virus afectó a un caballo en la vereda La Nevera; según se informó hay otro caso en Monterrey, en la vereda La Tigrana.

Ante la confirmación de estos casos, las secretarías de salud de los municipios han comenzado de inmediato con las acciones de control. “Lo primero que hacemos es convocar un comité de zoonosis para coordinar las intervenciones. De ahí se desprenden las tareas específicas y se determina el personal que se desplazará a cada zona para realizar la investigación de campo y las acciones de control focal”, explicó la funcionaria.

Los técnicos de la Secretaría de Salud verifican la circulación del virus de la rabia para identificar más animales infectados y seguimiento a las personas que hayan manipulado boca, cabeza y cerebro para hacerles el rastreo médico.

“Aunque por laboratorio confirmamos un animal, la mortalidad puede ser mayor. Ya en el foco de Tilodirán encontramos más animales muertos previamente”, agregó Ramírez Jiménez.

Además de la investigación y el manejo de los contactos, se están llevando a cabo campañas de capturas de murciélagos como fuentes de propagación, además de la promoción de vacunación de perros y gatos, y educación comunitaria sobre cómo manejar animales potencialmente transmisores.

En Colombia, en la mayoría de los casos de rabia animal reportados históricamente al ICA, los murciélagos hematófagos son los transmisores.





La mpox continúa circulando en la ciudad de New York. En general, el número de casos es bajo en comparación con el brote de 2022, pero ha habido aumentos de casos desde octubre de 2023.

Esto, junto con el brote severo del clado I del virus de la mpox, en la República Democrática del Congo, pone de relieve la necesidad de una vigilancia continua, especialmente cuando se acerca el verano, cuando puede producirse un aumento de la transmisión.

Estados Unidos sigue registrando solo casos del clado II. El número de casos reportados en la ciudad de New York fue relativamente bajo durante la mayor parte de 2023, oscilando entre dos y 20 casos por mes entre enero y septiembre.

Desde octubre, ha habido un aumento a un promedio de 36 casos por mes, con un recuento máximo de 51 casos en enero de 2024. De los 256 casos registrados entre octubre de 2023 y el 15 de abril de 2024:

- El 73% (188) no estaban vacunados o habían recibido sólo una dosis.
- El 94% eran hombres que tienen sexo con hombres.
- La mayoría eran negros o hispanos y tenían entre 25 y 44 años.
- La mayoría fueron casos leves; solo diez (3,9%) requirieron hospitalización.

### **Actualización de la vacunación**

Las personas con riesgo potencial de exposición a la mpox deben recibir dos dosis de la vacuna JYNNEOS para estar completamente inmunizadas. Se estima que sólo una de cada cuatro personas a las que se recomienda recibir la vacuna en Estados Unidos está completamente inmunizada. Aumentar la aceptación de la vacuna es esencial para prevenir infecciones y enfermedades graves.

El 1 de abril de 2024, la vacuna JYNNEOS comenzó la transición al mercado comercial, aunque los suministros federales sin costo estarán disponibles hasta principios del verano de 2024. La vacuna JYNNEOS estará disponible a través del Programa de Vacunas para Niños (VFC) (para adolescentes elegibles).

El condado de Maricopa, en Arizona, actualmente está luchando para prevenir varias infecciones de transmisión sexual (ITS), que van desde el VIH hasta el sorprendente aumento actual de la sífilis en los últimos años.

Ha habido un aumento de 78,9% en todas las variantes de sífilis en los últimos cinco años.

La sífilis es una de las dos ITS que han aumentado el año pasado; la otra es la gonorrea.

“Mientras que la clamidiosis y el VIH han experimentado una disminución de 6,2% y 12%, respectivamente; la gonorrea y la sífilis han experimentado un aumento de 11,1% y 78,9% respectivamente durante el mismo período de cinco años. El marcador más preocupante de esto es que la sífilis congénita ha experimentado un rápido aumento de 184,4% en los últimos cinco años”, dijo Ashleigh Mingo, directora médica de Affordable Rapid Testing.

Las crecientes tasas han causado preocupación entre los funcionarios de salud de Arizona, debido al aumento simultáneo de la sífilis congénita en mujeres embarazadas. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Arizona se ubica constantemente entre los 12 estados con las tasas más altas de clamidiosis, sífilis y gonorrea.

El condado de Maricopa ha estado monitoreando constantemente las tasas crecientes de ITS desde 1999. Según el informe anual de 2018, la sífilis ha experimentado un aumento de 166% entre 1999 y 2018, mientras que la sífilis congénita ha experimentado un aumento de 56% en ese mismo período de tiempo. La gonorrea ha experimentado un aumento de 150% en ese período.

La sífilis afecta desproporcionadamente más a los hombres que a las mujeres. El Departamento de Servicios de Salud de Arizona tiene datos de 2023 en el condado de Maricopa que muestran que los casos de sífilis en hombres fueron 1.578, mientras que en mujeres se reportaron 557 casos. Sin embargo, el promedio anual de casos de sífilis en mujeres ha aumentado 449% desde 2015.

Los datos proporcionados por los Servicios de Salud reportan que 44,2% de los casos provienen de la comunidad hispana/latina. Arizona ocupa el quinto lugar en el país en cuanto a casos de sífilis.

Las cifras de sífilis congénita están aumentando de manera predominante: una estadística muestra que en 2022 nacieron 219 bebés con síntomas de sífilis y 32 nacieron muertos. Este número puede parecer menor, pero Arizona ocupa el tercer lugar en el país en cuanto a los mayores casos de sífilis congénita.

Mingo dio su perspectiva acerca de este aumento. “Las tasas están aumentando en gonorrea y sífilis y prácticamente se mantienen estables en clamidiosis, esto se debe a la falta de educación adecuada sobre ITS, soluciones de prueba asequibles y falta de soluciones en el punto de atención”.

Este brote de sífilis no afecta únicamente a Arizona. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ha declarado la cuestión de la sífilis una “prioridad de salud pública”. El 19 de abril de 2024, se formó un Grupo de Trabajo Nacional sobre Sífilis y Sífilis

Congénita para utilizar fondos federales para mejorar el tratamiento y la educación en todo el país.

“La crisis de la sífilis en Estados Unidos es inaceptable. Estas acciones que estamos tomando ayudarán a mejorar los resultados para los padres biológicos y los recién nacidos. Debemos prevenir más muertes causadas por sífilis congénita, una enfermedad totalmente prevenible”, dijo el Secretario de Salud y Servicios Humanos, Xavier Becerra.

La Red de Salud Pacífico Sur emitió un informe sobre la incidencia de la leishmaniosis visceral, conocida localmente como uta, en diversos distritos de su jurisdicción. Según el director de la Red, Víctor Ávila Acuña, se ha confirmado un total de 49 casos en cinco distritos principales, generando alerta en la comunidad médica y local.



El funcionario mencionó que, de las 49 personas diagnosticadas en su jurisdicción, 51,9% son menores de 11 años. Detalló que Quillo (provincia de Yungay) y Pariacoto (provincia de Huaraz) son las zonas más golpeadas, con 17 y 15 casos, respectivamente. Otros distritos con población afectada son Yaután, Cáceres del Perú, Buenavista, Cochabamba y Huanchay.

La leishmaniosis visceral, transmitida por la picadura de insectos infectados, puede causar lesiones cutáneas graves y, en casos no tratados, tener consecuencias severas para la salud de los afectados. Ante esta situación, las autoridades sanitarias intensificaron las medidas de prevención y control en los distritos afectados, incluyendo campañas de concientización, fumigación y atención médica especializada.

Ávila Acuña indicó que en abril último han recibido dos lotes de ampollas de glucantime, las cuales han sido utilizadas para brindar tratamiento a 36 pobladores afectados, siendo una prioridad la atención a los menores de edad. Agregó que se encuentran a la espera de la llegada de un tercer lote para brindar la medicación a los pacientes restantes y a los que sigan identificando en las próximas semanas.

“El primer lote fue de 520 dosis de glucantime y el segundo de 740 dosis, las cuales han sido destinadas a pacientes que no recibieron tratamiento el año pasado, así como pacientes identificados en el presente año”, declaró.

Detalló que, dependiendo de su edad y peso, el paciente debe recibir de 20 a 60 dosis para completar su tratamiento.

Asimismo, Ávila Acuña señaló que han actuado de inmediato al tener conocimiento del caso de un colegio de Quillo, donde dos profesores y 13 estudiantes presentan sintomatología de leishmaniosis visceral. Precisó que el personal del puesto de salud del sector viene realizando la toma de muestras a los afectados para, mediante análisis de laboratorio, determinar si tienen la enfermedad, con el fin de brindar el tratamiento correspondiente.

“Hemos dispuesto que el personal de los diversos puestos de salud donde se han reportado pacientes con leishmaniosis se movilicen por los distintos caseríos para identificar más casos”, comunicó el funcionario.

El brote de cólera en Comoras, declarado oficialmente por el Ministerio de Salud el 2 de febrero de 2024, dura ya 10 semanas. Desde el 10 de marzo de 2024, se han notificado 731 casos sospechosos y 16 muertes adicionales. Además de las regiones de Ngazidja y Mwali, la región de Ndzuwani también se ha visto afectada.

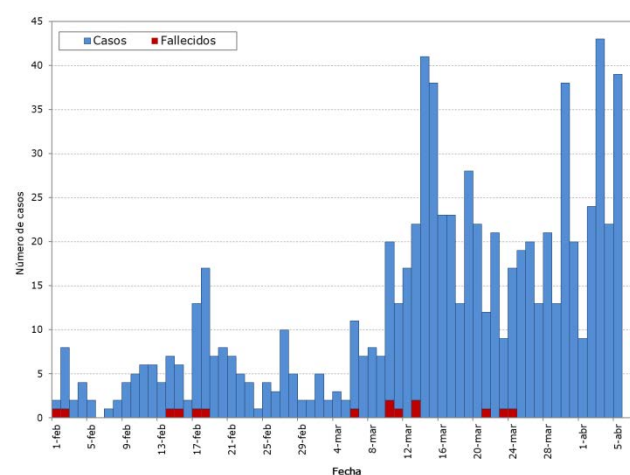
Del 1 de febrero al 7 de abril de 2024, se notificó un total acumulado de 1.187 casos sospechosos de cólera, de los cuales 873 dieron positivo en la prueba de diagnóstico rápido (PDR) para cólera, lo que representa una tasa de positividad de 73,5%. Se aisló *Vibrio cholerae* mediante cultivo en 58 muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia El-Maarouf, en Ngazidja.

Los 17 distritos de las tres regiones de Comoras (Ngazidja, Mwali y Ndzuwani) se han visto afectados. La mayoría de los casos confirmados mediante PDR proceden de Ndzuwani (416 casos, 47,7%), seguida de Ngazidja (328 casos, 37,6%) y Mwali (129 casos, 14,7%). Los casos confirmados en hombres son 518 (59,3%). La edad promedio es de 21 años, con el caso más joven de cuatro meses y el de mayor edad de 75 años.

Desde el comienzo del brote, se han registrado 22 muertes (tasa de letalidad de 2,5%), incluidas 18 muertes comunitarias y cuatro muertes en centros de salud, y 766 pacientes se han recuperado.

### Acciones de salud pública

- El Comité Nacional de Coordinación para el Control del Cólera continúa guiando y supervisando la implementación de las actividades de respuesta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios; se realizan reuniones diarias con la participación virtual de las tres direcciones regionales de salud.
- Con el apoyo de la OMS se llevan a cabo la vigilancia activa, la geolocalización de casos, la investigación de casos y el rastreo de contactos.



Casos y muertes por cólera. Comoras. Del 1 de febrero al 7 de abril de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

- Con el apoyo de la OMS, se están distribuyendo kits de pruebas para cólera e impartiendo capacitación sobre diagnóstico de laboratorio del cólera al personal de laboratorio de las tres regiones.
- Se ha llevado a cabo la ampliación del centro de tratamiento del cólera Hambo en Ndzuwani (con la instalación de dos tiendas de campaña adicionales) y la reorganización del recorrido de los pacientes.
- Se ha llevado a cabo una evaluación de las instalaciones de agua, saneamiento e higiene (WASH), así como de las medidas de prevención y control de infecciones vigentes en Ndzuwani.
- Están en curso la validación de las directrices nacionales para la gestión de casos de cólera y la elaboración de procedimientos operativos estándar de WASH para los centros de salud y las comunidades.
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está distribuyendo en Ndzuwani 2.360 kits contra el cólera, incluidos cubos, jabones, tabletas purificadoras de agua (aqua-tabs), sueros de rehidratación oral y tabletas de cloro, para apoyar la implementación de intervenciones específicas en las áreas con casos por parte de la Media Luna Roja de las Comoras.
- Se están llevando a cabo campañas de educación sanitaria sobre el cólera con el apoyo de líderes comunitarios y de la Media Luna Roja de las Comoras, y se están transmitiendo mensajes de sensibilización a través de plataformas en línea con el apoyo del UNICEF.

### **Interpretación de la situación**

Desde el comienzo del brote de cólera en las Comoras se ha observado una tendencia fluctuante de casos. Los desafíos de WASH, incluida la renuencia de la comunidad a usar tabletas de cloro, la escasez de equipos y suministros de laboratorio, así como de recursos humanos para implementar actividades de respuesta, constituyen desafíos clave que impiden el control del actual brote de cólera en las islas. Por lo tanto, las autoridades nacionales y los socios necesitan reforzar urgentemente la implementación de estrategias de respuesta adaptadas, incluido el fortalecimiento de la educación comunitaria sobre la prevención y el tratamiento del cólera, la mejora del acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene, así como el aumento de la capacidad de los recursos humanos para llevar a cabo actividades de respuesta. También se debe considerar el uso de la vacuna contra el cólera para limitar la propagación de la enfermedad.

Las infecciones hospitalarias, aquellas que contraen los pacientes mientras están ingresados en un centro sanitario, provocan una media de 18 muertes al día en España. Esta es la conclusión de un amplio estudio, que estimó que anualmente se producen en el país un total de 6.393 fallecimientos por esta causa en los hospitales públicos y privados, que destinan casi 2.000 millones de euros adicionales a la asistencia de unos enfermos que requieren ingresos nueve días más largos de media.

“Son cuatro veces más fallecidos que los registrados por accidentes de tráfico. Si tenemos en cuenta que más de la mitad de las infecciones son consideradas prevenibles, estas cifras muestran el enorme reto al que nos enfrentamos como sistema sanitario”, describió Mireia Cantero Caballero, una de las autoras del estudio, médico del Hospital ‘Puerta de Hierro Majadahonda’ (Madrid) y miembro de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).

Esta especialista destacó que las resistencias que las bacterias han desarrollado a muchos antibióticos –y algunos hongos a los antifúngicos– explican solo una parte del problema: “La mayoría de las llamadas superbacterias, entendidas como microorganismos multiresistentes, están en hospitales. Pero la mayoría de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria no están causadas por superbacterias”, sino por patógenos aún sensibles a los tratamientos disponibles.

Los datos en los que se basa la investigación, en la que también han participado los facultativos Ángel Asensio Vegas y Lina Marcela Parra Ramírez, proceden de EPINE, un sistema de vigilancia epidemiológica promovido por la SEMPSGS desde la década de 1990. “EPINE recoge datos de más de 300 hospitales, por lo que ofrece una imagen muy completa del conjunto del sistema sanitario”, añadió Cantero Caballero.

En cada hospital, un coordinador revisa cuántos pacientes ingresados en un día determinado han contraído una infección en el centro y vuelve a comprobar su situación –si ha sido dado de alta, si sigue ingresado o si ha fallecido– 30 días más tarde. Posteriormente, compara estos datos con aquellos enfermos libres de infecciones para hacer las estimaciones incluidas en las conclusiones del trabajo. La investigación incluye en total cerca de 100.000 pacientes.

El primer dato relevante es que 7,8% de los enfermos contrae una infección en el hospital, porcentaje algo mayor que la media europea (7,1%) y que ha crecido ligeramente desde la pandemia de covid. La mortalidad bruta en este grupo asciende a 10,9%, mientras en quienes no lo hacen es de 5,9%. Una vez ajustados los datos de ambos grupos en relación al sexo, edad, enfermedad y gravedad, los autores observan que “sufrir una infección relacionada con la atención sanitaria incrementa el riesgo de morir en 60%”.

Las infecciones, además, provocan que los ingresos hospitalarios de los enfermos sean 9,2 días más largos de media. Teniendo en cuenta que cada día de ingreso supone un gasto medio de 901 euros, el costo total asciende a 1.925 millones de euros. Según datos del Ministerio de Sanidad correspondientes a 2021, esta cifra supone algo más de 5% del gasto total de los hospitales españoles (33.802 millones).

Los microorganismos viven en los hospitales como lo hacen en prácticamente cualquier otra parte del planeta. “Muchos llegan a los centros con los propios pacientes o trabajadores sanitarios, porque forman parte de la microbiota humana y viven en el organismo de muchas personas sin hacerles ningún daño”, explicó Astrid Pérez Gómez, investigadora Miguel Servet en el grupo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Un hospital, sin embargo, es un lugar diferente y bacterias que fuera de ellos apenas dan problemas (o no dan ninguno), aquí pueden ser letales. La primera razón, obvia, es que las personas ingresadas tienen problemas de salud y, muchas veces, el sistema inmunológico debilitado. “También se debe tener en cuenta que en espacios como las unidades de cuidados intensivos (UCI) o los quirófanos son muy frecuentes actuaciones invasivas. El hecho de tener un catéter puede hacer que una bacteria inocua en la piel como *Staphylococcus aureus* llegue a la sangre y cause una sepsis que puede ser mortal. O que bacterias como *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* o *Pseudomonas aeruginosa*, que pueden estar colonizando de manera inofensiva las vías aéreas superiores, lleguen a los pulmones por los sistemas de respiración asistida”, añadió Pérez Gómez.

Los protocolos que aplican los hospitales para minimizar los daños causados por los microorganismos no incluyen, aparentemente, medidas muy complejas –desinfección de superficies, esterilización de materiales, limpieza de manos, aislamiento de los infectados...–, pero en la práctica acaba siendo muy complejo aplicarlas siempre bien. “Hay que hacerlo todas las veces, todos los días, en todos los turnos y por todos los profesionales. Es suficiente un imprevisto o urgencia que lleve a saltarse un paso, o el más mínimo fallo en un solo punto del proceso, para que los microorganismos proliferen”, coinciden los expertos. La adecuada formación de los trabajadores sanitarios, la estabilidad de las plantillas, unas ratios de personal convenientes y unos espacios adecuados son, según todos ellos, factores clave para afrontar con mayores probabilidades de éxito la amenaza de las infecciones hospitalarias.

Las resistencias que muchos microorganismos acaban desarrollando a los tratamientos disponibles es otra variable crucial. “En los hospitales, los patógenos están sometidos a una presión evolutiva enorme. Las desinfecciones rutinarias, el elevado consumo de antibióticos... muchos procedimientos propios en un hospital les empujan a hacerse resistentes”, cuenta Pérez Gómez.

Frente a ello, la vigilancia activa es otra arma de los hospitales. Consiste, básicamente, en monitorizar de forma rutinaria las bacterias que habitan en sus espacios y analizar las resistencias que presentan. Los resultados de estos análisis en ocasiones deparan sorpresas, como ocurrió en un brote registrado en el Hospital de Bellvitge (Barcelona).

“En total detectamos 56 infectados por *Enterococcus faecium* resistente a la vancomicina”, explicó Jordi Càmaras Mas, facultativo especialista del Servicio de Microbiología del centro. Esta bacteria, parte de la flora intestinal de algunas personas en contacto con el ámbito sanitario y casi siempre inocua, puede ser letal si infecta a personas debilitadas. “Esta cepa se detecta frecuentemente en Estados Unidos y en el norte de Europa, pero no en España. Aunque afortunadamente los casos no fueron graves, la resistencia a la vancomicina es preocupante porque deja prácticamente sin opciones terapéuticas. Luego se supo que otros hospitales catalanes también han descubierto cepas resistentes, aunque algo distintas a ésta, lo que muestra un cambio global en el que ha habido varias introducciones de estos microorganismos en nuestro entorno”, contó Càmaras.



Lo ocurrido en Bellvitge ilustra bien la lucha sin tregua que deben librar los hospitales contra las bacterias. El centro detectó por primera vez el patógeno el 23 de abril de 2023 en la orina de un paciente. Durante los meses siguientes, pese a las rutinarias labores de control de infecciones, la bacteria fue identificada en enfermos sin relación entre ellos. Finalmente, a principios de agosto, hubo varios casos relacionados con las unidades quirúrgicas. La reacción del centro fue establecer un equipo multidisciplinar, con reuniones cada 48 horas y un paquete de medidas, que dio pronto buenos resultados. A pesar de ello, investigaciones recientes muestran que se siguen detectando casos esporádicos, lo que muestra la necesidad de “insistir en la formación del personal y cumplir las medidas de control de infecciones recomendadas”.

Mucho mayor, con 319 casos, fue el brote registrado en el Hospital de Donostia por otra bacteria resistente. Las infecciones tuvieron “poca repercusión clínica en los pacientes”, según los responsables del centro, pero el brote causó gran preocupación por tres razones. “Primero, porque nos topamos con un tipo de resistencia muy poco habitual y preocupante. Se trataba de un estafilococo resistente al linezolid, un antibiótico de los llamados de rescate o último recurso. Segundo, por la facilidad con la que el patógeno se diseminó por la UCI, de 45 boxes individuales. Y lo tercero, porque todo esto ocurrió durante la primera ola de la pandemia de covid, cuando las condiciones de trabajo eran muy difíciles”, recordó Diego Vicente Anza, jefe del Servicio de Microbiología en el centro.

En el congreso celebrado en Barcelona se han presentado también historias de éxito, como el plan desarrollado por ocho hospitales catalanes para hacer frente a un problema recurrente: las bacteriemias relacionadas con el uso de catéteres. “Este era tradicionalmente uno de los mayores problemas de las UCI, pero se ha logrado reducir su incidencia en los últimos años. En cambio, la tendencia en las plantas de hospitalización convencional es la contraria”, afirmó Oriol Gasch Blasi, investigador del Instituto de Investigación e Innovación ‘Parc Taulí’ (I3PT), en Sabadell.

La opinión de este experto es que el hecho de que las UCI sean un espacio más controlado, con menos personal y mejor formado en el manejo de catéteres vasculares, explica estas diferencias, aunque estos espacios acojan a pacientes más graves. El estudio presentado muestra cómo se lograron reducir más de una cuarta parte incidentes como las bacteriemias gracias a un paquete de medidas consistente en una mayor formación a los profesionales y atención al mantenimiento de estos dispositivos.

“La mayoría de las infecciones nosocomiales son prevenibles. Pero para ello, como demuestra este trabajo, es necesario poner en marcha sistemas de trabajo adecuados, con una buena formación a los profesionales y materiales necesarios. Reducir la incidencia es y será algo muy complicado, pero los datos demuestran que es algo que está a nuestro alcance”, concluyó Gasch Blasi.

---

Este trabajo se presentó en el congreso de la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ESCMID Global), celebrado en Barcelona, España. Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

En abril, el Departamento de Salud y Bienestar recibió informes sobre un aumento de casos de infección por *Yersinia enterocolitica* en las áreas sanitarias de Pirkanmaan, Uudenmaan y Pohjanmaan. En lo que va de 2024 se han reportado al registro de enfermedades infecciosas un total de 168 casos de infecciones por *Y. enterocolitica*, mientras que en 2023 hubo 64 casos en enero-abril.

*Yersinia* es un género de bacterias intestinales comunes que se encuentran en animales, suelo y aguas naturales. Generalmente se transmite a través de alimentos contaminados. *Y. enterocolitica* es la especie que más comúnmente causa enfermedades en humanos.

El período de incubación de la infección por *Yersinia* es de 4 a 7 días. Los síntomas más comunes son fiebre, dolor abdominal y diarrea, que pueden durar desde unos días hasta tres semanas. Las infecciones causadas por *Yersinia* suelen mejorar sin tratamiento médico. Las infecciones se pueden prevenir cocinando totalmente la carne y lavando bien las verduras crudas antes de comerlas. Es bueno lavarse las manos cuidadosamente antes de comer y cocinar, y después de manipular carne cruda y de tener contacto con animales.

### **Solicitan el envío de cepas para serotipificar**

El Departamento de Salud y Bienestar (THL) solicitó a los laboratorios clínicos que envíen cepas de *Y. enterocolitica* aisladas en abril de 2024 para su serotipificación. Además, solicito a los laboratorios que informen el serotipo y el biotipo de *Y. enterocolitica* en la notificación de enfermedades infecciosas, si está disponible.

El Reglamento sobre Enfermedades Infecciosas no exige que las cepas se envíen al THL, pero las cepas se tipifican en situaciones especiales, por ejemplo en relación con epidemias o infecciones graves.

Los funcionarios de la administración del distrito de Attock, en la provincia de Punjab, incluidos los departamentos de Salud y Ganadería, estaban alerta tras la muerte de un hombre por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FCHF) en la ciudad de Hazro, el 4 de mayo.

Se trata de una enfermedad hemorrágica viral que se transmite a los humanos a través del contacto con animales infectados o su sangre, tejidos o excrementos. También puede transmitirse de persona a persona a través del contacto directo con la sangre o fluidos corporales de una persona infectada.

Según las autoridades sanitarias del distrito, un hombre de 44 años, originario de la aldea de Malla Kalan, ingresó en un hospital de Rawalpindi el 1 de mayo con síntomas de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. El 3 de mayo, su muestra de sangre enviada al Instituto Nacional de Salud (NIH) de Islamabad confirmó que estaba infectado con la letal enfermedad.

Mientras las autoridades sanitarias del distrito de Rawalpindi compartían la información con sus homólogos de Attock, los funcionarios de la administración del distrito adoptaron medidas de emergencia para controlar la propagación de la enfermedad.

El Dr. Asad Ismail, director ejecutivo de la Autoridad Sanitaria del Distrito, confirmó que el hombre murió de la fiebre hemorrágica. Dijo que después de obtener información de las autoridades sanitarias provinciales, el Departamento de Salud del Distrito activó inmediatamente el Equipo de Respuesta Rápida del Tehsil (TRRT) y el Departamento de Ganadería del Distrito. Dijo que los equipos de salud también garantizaron el entierro seguro del fallecido, además de tomar las medidas necesarias para monitorear el estado de los contactos cercanos.

El subdirector de salud de la ciudad de Hazro, Dr. Abdul Rasheed, dijo que un médico de la Unidad Básica de Salud de Haroon, después de adoptar medidas de seguridad, revisó físicamente a todos los contactos cercanos del fallecido. Sin embargo, no se encontraron signos de la enfermedad entre los familiares cercanos, incluida su esposa, dos hijas y tres hijos.

El Dr. Abdul Hameed, director del Departamento de Ganadería de Attock, dijo que tan pronto como el departamento recibió información sobre la muerte del hombre, un equipo examinó toda el área en busca de cualquier tipo de presencia de garrapatas, pero no encontró ninguna.

Informó que el fallecido era granjero y tenía en su casa cuatro vacas y un búfalo. Sin embargo, no se encontró ningún signo de la enfermedad mortal en este ganado. Dijo que también se realizaron fumigaciones preventivas a más de 300 cabezas de ganado de la zona.

Según el subcomisario Kamran Ashraf, de Hazro, la administración local impuso una emergencia en la ciudad. Dijo que, en colaboración con los departamentos de Salud y Ganadería, la administración estaba tomando todas las medidas necesarias para detener la propagación de la enfermedad viral.

Por otro lado, los expertos en salud pública han advertido del riesgo de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo debido al movimiento a gran escala de animales de cara a la próxima Fiesta del Sacrificio. Instaron a la población a asegurarse de que al comprar animales para el sacrificio no haya garrapatas en el cuerpo de los mismos.



La [Oficina de Coordinación de Ayuda Humanitaria \(OCHA\)](#) informó que se cree que más de 10.000 personas han quedado sepultadas bajo los escombros en Gaza.

Barrios enteros han sido arrasados, dejando cientos de edificios destrozados, en medio de intensos y continuos bombardeos israelíes “en gran parte de la Franja de [Gaza](#)” desde el aire, la tierra y el mar, según la última actualización hecha por esa entidad.



Un bloque de viviendas yace en ruinas en el barrio de Al-Shaboura, en la ciudad de Rafah.

Citando a la Autoridad Palestina de Defensa Civil, la OCHA señaló que la recuperación de cadáveres de entre los escombros es un enorme desafío, debido a la falta de excavadoras y personal.

“Podría llevar hasta tres años recuperar los cadáveres utilizando las primitivas herramientas que tienen a mano”, según los expertos, que señalan que esta situación se produce en medio de un aumento de las temperaturas que acelerará la descomposición de los cuerpos, aumentando potencialmente la amenaza de propagación de enfermedades.

### **Explosivos sin detonar**

La entidad también informó que, según las autoridades de la Franja, un niño de 14 años resultó gravemente herido y sufrió la amputación de un miembro tras abrir lo que parecía aparentar una lata de comida que encontró mientras buscaba sus pertenencias en su casa, que había sido bombardeada por las fuerzas israelíes en Jan Yunis.

El [Servicio de Naciones Unidas de Actividades Relativas a las Minas \(UNMAS\)](#) calculó que podría haber unas 7.500 toneladas de artefactos explosivos sin detonar esparcidos por toda la Franja, cuya limpieza podría llevar hasta 14 años. Para mitigar entretanto el riesgo para la población civil y los equipos de ayuda, el UNMAS ha hecho llamamientos cada vez más urgentes para que la comunidad internacional ayude a retirar los restos explosivos de guerra.

### **La pesadilla debe terminar**

En un llamamiento al fin de las hostilidades, desencadenadas por los ataques dirigidos por Hamás contra el sur de Israel el 7 de octubre, en los que murieron unas 1.250 personas y más de 250 fueron tomadas como rehenes, la máxima responsable humanitaria de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Catherine Mary Russell, insistió en que la “pesadilla” debe terminar.

Casi todos los 600.000 niños refugiados en la ciudad fronteriza meridional de Rafah están “heridos, enfermos o desnutridos”, dijo la responsable del [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#) en un vídeo publicado en X el 1 de mayo.

“Más de 200 días de guerra ya han matado y mutilado a decenas de miles de niños en Gaza”, añadió Russell, en medio del creciente temor a una operación militar israelí a gran escala en Rafah.

## **Bombas de 500 kilos**

Tras la retirada de las tropas israelíes el mes pasado de la ciudad meridional de Jan Yunis, una misión del equipo de evaluación de la ONU informó el 10 de abril que las calles y los espacios públicos estaban sembrados de armas sin detonar. Además, se encontraron bombas de 500 kilogramos “tiradas en las intersecciones principales y dentro de las escuelas”.

Se están llevando a cabo esfuerzos dirigidos por la ONU para hacer que las zonas sean seguras para que los habitantes de la Franja puedan regresar a Jan Yunis, lo que incluye la evaluación de los daños en las instalaciones pertenecientes a la [Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente \(UNRWA\)](#) y la cartografía de las zonas de alto riesgo que contienen metralla y municiones explosivas sin detonar.

Otro aspecto vital de este trabajo son las sesiones de concienciación, que el UNMAS lleva a cabo a través de las redes sociales, mensajes de texto a teléfonos móviles y folletos a cerca de 1,2 millones de personas en Gaza, como parte de los paquetes de ayuda distribuidos por otros socios humanitarios.

En total, se calcula que hay 37 millones de toneladas de escombros en el enclave, que probablemente contengan unas 800.000 toneladas de amianto y otros contaminantes.

## **El número de víctimas sigue aumentando**

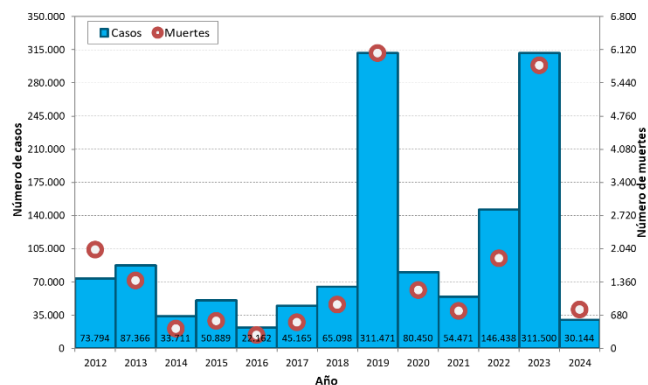
Entre el 29 de abril y el 1 de mayo, OCHA informó que 80 palestinos murieron y 118 resultaron heridos en medio de los bombardeos israelíes, citando a las autoridades sanitarias de la Franja. La misma fuente informó que, desde el 7 de octubre, al menos 34.560 palestinos han muerto en Gaza y 77.765 resultaron heridos.

Esto incluye un ataque el 29 de abril “alrededor de las 12:25 pm” cuando dos mujeres palestinas y dos niñas murieron y otras resultaron heridas cuando una casa fue atacada en el barrio de Tall As Sultan en el oeste de Rafah.

Esta misma oficina también informó que entre el 28 de abril y el 1 de mayo, dos soldados israelíes murieron en Gaza, según el ejército israelí. Hasta el 1 de mayo, 262 soldados de dicho ejército habían muerto y 1.602 habían resultado heridos en Gaza desde el comienzo de la operación terrestre.

Los brotes de sarampión en la República Democrática del Congo siguen siendo uno de los principales problemas de salud pública que afectan a miles de niños y matan a alrededor de mil cada año. Desde agosto de 2010, el país informa brotes de sarampión en casi todas sus 26 provincias.

Durante los últimos 12 años (2012 a 2023), el país notificó 1.282.515 casos y 21.749 muertes. La mayoría de los casos se notificaron en dos años particularmente mortíferos, 2019 y 2023, acumulando 622.971 casos (311.471 casos en 2019 y 311.400 casos en 2023) y 11.844 muertes (6.045 muertes en 2019 y 5.799 muertes en 2023).



Casos y muertes por sarampión. República Democrática del Congo. Años 2012/2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

La tasa de letalidad más alta se registró en 2012, de 2,7% (2.023 muertes/73.794 casos), y la más baja se notificó en 2015, de 1,1% (565 muertes/50.889 casos). El mayor número de distritos sanitarios que notificaron brotes confirmados de sarampión de los 519 del país se registró en 2023, con 316 distritos sanitarios afectados (60,8%) y 253 (48,7%) en 2019.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 11, se notificó un acumulado de 30.144 casos y 791 muertes (tasa de letalidad de 2,6%) en todo el país, y 11,0% de los distritos sanitarios (56/519) informaron brotes confirmados de sarampión en 69,0% de las provincias (18/26). El mayor número de casos se registró en la provincia de Mai-Ndombe, con 5.655 casos, seguida de la provincia de Équateur con 5.082 casos. El menor número de casos se registró en Kasai-Oriental, con sólo 28 casos hasta el momento.

En cuanto a las muertes para 2024, Équateur notificó la mayor cantidad de muertes, con 337 muertes, seguido de Mai-Ndombe, con 104 muertes.

Del total de casos notificados, 21.358 (71%) tienen menos de cinco años y solo 1.160 (4%) han sido investigados, cifra muy inferior al objetivo de al menos 80%.

Un total de 516 casos fueron confirmados por laboratorio, de los cuales sólo 30% están vacunados contra el sarampión, 30,0% no están vacunados y 40,0% tienen un estado de vacunación contra el sarampión desconocido.

### Acciones de salud pública

- Se llevan a cabo reuniones de coordinación de actividades de prevención y respuesta a brotes de sarampión a nivel nacional y en las provincias afectadas.
- Se están implementando actividades de respuesta en los distritos sanitarios afectados de todo el país, con el apoyo de los socios del Ministerio de Salud, incluidos la Organización Mundial de la Salud y Médicos Sin Fronteras, para la vacunación, la investigación de casos, la gestión de casos y la vigilancia.

- Está en marcha la movilización de recursos de los socios para ampliar las actividades de prevención y respuesta contra los brotes de sarampión.

### **Interpretación de la situación**

Si bien el sarampión es endémico en la República Democrática del Congo y se producen brotes todos los años, la baja cobertura de vacunación contra el sarampión en algunos distritos sanitarios siempre se ha identificado como el principal factor de riesgo de brotes de sarampión. A pesar de los esfuerzos desplegados, cada año el país reporta brotes de sarampión a gran escala; esto requiere un análisis profundo acerca de la calidad del apoyo brindado hasta el momento para prevenir y controlar los brotes de sarampión en el país. Este análisis ayudará a identificar debilidades y oportunidades para revertir la tendencia de los brotes de modo de reducir su impacto en la situación de salud pública en el país. Mientras tanto, debe continuar la movilización de recursos necesaria para alcanzar los objetivos del programa de eliminación del sarampión del país.

La Oficina de Salud de la gobernación de Ma'rib anunció el 29 de abril que se han registrado cuatro muertes por difteria en la gobernación en lo que va de 2024.

Según las últimas estadísticas de la Oficina de Salud, los casos sospechosos de difteria llegan a 55, de los cuales uno fue confirmado por laboratorio.

El Director General de la Oficina de Salud Pública y Población de Ma'rib, Dr. Ahmed Al-Abadi, dijo que la muerte de los niños se debió a que no habían sido vacunados previamente contra la difteria.



La oficina lanzó una campaña de inmunización de emergencia contra la difteria, dirigida a más de 15.000 niños menores de 14 años que residen en el campamento de Al Jufaina. En la campaña participan 280 trabajadores de la salud que están visitando casa por casa.

Al-Abadi explicó que la campaña tiene como objetivo contener la enfermedad y prevenir su propagación, pidiendo a los padres que vacunen a sus hijos.

Señaló que también se brindarán instrucciones sanitarias sobre las formas de prevenir la epidemia de cólera, y los equipos de educación para la salud distribuirán carteles, folletos y pancartas de sensibilización.

Recientemente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reveló que 41.000 niños murieron en Yemen durante el año 2023 como resultado de enfermedades inmunoprevenibles, y cada 13 minutos se produce la muerte de un niño a causa de estas enfermedades.

El UNICEF indicó una preocupante caída en las tasas de vacunación, ya que no superan el 41%, 46% y 55% para la vacunación contra el sarampión, la poliomielitis y la triple bacteriana, respectivamente. Estas cifras están lejos del nivel requerido para lograr la inmunidad comunitaria y proteger a los niños.

---

La difteria es una enfermedad prevenible mediante vacunación causada por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*, la cual presenta cuatro biotipos: gravis, intermedius, mitis y belfanti. Todas las cepas pueden producir exotoxinas y causar enfermedades graves.

La difteria se transmite cuando una persona infectada tose o estornuda, especialmente durante las primeras dos semanas de la infección. Los pacientes pueden presentar miocarditis, polineuropatía, obstrucción de las vías respiratorias e infección del tracto respiratorio inferior; la difteria puede ser fatal si no se trata en una etapa temprana.

Los estudios epidemiológicos moleculares pueden ser de ayuda para verificar el vínculo entre el actual brote de difteria en Yemen con los casos que han aumentado recientemente en otras partes del mundo.



La directora del departamento de Prevención y Preparación ante Epidemias y Pandemias (EPP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), María DeJoseph Van Kerkhove, aseguró que, aunque actualmente “la atención se centra sobre todo en Estados Unidos” con respecto a la influenza aviar, se está asistiendo a “una epizootia mundial”, con una situación “preocupante” en la que se están viendo infecciones en nuevas especies como mamíferos marinos o terrestres, además de las aves silvestres o aves de corral.



“Necesitamos una vigilancia mucho más fuerte en los animales a nivel mundial, no solo en Estados Unidos, fijándonos en las especies que sabemos que pueden infectarse. La prevención es clave en el sector animal, humano, y entre animales y humanos”, señaló Van Kerkhove.

En este sentido, la responsable técnica del programa mundial contra la influenza, la Dra. Aspen Hammond, explicó que, a principios de 2024, “hubo una enfermedad inexplicable en el ganado lechero que causó una caída en su producción de leche en Estados Unidos”, un hecho que “en realidad fue la detección de influenza aviar A(H5N1) en la leche de las vacas”.

“También ha habido detecciones de A(H5N1) en otros animales cercanos a los rebaños de ganado lechero afectados; hemos oído informes de infecciones detectadas en gatos y mapaches, aves silvestres y domésticas cercanas. Se ha informado de que en la leche de las vacas afectadas hay una carga viral muy alta de A(H5N1), y eso contrasta con una carga viral baja procedente de hisopos nasales recogidos de estas vacas. También ha habido informes de que vacas asintomáticas han dado positivo para A(H5N1), y que también se detectó A(H5N1) en los pulmones de una vaca de un matadero que no tenía síntomas”, detalló Hammond.

Asimismo, hubo contagios entre vacas del mismo rebaño, y contagio entre lecherías asociado a movimientos de ganado dentro de Estados Unidos. “Se sospecha que la transmisión de vaca a vaca se produce probablemente por medios mecánicos, pero, de nuevo, esta es una de las áreas que se están investigando con mucho trabajo para entender cómo se transmite el virus a, desde y entre las vacas”, remarcó.

La infección por el virus de la influenza aviar pueden causar en el humano enfermedades que van desde una infección leve de las vías respiratorias superiores hasta enfermedades más graves y potencialmente mortales. “En algunos casos se han notificado síntomas no respiratorios. También se han notificado conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía en infecciones humanas previas por el virus A(H5N1)”, señaló Hammond.

No obstante, la experta recalcó que las pruebas epidemiológicas y virológicas actuales sugieren que “los virus de la influenza A(H5) no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos, por lo que la probabilidad de contagio es baja”. Así, las expertas recordaron que la influenza aviar A(H5N1), “no está solo en Estados Unidos, sino que surgió en 1996 y

desde 2002 ha sido endémica o se ha extendido globalmente”, pero sí que “es la primera vez que se observa en vacas”.

En este contexto, el jefe de la Unidad de Normas y Asesoramiento Científico sobre Nutrición Alimentaria de la OMS, el Dr. Moez Sanaa, recomendó “no consumir leche, huevos o carne crudos, especialmente en lugares donde se hayan producido brotes de influenza en granjas”, así como “consumir leche pasteurizada o debidamente hervida”.

# Curso virtual

100% online  
Otorga créditos SADI  
Inicio: Abril



sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

## Curso virtual Los animales de compañía y las familias, desde la perspectiva de Una Salud

Zoonosis, multirresistencia y otros temas clave

Directores:  
Dra. Susana Lloveras, Dr. Pablo Borrás



### Programa

#### Módulo 1 | Los animales de compañía en la familia

1. Una Salud y Animales de Compañía (AC). Dinámica humano-animal. Situación actual. **Dra. Susana Lloveras**
2. Animales y personas: reflexiones desde la antropología social. **Dra. Andrea Mastrangelo**
3. Tenencia responsable. Vacunación, esterilización, control de reproducción, desparasitación y prevención de mordedura, desde los centros de zoonosis. ¿Cómo se trabaja en un centro de Zoonosis? **Dr. Gustavo Martínez**

#### Módulo 2 | Animales de compañía y riesgos para la salud

1. Los animales de compañía como centinelas para la Salud pública. **Dr. Gabriel Cicuttin**
2. Enfermedades zoonóticas en animales de compañía: nuevos escenarios. **Dr. Pablo Borrás**
3. Enfermedades zoonóticas asociadas a animales de compañía exóticos o no tradicionales. Venta ilegal de especies exóticas. **Dr. Guillermo Wiemeyer**
4. Los animales de compañía en la casa de personas con inmunosupresión. **Dra. Claudia Salgueira**
5. Enfermedades y problemas relacionados con AC en pediatría. **Dra. Silvia Gonzalez Ayala**

#### Módulo 3 | Animales de compañía y resistencia antimicrobiana

1. Diseminación de bacterias resistentes entre animales de compañía y humanos. Los mecanismos de resistencia más relevantes. **Dra. Paula Gagetti**
2. Dificultades en el tratamiento de algunas enfermedades frecuentes de los animales de compañía. El Diagnóstico microbiológico como pilar del tratamiento adecuado. **Dra. Gabriela Giacobboni**

#### Módulo 4 | Las nuevas tendencias en relación con AC

1. La alimentación de los animales de compañía y las nuevas tendencias de dietas crudas. **Dra. Marta Zubaldía**
2. Atención centrada en el paciente: rol de los animales de compañía en la recuperación de pacientes (Los AC dentro de los hospitales). Riesgos y beneficios. **Lic. Daiana Anabel Pugliese**

Inscríbete aquí con un beneficio especial

**30% OFF**

Por inscripción anticipada

**Cuotas sin interés**

Con Mercado Pago

Y promociones especiales para alumnos y ex alumnos del campus, residentes y Socios SADI. ¡Descuentos acumulativos hasta 50% OFF!



Video de presentación

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

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