

10 DE JUNIO
2024
REC 2.819

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Brasil: Alerta en Minas Gerais ante la muerte de un mono por fiebre amarilla
- Estados Unidos: Un panel de la FDA aprueba una nueva vacuna contra la covid para el otoño
- Estados Unidos: Perdura la falsa creencia en el vínculo entre la vacuna triple viral y el autismo

- Guatemala: Confirman un brote de fiebre tifoidea en un instituto escolar de la capital

- México: Aclaran que la reciente muerte de un paciente no es atribuible a la influenza aviar A(H5N2)

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica de la difteria
- Comoras: Situación epidemiológica del cólera

- España: Alertan de un aumento en los casos de covid

- Filipinas: Hasta mayo se registraron 169 casos humanos de rabia

- Italia: Caso importado de fiebre de Oropouche en un viajero que regresó de Cuba

- Palestina: La crisis humanitaria en Gaza tras ocho meses de guerra

- Reino Unido: Advierten de un aumento de casos de infecciones por *Escherichia coli*

- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

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 adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // 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 // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN

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.

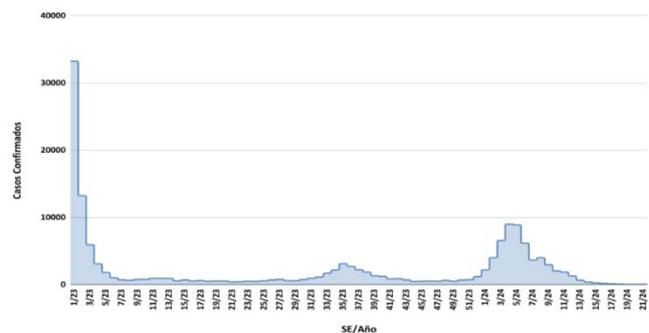
Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va del año 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes SE, permaneciendo relativamente estables en las últimas tres.

Respecto de los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE 5 de 2024, y posteriormente presenta una tendencia descendente, sin fallecimientos notificados en la SE 21 de 2024.

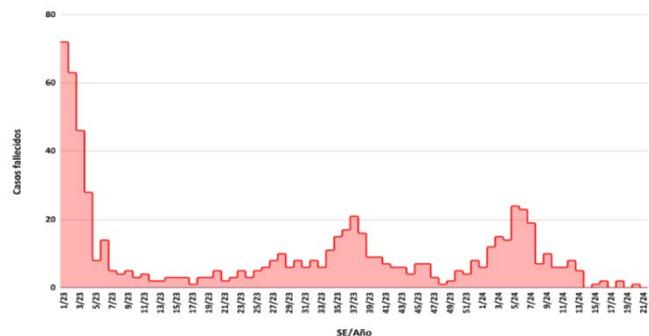
Vigilancia en UMAs¹

En 2024, hasta la SE 21, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 6.373 muestras para SARS-CoV-2 mediante RT-PCR, de las que 842 resultaron positivas. Esto representa un descenso de 33,48% respecto de las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023 y de 39,77% para los casos detectados. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 13,21%.

Entre las SE 1 y 5 de 2024, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs mediante la técnica molecular, con un descenso pos-



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 21 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



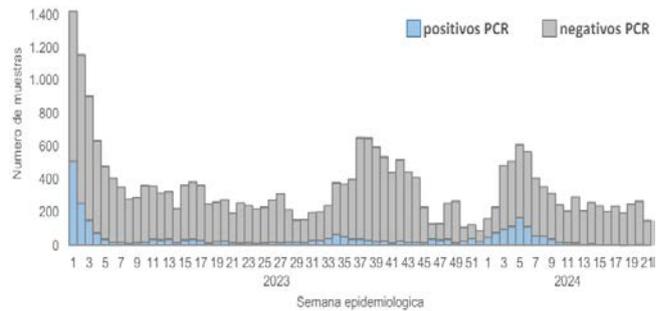
Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 21 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

¹ El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de covid en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad en las 24 jurisdicciones del país, logrando así una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de enfermedad tipo influenza, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y virus sinicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

terior, sin casos positivos entre las 149 muestras analizadas mediante PCR correspondientes a la SE 21 de 2024.

Vigilancia en personas internadas

En 2024, hasta la SE 21, en términos acumulados, se notificaron 3.745 casos de covid en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa un aumento de casos de 14,39%. Las detecciones



Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 21 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE 35, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024 se verificó un aumento de las notificaciones, que posteriormente descienden, permaneciendo en las últimas semanas en valores bajos. En la SE 21 de 2024 se notificaron 17 casos de SARS-COV-2 en personas hospitalizadas.

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 1 y el 28 de abril de 2024, fueron compartidas 12.024 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID. Como comparación, en los dos períodos anteriores de 28 días, se compartieron 24.317 y 42.030 secuencias, respectivamente.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando cinco variantes de interés (VOI): XBB.1.5, XBB.1.16, EG.5, BA.2.86 y JN.1. Además, el 3 de mayo de 2024 fueron designadas cuatro variantes bajo monitoreo (VUM), todas descendientes de JN.1: JN.1.7, KP.2, KP.3 y JN.1.18.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 130 países), representando 54,3% de las secuencias en la SE 17 de 2024, habiendo disminuido desde una proporción de 69,0% en la SE 14. Su linaje parental, BA.2.86, sigue disminuyendo su prevalencia, representando el 0,5% en la SE 17, en comparación con el 0,8% en la SE 14.

La variante JN.1, descendiente del linaje BA.2.86, ha sido clasificada por la OMS como VOI el 19 de diciembre de 2023. Según la actualización de la valoración de riesgo realizada por la OMS para JN.1, publicada el 15 de abril de 2024, la evaluación global en base a la evidencia disponible, fue de bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.

Las otras VOI han disminuido o han mantenido estable su prevalencia global durante el mismo periodo.

A nivel regional, durante las SE 14 a 17 de 2024, se dispuso de datos de secuenciación suficientes para calcular la prevalencia de variantes en tres regiones de la OMS: la Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea. Entre las VOI, JN.1 fue la variante más reportada y mostró una tendencia decreciente en las tres regiones. Las demás VOI también registraron tendencias en descenso.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2.

Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

La situación en Argentina

En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1*, XBB.1.5*, BA.2.86* y EG.5, con algunas detecciones de XBB.1.16*.

Entre las SE 1 y 8 de 2024, se notificaron al SNVS^{2.0} 532 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 368 casos (69,17%), seguida de XBB.1.5* en 61 casos (11,47%), BA.2.86* en 77 casos (8,27%), EG.5 en 22 casos (4,14%) y XBB.1.16* en 3 casos (0,56%). (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 29 de mayo de 2024 se detectó en Argentina un total de 447 casos de la variante JN.1* y 51 casos de la variante BA.2.86*.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

Es importante mantener la vigilancia epidemiológica de virus respiratorios durante todo el año, incluido el periodo estival, según la estrategia nacional de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) vigente, así como también continuar fortaleciendo la vigilancia genómica de virus respiratorios.

Adicionalmente, se recomienda continuar con las medidas generales de prevención y control de las IRAs: mantener completos los esquemas de vacunación contra el SARS-CoV-2, así como también vacuna contra influenza, antineumocócica, contra *Bordetella pertussis* y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, según los lineamientos nacionales, mantener una ventilación adecuada de los ambientes, lavado frecuente y adecuado de manos. Para aquellas personas que presenten síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificultan sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es permanecer en su casa y evitar estar en contacto con otras personas hasta la mejoría sintomática.

BRASIL



ALERTA EN MINAS GERAIS ANTE LA MUERTE DE UN MONO POR FIEBRE AMARILLA

06/06/2024

La Prefectura de Santa Rita de Caldas, estado de Minas Gerais, confirmó un caso de fiebre amarilla en un mono encontrado muerto en la zona rural de la ciudad. Ante los hechos, se pidió a los residentes que revisen su carné de vacunación y, si es necesario, se vacunen contra la enfermedad.

Según el Departamento de Salud, el mono fue encontrado muerto en una zona rural, en Bairro da Mata, el 13 de mayo. El material recolectado del animal fue enviado para su análisis al laboratorio de la Fundación 'Ezequiel Dias' (FUNED), en Belo Horizonte (Minas Gerais), que confirmó la enfermedad el 4 de junio.



Haemagogus janthinomys, vector de la fiebre amarilla.

La secretaria de Salud, Regiane Vilas Bôas, informó que, apenas encontrado el animal, se realizó una búsqueda activa de personas no vacunadas en los barrios cercanos.

Actualmente, según el departamento, la cobertura de inmunización contra la fiebre amarilla es superior a 90% en el municipio. De todas formas, se ha hecho un llamado a quienes no estén vacunados para que reciban la dosis.

El Departamento de Salud de Santa Rita de Caldas recordó a los vecinos que no deben matar a los monos, ya que no transmiten la enfermedad y son considerados centinelas, porque sirven como indicadores de la presencia del virus en la región.

Quién debe vacunarse

El Estado de Minas Gerais en su conjunto es Área con Recomendación de Vacunación contra la Fiebre Amarilla desde 2008. La vacuna está indicada según las recomendaciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) para:

- Los niños, al cumplir los 9 meses de edad, deben recibir una dosis;
- Los niños, al cumplir los 4 años de edad, deben recibir una dosis de refuerzo;
- Las personas de 5 a 59 años, no vacunadas o sin comprobante de vacunación, deben recibir una dosis;

- Las personas que recibieron solo una dosis de la vacuna antes de cumplir los 5 años deben recibir una dosis de refuerzo.
- Para las personas de 60 años o más, el servicio de salud debe evaluar la pertinencia de la vacunación.

La expansión de la fiebre amarilla que se producido en América del Sur en los últimos años genera preocupación tanto por la salud pública como así también por posibles problemas de conservación de especies de primates no humanos susceptibles en el continente. El virus es endémico en gran parte del centro y norte de Sudamérica y realiza incursiones esporádicas en zonas del sur del continente, como los estados de Santa Catarina, Paraná y Rio Grande do Sul en Brasil, Misiones en Argentina y Paraguay.

El virus de la fiebre amarilla se introdujo en las Américas hace aproximadamente 400 años, pero las complejas interacciones que se establecieron después de su introducción están lejos de ser dilucidadas. Es necesario realizar más investigaciones sobre la ecoepidemiología de la enfermedad en el continente, específicamente sobre el papel de cada especie de primate no humano, y especialmente en presencia del persistente cambio ambiental global.

Un comité de asesores de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) votó el 5 de junio para actualizar la fórmula de la vacuna contra la covid antes de la prevista campaña de inmunización de otoño, ahora un paso anual para tratar de ofrecer una mejor protección contra las versiones del virus en circulación.

La votación unánime de los 16 asesores recomendó una fórmula destinada a combatir la variante JN.1, que dominó las infecciones en Estados Unidos en febrero, o una versión de la misma. En las últimas semanas, JN.1 ha sido superado por descendientes conocidos como KP.2 y KP.3.



En las próximas semanas, se espera que la FDA recomiende formalmente una variante objetivo para los fabricantes de vacunas para la próxima ronda de inmunizaciones de fines del verano o principios del otoño. Cualquier decisión implica algunas conjeturas fundamentadas, dado que cualquier nueva fórmula de vacuna no estará disponible hasta meses después de que una variante se vuelva dominante.

“Cada vez está más claro sigue siendo difícil de definir el momento ideal para tomar una decisión sobre la composición de la vacuna”, dijo Jerry Weir, funcionario de la división de vacunas de la FDA.

El Dr. Peter Marks, que supervisa esa división, instó al comité a considerar alentar a los fabricantes de vacunas de ARNm a centrarse en las últimas versiones del virus con más amplia circulación.

“Siempre decimos que no deberíamos estar persiguiendo cepas, pero estamos pagando una prima increíblemente alta por las vacunas de ARNm para poder tener las vacunas más recientes”, dijo, refiriéndose a la tecnología utilizada por Moderna y Pfizer. Comparó la elección de una vacuna con la selección de la leche más fresca en el supermercado.

“Si esto evoluciona más en otoño, ¿nos arrepentiremos de no haber estado un poco más cerca?”, preguntó Marks.

Pero la Dra. Sarah Meyer, alta funcionaria de vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), dijo que apuntar a JN.1 era más apropiado porque estaba “más arriba en el árbol” en la evolución del SARS-CoV-2, lo que posiblemente permitiría que las vacunas cubran mejor las mutaciones del virus a finales de este año.

Los planes del gobierno federal para una campaña de vacunación contra la covid, añadió, suponían la distribución de una opción contra la JN.1.

“Creo que es muy difícil predecir qué pasará y hacia dónde irán las cosas”, dijo.

La decisión de los asesores del 5 de junio se alineó con la orientación del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomendó en abril que las vacunas contra la covid cambien a una formulación JN.1.

Los asesores de la FDA revisaron datos que mostraban que, a fines de mayo, las versiones KP del virus representaban aproximadamente la mitad de los casos de covid en todo el país, una señal de que continuarían propagándose más ampliamente que la JN.1.

Representantes de Moderna y Pfizer dijeron que las empresas estarían listas para producir cualquiera de las versiones de la vacuna.

Novavax®, que utiliza una tecnología de desarrollo de vacunas diferente, dijo que apuntaría a JN.1. El Dr. Robert Walker, director médico de la empresa, dijo que sería eficaz para neutralizar las cepas de KP.

Los estudios han demostrado que la protección tiende a mejorar a medida que las vacunas apuntan con mayor precisión a las variantes dominantes, según la FDA.

El 5 de junio, los funcionarios federales presentaron un retrato optimista de la lucha del país contra la covid. Los casos fueron relativamente escasos, dijo Natalie J. Thornburg, oficial de los CDC, con datos que muestran que las enfermedades por JN.1 no fueron más graves que las de variantes anteriores.

Recientemente se han registrado menos de 400 muertes semanales por covid, frente a un máximo de aproximadamente 2.500 semanales durante el invierno, según los datos iniciales recopilados por los CDC. Los estadounidenses mayores representaron una porción significativa de los pacientes hospitalizados con covid.

La tasa de vacunación contra la covid del año pasado fue mediocre. En marzo, investigadores de los CDC informaron que sólo 18% de los adultos inmunocomprometidos habían recibido la vacuna actualizada, que proporcionó una mayor protección contra la hospitalización. En términos más generales, poco más de 20% de los adultos recibieron la vacuna, según datos de los CDC.

La tibia aceptación de las vacunas actualizadas se extendió a los residentes de hogares de ancianos, quienes se encuentran entre los más propensos a sufrir enfermedades graves, hospitalización o muerte. Datos del CDC muestran que en mayo, alrededor de 30% de los residentes de hogares de ancianos estaban al día con sus vacunas contra la covid, frente a 65% hace dos años.

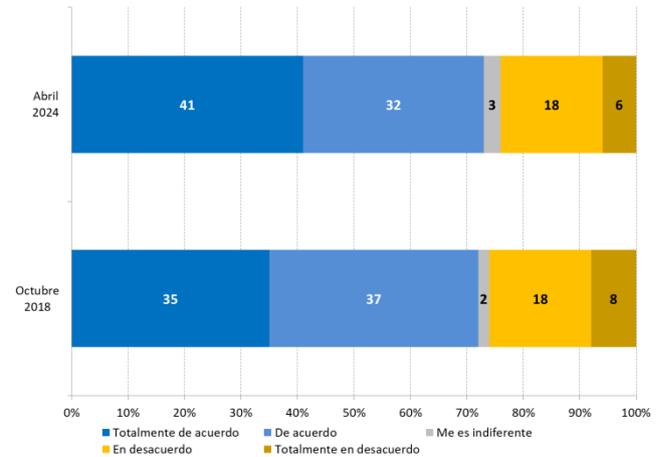
Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han dicho que no existe evidencia que relacione la vacuna contra el sarampión y el autismo. Pero 24% de los adultos estadounidenses no acepta eso –dicen que esa afirmación es algo o muy inexacta– y otro 3% no está seguro, según la encuesta del Centro de Políticas Públicas Annenberg (APPC) de la Universidad de Pennsylvania. Aproximadamente tres cuartas partes de los encuestados dicen que esa afirmación es algo o muy precisa.

Los hallazgos son consistentes con los de una encuesta del APPC administrada por NORC en octubre de 2018, antes de la pandemia de covid. Las dos encuestas indican que un número considerable y constante de estadounidenses cree en el falso vínculo o no sabe qué es lo correcto. Este falso vínculo fue afirmado por Andrew Wakefield en un artículo de *The Lancet* de 1998 del que posteriormente se retractó.

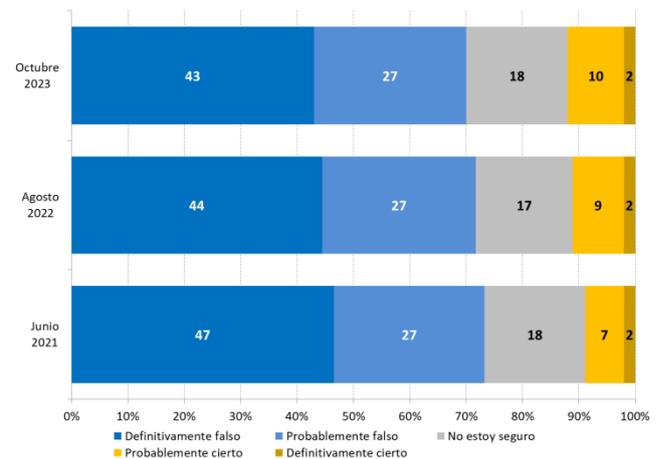
“La persistente falsa creencia de que la vacuna triple viral causa autismo sigue siendo problemática, especialmente a la luz del reciente aumento de casos de sarampión”, afirmó Kathleen Hall Jamieson, directora del APPC. “Nuestros estudios sobre la vacunación muestran consistentemente que la creencia de que la vacuna triple viral causa autismo está asociada no solo con la renuencia a recibir la vacuna contra el sarampión, sino con el escepticismo ante las vacunas en general”.

Los nuevos hallazgos también son consistentes con las encuestas del APPC de 2021-2023 que no mencionaron las pautas de los CDC. En estas encuestas, entre 9% y 12% pensaba que era probable o definitivamente cierto que las vacunas administradas a los niños contra enfermedades como el sarampión, la parotiditis y la rubéola causaban autismo, mientras que entre 17% y 18% no estaban seguros de si eso era cierto o falso.

En la última encuesta, realizada del 18 al 24 de abril de 2024, el APPC preguntó a más de 1.500 adultos estadounidenses seleccionados sobre su conocimiento sobre cómo se puede contraer sarampión, sus síntomas y si los profesionales médicos recomiendan que las embarazadas se apliquen la vacuna contra el sarampión si aún no lo han hecho.



Opiniones ante la aseveración “Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades afirman que no existe evidencia que relacione la vacuna contra el sarampión y el autismo”.



Opiniones ante la aseveración “Las vacunas aplicadas a los niños contra enfermedades como el sarampión, la parotiditis y la rubéola causan autismo”.

El aumento en los casos de sarampión

Los CDC informaron que la actividad del sarampión está aumentando a nivel mundial y también en Estados Unidos. En 2024, hasta el 30 de mayo, se han registrado 146 casos de sarampión en el país, en 21 jurisdicciones, incluidos 11 brotes con tres o más casos relacionados. Desde el 1 de enero de 2020 hasta el 28 de marzo de 2024, los CDC fueron notificados de 338 casos confirmados, de los cuales casi un tercio (97 casos; 29%) ocurrieron solo durante el primer trimestre de 2024, lo que representa un aumento de 17

veces con respecto al número medio de casos notificados en los primeros trimestres de 2020-2023. La mediana de edad de los pacientes fue de 3 años. La gran mayoría de los casos ocurrieron en pacientes que no estaban vacunados o cuyo estado de vacunación se desconocía.

Según los CDC, la cobertura de vacunación con triple viral en niños de jardín de infantes disminuyó en Estados Unidos durante la pandemia.

Conocimiento sobre el sarampión

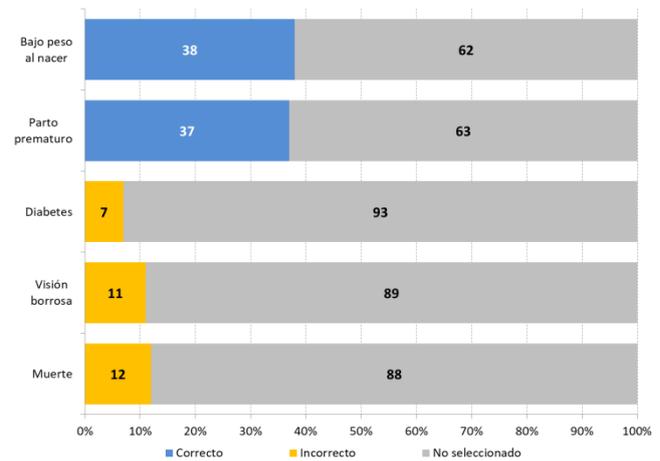
- **Cómo se contagia:** La mayoría de los encuestados saben cómo se puede y no se puede transmitir el sarampión. Casi 6 de cada 10 afirman correctamente que se puede transmitir al toser y estornudar (59%) y al tocar una superficie contaminada y luego tocarse la nariz, la boca o los ojos (59%). No se puede transmitir a través del contacto sexual sin protección con una persona infectada, pero más de una quinta parte de los encuestados (22%) cree que esta es una forma de contraer el virus.
- **Período de incubación:** Muy pocos encuestados saben durante cuánto tiempo una persona infectada con sarampión puede transmitir el virus antes de desarrollar la erupción característica de la enfermedad. Poco más de 1 de cada 10 (12%) estima correctamente que una persona puede transmitir la infección durante cuatro días antes de desarrollar una erupción, mientras que 12% estima que el periodo es de una semana. La mayoría de los encuestados (55%) afirmó no estar seguro.

Complicaciones del sarampión en personas embarazadas

La encuesta pidió seleccionar de una serie de posibles complicaciones las que estaban asociadas con contraer sarampión durante el embarazo. Menos de 4 de cada 10 personas identificaron correctamente dos complicaciones asociadas con contraer sarampión durante el embarazo: dar a luz a un bebé con bajo peso (38%) y parto prematuro (37%). Un número bastante pequeño de personas indicó incorrectamente que la diabetes (7%), la visión borrosa (11%) y la muerte (12%) tienen más probabilidades de ocurrir si se contrae sarampión durante el embarazo, lo que es incorrecto.

Vacunación con triple viral durante el embarazo

La mayoría de las personas (57%) no están seguras de si las mujeres embarazadas deberían vacunarse contra el sarampión si aún no lo han hecho. Casi un tercio (32%) piensa incorrectamente que los profesionales médicos recomiendan que las embarazadas se vacunen. Sólo



Respuestas ante la consigna "Marque cuales de las siguientes complicaciones se pueden presentar en una mujer embarazada que contrae sarampión".

12% sabe que los profesionales médicos no recomiendan esta vacuna a mujeres embarazadas. Esto se debe a que la vacuna contra el sarampión utiliza una forma viva y debilitada (es decir, atenuada) del virus. Los CDC señalan: “Aunque la triple viral es una vacuna segura y eficaz, en teoría existe un riesgo para el bebé. Esto se debe a que es una vacuna viva, lo que significa que contiene una versión debilitada de los virus vivos”.

Los CDC recomiendan que la vacuna triple viral se administre un mes o más antes de que una persona quede embarazada, si esa persona no recibió esta vacuna cuando era niña.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala informó que el 4 de junio identificó un brote de fiebre tifoidea en un aula de un instituto de la Zona 1 de la capital.

Añadió que, de un total de 24 alumnas, 16 y la maestra de grado presentan síntomas; además, nueve refieren familiares con síntomas similares.



Ante esta situación, el Centro de Salud de la Zona 1, con acompañamiento de la Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud Guatemala Central, accionó con la toma de muestras para cultivo que fueron enviadas al Laboratorio Nacional para su análisis.

Se sospecha de fiebre tifoidea por las características clínicas; sin embargo, esto se confirmará con los resultados de la Dirección del Laboratorio Nacional de Salud.

Entre otras medidas, se tomaron muestras de agua y de alimentos en venta del interior y de los alrededores del establecimiento; además, se solicitará la documentación respectiva como tarjeta de salud y de manipulación de alimentos.

Esta enfermedad no se transmite de persona a persona, sino a través de agua y alimentos.

Un portavoz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aclaró el 7 de junio que el reciente fallecimiento de un paciente en un hospital de México no es atribuible a la influenza aviar A(H5N2), sino a causas “multifactoriales”, al padecer otras dolencias y enfermedades.

“Es importante indicar que la muerte fue multifactorial, no atribuible al virus A(H5N2)”, reiteró el portavoz de la OMS Christian Lindmeier.

La fuente oficial recordó que el paciente llegó al hospital tras sufrir síntomas durante semanas, falleció el mismo día en que fue examinado en el centro sanitario –el 24 de abril– y tras ello se realizaron pruebas en la que dio positivo para el virus A(H5N2).

Es el primer caso de este virus frecuente en aves registrado en seres humanos, aunque otros subtipos de influenza aviar, como el A(H5N1), han sido diagnosticados en personas de varios países durante las dos últimas décadas (cerca de 900 casos, la mitad de ellos mortales).

El portavoz de la OMS subrayó que la investigación del caso está actualmente en curso, pero no confirmó si ésta conduciría a una reevaluación de la situación global de la influenza aviar. Por ahora, la organización considera que el riesgo sanitario de esta enfermedad es bajo, pese a los crecientes brotes en aves y mamíferos.



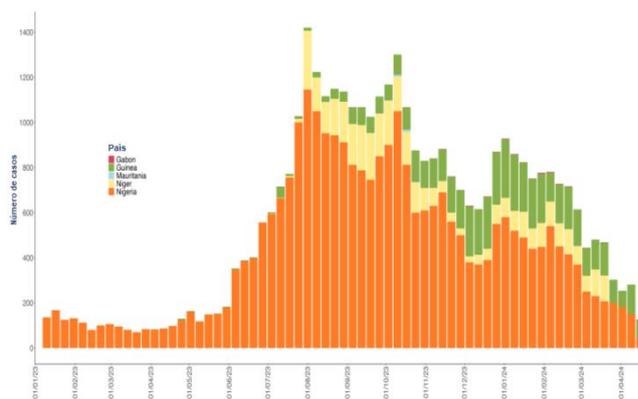
México negó que el paciente muriera por influenza aviar A(H5N2)

La OMS informó del caso en México el 5 de junio, y atribuyó la muerte a la influenza aviar A(H5N2), aunque el 6 de junio el Gobierno mexicano negó relación directa entre el fallecimiento del paciente y la influenza aviar, acusando al organismo sanitario de emitir un comunicado “bastante malo” en palabras del secretario de Salud mexicano, Jorge Carlos Alcocer Varela.

“Puedo señalar que el comunicado que hizo la Organización Mundial de la Salud es bastante malo, ya que de entrada habla de un caso fatal, cosa que no fue así: murió por otra causa y sin que se haya dictaminado, y solo de manera marginal dice que el riesgo en este caso es bajo”, declaró Alcocer Varela.

Entre el 1 de enero de 2023 y el 26 de mayo de 2024, se había notificado un total de 40.929 casos sospechosos de difteria en Nigeria, Guinea, Níger, Mauritania, Sudáfrica, Camerún y Gabón. De estos casos sospechosos, 27.511 (67,2%) fueron confirmados, con 1.174 muertes reportadas. Entre los casos confirmados, 623 (2,2%) fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, 726 (2,6%) mediante vínculo epidemiológico y 26.162 (95,0%) por compatibilidad clínica.

En 2024, Nigeria, Níger, Guinea y Gabón notificaron 11.527 casos sospechosos acumulados, de los cuales 8.515 (73,8%) fueron confirmados, con 152 muertes (tasa de letalidad de 1,3%). El 70% de los casos sospechosos involucró a niños de 1 a 14 años; el 61% eran mujeres y sólo 24% estaban completamente vacunados. Estos hallazgos subrayan la naturaleza multifacética del brote y resaltan la necesidad de intervenciones específicas.



Casos de difteria por mes, según país. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Del 1 de enero de 2023 hasta el 15 de mayo de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

País	Del 1 de enero de 2023 hasta el 12 de mayo de 2024							Del 1 de enero de 2024 hasta el 12 de mayo de 2024				Última actualización
	Total sospechosos	Total de muertes	Tasa de letalidad (%)	Total de casos confirmados			Total sospechosos	Total confirmados	Total de muertes	Tasa de letalidad (%)		
				Laboratorio	Vínculo epid.	Clín.comp.	Total confirm.					
Nigeria	31.129	863	2,8	369	515	17.366	18.250	7.086	4.185	76	1	12/05/24
Guinea	5.397	104	1,9	52	109	4.866	5.027	3.144	3.047	24	1	17/05/24
Níger	4.273	196	4,6	191	102	3.900	4.193	1.277	1.277	52	4	31/03/24
Mauritania	20	6	30,0	—	—	20	20	—	—	—	—	26/11/23
Sudáfrica	79	1	1,3	9	—	—	9	—	—	—	—	07/01/24
Camerún	2	1	50,0	—	—	2	2	—	—	—	—	07/01/24
Gabón	29	3	10,3	2	—	8	10	20	6	—	—	12/05/24
Total	40.929	1.174	2,9	623	726	26.162	27.511	11.527	8.515	152	1	—

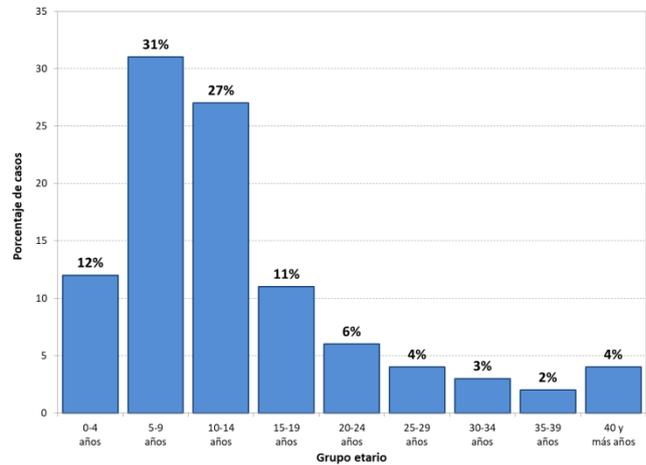
Casos confirmados y sospechosos y muertes, según país. Región de África de la Organización Mundial de la Salud. Años 2023/2024, hasta el 12 de mayo de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

Situaciones nacionales

- Nigeria:** Entre la semana epidemiológica (SE) 19 de 2022 y la SE 19 de 2024, se notificaron 31.129 casos sospechosos de difteria en 36 estados, incluidas 318 áreas de gobierno local. De ellos, 18.250 (59%) fueron confirmados, con 863 defunciones. Entre los casos confirmados, 369 (2%) lo fueron por pruebas de laboratorio, 515 (3%) por vinculación epidemiológica y 17.366 (95%) por compatibilidad clínica. La tendencia nacional es decreciente. La tasa de letalidad de los casos sospechosos fue de 8%. Entre la SE 1 y la SE 19 de 2024 se registraron

7.086 casos sospechosos, 4.185 (59%) confirmados y 76 defunciones. Casi 99% de los casos confirmados provinieron de Kano, Yobe, Borno, Bauchi y Katsina. El 60% de los casos confirmados son mujeres y 26% están completamente vacunados.

- **Guinea:** Entre el 4 de julio de 2023 y el 17 de mayo de 2024, notificó 5.397 casos sospechosos, 5.027 confirmados y 109 muertes. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos fue de 1,9%. Entre los casos confirmados, 52 (1%) fueron confirmados por pruebas de laboratorio, 109

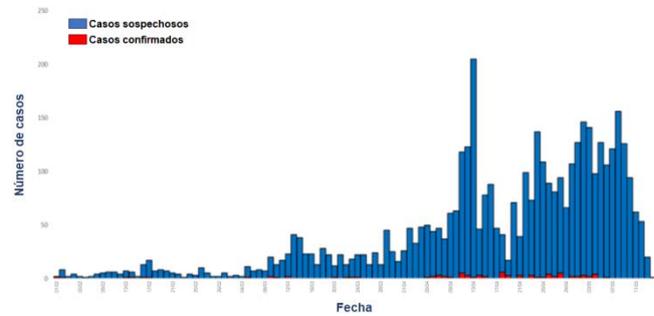


Casos reportados, según grupos etarios. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Del 1 de enero de 2023 hasta el 15 de mayo de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

(2%) por vinculación epidemiológica y 4.866 (97%) por compatibilidad clínica. El distrito de Siguiiri sigue siendo el epicentro y representa 96% de los casos notificados. Después de una caída de dos semanas, la SE 19 registró un aumento de casos de 37% en comparación con la SE 18. Sin embargo, la tendencia se está estancando y sigue siendo objeto de estrecha vigilancia. El 54% de los casos son mujeres y 64% son menores de 15 años.

- **Gabón:** Notificó 29 casos sospechosos (20 en 2024), con tres muertes, incluidos dos casos confirmados por laboratorio. No se han notificado casos activos en las últimas seis SE, pero es necesario un seguimiento periódico y una búsqueda activa de casos.
- **Níger:** La tendencia nacional se está estancando. Al 31 de marzo de 2024, Níger notificó 4.273 casos sospechosos y 196 muertes, con una tasa de letalidad de 6%. De los casos confirmados, 191 (5%) fueron confirmados por laboratorio, 102 (2%) por vinculación epidemiológica y 3.900 (93%) por compatibilidad clínica. El 59% de los casos confirmados son mujeres, 31% están vacunados y 64% son menores de 15 años.
- **Mauritania:** Notificó 20 casos sospechosos, todos confirmados por compatibilidad clínica, que provocaron seis muertes y una tasa de letalidad de 30% entre los casos sospechosos. Está prevista una búsqueda activa de casos para garantizar que no haya casos en la comunidad.

El primer caso de cólera se notificó en Comoras el 2 de febrero de 2024 y, posteriormente, se notificaron casos en las tres regiones –Ngazidja, Mwali y Ndzuwani–, que abarcan 17 distritos sanitarios. Durante la semana epidemiológica 20 hubo 99 casos nuevos: 93 en Ndzuwani, cuatro en Mwali y dos en Ngazidja. Además, se registró una nueva muerte en la región de Ndzuwani. Un total de 94 casos siguen activos: 85 en Ndzuwani, siete en Mwali y dos en Ngazidja.



Casos sospechosos y confirmados de cólera. Comoras. Del 1 de febrero al 15 de mayo de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

Al 15 de mayo de 2024, se había notificado un total acumulado de 6.025 casos, la mayoría de los cuales se notificaron en Ndzuwani (5.016 casos, 83,2%), seguido de Ngazidja (545 casos, 9,1%) y Mwali (464 casos, 7,7%). Se recuperaron 5.817 casos (96,5%), y se registró un total de 114 muertes (tasa de letalidad de 1,9%): 94 (82,5%) en Ndzuwani, 15 (13,2%) en Ngazidja y cinco (4,3%) en Mwali.

El grupo etario más afectado es el de 15 a 19 años (620 casos; 10,3%), seguido por el de 20 a 24 años (570 casos; 9,5%) y el de 10 a 14 años (423 casos; 7,0%).

Del total de casos, 318 (5,3%) eran menores de 5 años, mientras que los casos mayores de 65 años fueron los menos representados, con 58 casos (1,0%). La proporción de sexos (hombre/mujer) fue de 1,2.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud y sus socios lideran la respuesta de salud pública y celebran reuniones periódicas de coordinación.
- Se ha desplegado sobre el terreno un equipo multidisciplinario de expertos y voluntarios para apoyar los esfuerzos de respuesta en curso.
- Se están llevando a cabo actividades de vigilancia, que incluyen el rastreo de contactos, la búsqueda activa de casos y la vigilancia comunitaria, todo ello facilitado por herramientas electrónicas de recopilación de datos y geolocalizadores.
- La gestión de casos está en curso, incluida la capacitación de los trabajadores de salud en el sitio de triaje sobre definición de casos, triaje de pacientes y rehidratación oral.
- Se enviaron cepas aisladas a Uganda para su secuenciación, y el laboratorio a nivel nacional apoya la respuesta realizando pruebas de diagnóstico y de confirmación.
- Se está ultimando una campaña de vacunación inmediata y se esperaba recibir las vacunas el 11 de mayo de 2024.
- Se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida la educación de los profesionales de la salud y de la comunidad sobre la prevención del cólera.

Interpretación de la situación

En Comoras se están realizando esfuerzos sustanciales de coordinación y planificación, en colaboración con diversos socios técnicos y financieros, para controlar el brote y restablecer la normalidad. Sin embargo, la demora en la movilización oportuna de recursos para ejecutar actividades de saneamiento, vigilancia, confirmación biológica y vacunación presenta un desafío persistente que impide la respuesta. A pesar de estos obstáculos, el país planifica una campaña de vacunación en las zonas afectadas. Por lo tanto, el país y sus socios deben movilizarse efectiva y eficientemente para esta campaña. Además, los esfuerzos en curso para movilizar recursos financieros son esenciales para apoyar la implementación de otras intervenciones y actividades de salud pública, incluida la vigilancia, la sensibilización, el saneamiento, el suministro de agua y otros insumos necesarios.

A pesar de que la covid mantuvo sus cifras bajo control en los primeros meses del año y que la población general ha dejado de percibir el riesgo, durante el mes de mayo se registró un aumento de las infecciones en España, alcanzando una tasa de 55,9 casos cada 100.000 habitantes, un dato que recoge el último informe del Instituto de Salud 'Carlos III' del Sistema de Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (SIVIRA), en su análisis del 20 hasta el 26 de mayo y en el que se muestra que los casos se han duplicado con respecto a la semana anterior (27,8 casos cada 100.000 habitantes).



Esta tendencia de crecimiento también se refleja en las cifras de la mayoría de las comunidades donde cabe destacar, por ejemplo, la situación de la Comunidad de Madrid, donde se han reportado 985 nuevos casos de covid en mayores de 60 años desde el 20 al 26 de mayo, lo que supone más del doble de casos (119,9% más) con respecto a la semana anterior.

Una situación que, aunque no es motivo de alarma, “requiere de una especial atención en aquellos pacientes más vulnerables en los que la vacunación ha fallado, por falta de respuesta”, detalló el Dr. José Javier Castrodeza Sanz, catedrático en la Universidad de Valladolid y jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En estos momentos, aproximadamente un tercio de las muestras respiratorias procesadas por los laboratorios de microbiología dan positivo para SARS-CoV-2, “sin duda, un dato relevante para estar vigilante en el momento actual”, añadió Castrodeza Sanz.

Concretamente, el Informe de Infecciones Respiratorias Agudas de la semana del 20 al 26 de mayo reflejó que Castilla y León registró una tasa de incidencia de covid de 68 casos cada 100.000 habitantes, con una mayor afectación en los mayores de 75 años. Esto supone un incremento de 240% con respecto a la semana anterior.

Los datos más preocupantes

Además, como detalló Castrodeza Sanz, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid han pasado de contar con siete pacientes ingresados durante los meses de marzo y abril a llegar a 33 durante el mes de mayo. A este respecto, subrayó que “aunque se trata de una cantidad pequeña, queremos enfatizar la importancia de la vigilancia para poder dimensionar bien la situación, porque esto ayuda a conocer la enfermedad con más precisión sin llegar a minimizar su presencia, pero tampoco sin llegar a magnificarla”.

Castrodeza Sanz explicó que los datos que más llaman la atención son los hospitalarios, “que son los que reflejan el mayor impacto de esta enfermedad”. Entre estos pacientes se encuentran “los pacientes de riesgo, los inmunocomprometidos, los que tienen graves patologías (con procesos oncológicos de tipo hematológico, trasplantes renales o cardíacos) pacientes

que en el caso de que padezcan una infección por covid, pudiera complicar sustancialmente su proceso evolutivo”.

Ante estos pacientes, como indican desde el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, resulta necesario realizar un seguimiento especial. En palabras de Castrodeza Sanz, “la covid está aquí, aunque no con la dimensión que estuvo, y en estos pacientes es muy recomendada una buena adecuación de la vacunación”. En el momento actual se dispone de vacuna tanto de tipo RNA mensajero como vacunas adaptadas adyuvadas proteicas, que pueden sin duda contribuir a proteger contra esta enfermedad.

Además, en el caso de que no hubiera una respuesta adecuada vacunal o incluso si faltara la respuesta, se pueden valorar otras alternativas para proteger de un posible agravamiento de su enfermedad en los pacientes inmunocomprometidos mediante “la aplicación de otros mecanismos de inmunización pasiva, con anticuerpos monoclonales si fuera necesario”.

Muchas veces se ha señalado que la covid llegó para quedarse. La finalización de la emergencia declarada por la pandemia hizo que en muchas partes del mundo se hayan relajado la vigilancia y el seguimiento. La situación en España no es alarmante pero sí preocupante. Al igual que en el pasado reciente, las poblaciones vulnerables sufren el mayor impacto. Deberán reforzarse los programas de vacunación y la búsqueda activa de casos y contactos.

El Departamento de Salud de Filipinas dijo el 5 de junio que se registraron 169 casos humanos de rabia de enero a mayo, aproximadamente 13% más en comparación con los 150 en el mismo período de 2023.

La región de Soccsksargen informó el mayor número de casos con 21, seguida por las regiones de Calabarzon y de Bicol, con 18 casos cada una.

Entre los casos reportados, 156 (92%) tenían antecedentes de mordeduras de perro, mientras que 10 (6%) de los casos tienen antecedentes de mordeduras de gato; los tres casos restantes reportaron antecedentes de mordeduras de otros animales.

De los 169 casos reportados, se ha reportado un total de 160 muertes, lo que resulta en una tasa de letalidad de 94,67%; el estado de los nueve casos restantes aún se está verificando.

La rabia es una enfermedad que se puede prevenir mediante la vacunación de animales. Es importante vacunar a los gatos y perros a los tres meses de edad y cada año después. Esto protege a los animales y reduce significativamente el riesgo de transmisión a los humanos.

En abril, el secretario de Agricultura, Francisco Tiu Laurel Jr., dijo que alrededor de 22 millones de perros y gatos deberían vacunarse contra la rabia en el país y que se necesita un presupuesto de al menos dos millones de dólares.

El secretario de Salud, Teodoro Herbosa, dijo que el Departamento de Salud apoya el llamado a una mayor asignación presupuestaria para el programa generalizado de vacunación animal.

“La rabia es una infección viral que puede transmitirse a los humanos a través de mordeduras de animales o incluso rasguños, más comúnmente de perros y gatos. La muerte por rabia es inevitable una vez que comienza la infección, por eso instamos a todos los dueños de mascotas a ser responsables y vacunar a sus mascotas contra la rabia”, dijo.

“Esto no sólo protege a los animales, sino que también reduce significativamente el riesgo de transmisión a los humanos”, afirmó.



Personal del Departamento de Microbiología y Enfermedades Infecciosas Tropicales del Instituto Científico para la Investigación, Hospitalización y Cuidado de la Salud del Hospital ‘Sagrado Corazón Don Calabria’ presentó un caso de infección por el virus de Oropouche en un viajero italiano que regresó de Cuba.

La paciente, una mujer de 26 años, sin antecedentes médicos previos de interés, estuvo en Ciego de Ávila, Cuba, del 12 al 26 de mayo de 2024, visitando unos amigos.

Presentó síntomas a su regreso a Italia el 26 de mayo, los que incluyeron diarrea, malestar general, fiebre alta, dolor de cabeza intenso y náuseas durante el vuelo de regreso. También experimentó artralgias y dolor retroorbitario. No se observó erupción cutánea ni exantema.

Se detectó leucopenia (linfopenia) e inicialmente se sospechó de dengue. Sin embargo, las pruebas rápidas para dengue fueron negativas, y la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para los virus Dengue, Zika y Chikungunya (en sangre y orina) también fue negativa.

La paciente informó que sus familiares en Cuba experimentaron síntomas similares, donde actualmente hay un brote de infección por el virus Oropouche. Se realizó una RT-PCR de criterio de valoración específica para el virus de Oropouche, que confirmó el diagnóstico de infección por este virus.

Los *Culicoides* vectores del virus de Oropouche para humanos y animales, se encuentran entre los vectores de arbovirus más abundantes en Europa y también están presentes en Italia. Se desconoce la competencia vectorial para el virus de Oropouche de las especies de *Culicoides* presentes en Italia. Sin embargo, sería aconsejable un mejor perfil epidemiológico de la fiebre de Oropouche.

Los médicos deben sospechar una infección por el virus de Oropouche en viajeros procedentes de zonas endémicas que presentan una enfermedad similar al dengue.

Este caso ilustra el movimiento a larga distancia de un patógeno a través del transporte comercial de un individuo infectado. Sin conocer la competencia de los posibles vectores artrópodos locales como los *Culicoides* en este caso, no se puede evaluar el riesgo de transmisión en curso en las localidades a las que llega el individuo infectado. Los mosquitos *Culex* también podrían servir como vectores. Este informe también ilustra la conveniencia de incluir el virus Oropouche en pruebas de laboratorio donde se descartan los virus Dengue, Chikungunya y Zika en pacientes febriles con antecedentes de viajes a países endémicos del virus de Oropouche.

Read Redwan protege del calor a su bebé de tres meses y ahuyenta a los insectos en una tienda de Deir al-Balah, en el centro de Gaza.

Están atrapados, junto con su esposa y su madre, en un mar de familias desplazadas con poco lugar entre el hacinamiento y la polución ambiental. El padre palestino dijo que lucha por encontrar ayuda. En cambio, él y su familia no tienen otra opción que beber agua contaminada y comer una sola comida al día.



“No quiero hablar de comida porque no hay”, dijo en un mensaje escrito el 5 de junio. “Sobrevivimos a la muerte por cohetes y bombardeos, ¿moriremos de hambre?”

Después de ocho meses de bombardeos de Israel en Gaza –tras los ataques del 7 de octubre liderados por el grupo Hamas que acabaron con la vida de 1.200 personas y terminaron con la toma de 250 rehenes en el sur de Israel– los grupos de derechos humanos han descrito condiciones de vida “indescribibles” para los palestinos en el enclave, con más de 75% de la población desplazada, según la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA). La campaña militar de Israel ha pulverizado barrios, dañado la infraestructura de salud y agotado los suministros de alimentos, agua y combustible.

Muy pocos puntos de entrada operativos

De los cinco cruces terrestres, solo dos –Kerem Shalom, controlado por Israel, y el Erez Occidental– están actualmente abiertos para los camiones de ayuda, a pesar de que las agencias humanitarias advierten que las rutas terrestres son la forma más rápida y efectiva de llevar ayuda a Gaza a gran escala. Las iniciativas para llevar ayuda por mar también se han detenido por los recientes daños al muelle.

La ofensiva israelí ha matado al menos a 36.654 palestinos y ha herido a otros 83.309, según el Ministerio de Salud de Gaza. Estas cifras no han podido ser confirmadas de manera independiente.

Mientras los funcionarios israelíes insisten en que no hay límite en la cantidad de ayuda que puede entrar en Gaza, la Organización de Naciones Unidas (ONU) acusó a las autoridades de imponer “restricciones ilegales” a los operarios de socorro, como el bloqueo de rutas terrestres, apagones de comunicaciones y ataques aéreos. El personal local ha dicho que se ven obligados a rechazar a los necesitados en los puntos de distribución porque no hay suficiente ayuda para repartir.

El cierre de los cruces suspende casi toda la ayuda

Las restricciones de Israel en las rutas terrestres hacia Gaza significaban que la ayuda apenas llegaba a la región. Pero la crisis se agravó a principios de mayo, después que las fuerzas is-

raelíes lanzaran un asalto en la ciudad sureña de Rafah y tomaran el control del lado palestino del cruce terrestre hacia Egipto.

El [Programa Mundial de Alimentos](#) dijo que los ataques continuos han bloqueado el acceso a su almacén principal en Rafah desde el 9 de mayo, obligando a suspender las distribuciones allí durante casi un mes. La agencia expresó su preocupación por los palestinos en el sur, ya que el cierre del cruce clave de Rafah ha limitado gravemente el suministro de alimentos que llega a la zona, recordando la situación de inseguridad alimentaria en el norte de Gaza tras cierres anteriores. De manera similar, la organización sin fines de lucro World Central Kitchen, con sede en Estados Unidos, [suspendió](#) las operaciones en su instalación principal en Rafah y se reubicó al norte la semana pasada.



Palestinos se reúnen para recibir alimentos cocinados por una cocina de caridad en Rafah, en el sur de Gaza, el 8 de mayo.

La asistencia a Gaza se desplomó

El cruce de Rafah, que servía como una importante puerta de entrada para camiones de ayuda y bienes limitados, ha estado cerrado desde el 5 de mayo. El único cruce que aún está abierto en el sur de Gaza es Kerem Shalom, aunque muy pocos camiones han podido pasar por día desde que comenzó la ofensiva terrestre de Israel en Rafah.

Además, una iniciativa liderada por Estados Unidos para crear un corredor marítimo hacia la zona [sufrió un gran golpe](#) después de solo unas pocas semanas operativas, cuando un muelle improvisado de 320 millones de dólares sufrió daños ocasionados por mares tormentosos frente a la costa de Gaza, según el Pentágono. El muelle está siendo reparado en el puerto israelí de Ashdod.

La cantidad total de ayuda que llega a Gaza ha disminuido en 67% desde entonces, según la ONU, con un promedio diario de 58 camiones entre el 7 y el 28 de mayo. En comparación, anteriormente la ONU había [informado](#) que un promedio de [500 camiones ingresaban en la zona](#) por día en los meses anteriores al 7 de octubre.

“Todo lo que se había establecido en los cruces de Rafah y Kerem Shalom ha cambiado”, dijo Louise Wateridge, funcionaria de Comunicaciones de la UNRWA. “Cuando estos cruces se interrumpieron, simplemente no es suficiente lo que llega de otras fuentes”.

Camiones atascados en la frontera

Se ha visto a grandes camiones de ayuda acumulándose en la frontera con Gaza, después de que las autoridades israelíes intensificaran las inspecciones de los convoyes de asistencia que ingresan en la región, insistiendo en que dicha ayuda podría ser utilizada por Hamas.

La agencia israelí de Coordinación de Actividades Gubernamentales en los Territorios (COGAT), que gestiona el flujo de ayuda a Gaza, [dijo el 4 de junio](#) que más de 1.000 camiones están esperando ser recogidos por la ONU en el lado palestino del cruce de Kerem Shalom, acusando a la ONU de no coordinar la entrada de los vehículos a Gaza.

Pero los grupos de derechos humanos [afirman](#) que la “obstrucción sistemática en los puntos de cruce controlados por Israel” y el aumento de los combates están paralizando las entregas de los camiones.

Wateridge dijo que los camiones atascados en Kerem Shalom no pueden ser recibidos debido a la intensa acción militar en el lado que corresponde a Gaza del cruce. “Es simplemente un desperdicio total de ayuda humanitaria vital, es una situación provocada por el hombre”, dijo.

Estos problemas de distribución se presentan cuando el PMA advirtió en mayo que los palestinos en el norte padecen una “hambuna total” que se está extendiendo hacia el sur. Más de un millón de personas, la mitad



Los palestinos huyen de Rafah debido a una operación militar israelí el 28 de mayo.

de la población de Gaza, “se espera que enfrenten la muerte y el hambre“ para mediados de julio, advirtió otro informe de la ONU esta semana, ya que los civiles luchan por encontrar suficiente comida en medio de escasos suministros en los mercados y el aumento de precios.

Más de 7.000 niños menores de cinco años ya han sido diagnosticados con desnutrición, según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).

Con las existencias de ayuda en rápido declive, los trabajadores apenas pueden satisfacer las demandas sobre el terreno, según Mahmoud Shalabi, gerente senior programas de la ONG Ayuda Médica para los Palestinos.

“No hay corredores seguros” para la ayuda humanitaria

Para los pocos camiones de ayuda que ingresan en la zona, las carreteras dañadas por los ataques israelíes y las preocupaciones por la seguridad durante las hostilidades en curso están obstaculizando los intentos de llegar a los palestinos desplazados, dijeron trabajadores de derechos humanos.

Las agencias de ayuda han pedido repetidamente nuevas rutas de entrada, más camiones para pasar las revisiones fronterizas diarias, menos obstáculos para el movimiento de los trabajadores humanitarios y garantías para su seguridad. Los ataques israelíes a los convoyes de ayuda han provocado una fuerte condena de los grupos de derechos humanos, llamando la atención sobre el creciente escepticismo occidental hacia la guerra de Israel en Gaza.

Más trabajadores humanitarios han muerto en Gaza en siete meses que en cualquier otro conflicto anual en los últimos 20 años. La guerra de Israel en Gaza ha matado a más de 250 trabajadores humanitarios desde el 7 de octubre. Anteriormente, el mayor número de muertes en un solo año se registró en Siria en 2018, donde murieron 56 trabajadores humanitarios, y en Afganistán en 2013, donde fallecieron 48.

Desde el 7 de octubre, las fuerzas israelíes han atacado al menos ocho veces ubicaciones conocidas de trabajadores humanitarios en el enclave, a pesar de que las agencias proporcionaron sus coordenadas “para garantizar su protección”, según Human Rights Watch (HRW). Los ataques “revelan fallas fundamentales en el llamado sistema de desconflicto, destinado a proteger a los trabajadores humanitarios”, según el informe.

“Realmente no es seguro, para nosotros, los trabajadores humanitarios, no hay corredores seguros, no hay coordinaciones de movimiento”, dijo Shalabi. Él, su esposa y sus hijos se han visto obligados a huir al menos tres veces desde octubre. “No estoy seguro de lo que sucederá después”, agregó. “Espero poder regresar a mi hogar y reanudar la vida que tenía antes de ser desplazado”.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), junto con agencias de salud pública de Escocia, Irlanda del Norte y Gales, están investigando un aumento en el número de casos de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) en el Reino Unido en las últimas semanas.

La secuenciación del genoma completo de las muestras indica que la mayoría de los casos son parte de un único brote. Con base en la amplia distribución geográfica de los casos, lo más probable es que este brote esté relacionado con uno o varios alimentos distribuidos a nivel nacional. La fuente de este brote aún no está confirmada, pero actualmente no hay evidencia que vincule el brote con granjas abiertas, agua potable o nadar en agua de mar, lagos o ríos contaminados. Las agencias de salud pública están trabajando con la Agencia de Normas Alimentarias (FSA) y Food Standards Scotland para investigar más a fondo.

Hasta el 4 de junio, se han confirmado 113 casos asociados con este brote de STEC O145 en el Reino Unido, todos notificados desde el 25 de mayo de 2024: 81 en Inglaterra, 18 en Gales, 13 en Escocia y uno en Irlanda del Norte. En este último caso, la evidencia sugiere que adquirió la infección mientras visitaba Inglaterra.

Normalmente, se registran alrededor de 1.500 casos de infecciones por STEC en un año completo. Se espera que el número de casos confirmados asociados con este brote aumente a medida que más muestras se sometan a la secuenciación del genoma completo.

Los casos tienen edades comprendidas entre 2 y 79 años, y la mayoría de los casos se presentan en adultos jóvenes. De 81 casos identificados hasta la fecha en Inglaterra, 61 han proporcionado información a la UKHSA relacionada con alimentos, viajes y posibles exposiciones y de ellos se sabe que 61% ha sido hospitalizado.

Darren Whitby, Jefe de Incidentes y Resiliencia de la FSA, dijo que “la FSA está trabajando con la UKHSA y los organismos de salud pública pertinentes para identificar la fuente de la enfermedad, que probablemente esté relacionada con uno o más alimentos”.

Wendi Shepherd, consultora en protección de la salud de Salud Pública de Gales, dijo: “Salud Pública de Gales está trabajando con socios en el Reino Unido y en todo el Sistema Nacional de Salud de Gales para investigar este incidente. Actualmente hay 18 casos identificados en Gales y se ha informado a los proveedores de atención médica sobre el aumento de casos”.

Se publicará más información y asesoramiento a medida que avance la investigación. No todas las investigaciones de brotes identifican una fuente, especialmente en el caso de productos que abandonan rápidamente la cadena de suministro.

Se ha informado a los trabajadores sanitarios sobre el aumento de casos y se les han recordado las directrices de gestión clínica.

La infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) puede provocar diarrea con sangre grave y, en algunos casos, complicaciones más graves. A menudo se transmite al consumir alimentos contaminados, pero también se puede transmitir por contacto cercano con una persona infectada, así como por contacto directo con un animal infectado o su entorno.

La STEC puede ser transportada por ganado vacuno, ovino y otros animales. La transmisión a los humanos ocurre a través del consumo de alimentos o agua contaminados, por el contacto con animales o sus heces, por el contacto con un ambiente contaminado; la propagación de persona a persona, a menudo resulta en que varias personas en un mismo hogar se infecten.

Afganistán

- Esta semana se notificó un caso de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en Kandahar. Se han reportado cuatro casos en 2024, y seis en 2023.

Angola

- Se notificaron dos casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 2023.

Benín

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Burkina Faso

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Burundi

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Chad

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en 2024, y 55 casos en 2023.

Côte d'Ivoire

- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2023.

Etiopia

- Se notificaron cinco casos de cVDPV2 en 2024, y un caso en 2023.

Gambia

- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Western Region 1, la primera reportada en el país.

Guinea

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2024, y 47 casos en 2023.

Indonesia

- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2023.

Israel

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Kenya

- Se notificaron ocho casos de cVDPV2 en 2023.

Madagascar

- Se notificaron 24 casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en 2023.

Mali

- Se notificaron un caso de cVDPV2 en 2024, y 15 casos en 2023.

Mauritania

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Mozambique

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV1 en 2023.
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Níger

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Zinder, el segundo de este año. Se notificaron dos casos en 2023.

Nigeria

- Se notificaron 27 casos de cVDPV2 en 2024, y 87 casos en 2023.

Pakistán

- Esta semana se notificó un caso de WPV1 en Sindh. Se han reportado cuatro casos en 2024, y seis en 2023.
- Esta semana se notificaron 13 muestras ambientales positivas para WPV1, en Sindh (10), Baluchistán (1), Khyber Pakhtunkhwa (1) y Punjab (1).

República Centroafricana

- Se notificaron 14 casos de cVDPV2 en 2023.

República Democrática del Congo

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV1 en 2024, y 106 casos en 2023.
- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2024, y 118 casos en 2023.

Senegal

- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Dakar.

Somalia

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2024, y ocho casos en 2023.

Sudán del Sur

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en 2024, y tres casos en 2023.

Tanzania

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Uganda

- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Elgon.

Yemen

- Se notificaron siete casos de cVDPV2 en 2024, y ocho casos en 2023.

Zambia

- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

Zimbabwe

- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: junio

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

mednet

Curso virtual

Uso de Antimicrobianos en Infecciones Odontogénicas

Directores:

Dra. Rosa Contreras, Dr. Javier Farina

Coordinador:

Dr. Fernando Mozún



Más info e inscripciones | www.mednet.com.ar

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