



16 DE OCTUBRE
2024
REC 2.864

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de sarampión y rubéola

AMÉRICA

- Brasil: Seis pacientes contrajeron el VIH tras recibir órganos infectados en Rio de Janeiro
- Brasil: Pernambuco confirmó tres nuevas muertes fetales causadas por el virus de Oropouche
- Estados Unidos: Una empresa láctea de Modesto cesa sus operaciones tras un brote de listeriosis

- Estados Unidos: Vermont confirmó la primera muerte por encefalitis equina del Este desde 2012
- República Dominicana: Las madres haitianas conforman 43% de las muertes maternas en 2024

EL MUNDO

- África: La Región debe liderar la respuesta al VIH para garantizar el éxito
- Chipre: Primer caso de 2024 de fiebre del Nilo Occidental en el país
- Italia: Detectan el virus de Oropouche en el semen de un viajero que retornó de Cuba

- Japón: Reportan más de 10.000 casos de sífilis por tercer año consecutivo

- Pakistán: El país eliminó el tracoma como problema de salud pública

- Palestina: Los territorios palestinos ocupados son el lugar más mortal del mundo para los niños

- República Democrática del Congo: Comenzó la vacunación contra la mpx

- Ruanda: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus de Marburg

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
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
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 // SERGIO CIMERMAN

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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

Situación actual

El 8 de octubre de 2024, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [alerta epidemiológica](#) ante la confirmación de tres casos de sarampión en la localidad de Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. El 4 de octubre del corriente año, el equipo de respuesta rápida de la provincia de Río Negro inició la investigación de brote ante un rumor. A partir de allí se desprende de la investigación epidemiológica la presencia de casos sintomáticos y de personas que al momento no contaban con síntomas pero que referían haberlos tenido. A partir de ello se procede a las tareas de toma de muestra y bloqueo.

Hasta la fecha, se confirmaron en este brote ocho casos, dos de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirai, Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y los restantes seis son familiares. Otros contactos familiares se encuentran en estudio. No se registraron sintomáticos fuera de la familia.

Los viajeros regresaron a Argentina el 18 de septiembre, presentando exantema a los tres días posteriores. Se concluye en que se trata de un brote importado, donde hasta el momento se cuenta con seis casos secundarios relacionados a esta importación.

Todos los casos positivos presentaron detección de anticuerpos IgM en el laboratorio de referencia de la provincia y se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS). Dos de ellos presentan además detección de genoma viral del virus del sarampión, mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qRT-PCR) en orina e hisopado nasofaríngeo. En este brote se determinó el genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue detectado previamente en Estados Unidos (Oregon).

Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas de entre 18 meses y 34 años de edad, todos familiares entre sí.

El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes. A nivel nacional, se activó una alerta a través del Centro Nacional de Enlace, notificando a los países involucrados

en el vuelo para el seguimiento y monitoreo de los pasajeros expuestos. A su vez todas las personas residentes de Argentina o viajeros, donde no consta su posterior salida del país, fueron enviados a sus provincias de residencia para continuar con el seguimiento epidemiológico.

En Argentina, en lo que va del año, se han confirmado 11 casos de sarampión.

Provincia/Región	Confirmado sarampión	Confirmado rubéola	Sospechoso pendiente de clasificación	Descartados	Totales	Tasa de notificación c/100.000 hab.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	—	3	26	31	0,99
Buenos Aires	—	—	23	60	83	0,47
Córdoba	—	—	21	30	51	1,28
Entre Ríos	—	—	4	13	17	1,19
Santa Fe	—	—	7	32	39	1,10
Centro	2	—	58	161	221	0,75
La Rioja	—	—	1	—	1	0,26
Mendoza	—	—	13	48	61	3,03
San Juan	—	—	1	12	13	1,59
San Luis	—	—	4	15	19	3,51
Cuyo	—	—	19	75	94	2,50
Chaco	—	—	9	23	32	2,80
Corrientes	—	—	1	2	3	0,25
Formosa	—	—	1	3	4	0,66
Misiones	—	—	9	11	20	1,56
Noreste Argentino	—	—	20	39	59	1,40
Catamarca	—	—	4	5	9	2,10
Jujuy	—	—	1	—	1	0,13
Salta	1	—	27	48	76	5,28
Santiago del Estero	—	—	2	7	9	0,85
Tucumán	—	—	2	11	13	0,76
Noroeste Argentino	1	—	36	71	108	1,99
Chubut	—	—	9	1	10	1,66
La Pampa	—	—	—	9	9	2,46
Neuquén	—	—	3	4	7	0,96
Río Negro	8	—	4	5	17	2,23
Santa Cruz	—	—	—	1	1	0,30
Tierra del Fuego	—	—	—	4	4	2,10
Sur	8	—	16	24	48	1,61
Total Argentina	11	—	149	370	530	1,15

Casos de sarampión y rubéola, según clasificación y provincia de residencia, y tasa de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Antecedentes

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes limitados de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre la semana epidemiológica (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 de 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires. En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en la CABA y otro en Vicente López, provincia de Buenos Aires, sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses no vacunado en Salta, detectándose el genotipo D8 (linaje MVs/Patán.IND/16.19). No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se notificó un caso de sarampión importado en un niño de 6 años residente en Barcelona (España), sin vacunación. Se registró el genotipo B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23. Durante el seguimiento, el hermano de 13 meses presentó síntomas, identificándose el mismo genotipo B3.

Es importante recordar que para sostener los logros de eliminación de sarampión y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación. Todos los casos sospechosos (fiebre y exantema) deben ser notificados y estudiados por laboratorio para sarampión y rubéola.



BRASIL

SEIS PACIENTES CONTRAJERON EL VIH TRAS RECIBIR ÓRGANOS INFECTADOS EN RIO DE JANEIRO

11/10/2024

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y el Ministerio Público investigan el caso de seis pacientes que recibieron trasplantes de órganos en Rio de Janeiro y resultaron infectados con el VIH. Los pacientes infectados recibieron un riñón, un hígado o un corazón donados por dos pacientes distintos, ambos seropositivos. Según técnicos de la ANVISA, los análisis de sangre realizados a los donantes arrojaron un falso negativo.

Todas las pruebas fueron realizadas en los laboratorios de la empresa PCS, en Nova Iguaçu, en la Baixada Fluminense. El grupo fue contratado con carácter de emergencia por el Departamento de Salud del Estado de Rio de Janeiro en diciembre del año pasado.

La situación se conoció el 10 de septiembre, cuando un paciente trasplantado acudió al hospital con síntomas neurológicos y dio positivo para el VIH; no tenía el virus antes del trasplante. Se analizaron muestras de órganos donados por la misma persona y se confirmaron otros dos casos. Hace una semana se informó que otro receptor de órganos dio positivo para el VIH después del trasplante. Hasta la fecha, el Departamento de Salud del Estado de Rio de Janeiro ha confirmado seis casos idénticos.

En total, son ocho las personas que recibieron los órganos infectados con VIH. La séptima, que recibió un hígado, falleció dos días después de la intervención, y se desconocen las causas exactas, pero cuando se sometió al trasplante estaba ya muy grave. Solo el octavo trasplantado, una mujer que recibió una córnea, dio negativo para el VIH, probablemente porque es un órgano menos vascularizado.

La noticia fue confirmada por la secretaria de Salud de Rio de Janeiro, Cláudia Mello, quien calificó el caso de “inadmisible” y “sin precedentes”.

La ANVISA estuvo en el laboratorio del PCS el 10 de octubre y descubrió que la unidad no contaba con kits para realizar análisis de sangre y tampoco presentó documentos que acreditaran la compra de los artículos, lo que generó sospechas de que las pruebas podrían no haber sido realizados y que los resultados fueron falsificados. La investigación, hasta el momento, identificó que la contratación de emergencia fue realizada por la Fundação Saúde, entidad vinculada al Departamento de Salud del Estado de Rio de Janeiro, en un momento en que Hemorio estaba sobrecargado.

Sin embargo, las recomendaciones técnicas de la ANVISA no fueron incluidas en la licitación; las normas son de cumplimiento obligatorio para la atención en los centros de trasplante. Entre diciembre y septiembre, cuando se suspendió el contrato del laboratorio con el gobierno

carioca, se realizaron más de 500 trasplantes en Rio de Janeiro. Todos los pacientes que tuvieron exámenes realizados por el laboratorio PCS están siendo examinados nuevamente y la expectativa es que se complete esta etapa de la investigación la semana próxima.

La situación no tiene precedentes en Brasil, que realiza trasplantes desde 1964. El 10 de octubre, centros de trasplantes de todo Brasil se reunieron para discutir medidas de seguridad tras el llamado “evento adverso grave” en Rio de Janeiro.

Este es un escándalo con potencial de generar el pánico entre las personas que han recibido un órgano y las miles que están en listas de espera en el país con el mayor sistema de sanidad público del mundo. Entre enero y septiembre de 2023, se realizaron en todo el país 6.700 trasplantes, lo que supone un aumento de más de 10% respecto al mismo periodo del año anterior. Y los donantes se incrementaron en 17%.

La Secretaría de Salud de Pernambuco (SESPE) confirmó tres nuevas muertes fetales vinculadas con la infección por el virus de Oropouche. Los casos se registraron en julio de este año, en tres ciudades: en la capital, Recife; y en Bom Jardim y Gravatá, en la región de Agreste. Así, el número de muertes fetales en las que se detectó el virus de Oropouche ascendió a seis.

El boletín del Departamento de Salud, publicado el 9 de octubre, muestra que el estado ha registrado hasta la fecha 156 casos de fiebre de Oropouche. Según la nota, Bom Jardim y Gravatá no están en la lista de lugares donde se identificó el virus, por lo que se requieren investigaciones adicionales.

Se identificaron pacientes con el virus en 28 municipios: Água Preta, Aliança, Barra de Guabiraba, Bonito, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Catende, Gameleira, Garanhuns, Ipojuca, Itamaracá, Itaquitinga, Jaboatão dos Guararapes, Jaqueira, Lagoa dos Gatos, Limoeiro, Macaparana, Machados, Maraiá, Moreno, Pombos, Recife, Rio Formoso, Santa Cruz do Capibaribe, São Benedito do Sul, São Vicente Ferrer, Sirinhaém y Timbaúba.

“Las respectivas Direcciones Municipales de Salud ya fueron debidamente orientadas y deben comenzar a complementar las investigaciones con el apoyo de las Direcciones Regionales de Salud y de la Dirección General de Vigilancia Ambiental de Pernambuco”, destacó el Ministerio de Salud.



Una empresa con sede en Modesto vinculada a un brote de listeriosis suspendió sus operaciones después de resolver una demanda civil presentada por Estados Unidos.

La denuncia, presentada el 27 de septiembre, alega que Rizo-López Foods Inc. –junto con su presidente, director ejecutivo y copropietario, Edwin Rizo, y su director financiero, secretario y copropietario, Tomas Rizo– violaron la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos en las instalaciones al fabricar y distribuir productos alimenticios adulterados.



En febrero, Rizo López Foods retiró del mercado todos los quesos y productos lácteos producidos en sus instalaciones después de que una investigación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades identificara 26 casos de listeriosis en 11 estados relacionados con la misma cepa de *Listeria monocytogenes*.

Las infecciones causaron la hospitalización de 23 personas y mataron a otras dos: una en California y otra en Texas.

“Esta es la primera vez que un producto que fabricamos se relaciona con una enfermedad transmitida por alimentos”, dijo Edwin Rizo en un comunicado en febrero. “En cuanto nos enteramos de esto, tomamos la decisión inmediata de detener la producción y retirar voluntariamente todos los productos fabricados en nuestras instalaciones”.

Los casos de listeriosis del brote se habían notificado en 11 estados durante casi 10 años, entre junio de 2014 y diciembre de 2023. Es probable que la cantidad real de personas enfermas en este brote sea mayor que la cantidad notificada, según los CDC.

La empresa producía queso cotija y otros quesos, yogur, crema agria y otros alimentos vendidos bajo las marcas Tío Francisco, Don Francisco, Rizo Bros, Rio Grande, Food City, El Huache, La Ordena, San Carlos, Campesino, Santa María, Dos Ranchitos, Casa Cárdenas y 365 Whole Foods Market.

La demanda civil también alegó lo siguiente:

- En enero, los funcionarios de salud del estado de Hawai'i detectaron *L. monocytogenes* en el queso elaborado por los acusados.
- Durante una inspección posterior de las instalaciones, la Administración de Alimentos y Medicamentos encontró *L. monocytogenes* en dos lugares, así como varias condiciones insalubres.
- Un análisis genético halló coincidencia entre la cepa de *L. monocytogenes* recolectada en Hawai'i y la cepa de las instalaciones de los acusados, así como con muestras de pacientes que enfermaron ya en 2014.

Los acusados aceptaron resolver la demanda y quedar sujetos a un decreto de consentimiento de mandato judicial permanente (una orden judicial negociada previamente), según un comunicado de prensa.

La orden judicial dictada por el tribunal impide de forma permanente que los acusados infrinjan la Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, lo que significa que la empresa no podrá fabricar ni distribuir nunca productos alimenticios adulterados. Según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), la adulteración se refiere a productos defectuosos, inseguros, cuya inocuidad no se ha demostrado, sucios o producidos en condiciones insalubres.

Entró en vigor el martes.

Como parte del acuerdo, los acusados han interrumpido todas las operaciones relacionadas con la preparación y procesamiento de alimentos, según el comunicado.

Según la orden judicial permanente, los acusados deben notificar a la FDA antes de reanudar las operaciones, cumplir con las medidas correctivas específicas establecidas en la orden judicial y permitir que la FDA inspeccione las instalaciones, incluidos los edificios, los sistemas relacionados con el saneamiento, los equipos, los utensilios, todos los artículos alimenticios y los registros pertinentes.

“Los fabricantes de alimentos tienen la importante responsabilidad de garantizar la seguridad de sus productos”, dijo el fiscal general adjunto principal Brian Matthew Boynton, jefe de la División Civil del Departamento de Justicia. “El Departamento de Justicia y la FDA seguirán trabajando en estrecha colaboración para aplicar medidas de cumplimiento contra los fabricantes de alimentos que no cumplan con sus obligaciones y pongan en riesgo la salud de sus clientes”.

El Departamento de Salud de Vermont anunció el 10 de octubre la primera muerte confirmada este año causada por la infección con el virus de la encefalitis equina del Este. El residente del condado de Chittenden, un hombre de entre 70 y 80 años, fue hospitalizado a fines de agosto y murió debido a su enfermedad en septiembre. Esta es la primera muerte en Vermont desde 2012. Los resultados de las pruebas fueron confirmados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades esta semana. Si bien el riesgo es mucho menor ahora que en agosto, los residentes de las comunidades con alto riesgo deben seguir tomando precauciones, en particular después del anochecer.

El Comisionado de Salud, Dr. Mark Levine, dijo: “Este es un doloroso recordatorio de que, si bien la infección con el virus de la encefalitis equina del Este sigue siendo poco frecuente, esta enfermedad puede tener consecuencias graves”.

El anuncio eleva a dos el total de casos confirmados de encefalitis equina del Este en humanos en Vermont este año. El [primer caso](#), cuya infección se confirmó a principios de agosto, se recuperó posteriormente. Los dos casos son los primeros detectados en el estado desde 2012. Se han documentado casos similares en toda New England en el transcurso de la temporada.

La mayoría de las personas infectadas con el virus de la encefalitis equina del Este no presentan síntomas, pero quienes los presentan pueden experimentar una enfermedad similar a la gripe, con fiebre, escalofríos, dolores corporales y articulares. Alrededor de 5% de las personas infectadas desarrollan una enfermedad grave con encefalitis.

No existe una vacuna ni un tratamiento para la encefalitis equina del Este en seres humanos. Cualquier persona que presente síntomas debe consultar a un médico.

Los mosquitos son menos activos en climas más fríos, pero las personas siguen corriendo el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por mosquitos hasta que las fuertes heladas eliminan la actividad de estos insectos durante la temporada. Las ciudades identificadas como de alto riesgo de infección por encefalitis equina del Este son Alburgh, Burlington, Colchester, Salisbury, Sudbury, Swanton y Whiting. Se recomienda a los residentes de las comunidades de alto riesgo que limiten la actividad al aire libre entre las 18:00 y las 06:00 horas hasta la primera helada local.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 39, República Dominicana registra 130 muertes maternas.

De esos fallecimientos, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica reporta 73 defunciones de madres dominicanas, 56 de madres de origen haitiano y la muerte de una ciudadana venezolana.

En el período del 22 al 28 de septiembre, las cifras más actualizadas que presenta esta dependencia del Ministerio de Salud Pública, se contabilizaron tres muertes maternas, en mujeres con edades comprendidas entre 20 y 33 años, dos de nacionalidad haitiana y una de nacionalidad dominicana, residentes en las provincias de Santiago (2) y La Altagracia (1).

Comparado con los reportes del año 2023, la cantidad de muertes maternas denota una baja de 12,7%, ya que durante las primeras 39 semanas del período anterior, la sumatoria ascendía a 149 muertes, 19 más que en el año en curso.

En cuanto a las proporciones, en 2023 se mantenía más elevada la cifra de fallecimientos de madres haitianas sobre las muertes de madres dominicanas, con 73 defunciones de parturientas del vecino país sobre 65 de madres locales.

Causas de muerte

De acuerdo con el Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud, durante el año 2023 se contabilizaron 143 muertes maternas, 52 de ellas en la etapa del puerperio, período de 40 días luego del alumbramiento.

La sepsis puerperal, la preeclampsia y la eclampsia fueron las tres causas que más muertes maternas ocasionaron: 27 madres perdieron la vida tras sufrir una infección del tracto genital (sepsis); 13 parturientas fallecieron a causa de alta presión arterial después de la semana 20 de embarazo, conocido como preeclampsia, y otras 18 murieron por eclampsia, evolución de la preeclampsia que puede causar convulsiones o coma.

Asimismo, se registraron 14 fallecimientos por enfermedades del sistema respiratorio que se complicaron por el embarazo, parto y puerperio y otras 13 defunciones por choque hemorrágico durante el trabajo de parto.

Fortalecer la vigilancia materna

A través del boletín epidemiológico, las autoridades de Salud Pública reconocen la necesidad de fortalecer la vigilancia materna.

“Las autoridades están decididas a intensificar las estrategias de monitoreo y prevención para mejorar la atención y reducir la mortalidad materna, asegurando así un cuidado más eficaz y oportuno para las mujeres embarazadas”, precisa el documento.



El sentido de urgencia en torno al VIH ha disminuido a medida que compete con otras crisis mundiales por la atención y la financiación, lo que ha llevado a un peligroso retroceso en la respuesta al VIH.

Veintitrés años después de que se incluyera por primera vez en la agenda mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los principales expertos en VIH del África subsahariana reflexionan sobre la menor prioridad de la actual epidemia de VIH, que sigue afectando a millones de personas en toda África, con nuevos casos y muertes cada año.



Si bien los objetivos mundiales proporcionan un objetivo común importante para trabajar en pos de él, no se debe permitir que los números oscurezcan las vidas y experiencias que están en el corazón de la epidemia del VIH.

En 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró su primer período extraordinario de sesiones sobre el sida, galvanizando el compromiso y la solidaridad mundiales.

Desde entonces, la respuesta mundial al VIH ha experimentado avances notables y los éxitos son dignos de celebrar.

Desde entonces, la respuesta mundial al VIH ha experimentado avances notables y los éxitos son dignos de celebrar.

En las dos últimas décadas, África amplió el acceso a terapias antirretrovirales que salvan vidas, redujo las muertes relacionadas con el sida y presenció enormes descensos en las nuevas infecciones anuales por VIH. Entre 2010 y 2023, se registró una reducción de 59% en África oriental y meridional y de 46% en África occidental y central.

Cinco países africanos ya han alcanzado los objetivos 95-95-95 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), y ocho más del África subsahariana están en vías de alcanzarlos.

A pesar de estos avances, 23 años después, el VIH/sida sigue siendo una amenaza para la salud pública y África todavía soporta la mayor parte de la carga mundial del VIH.

Las preguntas críticas que se deben abordar ahora para crear los cambios necesarios para una respuesta sostenible al VIH durante las próximas décadas incluyen: ¿África seguirá dependiendo del apoyo externo para sobrevivir a los desafíos globales o se volverá independiente, autosuficiente y capaz de manejar sus desafíos utilizando sus propios recursos?

África debe lograr su independencia para garantizar su seguridad y soberanía sanitaria continental. ¿Qué debe suceder ahora para garantizar ese objetivo? Y, lo que es más importante, ¿qué puede hacer actualmente en colaboración con las partes interesadas mundiales para garantizar que la independencia se convierta en una realidad para África?

Financiación y liderazgo en materia de VIH

A fines de 2023, el 65% de las personas que vivían con el VIH se encontraban en la Región Africana. Y casi la mitad de los aproximadamente 9,3 millones de personas que viven con el VIH sin tratamiento, así como 86% de los niños que viven con el VIH a nivel mundial, se encuentran en el África subsahariana.

A pesar de ello, las voces africanas no están a la vanguardia de la formulación de la respuesta mundial al VIH. En las últimas tres décadas, la respuesta al VIH en África ha estado liderada y ha contado con los recursos de la comunidad internacional.

Los países africanos han delegado el liderazgo financiero, técnico y político de la respuesta al VIH en socios y financiadores externos. El problema es que los países adaptaron las estrategias y los programas globales para que se ajustaran a los contextos nacionales en lugar de permitir que las prioridades nacionales y los contextos locales impulsaran la respuesta al VIH.

A medida que se acercan los objetivos del ONUSIDA para 2025, la región se encuentra en un momento crítico para determinar el futuro de la respuesta al VIH.

La dependencia continua de modelos importados y de financiación externa pone en peligro la sostenibilidad de nuestra respuesta. Las tendencias indican que la financiación mundial se está estancando, lo que deja a la región en riesgo de perder, o incluso revertir, el progreso logrado hasta ahora.

Los países de ingresos bajos y medios de todo el mundo se enfrentan a un déficit cada vez mayor de financiación para el VIH. En África occidental y central, la financiación disponible para los programas contra el VIH en 2023 fue un 16% inferior a la necesaria para alcanzar la meta del ONUSIDA para 2025.

Y en África oriental y meridional, las asignaciones de fondos están en gran medida en línea con los objetivos globales, aunque sólo un puñado de países (Botswana, Kenya y Sudáfrica) representan una gran parte de la financiación.

Si se quieren asegurar y sostener los avances que tanto costaron conseguir, se debe intensificar la movilización de recursos internos.

Respuesta al VIH liderada por África

La respuesta al VIH también debe evolucionar en consonancia con el cambiante panorama económico mundial y la composición demográfica. Necesitamos una respuesta al VIH verdaderamente liderada por los africanos, que sea sostenible y esté en sintonía con las necesidades, prioridades y contextos locales.

Para que sea verdaderamente propiedad de África y esté dirigido por ella, la región debe liderar desde el frente, financiando e impulsando la agenda en su respuesta al VIH.

Hoy en día, uno de los mayores obstáculos para la respuesta al VIH es la falta crónica de inversión por parte de las propias naciones africanas.

Ante el aumento de la deuda en todo el continente, abogar por que los gobiernos africanos prioricen y asuman la responsabilidad de la financiación del VIH no es tarea fácil.

Es necesario ser práctico e innovador respecto de cómo los países africanos priorizan la financiación del VIH: se pueden buscar soluciones financieras innovadoras como impuestos estratégicos, bonos de diáspora, mecanismos de cofinanciación y reestructuración de la deuda.

La cooperación y coordinación regionales, como la creación de un fondo regional de propiedad africana, también podría servir como un paso vital para lograr la independencia financiera, fomentar la resiliencia y garantizar que los resultados de África en materia de salud sean determinados por los africanos.

Investigación e innovación en materia de VIH

No es sólo la financiación lo que hace que África dependa de los países del mundo, sino también de los productos y las innovaciones relacionados con el VIH.

Si bien las innovaciones médicas en materia de VIH han avanzado mucho en las últimas dos décadas a nivel mundial, el costo y el acceso impiden que lleguen plenamente al continente.

Existen grandes brechas entre las necesidades de atención sanitaria del continente y su capacidad de fabricación: África importa 95% de sus medicamentos y 99% de sus vacunas.

El diseño y desarrollo de la mayoría de las innovaciones están muy alejados de las comunidades a las que pretenden servir, lo que las hace menos relevantes culturalmente y menos propensas a ser efectivas.

Las personas que viven con el VIH en el continente necesitan ser socios igualitarios a la hora de establecer prioridades, dar forma a la investigación y la innovación y ejecutar programas.

Si bien África es la fuente mundial de datos de investigación sobre el VIH, los africanos rara vez desempeñan el papel de investigadores principales.

Extender la propiedad africana a la investigación, la fabricación y la innovación ayudará a cerrar las grandes brechas entre las necesidades de atención de salud del continente y las soluciones para abordarlas.

Se debe mejorar la producción manufacturera local de África y repensar las regulaciones sobre propiedad intelectual para garantizar una mayor equidad y acceso.

Es necesario un ecosistema donde los investigadores africanos puedan prosperar, apoyando las colaboraciones, la estandarización y la coordinación regionales, y transformando las asociaciones de investigación globales para que sean más equitativas y responsables.

También se debe garantizar la soberanía africana sobre sus datos sanitarios para que la investigación beneficie las necesidades del continente.

Si bien los objetivos mundiales proporcionan un objetivo común importante para trabajar en pos de él, no se debe permitir que los números oscurezcan las vidas y experiencias que están en el corazón de la epidemia del VIH: las personas de este hermoso continente.

Chipre detectó el primer caso de fiebre del Nilo Occidental de este año, después de que las autoridades confirmaran el 8 de octubre que un anciano de la aldea de Mammari había sido infectado y se encontraba en estado crítico, internado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital privado.

El funcionario de servicios sanitarios, Irodotos Irodotou, dijo que se emitieron órdenes inmediatamente para fumigar el área e identificar cualquier posible sitio de reproducción de mosquitos.

Irodotou dijo que no habían encontrado una gran cantidad de sitios con agua estancada y trató de tranquilizar a la población al indicar que el virus no se transmite de persona a persona, sino de mosquito a humano.

En Chipre se producen casos esporádicos de fiebre del Nilo Occidental, principalmente durante los meses de verano, precisó el ministerio, y después de una picadura de mosquito suelen pasar de dos a 14 días antes de que aparezcan los síntomas.

Aproximadamente 80% de las personas picadas suelen permanecer asintomáticas, pero las personas mayores de 50 años con problemas de salud corren un mayor riesgo.

Los síntomas incluyen fiebre, dolores de cabeza y dolor en las articulaciones.

El ministerio está realizando la investigación epidemiológica del caso notificado y tomando medidas adicionales para controlar los mosquitos cuando es necesario. Las medidas incluyen el refuerzo de la vigilancia de los casos sospechosos, la investigación epidemiológica de cada caso individualmente, la comunicación frecuente e intercambio de información con los laboratorios que realizan las pruebas diagnósticas pertinentes, medidas para la seguridad de la sangre y de las transfusiones sanguíneas, la intensificación de las medidas de control de mosquitos por parte de los Servicios de Salud y la comunicación tanto con los organismos de salud pública en el exterior, como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades donde se notifican los casos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), como con la Comisión Europea.

El virus de Oropouche (OROV) es un arbovirus zoonótico emergente perteneciente al serogrupo Simbu del género *Orthobunyavirus*, familia Peribunyaviridae. Los huéspedes naturales incluyen primates no humanos, algunas especies de aves silvestres y el perezoso de tres dedos (*Bradypus tridactylus*). El OROV es transmitido principalmente por el jején *Culicoides paraensis* y el mosquito *Culex quinquefasciatus*. La apariencia clínica de la fiebre de Oropouche sintomática es similar a la de la enfermedad tipo influenza. Puede causar meningitis o meningoencefalitis autolimitante.

El OROV ha sido endémico en la región amazónica. Hasta el 6 de septiembre de 2024, se había notificado un total de 9.852 casos confirmados de fiebre de Oropouche en Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Perú y República Dominicana. Se han identificado casos asociados a viajes en Europa y Estados Unidos. En Brasil, la identificación de resultados adversos del embarazo asociados con la infección por el OROV condujo a investigaciones en curso sobre la posible transmisión vertical del virus. En la década de 1980, los abortos espontáneos en mujeres embarazadas con anticuerpos OROV ya sugerían que la infección podría ser perjudicial durante el embarazo.

Un reciente [estudio](#) revela que, el 2 de agosto de 2024, un hombre de 42 años de Italia fue evaluado por una enfermedad febril aguda en el Hospital 'Sacro Cuore Don Calabria' del Instituto de Hospitalización y Atención Científica (IRCCS), en Negrar di Valpolicella, Italia. Había visitado Cuba entre el 19 y el 29 de julio de 2024. Un día antes de regresar a casa, experimentó fiebre alta (39,0°C), dolor de cabeza y malestar general. Después de dos días, su fiebre disminuyó, pero reapareció el día 4 después del inicio de los síntomas. El examen neurológico no mostró nada destacable; no se observó irritación meníngea. El paciente no tuvo exantema ni linfadenopatía y no informó molestias testiculares. La evaluación de laboratorio mostró un recuento de leucocitos dentro de los límites de referencia y sin trombocitopenia. Los resultados del hemocultivo fueron negativos y la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) específica de sangre completa y suero fue negativa para los virus Dengue, Chikungunya y Zika. Se le diagnosticó fiebre de Oropouche mediante dos RT-PCR específicas para OROV, que resultaron positivas en muestras de suero, sangre completa y orina recolectadas el día 4 después del inicio de los síntomas. El paciente se recuperó y estuvo libre de síntomas el día 10.

La RT-PCR siguió siendo positiva en muestras de sangre completa y orina obtenidas los días 10, 16 y 32 después del inicio de los síntomas. El suero fue positivo para el ARN de OROV el día 10, pero no el día 16. Se detectó ARN de OROV en muestras de semen fresco, no fraccionado, los días 16 y 58. Los niveles de ARN viral fueron más altos en el semen que en la orina o la sangre completa. El día 58, el OROV todavía era detectable en sangre completa y en semen, pero no en orina.

El día 16 después del inicio de los síntomas, se obtuvo OROV infeccioso del semen en cultivo celular. Se confirmó la replicación del virus. El día 32 todavía se detectaba ARN del OROV en niveles más altos en el semen que en la orina y la sangre completa, pero ya no se pudo demostrar la replicación.

La detección de ARN del OROV en el semen podría ser resultado de la replicación en el tracto genital masculino, pero también de la difusión pasiva del virus. En este paciente no se pudo descartar la sangre como causa de una RT-PCR positiva en el semen, pero la contaminación cruzada con orina parece poco probable porque la eliminación de ARN de OROV persistió durante más tiempo en el semen que en la orina.

Se informó una eliminación prolongada del ARN del virus Oropouche en sangre completa, suero, orina y semen, y de la detección de virus con capacidad de replicación en un paciente, pero se advierte contra la sobreinterpretación de los hallazgos. Debido a que no se separaron fracciones seminales, no se pudo establecer una asociación con la fracción celular o los espermatozoides. El hecho de no aislar el OROV detectable mediante RT-PCR del semen no excluye la posibilidad de una eliminación prolongada del virus infeccioso.

Los hallazgos plantean inquietudes sobre la posibilidad de transmisión del OROV de persona a persona a través de encuentros sexuales y pueden tener implicaciones para los bancos de espermatozoides y las tecnologías de reproducción asistida. A la espera de más evidencia, se recomienda el uso de protección de barrera al tener relaciones sexuales si se confirma o sospecha la presencia del OROV.

Las autoridades sanitarias de Japón informaron un aumento de casos de sífilis durante los primeros nueve meses de 2024.

Hasta el 2 de octubre, se han reportado 10.766 casos en total, con 2.759 casos reportados en Tokio, 1.392 en Osaka y 640 en Fukuoka.

Este es el tercer año consecutivo en que el número de casos de sífilis supera la marca de los 10.000 casos.

El gobierno japonés ordenó que todos los casos diagnosticados de sífilis se notifiquen conforme a la Ley de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria desde 1948.

El número anual de casos de sífilis notificados en todo el país osciló entre 500 y 900 entre los años 2000 y 2012.

Desde 2013, se ha producido un aumento constante de los casos en Japón. Es muy probable que esto se deba a una combinación de factores, entre ellos el aumento de la actividad sexual casual, la disminución del uso del preservativo y el aumento de los besos. Un funcionario de la Oficina Metropolitana de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas de Tokio afirmó que “se cree que una de las principales causas es el aumento de las oportunidades de encuentros sexuales”. Si bien en Japón está permitido contratar a un acompañante, los encuentros sexuales con la pareja alquilada están prohibidos, pero en este caso es necesaria una vigilancia estricta.

La cifra de casos de sífilis mostró un aumento constante y alarmante desde el año 2012: 1.228 en 2013, 1.661 en 2014, 2.690 en 2015, 4.575 en 2016, 5.826 en 2017, 7.002 en 2018 y 7.983 en 2021.

En 2022, se notificaron 13.228 casos en total y el año pasado, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NIID) informó 14.906 casos en total.

En un logro monumental para la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) validó la eliminación del tracoma como problema de salud pública en Pakistán. El tracoma es una enfermedad causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* y puede provocar ceguera irreversible si no se trata.



“Hoy es un momento decisivo en nuestro camino hacia un Pakistán más saludable”, afirmó el Primer Ministro de Pakistán, Shehbaz Sharif. “Junto con nuestros socios, no sólo celebramos este logro, sino que reafirmamos nuestro compromiso inquebrantable de controlar y eliminar eficazmente las enfermedades que impiden nuestro desarrollo socioeconómico, poniendo una atención sanitaria de calidad al alcance de todos en Pakistán”.

Pakistán se convierte en el decimonoveno país del mundo en alcanzar este hito histórico. Su éxito en la consecución de este objetivo pone de relieve el compromiso político del Gobierno de Pakistán con la salud pública, el valor del apoyo técnico de la OMS y las increíbles contribuciones de los profesionales de la salud, las comunidades endémicas, la sociedad civil y socios como Sightsavers, Christian Blind Mission y la Fundación Fred Hollows. El logro es un hito importante en la lucha mundial contra las enfermedades prevenibles y su eliminación.

“La eliminación del tracoma como problema de salud pública en Pakistán es un logro monumental para el país y para la lucha mundial contra la enfermedad”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Este hito es un testimonio de la dedicación inquebrantable de los trabajadores de la salud de Pakistán, incluidos muchos que trabajan a nivel comunitario. Subraya el poder de la acción colectiva, el pensamiento innovador y un compromiso compartido con un futuro más saludable para todos. Felicito a Pakistán por su dedicación y éxito en la salvaguarda de la visión de millones de personas”.

En 1997, Pakistán fue el primer país certificado como libre de transmisión de la dracunculosis. La eliminación del tracoma como problema de salud pública se suma a este legado. Este último éxito no es el final, sino el precursor de otros logros importantes a lo largo del camino.

El Director Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Dr. Hanan Balkhy, subrayó la importancia de este logro: “Felicitaciones a Pakistán por la eliminación del tracoma. El país ya ha eliminado dos enfermedades tropicales desatendidas, lo que demuestra la dedicación del país a la salud pública y sirve de inspiración para todos”.

El éxito de Pakistán resalta la eficacia de la estrategia SAFE recomendada por la OMS para eliminar el tracoma, que incluye cirugía para la triquiasis, antibióticos para eliminar la infección, limpieza facial y mejora ambiental para reducir la transmisión.

“Este es un logro notable que salvará a miles de personas de una discapacidad visual o ceguera evitables”, dijo el Representante de la OMS en Pakistán, Dr. Luo Dapeng.

La exitosa eliminación del tracoma como problema de salud pública en Pakistán sirve como un poderoso recordatorio de que el control, la eliminación y la erradicación de muchas enfermedades tropicales desatendidas es un objetivo alcanzable.



Administración masiva de medicamentos para combatir el tracoma en Pakistán.

La hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 tiene como objetivo la prevención, el control, la eliminación y la erradicación de 20 enfermedades y grupos de enfermedades para 2030. Los

avances en la lucha contra el tracoma y otras enfermedades tropicales desatendidas alivian la carga humana y económica que imponen a las comunidades más desfavorecidas del mundo.

El tracoma es una enfermedad tropical desatendida. Es causada por una infección con la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que se transmite de persona a persona a través de dedos contaminados, fómites y moscas que han estado en contacto con secreciones de los ojos o la nariz de una persona infectada.

Los factores de riesgo ambientales para la transmisión del tracoma incluyen la mala higiene, el hacinamiento en los hogares y el acceso inadecuado al agua y al saneamiento.

Para eliminar el tracoma como problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud recomienda la estrategia SAFE, un enfoque integral para reducir la transmisión del organismo causante, eliminar las infecciones existentes y abordar sus efectos.

La estrategia SAFE consiste en: cirugía (*Surgery*) para tratar la etapa de ceguera (triquiasis tracomatosa); antibióticos (*Antibiotics*) para eliminar la infección, en particular la administración masiva de azitromicina, donada por el fabricante, Pfizer, a programas de eliminación, a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma; Limpieza facial (*Facial cleanliness*); y mejora del ambiente (*Environmental improvement*), en particular mejorando el acceso al agua y al saneamiento.

Al menos 3.100 niños menores de cinco años han muerto en Gaza y otros menores de cinco años corren el riesgo de sufrir desnutrición severa mientras el conflicto destroza el comienzo de la vida de los niños palestinos, afirmó Save the Children.



Según un desglose recientemente publicado de las edades de unas 34.000 personas cuyas muertes han sido verificadas por el Ministerio de Salud de Gaza, alrededor de 30% de los 11.300 niños identificados que murieron en Gaza entre octubre y el 31 de agosto eran menores de cinco años. De ellos, unos 710 eran bebés menores de 12 meses. Otros 2.800 niños muertos aún no han sido identificados.

El territorio palestino ocupado está ahora clasificado como el lugar más mortal del mundo para los niños, que se enfrentan a una exposición constante a la violencia en Gaza, a una falta de acceso a atención sanitaria adecuada y a las tasas más altas de desnutrición infantil del mundo, con 83% de la ayuda alimentaria necesaria que no está llegando a Gaza, según las organizaciones de ayuda.

Los expertos de la Organización de las Naciones Unidas advirtieron sobre la hambruna que se avecina en Gaza, con la muerte de varios niños debido a la desnutrición y el hambre ya reportada, mientras el personal de Save the Children que trabaja en un centro de atención primaria de salud en Gaza informa cada vez más casos de desnutrición infantil.

Save the Children examinó recientemente a casi 3.000 niños menores de 5 años y descubrió que casi 20% de ellos sufría desnutrición aguda moderada y casi 4% desnutrición aguda grave. El personal informó haber visto a niños rebuscando entre la basura y los escombros en busca de comida.

Los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas o en período de lactancia son los más vulnerables a la desnutrición, ya que sus cuerpos tienen una mayor necesidad de nutrientes. Un niño con desnutrición aguda tiene 11 veces más probabilidades de morir a causa de enfermedades infantiles comunes, incluida la neumonía, y casi la mitad de las muertes entre los niños menores de cinco años en todo el mundo están relacionadas con la desnutrición.

Sin embargo, las dificultades para recopilar y verificar datos en Gaza debido a problemas de seguridad, restricciones de acceso y destrucción de infraestructura hacen imposible verificar las cifras exactas de personas en riesgo o que padecen desnutrición.

Somayya, de 37 años y madre de siete hijos, y su familia debieron huir del norte de Gaza el año pasado y ahora viven en un refugio para desplazados en Deir al-Balah, en el centro de Gaza. Su hijo menor, Ali, está tan gravemente desnutrido que ha desarrollado osteomalacia o “enfermedad de los huesos blandos”, lo que le impide moverse o caminar. Ali está recibiendo tratamiento en una clínica de Save the Children.

Somayya dijo: “Mi hijo tiene un año y medio y está desnutrido. Sus hermanos a su edad caminaban y estaban bien alimentados. Ahora no hay comida ni nada. Ali no puede caminar ni apoyarse en una silla, ni siquiera puede gatear. No come huevos ni carne ni leche. No hay nada disponible”.

Save the Children advirtió que la actual crisis sanitaria en Gaza, con solo 17 de los 36 hospitales parcialmente funcionales, amenaza con crear una generación con lesiones tanto físicas como mentales, con algunos niños enfrentando impactos duraderos del trauma y otros con lesiones que cambiarán sus vidas.

La Organización Mundial de la Salud informó que alrededor de 25% de todos los heridos, o 22.500 personas, probablemente tendrán necesidades de rehabilitación agudas y continuas, incluidos pacientes con lesiones en las extremidades, amputaciones, lesiones en la cabeza y la médula espinal y quemaduras.

Jeremy Stoner, director regional de Save the Children para Medio Oriente, el Norte de África y Europa del Este, afirmó: “Los daños causados han destrozado los cimientos mismos de la vida en Gaza y amenazarán el futuro de los niños palestinos durante generaciones. Es desgarrador ver a niños tan pequeños privados de toda esperanza. Heridas que cambian la vida, hambruna, una crisis de salud y educación... el impacto acumulativo de un daño tan generalizado no solo pone en peligro la vida de los niños todos los días, sino también su futuro.

“Estamos haciendo todo lo posible para responder a las necesidades de los niños y seguiremos pidiendo que se respeten los derechos de los niños y el derecho internacional durante el tiempo que sea necesario, y que se rindan cuentas cuando no se haga. Debe haber un alto el fuego definitivo de inmediato. Cada día que pasa sin un alto el fuego, se hace más difícil ayudar a los niños a reconstruir los fragmentos destrozados de sus vidas. Para miles de niños, ya es demasiado tarde”.

El Ministerio de Salud de Gaza identificó 34.344 palestinos muertos en ataques de las fuerzas israelíes, y publicó una lista con nombres, edades, género y números de identificación que abarca a más de 80% de los palestinos muertos en la guerra hasta ahora. Las 7.613 personas restantes incluidas en la lista de muertos, que ya supera los 41.000, son palestinos cuyos cuerpos han sido recibidos en hospitales y morgues, pero cuyas identidades aún no han sido confirmadas. La lista incluye a 11.300 niños (de los más de 14.100 niños asesinados entre octubre y el 31 de agosto pasados). Entre los niños identificados menores de cinco años había 710 bebés de menos de un año, de los cuales 20% nacieron y murieron durante la guerra.

Los [expertos](#) afirman que las cifras disponibles probablemente sean subestimadas y que el número real de muertos es mucho mayor. El balance oficial de muertos no incluye las aproximadamente 10.000 personas enterradas bajo los escombros de los edificios derrumbados y que se presume que están muertas, ni un número desconocido de muertes indirectas causadas por factores como las enfermedades, el hambre y el colapso del sistema sanitario.

Según los [Resultados del Índice de Conflictos](#) de mitad de año de los Datos sobre Localización y Eventos de Conflictos Armados (ACLEDA): “El lugar más peligroso y violento del mundo en este momento es [Palestina](#), específicamente Gaza, con 87% de la población palestina [expuesta al conflicto](#). Palestina ahora está en lo más alto del índice general, superando a Myanmar como el territorio más conflictivo. Mientras que Palestina ocupó el primer puesto en cuanto a difusión del conflicto en el índice de enero, ahora ocupa el primer puesto en cuanto a difusión del conflicto, letalidad y peligro para los civiles”.

Save the Children trabaja en el territorio palestino ocupado desde 1953 y tiene una presencia permanente en Gaza, donde brinda asistencia sanitaria, nutricional y de protección que salva vidas. Esto incluye atención prenatal y materna y tratamiento para recién nacidos y desnutrición infantil. También brinda apoyo psicosocial y de salud mental para niños y cuidadores. Además de suministros de alimentos de emergencia, agua potable y productos de higiene, aboga por un acceso humanitario inmediato y sin restricciones para garantizar que la ayuda vital llegue a los niños que la necesitan.

“Vacunarse es protegerse. Soy sanitaria, estoy en primera línea y siempre en contacto con los pacientes”, decía, sonriente, a los medios de comunicación Jeanine Muhavi, mostrando su alivio al recibir la vacuna contra la mpox el 5 de octubre. Esta doctora trabaja en Goma, en el noreste de República Democrática del Congo, el país de África más afectado por la enfermedad.



La [campaña de vacunación](#), que comenzó el 5 de octubre en la provincia de Nord-Kivu y el 8 de octubre en la de Sud-Kivu, en el este del país, se dirige sobre todo al personal sanitario, pero también a otros sectores considerados de riesgo como carniceros, cazadores, veterinarios y trabajadores sexuales, por estar potencialmente más expuestos al virus.

La enfermedad se ha detectado en al menos 16 países africanos y, según las autoridades congoleñas, la campaña de vacunación es una respuesta urgente para proteger a los más vulnerables y una oportunidad para cortar de cuajo la propagación del virus antes de que sea algo incontrolable. República Democrática del Congo es el segundo país africano que comienza la vacunación contra el virus, después de que Ruanda lo hiciera el 17 de septiembre.

Paulin Tshimanga, enfermero en una clínica de las afueras de Goma, vio con sus propios ojos los efectos de la mpox, por lo que no puede reprimir la emoción al recibir la vacuna. “He visto a mucha gente sufrir por esta enfermedad. Produce grandes dolores y necesita cuidados importantes. Como enfermero, quiero proteger a mis pacientes, pero también a mi familia. Y esta vacuna es un salvavidas”, afirmó.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (CDC), en República Democrática del Congo [se han registrado ya más de 31.000 casos sospechosos de mpox desde principios de año, de los cuales se han confirmado por laboratorio más de 5.000](#). En total, se han contabilizado unas 1.000 muertes, [la mayoría de ellas en niños](#). El país africano se enfrenta a varios obstáculos añadidos para frenar la enfermedad: la falta de infraestructuras, la escasez de recursos para el diagnóstico y la pobreza e inseguridad generalizadas tras un largo conflicto militar.

[La situación es especialmente precaria](#) en los campamentos de desplazados en el país, donde las personas viven hacinadas y sin acceso frecuente a médicos. Además, muchos infectados arrastran ya una mala condición física. Por ejemplo, hay niños malnutridos, que son terreno abonado para la mpox, porque están debilitados. El aumento de las tasas de desnutrición aguda en este país ha hecho que [4,5 millones de menores de cinco años](#) y más de 3,7 millones de embarazadas y lactantes corran un mayor riesgo de contraer y morir por esta enfermedad, según la ONG Save The Children.

“Gran oportunidad”

Justine Masika, que trabaja en un laboratorio médico en Goma, también recibió el 5 de octubre la primera dosis de su vacuna. En las horas posteriores, tuvo fiebre y náuseas, pero está contenta. “No es nada comparado con el sufrimiento que causa esta enfermedad. Vacunarse es nuestra gran oportunidad para parar esta epidemia”, insistió.

Según Gaston Lubambo, jefe de la división de Salud de Nord-Kivu, la vacunación quiere llegar a zonas alejadas y de difícil acceso, y recordó que la prevención es esencial para romper la cadena de transmisión. Por ello, instó a la población a seguir escrupulosamente todas las medidas de higiene, como el lavado frecuente de manos con jabón, el uso de alcohol en gel y de equipos de protección cuando haya que acercarse a los enfermos. “El objetivo es vacunar a 48.000 personas en la provincia de Nord-Kivu, donde el riesgo es muy elevado”, explicó.

El Gobierno congoleño recibió 265.000 dosis de vacunas, donadas por la Unión Europea, Estados Unidos y la Alianza para las Vacunas, pero son insuficientes para llegar a toda la población de riesgo, manifestaron sus autoridades. África necesita al menos 10 millones de dosis, según los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, la máxima autoridad sanitaria del continente. Por el momento, la comunidad internacional se ha comprometido a enviar a África 3,66 millones de dosis de la vacuna contra la mpox, según fuentes de los CDC, incluyendo tres millones de inmunizaciones anunciadas por Japón (el mayor donante hasta ahora).

Según Romain Muboyayi, jefe de gabinete en el Ministerio de Salud, la estrategia de vacunación consiste en la administración de dos dosis de la vacuna MVA-BN® para los adultos y una dosis de la vacuna LC-16®, que se produce en Japón, para los menores de 18 años.

Sandrine Mutombo vio enfermar a varios miembros de su comunidad y decidió vacunar a su hijo de 17 años. “No quería correr riesgos con mi hijo. Aquí en nuestro barrio ha habido varias personas enfermas y da mucho miedo. La única forma de protegernos es la vacuna”, dijo.

Uno de los pilares de esta campaña es la sensibilización. Además de distribuir los fármacos, las autoridades están informando a la población sobre la enfermedad y sobre las maneras de protegerse. Para ello distribuyen folletos, colocan pósteres en las calles, participan en programas de radio y lanzan mensajes en las redes sociales.

El brote actual de mpox que se extiende por África, con una nueva variante (clado Ib), se diferencia del que se produjo en Europa en el año 2022 en su forma de transmisión. Si en Europa la mayoría de contagios se producían en relaciones sexuales entre adultos, ahora, 70% de los nuevos casos son en niños. Aunque inicialmente se habló de una variante más peligrosa y transmisible, cada vez son más las voces de expertos que ponen en duda algunas de estas hipótesis. Los CDC de África declararon el 13 de agosto la mpox una “emergencia de salud pública de seguridad continental” y, un día después, la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional.

Desde que se publicó la [primera información](#) sobre la emergencia de la enfermedad por el virus de Marburg en Ruanda, el 30 de septiembre de 2024, se han notificado 32 nuevos casos confirmados por laboratorio. Hasta el 10 de octubre, se ha notificado un total de 58 casos, incluidas 13 muertes (tasa de letalidad de 22%). La gran mayoría de los casos se han notificado en los tres distritos de Kigali.

Desde la declaración del brote el 27 de septiembre y hasta el 10 de octubre, 15 casos confirmados se han recuperado, los 30 casos restantes están bajo tratamiento en el centro de tratamiento designado para la enfermedad por el virus de Marburg. Los trabajadores de la salud de dos centros de salud en Kigali representan más de 80% de los casos confirmados. Todos los nuevos casos confirmados notificados durante la última semana se han asociado con los dos conglomerados de casos hospitalarios en Kigali. Hasta el 10 de octubre, se ha realizado un total de 2.949 pruebas para detectar el virus de Marburg, y se analizan aproximadamente entre 200 y 300 muestras diarias de casos sospechosos en el Centro Biomédico de Ruanda.

Se está llevando a cabo el rastreo de contactos y, al 9 de octubre, se estaba haciendo el seguimiento de más de 700 contactos. Se sabe que un contacto viajó a Alemania, y las autoridades sanitarias locales lo están vigilando durante el período de seguimiento recomendado de 21 días. Un contacto que viajó a Bélgica ya completó el período de seguimiento de 21 días y no representa un riesgo para la salud pública.

La fuente del brote aún está bajo investigación y se proporcionará información adicional cuando esté disponible.

Respuesta de salud pública

- El Gobierno de Ruanda está coordinando la respuesta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados.
- La OMS clasificó el brote de enfermedad por el virus de Marburg en Ruanda como una emergencia de grado 3, el nivel interno más alto para emergencias según el Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS.
- Un equipo de refuerzo de la OMS ha viajado para apoyar la respuesta en el país en las funciones de gestión de incidentes, epidemiología, operaciones sanitarias, manejo de casos, logística sanitaria, investigación sobre vacunas, coordinación de socios y prevención y control de infecciones.
- El 2 de octubre de 2024 se emitió una solicitud de asistencia de la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) en la que se buscaba el apoyo de los socios de la GOARN en las funciones de manejo de casos e investigación terapéutica. Desde entonces, cinco expertos de la GOARN han viajado para desempeñar estas funciones.
- El Ministerio de Salud de Ruanda, en colaboración con la Secretaría de Equipos Médicos de Emergencia (EMT) de la OMS, emitió una solicitud de manifestaciones de interés en busca de apoyo para la implementación de centros de tratamiento de la enfermedad por el virus de Marburg o para proporcionar equipos de atención especializada a hospitales terciarios.

- Se han publicado el [plan estratégico de preparación y respuesta ante la enfermedad por el virus de Marburg](#) y un [llamamiento de la OMS](#) para el brote en Ruanda.
- La OMS está apoyando el transporte de muestras a un laboratorio de referencia regional para realizar comparaciones entre laboratorios.
- Ante el creciente número de supervivientes, la OMS está apoyando al Gobierno en el establecimiento de un programa para los mismos, compartiendo orientación técnica y protocolos para el establecimiento de un programa nacional, incluida la exploración de un potencial estudio observacional prospectivo.
- La OMS está apoyando al Gobierno de Ruanda y a sus asociados en el lanzamiento de ensayos clínicos terapéuticos en el país.
- La OMS ha proporcionado asesoramiento técnico a las autoridades de salud pública de Ruanda y los países en riesgo sobre la aplicación de medidas sanitarias basadas en la evidencia y el riesgo; el fortalecimiento de las capacidades de detección, notificación y gestión en los puntos de ingreso y a través de las fronteras; y asesoramiento para viajeros.
- La OMS ha publicado una guía provisional sobre las [Consideraciones para la salud fronteriza y los puntos de ingreso en caso de brotes de enfermedad por filovirus](#), que se aplica, aunque no se limita a, el brote actual de enfermedad por el virus de Marburg en Ruanda.
- La OMS también publicó una declaración en la que [desaconseja cualquier restricción de viaje o de comercio con Ruanda](#) en el contexto del actual brote de enfermedad por el virus de Marburg.
- La OMS está prestando apoyo en los países vecinos para evaluar la preparación de las instalaciones de atención de salud en esos países y, específicamente, para mapear los riesgos en las zonas fronterizas con Ruanda.

Evaluación de riesgos de la OMS

La enfermedad por el virus de Marburg es causada por la misma familia de virus (Filoviridae) que causa la enfermedad por el virus del Ébola. La enfermedad por el virus de Marburg es propensa a epidemias asociada con una alta tasa de letalidad (24-88%). En la etapa inicial de la enfermedad, es difícil distinguirla de otras enfermedades infecciosas como malaria, fiebre tifoidea, shigelosis, meningitis y otras fiebres hemorrágicas virales. Las características epidemiológicas pueden ayudar a diferenciar entre las fiebres hemorrágicas virales (incluidos los antecedentes de exposición a murciélagos, cuevas o minería) y las pruebas de laboratorio son importantes para confirmar el diagnóstico.

La notificación de 58 casos confirmados, de los cuales más de 80% son trabajadores de la salud de dos centros de salud diferentes en el país, es motivo de gran preocupación. Las infecciones asociadas a la atención médica (también conocidas como infecciones nosocomiales) de esta enfermedad pueden provocar una mayor propagación si no se controlan a tiempo. No se puede dejar de enfatizar la importancia de examinar a todas las personas que ingresan en los centros de salud, así como de la vigilancia de los pacientes hospitalizados para una pronta identificación, aislamiento y notificación. Esto se suma a la importancia de la identificación de los contactos y el seguimiento de todos los casos probables y confirmados. La fuente del brote, la fecha probable de aparición del primer caso y la información epidemiológica adicional sobre los casos aún están pendientes de una mayor investigación.

El 30 de septiembre, la OMS evaluó el riesgo de este brote como muy alto a nivel nacional, alto a nivel regional y bajo a nivel mundial. Sin embargo, en función de la evolución del brote y las investigaciones en curso, esta evaluación del riesgo puede revisarse. La enfermedad por el virus de Marburg no es fácilmente transmisible (es decir, en la mayoría de los casos requiere el

contacto con los fluidos corporales de un paciente enfermo que presente síntomas o con superficies contaminadas con estos fluidos). Además, se están aplicando medidas de salud pública, incluida la vigilancia activa en instalaciones y comunidades, la realización de pruebas a los casos sospechosos, el rastreo de contactos, el aislamiento y el tratamiento de los casos.

Consejos de la OMS

El control de los brotes de enfermedad por el virus de Marburg se basa en una serie de intervenciones, entre ellas el aislamiento y la gestión de los casos de forma inmediata; la vigilancia, que incluye la búsqueda activa de casos, la investigación de los casos y el rastreo de contactos; un servicio de laboratorio; la prevención y el control de infecciones, incluido un entierro seguro y digno, y la movilización social (la participación de la comunidad es fundamental para controlar con éxito los brotes de esta enfermedad). La sensibilización sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg y las medidas de protección que pueden adoptar las personas es una forma eficaz de reducir la transmisión humana. La OMS recomienda las siguientes medidas de reducción de riesgos como una forma eficaz de reducir la transmisión de la enfermedad por el virus de Marburg en los centros sanitarios y en las comunidades:

Para reducir las infecciones y muertes humanas, es esencial concienciar a la comunidad sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg, en particular la transmisión entre personas, y las medidas de protección que las personas pueden adoptar para minimizar la exposición al virus. Esto incluye alentar a cualquier persona que presente síntomas a buscar atención médica inmediata en un centro de salud o un centro de tratamiento designado para reducir el riesgo de transmisión comunitaria y mejorar sus posibilidades de recuperación.

Se deben fortalecer las actividades de vigilancia, incluida una amplia difusión de la definición de caso, en todos los distritos afectados, incluido el rastreo de contactos y la búsqueda activa de casos.

Se deben implementar y/o fortalecer las medidas críticas de prevención y control de infecciones en todos los centros de atención de la salud, según las directrices de la OMS para la [prevención y el control de infecciones en el caso de la enfermedad por el virus del Ébola y la enfermedad por el virus de Marburg](#).

Se debe implementar una estrategia integral para el manejo de las personas fallecidas en las comunidades. Se deben realizar entierros seguros y dignos, con una fuerte participación de las comunidades.

Se deben implementar evaluaciones cualitativas rápidas para recopilar datos socioconductuales, que luego puedan utilizarse para orientar la respuesta.

Es necesario mantener la realización de pruebas de laboratorio oportunas para todos los casos sospechosos y respaldarla con un sistema de transporte de muestras confiable.

Se debe fortalecer la preparación y las capacidades de respuesta en materia de salud fronteriza en los puntos de ingreso y en las comunidades limítrofes con las zonas que notifican casos de enfermedad por el virus de Marburg y en los medios de transporte, y se debe brindar asesoramiento de salud pública a los viajeros de acuerdo con las [directrices provisionales de la OMS sobre consideraciones para la salud fronteriza y los puntos de ingreso en caso de brotes de enfermedad por filovirus](#).

La OMS alienta a todos los países a enviar las primeras muestras que den positivo para el virus de Marburg y un subconjunto de muestras negativas a un centro colaborador de la OMS o a un laboratorio de referencia regional para realizar comparaciones entre laboratorios.

La OMS recomienda que se recopilen sistemáticamente datos clínicos de casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus de Marburg para mejorar la limitada comprensión de la evolución clínica y las causas directas y los factores de riesgo de los resultados desfavorables. Esto se puede hacer aportando datos anónimos a la [Plataforma clínica mundial de la OMS sobre fiebres hemorrágicas virales](#).

Sobre la base de la evaluación de riesgos actual, la OMS recomienda no aplicar restricciones a los viajes ni al comercio con Ruanda. Para obtener más información, pueden consultarse las [recomendaciones de la OMS sobre el tráfico internacional en relación con el brote de enfermedad por el virus de Marburg en Ruanda](#).

La enfermedad por el virus de Marburg es una enfermedad muy virulenta que puede causar fiebre hemorrágica y es clínicamente similar a la enfermedad por el virus del Ébola. Los virus de Marburg y del Ébola son miembros de la familia Filoviridae (filovirus). Las personas se infectan con el virus de Marburg cuando entran en contacto cercano con murciélagos *Rousettus*, un género de murciélagos frugívoros, que pueden transmitir el virus de Marburg y que a menudo se encuentran en minas o cuevas. El virus de Marburg luego se propaga entre las personas a través del contacto directo (a través de la piel lesionada o las membranas mucosas) con la sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de personas infectadas, y con superficies y materiales (por ejemplo, ropa de cama, prendas de vestir) contaminados con estos fluidos. Los trabajadores de la salud se han infectado anteriormente mientras trataban a casos sospechosos o confirmados de enfermedad por el virus de Marburg. Las ceremonias funerarias que implican el contacto directo con el cuerpo del difunto también pueden contribuir a la transmisión del virus de Marburg.

El período de incubación varía de dos a 21 días. La enfermedad comienza de forma abrupta, con fiebre alta, dolor de cabeza intenso y malestar general intenso. Al tercer día puede aparecer diarrea acuosa intensa, dolor y calambres abdominales, náuseas y vómitos. Aunque no todos los casos presentan signos hemorrágicos, pueden aparecer manifestaciones hemorrágicas graves entre cinco y siete días después del inicio de los síntomas, y los casos mortales suelen presentar algún tipo de hemorragia, a menudo en varias zonas. En los casos mortales, la muerte se produce con mayor frecuencia entre ocho y nueve días después del inicio de los síntomas, generalmente precedida por una pérdida de sangre grave y un shock. Actualmente no existe ningún tratamiento o vacuna aprobados para la enfermedad por el virus de Marburg. Algunas vacunas y terapias candidatas están actualmente en investigación.

Anteriormente se habían notificado brotes de enfermedad por el virus de Marburg en países vecinos de Ruanda, entre ellos República Democrática del Congo, Uganda y Tanzania. Los brotes más recientes se notificaron en Guinea Ecuatorial y Tanzania entre febrero y junio de 2023. La región afectada en Tanzania fue la región de Kagera, que limita con Ruanda. Otros países que notificaron anteriormente brotes de enfermedad por el virus de Marburg en la Región Africana fueron Angola, Ghana, Guinea, Kenya y Sudáfrica.

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.</p>
--	--	---