

**ARGENTINA**

- Vigilancia epidemiológica de covid
- Mendoza: Alarma por un brote de infecciones por *Escherichia coli* en personal de un hospital

**AMÉRICA**

- Colombia: Reportan la primera muerte por fiebre amarilla en Tolima
- Estados Unidos: Caso autóctono de malaria detectado en Arkansas en septiembre de 2023

- Islas Vírgenes Estadounidenses: Tratan de controlar un brote de dengue

- Venezuela: La lucha contra el VIH se ve limitada por la escasez de reactivos y la poca prevención

**EL MUNDO**

- África: La producción en la región de la vacuna contra la mpox reduciría la dependencia de los países más ricos
- Camerún: Situación epidemiológica del sarampión

- Etiopia: Situación epidemiológica del sarampión

- Etiopia: Aumentan los casos de malaria, revirtiendo una década de progreso contra la enfermedad

- Pakistán: Un brote de difteria causó 28 muertes en Sindh

- Palestina: La salud infantil en Gaza

- Ruanda: El salto viral de animal a humano provocó el brote de enfermedad por el virus Marburg

- Siria: Registraron 77 casos de brucelosis en Dayr az-Zawr en el tercer trimestre del año

**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**



**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

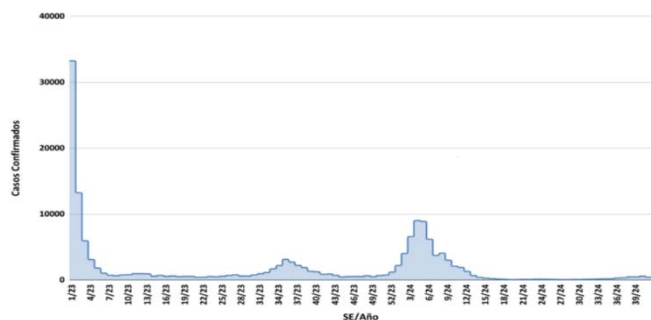
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

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. Desde la SE 29 de 2024 se registra un ligero ascenso de las detecciones semanales, aunque los casos permanecen en niveles bajos.

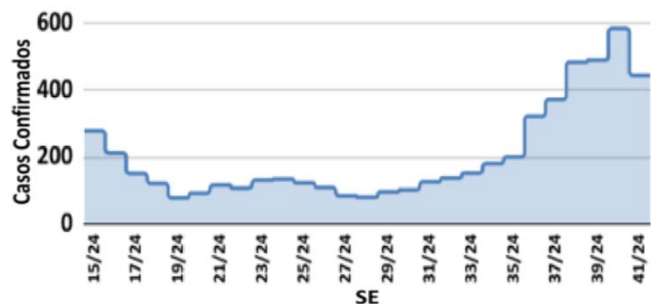
Respecto de los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>), en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE 5 de 2024, y posteriormente presentó una tendencia descendente. En la SE 41 de 2024 se registraron dos fallecimientos con diagnóstico de covid.

### Vigilancia en UMAs

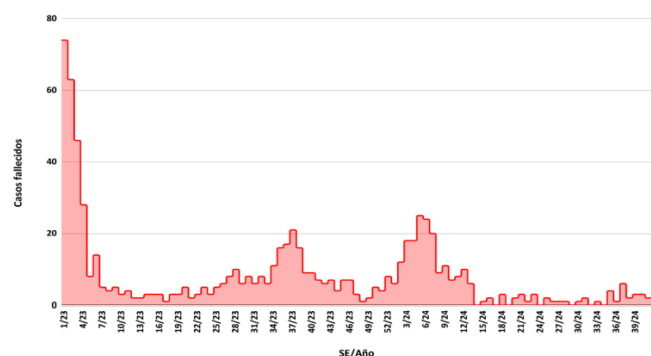
En 2024, hasta la SE 41, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 18.785 muestras para SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 1.035 resultaron positivas. Esto representa un ascenso de 15,25% respecto de las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 46,21% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,51%.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

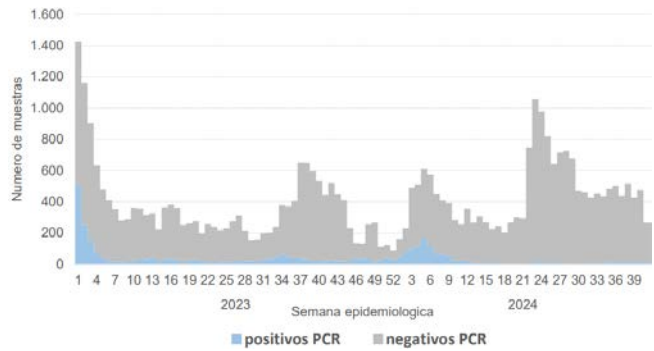


Casos confirmados. Argentina. Semanas epidemiológicas 15 a 41 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor de 84% de los casos en UMAs de 2024 fueron detectados durante las primeras 12 SE del año. Desde la SE 13 y hasta la actualidad las detecciones fueron bajas, con un promedio de 6 casos semanales, con un mínimo de cero casos detectados en la SE 21 y un máximo de 18 en la SE 36; entre las SE34 y 40 se registraron 12 casos en promedio, que, si bien no determina una tendencia, podría corresponder a un ascenso de casos en pacientes ambulatorios. En la SE 41 de 2024, se notificaron seis casos positivos entre las 266 muestras analizadas mediante PCR.



Muestras positivas y negativas para SARS-CoV-2 en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

### Vigilancia en personas internadas

En 2024, hasta la SE 41, en términos acumulados, se notificaron 5.259 casos de covid en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa una disminución de casos de 20,37%. Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024, con un descenso sostenido posterior hasta la SE 12. A partir de la SE 13 y hasta la SE 33, los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 casos semanales, con un mínimo de 19 en la SE 17 y un máximo de 56 en la SE 33. Desde la SE 34 se observó un mayor número de detecciones respecto de lo registrado en las SE previas, con un promedio de 129 casos semanales en las últimas seis SE analizadas. Se notificaron 94 casos en personas hospitalizadas en la SE 41.

En 2024, hasta la SE 41, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas se registran en todos los grupos etarios, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

### Variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 19 de agosto y el 15 de septiembre de 2024, fueron compartidas 25.267 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID. Como comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días, se compartieron 42.354 y 46.501 secuencias, respectivamente.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando dos variantes de interés (VOI): BA.2.86 y JN.1. Además, designó siete variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 y XEC.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 140 países), representando 16% de las secuencias en la SE 37 de 2024, habiendo disminuido desde una proporción de 19,4% en la SE 34. Su linaje parental, BA.2.86, sigue mostrando una prevalencia muy baja, representando 0,1%-0,3% de las secuencias semanales entre las SE 34 y 37.

La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial, basada en la evidencia disponible.

Las siete VUM enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3.1.1 y XEC (una VUM recientemente incluida en la lista) muestran una prevalencia creciente a escala mundial, aunque a ritmos diferentes, mientras que todas las demás están disminuyendo.

La dinámica de KP.3.1.1 y XEC muestra notables diferencias regionales. Entre las SE 34 y 37, KP.3.1.1 experimentó un fuerte crecimiento en las Américas (pasó de 34,1% en la SE 34 a 49,2% en la SE 37) y el Pacífico Occidental (de 13,5% a 24,2%). En relación a XEC, su aumento fue más gradual, registrándose las subidas más significativas en Europa (pasó de 5,3% en la SE 34 a 12,0% en la SE 37) y las Américas (aumentó de 0,9% a 2,8%).

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\* y BA.2.86\*.

Entre las SE 5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS<sup>2.0</sup> 335 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 270 casos (80,60%), seguida de BA.2.86\* en 36 casos (10,75%). (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En total, al 16 de octubre de 2024 en Argentina se detectaron 532 casos de la variante JN.1\* y 55 casos confirmados 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.

Integrantes de la Comisión Ejecutiva de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (AMProS) se reunieron con la directora del Hospital Pediátrico ‘Dr. Humberto Joaquín Notti’, Dra. María Laura Piovano, para conocer las instancias previas a la intoxicación de 42 profesionales con alimentos provistos por el servicio de cocina de la institución.



Rodolfo Montero, ministro de Salud, confirmó la cantidad de afectados por la bacteria *Escherichia coli*, que tuvo a maltraer a los profesionales de la salud.

El servicio de cocina del Hospital Notti está tercerizado, sin embargo, elabora comida para la institución y para el Servicio Coordinado de Emergencia de Guaymallén –allí también habría personas intoxicadas–, y tres profesionales debieron ser internados. Uno de ellos continúa en observación ya que sufrió un cuadro de deshidratación severo. Por otro lado, se investiga si un paciente que presenta síntomas similares a los afectados también está infectado por la misma bacteria.

Según el AMProS, es una situación que ha sucedido varias veces en los últimos años. Por esa razón, el secretario adjunto de AMProS, Daniel Jiménez, solicitó “de manera urgente que se extremen las medidas de control sobre los alimentos, que se controle la cadena de frío, que se ponga el ojo en la cadena de elaboración de los productos, desde que ingresan a la institución por parte del proveedor hasta que salen del servicio para ser consumido”.

Una investigación bromatológica determinó que la bacteria *E. coli* fue la causa del brote, y se indagará el recorrido de los alimentos antes de producirse la intoxicación y se realizará un seguimiento exhaustivo sobre la situación de los médicos y cómo evolucionan.

### El alimento involucrado

El 22 de octubre, los profesionales de la salud consumieron los alimentos propuestos por la cocina del Hospital Notti, que consistió en pollo con papas.

Se cree que ese plato fue el que intoxicó a los médicos, ya que ese mismo día comenzaron a experimentar síntomas como diarreas y vómitos, lo que provocó que algunos se deshidrataran.

La Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) emitió un comunicado expresando que “la empresa privatizada del Hospital Notti no habría cumplido con todo el protocolo correspondiente para el traslado de los alimentos en condiciones, ya que según entendemos, su personal no tendría la idoneidad necesaria para hacerse cargo de un servicio tan importante como lo es la cocina central del hospital”.

Autoridades del municipio de Villarrica, ubicado al oriente del departamento Tolima, hacen el seguimiento y análisis del fallecimiento de un hombre, de 47 años de edad, que fue diagnosticado con fiebre amarilla en la última semana en esta región del país.

Es por ello que el Instituto Nacional de Salud (INS) realiza los estudios pertinentes para determinar si la causa de esta muerte está asociada con esta patología que se transmite a través de la picadura de un mosquito vector en zonas tropicales.

“A través de unas muestras analizadas por el INS, nos confirman que se trata de fiebre amarilla. Se debe aclarar que la persona que falleció es un hombre, de 47 años, natural del municipio de Villarrica, que permanecía en el mismo; el único vínculo que tenía era con el Bosque de Galilea, que bordea la vereda Alto Puerto Lleras, en la que residía, y con los centros poblados aledaños de Purificación, Cunday y Prado”, explicó Javier Orlando Montilla Ortiz, alcalde de Villarrica.

Un equipo de salud pública, integrado por profesionales del municipio y del departamento, se desplazó a la vereda en mención con la finalidad de adelantar jornadas de vacunación, así como para identificar personas que puedan presentar sintomatología para confirmar o descartar nuevos casos.

“Sobre el contagio, existen varias hipótesis: pudo ser de fauna silvestre del Bosque de Galilea, con transmisión por picaduras de mosquitos, o por personas que hayan llegado al municipio desde la zona selvática del sur de Colombia. Estamos en esa investigación”, agregó Montilla Ortiz.

El 28 de septiembre de 2023, una persona previamente sana que vivía en el condado de Saline, Arkansas, fue evaluada en un hospital local por un historial de 10 días de dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, fatiga y un historial de un día de náuseas y vómitos. El paciente no tenía antecedentes informados de viajes internacionales, transfusión de sangre, trasplante de órganos u otra exposición a patógenos transmitidos por la sangre.

La evaluación de laboratorio inicial reveló anemia, trombocitopenia e hiperbilirrubinemia. El paciente fue ingresado por posible neoplasia maligna hematológica; la anemia y la trombocitopenia empeoraron, y el paciente recibió una transfusión de una unidad de glóbulos rojos concentrados y una unidad de plaquetas.

En el análisis de hemograma completo repetido el 30 de septiembre de 2023, se observó que el frotis de sangre periférica delgada del paciente presentaba formas anulares que indicaban malaria y se verificó como *Plasmodium* (no *falciparum*) mediante una prueba de diagnóstico rápido de malaria. La especie de *Plasmodium* y el porcentaje de parasitemia no estaban disponibles inicialmente; el paciente fue tratado con artesunato intravenoso en espera de los resultados. La revisión de un patólogo de frotis de sangre gruesa y delgada verificó la presencia de gametocitos de *Plasmodium vivax/Plasmodium ovale* y formas anulares con parasitemia de 0,26%.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirmaron la presencia de *P. vivax/P. ovale*. Para descartar la malaria asociada a la transfusión, se revisó un frotis de sangre periférica previo a la transfusión y que confirmó la presencia de gametocitos compatibles con *P. vivax/P. ovale*. El paciente completó el tratamiento y se recuperó por completo.

El número total de casos de malaria notificados en Estados Unidos tuvo una tendencia ascendente durante 1972-2019, con 2.048 casos notificados a los CDC en 2019. La mayoría de estos casos se asociaron con viajes a 85 países donde la malaria sigue siendo endémica y podrían representar una fuente potencial de infección por *Plasmodium* para los casos autóctonos transmitidos por mosquitos.

Especies de mosquitos *Anopheles* están presentes en todo Estados Unidos y pueden adquirir la infección por *Plasmodium* de pacientes con malaria asociada a viajes; estos vectores competentes pueden luego transmitir el parásito a personas que no han viajado. Aunque la fuente de este caso autóctono de malaria en Arkansas sigue siendo desconocida, los mosquitos *Anopheles* locales podrían haberse vuelto infecciosos después de alimentarse de sangre de una persona con malaria asociada a viajes no diagnosticada en un área geográfica cercana. Este representa el décimo caso autóctono de malaria notificado a los CDC después de 20 años sin transmisión local registrada, lo que destaca la necesidad constante de una respuesta de salud pública coordinada y esfuerzos de prevención.

El diagnóstico rápido y el tratamiento apropiado de la malaria pueden mejorar los resultados clínicos y reducir el riesgo de transmisión local continua. Aunque el riesgo de malaria transmitida por mosquitos adquirida localmente en Estados Unidos sigue siendo muy bajo, los médicos deben considerar la malaria para todos los pacientes que han viajado a países donde

esta enfermedad es endémica, o que tienen fiebre inexplicable, independientemente del historial de viaje.

La malaria es una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional, y la notificación de casos orienta las actividades de prevención y respuesta locales y nacionales. También se podría mejorar la detección de casos mediante la vigilancia sindrómica, lo que destaca la importancia de la participación de los centros de atención de la salud locales en los sistemas estatales de vigilancia sindrómica. La preparación para los brotes de enfermedades transmitidas por vectores varía según la jurisdicción; las asociaciones locales y el intercambio de recursos pueden mejorar la capacidad de control de vectores.

La colaboración y la comunicación con médicos, hospitales, laboratorios y el público pueden respaldar la rápida identificación, prevención y control de la malaria. Hasta septiembre de 2024, no se habían identificado casos autóctonos adicionales de malaria en Arkansas. Antes de viajar internacionalmente a áreas donde la malaria es endémica, los viajeros deben consultar con su proveedor de atención médica sobre las medidas recomendadas de prevención de la malaria, incluida la quimioprofilaxis y las precauciones para evitar las picaduras de mosquitos, para reducir el riesgo tanto personal como comunitario.





La División de Epidemiología del Departamento de Salud de las Islas Vírgenes Estadounidenses se ha asociado con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Unidad de Control de Vectores del Departamento de Salud de Puerto Rico para combatir el brote de dengue en su territorio, particularmente en el Distrito St. Thomas-St. John.

“En respuesta al brote, el Departamento de Salud ha movilizó equipos en el Distrito de St. Thomas-St. John”, dijo la Dra. Esther Ellis, epidemióloga territorial. “Estos equipos, en colaboración con los CDC y la Unidad de Control de Vectores de Puerto Rico, comenzaron a trabajar el 26 de octubre para controlar la propagación del dengue a través de actividades de extensión comunitaria y control de mosquitos”.

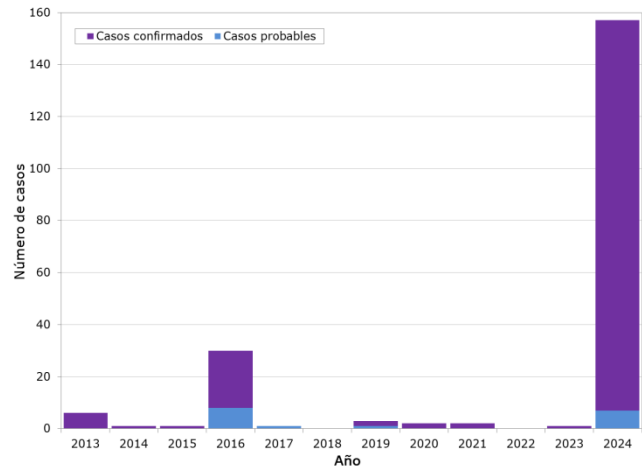
Los equipos de extensión comenzaron a trabajar en las zonas de alto riesgo identificadas como Smith’s Bay, Anna’s Retreat, Charlotte Amalie Estate y Bovoni en St. Thomas, y Fish Bay en St. John. Una zona de alto riesgo es un área con más de cinco casos confirmados de dengue.

Los equipos inspeccionarán áreas residenciales, aplicarán larvicidas en zonas de alto riesgo y educarán al público sobre la prevención de picaduras de mosquitos y el control de los sitios de reproducción.

Las actividades de divulgación continuarán hasta el 8 de noviembre y se instó a los residentes a cooperar y tomar medidas preventivas como el uso de repelentes y eliminar el agua estancada.

“Agradecemos el apoyo de los CDC y del equipo de Puerto Rico, que ha estado combatiendo un brote de dengue en Puerto Rico desde marzo de este año”, dijo la Comisionada de Salud de las Islas Vírgenes Estadounidenses, Justa E. Encarnación. “Nuestro objetivo es contener este brote aquí y prevenir una mayor transmisión y enfermedad en todo el territorio”.

En la actualidad, las Islas Vírgenes Estadounidenses están sufriendo un brote de dengue, con 150 casos notificados: 102 en St. Thomas, 37 en St. John y 11 en St. Croix. Sin embargo, es posible que haya muchos más casos sin diagnosticar ni notificar. El mosquito *Aedes aegypti*, que transmite el dengue, prolifera en las condiciones climáticas actuales, por lo que es fundamental que los residentes sepan cómo protegerse y prevenir la transmisión.



Casos confirmados y probables. Islas Vírgenes Estadounidenses. Años 2013/2014. Fuente: Departamento de Salud de Islas Vírgenes Estadounidenses. Datos al 25 de octubre de 2024.

La lucha contra el VIH en Venezuela se ve limitada por la escasez de reactivos para la obtención de diagnósticos en hospitales públicos y debido a la poca labor de prevención que registra el país, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y organizaciones no gubernamentales.

La representante del ONUSIDA en Venezuela, Adriana Elena Ponte Guía, dijo que en el país hay una muy baja disponibilidad de pruebas de carga viral en los centros gratuitos de salud debido a la misma escasez de reactivos, lo que impide a los pacientes conocer sus niveles de VIH en la sangre y evaluar la efectividad de los fármacos prescritos.

Explicó que el país –donde el ONUSIDA estima que hay 100.000 personas que viven con el virus, de las cuales 73.000 están en tratamiento– cuenta con una cobertura de medicamentos para las personas seropositivas gracias a la subvención del Fondo Mundial para el VIH, la tuberculosis y la malaria.

De acuerdo con estos datos, los grupos más afectados por el VIH son los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trans, personas prostituidas, la población reclusa y miembros de comunidades indígenas, como el caso de la etnia Warao, que tiene una prevalencia de 9,6% frente al 0,5 % que se estima en el país.

### **La prevención “se ha descuidado”**

Venezuela figuraba en 2016 como un país de ingreso medio-alto en el Banco Mundial, lo que planteó un problema ese año –cuando el Estado dejó de comprar medicamentos contra el VIH–, pues la nación petrolera no clasificaba como Estado de bajo ingreso para recibir ayuda internacional, dijo César Pacheco, director de la Unidad de Respuesta de VIH de la ONG Acción Solidaria.

Recordó que varias ONG, en articulación con la Organización Panamericana de la Salud y el ONUSIDA, se unieron para demostrar la necesidad de medicamentos de Venezuela, que registró, según la Organización de Naciones Unidas, un 84 % de desabastecimiento de antirretrovirales en 2018, el año en el que fueron aprobados los primeros fondos de emergencia.

Desde entonces, el suministro de medicamentos mejoró, dijo el médico infectólogo Mario Ángel Comegna Di Fulvio, quien afirmó que actualmente “hay buena distribución y esquemas alternativos, pero tan importante como dar las medicinas es hacer las campañas de prevención”.

“Se les dio prioridad a los medicamentos por el tema de crisis humanitaria. Se invierte más en salvar a la gente que está infectada, pero tiene tanto peso, o más, a veces, la prevención”, manifestó.

El Gobierno, que administra las medicinas entregadas por el Fondo Mundial y las distribuye de manera gratuita, aseguró que Venezuela cuenta con pruebas rápidas para la pesquisa de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, pese a que estas no siempre se consiguen en todos los hospitales públicos.



## ÁFRICA

LA PRODUCCIÓN EN LA REGIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA MPOX REDUCIRÍA LA DEPENDENCIA DE LOS PAÍSES MÁS RICOS

25/10/2024

Mientras África enfrenta múltiples brotes de mpox, los líderes de salud pública afirman que las vacunas producidas localmente son vitales para terminar con la dependencia de las donaciones y asegurar la salud del continente.

Actualmente, África depende de las naciones más ricas para obtener vacunas para combatir el último brote de mpox, que ha sido declarado emergencia sanitaria continental y mundial por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Unión Europea donó 200.000 dosis, mientras que Estados Unidos contribuyó con 50.000 dosis para permitir que República Democrática del Congo –el epicentro del brote– comenzara su campaña de vacunación el 5 de octubre de 2024.

La mpox es una enfermedad viral que se propaga principalmente a través del contacto cercano con una persona infectada y causa una erupción dolorosa, ganglios linfáticos agrandados y fiebre.

En los últimos meses, la enfermedad se ha propagado exponencialmente en República Democrática del Congo, que ha registrado más de 6.000 casos y 25 muertes este año. También ha habido brotes en Nigeria, Kenya, Burundi, Uganda y Ruanda.

A pesar de haber solicitado vacunas contra la mpox hace dos años, durante un brote anterior, República Democrática del Congo y otros países de bajos ingresos tuvieron dificultades para comprarlas debido a los altos costos.

Jean Kaseya, director general de los África-CDC, afirmó que los retrasos reflejan las desigualdades en los sistemas de salud mundiales. Cree que África debe centrarse en la producción local de vacunas para satisfacer las necesidades de su población.

“La dependencia de las donaciones refleja los desafíos que enfrentó África durante la pandemia mundial de covid, cuando el continente a menudo era el último en la fila para recibir vacunas que salvan vidas”, dijo Kaseya.



Una niña de tres semanas de edad que sufre de mpox en la sala de urgencias del Hospital Kavumu en Sud-Kivu, República Democrática del Congo, en agosto de 2024.

”Como no fabricamos vacunas en África, nos enfrentamos a los mismos desafíos que encontramos durante la pandemia de covid: depender de fuentes externas para las vacunas”, dijo Kaseya.

“La producción local sigue siendo fundamental”, subrayó.

## Transferencia de tecnología

En un esfuerzo por aumentar la capacidad de fabricación local, los África-CDC están en conversaciones con Bavarian Nordic, un fabricante de vacunas danés, para transferir la tecnología de la vacuna contra la mpox a los productores africanos.

En septiembre, Bavarian Nordic se comprometió a aumentar la producción de su vacuna JYNNEOS® y dijo que estaba explorando la posible transferencia de fabricación a otras empresas en África o en otros lugares.

“Desde entonces, los África-CDC han compartido información preliminar con los fabricantes africanos, de los cuales nueve expresaron interés, pero solo uno tiene el potencial de producir la vacuna”, reveló Kaseya.

Según Kaseya, la producción local, comenzando con los llamados procesos de “llenado y acabado” (llenado de envases de vacunas, generalmente utilizando ingredientes activos importados, llamados antígenos), es una prioridad.

La capacidad de África para llevar a cabo operaciones de llenado y acabado supera con creces la demanda actual, según un [informe](#) de 2023 coescrito por los África-CDC, la Clinton Health Access Initiative y PATH.

## “El juego del dinero”

El director ejecutivo de Amref Health Africa, Githinji Gitahi, dijo que un obstáculo importante para los fabricantes de vacunas africanos es la demanda incierta del mercado.

Dijo que los fabricantes locales necesitan una demanda fuerte y sostenida para que la producción sea viable.

“Desarrollar una producción adecuada de vacunas en África no es solo una cuestión de tecnología o habilidades, sino también de tener un mercado para vender las vacunas”, dijo Gitahi.

“La demanda a menudo se traduce en un mercado solo cuando la amenaza cruza las fronteras africanas hacia los países ricos, lo que impulsa a las compañías farmacéuticas a aumentar la producción: es un juego de dinero”, explicó.

Para romper este ciclo, Gitahi aboga por que organizaciones como la Alianza para las Vacunas (GAVI), un importante comprador de vacunas, se comprometan a adquirir vacunas fabricadas en África.

En mayo de este año, los ministros de salud africanos se comprometieron a comprar vacunas fabricadas en el continente, durante una [reunión](#) organizada por el África-CDC. La agencia ahora está colaborando con los gobiernos para traducir estos compromisos en acciones.

“El mecanismo de adquisición conjunta, aprobado en la última cumbre de la Unión Africana, es un paso clave para generar una demanda predecible”, dijo Kaseya.



Un trabajador de la salud controla a un niño de dos años que recibe tratamiento para la mpox en el Hospital General de Referencia de Nyiragongo, al norte de Goma, en República Democrática del Congo, en agosto de 2024.

”Permitirá a los fabricantes planificar la producción futura con confianza”.

En septiembre, los África-CDC firmaron un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para apoyar la implementación del sistema de compras conjuntas y promover aún más la fabricación local.



Los habitantes de la aldea de Weta, en la provincia de Maniema, al este de República Democrática del Congo, leen la información proporcionada por la OMS y funcionarios del Ministerio de Salud.

## Obstáculos regulatorios

Sin embargo, incluso con una mayor capacidad de fabricación local, las barreras regulatorias siguen siendo un desafío importante para los países africanos.

Actualmente, solo unos pocos países han aprobado la vacuna contra la mpox, y los que carecen de capacidad regulatoria dependen de la aprobación de la OMS antes de comenzar las campañas de vacunación, incluso cuando las vacunas están disponibles.

Chimwemwe Chamdimba, director del programa de Armonización Regulatoria de Medicamentos Africanos (AMRH), reconoció los obstáculos regulatorios que enfrenta el continente, incluida la falta de profesionales capacitados y políticas ineficaces para una aprobación rápida durante las emergencias.

Dijo que la AMRH había comenzado a acelerar las solicitudes de los fabricantes para evaluar y enumerar los productos relacionados con la mpox.

“Este proceso también respaldará las adquisiciones conjuntas de los África-CDC y su apoyo a los países para responder a la mpox”, dijo Chamdimba.

Añadió que también podría allanar el camino para que los fabricantes de vacunas africanos accedan a los mercados regionales, un factor crucial para el éxito a largo plazo.

Gitahi estuvo de acuerdo y señaló que fortalecer la capacidad regulatoria y de fabricación local no solo garantizará que África no tenga que esperar en la fila para recibir vacunas durante futuras pandemias, sino que también desarrollará habilidades y aportará importantes beneficios económicos y sociales al continente.

Camerún está logrando avances significativos en el control del brote de sarampión que comenzó en enero de 2024. A pesar de los desafíos, las medidas proactivas del país han contribuido a una notable disminución de las tasas de incidencia en comparación con el año anterior.

En 2024, hasta el 27 de septiembre, Camerún notificó 1.559 casos sospechosos, de los cuales (46,2%) 720 fueron confirmados. Estos casos confirmados incluyen 385 casos vinculados epidemiológicamente, 52 confirmados clínicamente y 283 confirmados mediante pruebas de laboratorio (IgM+). El país ha registrado 60 muertes en total.

Se han notificado casos sospechosos de sarampión en 10 regiones. La región Littoral representa el porcentaje más alto de casos sospechosos, con 19,56% (305 casos), seguida de cerca por la región Nord con 15,84% (247 casos) y la región Centre con 15,20% (237 casos). Otras regiones significativamente afectadas incluyen Extrême-Nord con 11,80% (184 casos) y Nord-Ouest con 8,79% (137 casos).

Nord es la región más afectada, con una tasa de incidencia de 67,3 cada 1.000.000 de habitantes para casos confirmados entre niños menores de 5 años, seguida de la región Littoral con una incidencia de 41,9 cada 1.000.000. La incidencia de casos en las regiones es significativamente menor en 2024 que en 2023. A nivel nacional, la tasa de incidencia es de 25,1 cada 1.000.000 en comparación con 217,9 cada 1.000.000 durante el mismo período en 2023. Camerún estuvo implementando una sólida investigación de casos para la detección temprana y la respuesta al brote; para 2024, la tasa de investigación es de 5,6 frente a 4,8 en 2023.

### **Acciones de salud pública**

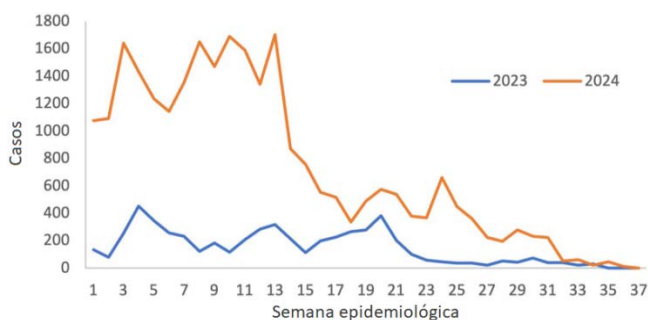
El Ministerio de Salud de Camerún, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, ha implementado varias intervenciones de salud pública para controlar la propagación del sarampión en Camerún en esta semana epidemiológica.

- Se está llevando a cabo un seguimiento activo de las actividades de respuesta a la vacunación en los distritos sanitarios afectados por el brote.
- Planificación y finalización de la documentación técnica para la actividad de inmunización rápida para mejorar la respuesta al sarampión.
- Monitoreo de las discrepancias entre el análisis de seguimiento y evaluación, y la planificación de las bases de datos de eventos para garantizar la integridad y la coherencia de los datos.
- Elaborar y compartir los informes de situación sobre el brote de sarampión para proporcionar una visión general y una comprensión integral de la evolución del brote y las actividades para respaldar la toma de decisiones sobre las intervenciones de salud pública en las regiones.
- Realizar un seguimiento continuo de las investigaciones y las respuestas a las vacunas en los distritos sanitarios afectados para garantizar que los brotes se identifiquen, controlen y contengan rápidamente en todas las regiones afectadas.

## **Interpretación de la situación**

La respuesta de Camerún al brote de sarampión de 2024 ha sido eficaz, con una reducción significativa de la incidencia de casos en todo el país. La mejora de la vigilancia, la detección temprana y las intervenciones oportunas han contribuido a este éxito. Sobre la base de estos avances, Camerún seguirá reforzando las campañas de inmunización y la vigilancia, en particular en las zonas de alto riesgo, para proteger a sus comunidades del sarampión y prevenir la transmisión futura.

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 37, Etiopía notificó un total de 28.519 casos de sarampión, incluidos 26.636 casos confirmados y 201 muertes, lo que resultó en una tasa de letalidad de 0,8%. De los casos confirmados, 1.434 fueron confirmados por laboratorio, 25.175 por vínculo epidemiológico y 27 fueron clínicamente compatibles. La mayoría de los casos confirmados (90,9%) se concentraron en seis regiones: Oromiya (11.794 casos), Etiopía Meridional (3.513 casos), Amhara (3.500), Sidama (2.757), Etiopía Central (1.621) y Somale (1.023 casos). Otras regiones afectadas en 2024 incluyen Benishangul-Gumuz, Pueblos del Suroeste de Etiopía, Gambella, Addis Abbaba, Afar, Harari, Tigray y Dire Dawa.



Casos confirmados de sarampión. Etiopía. Años 2023/2024, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Los casos confirmados en 2024, hasta la SE 37, representan un aumento de 386,8% en comparación con el mismo período de 2023, cuando se notificaron 5.472 casos confirmados. A pesar de una disminución en las últimas semanas, el brote sigue activo en ocho woredas en tres regiones. Entre ellos, dos woredas en Oromiya, dos en Somali y cuatro en Etiopía Meridional. El 64,1% de los casos corresponde a niños menores de cinco años no vacunados.

### Acciones de salud pública

- Las autoridades sanitarias nacionales y regionales están trabajando en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y otros asociados para fortalecer los esfuerzos de respuesta al brote. Se están realizando seguimientos y reportes periódicos para asegurar intervenciones oportunas y efectivas.
- Se han intensificado las actividades de vigilancia, en particular en las zonas y woredas de bajo rendimiento, con un enfoque en el Sistema Nacional de Seguimiento del Sarampión. Se espera que las áreas y el sistema de reporte notifiquen al menos un caso sospechoso de sarampión.
- El 29 de julio de 2024 se lanzó una campaña reactiva de vacunación contra el sarampión dirigida a 44 woredas en las regiones de Oromiya, Amhara, Etiopía Meridional y Gambella. A mediados de agosto, la mayoría de los woredas habían completado la campaña, aunque algunos enfrentaron demoras debido a problemas de seguridad que afectaron la entrega de vacunas.

### Interpretación de la situación

El brote de sarampión en curso en Etiopía pone de relieve importantes brechas en la cobertura de inmunización, especialmente entre los niños menores de cinco años no vacunados. La transmisión continua en algunas áreas y los retrasos en las campañas de vacunación debido a los problemas de seguridad subrayan la necesidad crítica de fortalecer la vigilancia y los esfuerzos de vacunación. Además, es necesario reforzar los programas de inmunización de rutina para prevenir brotes futuros y garantizar una cobertura sostenida en todas las regiones.



---

Woreda es el nombre que reciben las circunscripciones administrativas, o gobiernos locales, en que se dividen las regiones de Etiopía; son equivalentes a un distrito. Los woredas se componen de una serie de kebele, o asociaciones de vecinos, equivalentes a una municipalidad, y constituyen la unidad más pequeña del gobierno local en Etiopía. Los woredas suelen ser agrupados en zonas, que forman un kilil (administración regional); algunos woredas no forman parte de ninguna zona, y se llaman Woredas Especiales, que funcionan como entidades autónomas.

Este año, hasta fines de septiembre, Etiopia ha registrado más de 6,1 millones de casos de malaria y 1.038 muertes, en comparación con 4,5 millones de casos y 469 muertes en todo 2023. Peor aún, es probable que los casos se disparen mucho más en los próximos meses porque la temporada alta de malaria, impulsada por las lluvias estacionales, comienza en septiembre y se extiende hasta fin de año.



“Estamos retrocediendo muy rápido; hemos retrocedido una década”, dijo Fitsum Tadesse, el científico principal que supervisa el programa de malaria en el Instituto de Investigación ‘Armauer Hansen’ en Addis Abbaba, la capital del país.

El aumento de los casos de malaria en Etiopia podría resultar un presagio para otros países de la región, donde existen los mismos factores biológicos subyacentes, y la guerra y el cambio climático están haciendo que más personas sean vulnerables.

Tadesse cree que parte del aumento de los casos en Etiopia es causada por la creciente resistencia a los medicamentos: los parásitos que causan la malaria en África Oriental son cada vez más resistentes a los tratamientos que han sido durante mucho tiempo la base de la respuesta.

Al mismo tiempo, los mosquitos se están volviendo más resistentes a los insecticidas que se utilizan en los mosquiteros protectores y en los programas de fumigación de interiores. Y han evolucionado para evadir el diagnóstico mediante algunas de las pruebas de malaria más comunes.

“Todos los factores biológicos están convergiendo aquí, y está sucediendo en el peor momento posible”, dijo Tadesse.

El mayor aumento de casos se ha registrado en la región de Oromiya, donde el gobierno federal ha estado luchando contra las milicias separatistas en una prolongada guerra civil. El conflicto entre las fuerzas armadas etíopes y el Ejército de Liberación de Oromo se ha intensificado en los últimos cinco años, causando el desplazamiento de más de 1,5 millones de personas. Algunas zonas, como la denominada Zona de Welega Occidental, que ha registrado algunas de las cifras más altas de casos de malaria en 2024, han sido inaccesibles para las organizaciones humanitarias y de ayuda durante años.

Esos combates han debilitado el sistema sanitario de Etiopia, han interrumpido las actividades de control de la malaria y han desplazado a las personas, lo que ha hecho que les resulte más difícil, a veces imposible, buscar atención médica. También se vuelven más vulnerables a las picaduras de mosquitos mientras viven en refugios temporales. Y pueden llevar consigo el parásito de la malaria, propagando la enfermedad a nuevas zonas. Las fronteras de Etiopia,

incluida la frontera noroccidental con Sudán, que tiene su propio conflicto civil masivo, son porosas. Tadesse dijo: “Estamos retrocediendo muy rápido; hemos vuelto una década atrás”.

Las agencias humanitarias no han podido distribuir mosquiteros, medicamentos o pruebas de diagnóstico. Sin un diagnóstico y tratamiento rápidos, la malaria puede propagarse rápidamente a través de las familias y luego a comunidades enteras.

Al mismo tiempo, el cambio climático ha hecho vulnerables nuevas áreas de Etiopia; ciudades sin antecedentes de malaria informaron la enfermedad este año. Muchos brotes se informaron en áreas montañosas, con elevaciones superiores a los 2.000 metros, donde históricamente ni los mosquitos ni el parásito de la malaria que transmiten se sentían cómodos. El clima en estas áreas se está volviendo cada vez más cálido y húmedo, más apropiado para los mosquitos.

“Todavía no conocemos los detalles de cómo el cambio climático está influyendo en todo esto, pero sí sabemos que su impacto se hace mayor cuando todo lo demás está desordenado”, dijo Tadesse.

Existe una amenaza adicional en Etiopia: una especie de mosquito asiático invasor, *Anopheles stephensi*, que se ha establecido en el país en los últimos años. La malaria ha sido en gran medida una enfermedad rural en África, pero *A. stephensi* es un mosquito urbano que se reproduce en latas de refresco desechadas y en zanjas de drenaje y prospera en ciudades congestionadas. Provocó un aumento reciente de casos de malaria en la ciudad de Dire Dawa y ha alarmado a los funcionarios de salud pública cuyos programas contra la malaria están diseñados para atender a las áreas rurales.

*A. stephensi* también prospera en las obras en construcción, donde se utilizan grandes cisternas abiertas para la fabricación de cemento y ladrillos, y estos sitios son cada vez más comunes en las zonas de rápida urbanización.

Seada Ahmed, directora de educación y comunicación sanitaria de la Oficina de Salud de Oromiya, dijo que algunas zonas urbanas de la región informaron sus primeros casos de malaria este año.

Tras años de inversiones sostenidas que imitan la campaña contra la malaria en otras partes de África subsahariana, la región de Oromiya vio cómo sus casos se reducían de 900.000 en 2011 a unos 100.000 por año en 2019. Pero el año pasado la cifra aumentó a 2,8 millones de personas, y solo en los últimos tres meses, 1,4 millones de los 45 millones de personas de la región fueron diagnosticadas con malaria.

Una parte de esa mayor cifra de casos refleja una mejor detección de casos, dijo Ahmed, porque los trabajadores sanitarios comunitarios han estado yendo puerta por puerta para tratar de detectar nuevas infecciones.

Muchas de esas infecciones son graves. “Si bien solo 623 personas necesitaron hospitalización para tratar sus síntomas en 2023, más de 41.000 han sido ingresadas en el hospital en los últimos tres meses”, dijo Ahmed.

Ababaye Tilahun fue durante 15 años trabajadora sanitaria en la zona de West Welega, donde se han registrado los números más altos de casos.

“Hemos tenido malaria en el pasado, pero este año ha sido excepcionalmente peor que cualquier otro”, dijo Tilahun.

La difteria se está extendiendo rápidamente por Sindh, y el Departamento de Salud de la provincia informó 160 casos este año. Es alarmante que se hayan producido 28 muertes atribuidas a la enfermedad, lo que pone de relieve su peligrosa naturaleza.

El secretario general de la Asociación de Pediatría de Pakistán, Dr. Khalid Shafi, afirmó que la difteria se propaga a un ritmo más rápido que la covid. A pesar de ello, existen vacunas eficaces que pueden prevenir la enfermedad.



“La difteria se puede controlar fácilmente con la vacunación”, explicó Shafi, señalando que la enfermedad no se había visto en Pakistán durante los últimos 20 a 30 años.

Destacó la importancia de vacunar a los niños a las seis, diez y 14 semanas de edad para prevenir la enfermedad.

Shafi indicó que las vacunas podrían reducir el riesgo de contraer difteria en un 99,9%. Si bien se trata de una enfermedad que afecta principalmente a la infancia, existe una creciente preocupación a medida que los adultos también comienzan a contraer la enfermedad, aunque en menor número.

Para reforzar la inmunidad, Shafi recomendó que las personas que ya han sido vacunadas reciban una dosis de refuerzo. Subrayó la necesidad de controlar completamente la enfermedad y afirmó que no debería haber ni un solo caso en el país.

---

La difteria es una enfermedad grave causada por la toxina producida por algunas cepas de la bacteria *Corynebacterium diphtheria*.

En 2024 se detectó un total de 160 casos de difteria en la provincia de Sindh, Pakistán. De ellos, 28 han muerto, lo que indica una tasa de letalidad de 17,5%, lo que es alarmante. Sin embargo, no se puede saber si los fallecidos estaban vacunados contra la enfermedad.

La difteria se puede prevenir con vacunas que a menudo se administran en combinación con las del tétanos y la tos convulsa y otras enfermedades. La Organización Mundial de la Salud recomienda que se administre un total de seis dosis de la vacuna contra la difteria a partir de las 6 semanas de edad y hasta la adolescencia para brindar protección a largo plazo.

“Cuando tuve que realizar amputaciones a seis niños en una noche fue cuando me sentí al borde del colapso”, dijo Ghassan Abu Sittah, un cirujano británico-palestino que ha trabajado en hospitales de Gaza varias veces durante el último año.

“Otra noche terrible fue cuando tuve que desbridar las heridas de una niña de nueve años llenas de metralla sin anestesia ni analgésicos”, dijo. “Ella gritaba desesperadamente”.



Li'an Talal al-Hammadin, de 13 años, que sufrió quemaduras y heridas en el cuerpo como resultado de los ataques israelíes contra la escuela Ruffaida, está siendo tratado con instalaciones limitadas en el Hospital de los Mártires de Al-Aqsa en Deir Al-Balah, Gaza, el 15 de octubre de 2024.

La guerra en Gaza, que no cesa, ha provocado que algunos de los que han recibido tratamiento vuelvan a sufrir heridas graves. “Los médicos están viendo cómo sacan de entre los escombros a sus pacientes con fijadores externos”, afirma Abu Sittah, que trabaja en El Líbano, donde Israel ha ampliado su guerra para luchar contra Hezbolá.

Según el Ministerio de Salud palestino, hasta el 7 de octubre, 13.319 menores de 18 años, o 1% del número total de niños de la comunidad, han sido asesinados, incluidos 786 menores de un año. Israel inició la última guerra en Gaza tras el ataque de Hamás el 7 de octubre de 2023, que mató a 1.200 personas en Israel y secuestró a otras 250 personas.

Los funcionarios de salud y otros sectores hablan de una generación perdida en Gaza, donde la Organización de Naciones Unidas (ONU) advierte que los niños que sobrevivan este invierno pueden enfrentarse a una posible hambruna, además de desnutrición, epidemias y retraso del crecimiento, mientras que 650.000 niños han perdido un año entero de escuela. Al menos 12.000 niños han resultado heridos y muchos de ellos, incluidos más de 1.000 amputados, se enfrentan a discapacidades de por vida que empeoran mucho debido a la falta de atención.

“Gaza es el hogar de la mayor cohorte de niños amputados de la historia moderna”, dijo Lisa Doughten, directora de la división de finanzas y asociaciones de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), al Consejo de Seguridad de la ONU el 9 de octubre.

“No podemos alegar ignorancia sobre lo que está sucediendo, ni podemos permitirnos el lujo de mirar hacia otro lado. Estas atrocidades deben terminar”. Se estima que unos 4.000 niños están enterrados bajo los escombros, entre 17.000 y 25.000 niños se han quedado sin uno o ambos padres, unos 1,9 millones de personas han sido desplazadas de sus hogares y 60% de los edificios residenciales están destruidos, según cifras citadas por las agencias de la ONU.

“Los niños que no mueren quedan luchando por todos los medios de vida”, dijo Khaled Quzmar, director general de Defensa de los Niños de Palestina. “Hay un futuro sombrío para esta generación de niños y no sé qué espera Israel, porque es probable que muchos de ellos sean más radicales y extremistas”. La mayoría de las agencias de ayuda consideran que la cifra de

mueritos comunicada por el Ministerio de Salud palestino es en general fiable. En septiembre, publicó una lista detallada de 34.344 habitantes de Gaza muertos desde el 7 de octubre, incluidos 11.355 menores de 18 años.

Dado el conflicto en curso, sigue siendo demasiado difícil acceder a toda la población y recopilar datos precisos sobre los indicadores tradicionales de la salud infantil, incluida la mortalidad de menores de 5 años, la prevalencia del retraso del crecimiento y el emaciamento y el porcentaje de cobertura de vacunación, aunque está claro que la cobertura de vacunación, excluida la poliomielitis, se ha visto gravemente alterada. De los casi 3.000 niños menores de 5 años examinados por Save the Children, casi 20% tenía desnutrición aguda moderada y casi 4% tenía desnutrición aguda grave, dijo la agencia en un comunicado de prensa el 10 de octubre. Los expertos en salud dicen que el verdadero panorama de la salud infantil solo saldrá a la luz cuando haya estabilidad.

“Tenemos plena confianza en los datos del Ministerio de Salud. Es muy difícil recopilar datos porque la gente sigue desplazándose y el acceso operativo sigue restringido, pero seguimos intentándolo”, dijo Teresa Zakaria, directora de incidentes para la escalada de violencia en Israel y el territorio palestino ocupado de la OMS. La falta de acceso a toda la población también hizo que fuera extremadamente difícil realizar la vigilancia de enfermedades y recopilar indicadores precisos de salud, dijo Emilie Villet, coordinadora médica de Médicos Sin Fronteras. “Los resultados son que estamos obteniendo muy pocos datos precisos en Gaza y solo podemos describir una pequeña parte de la realidad”, dijo. “Debido a la dificultad de tratar a todos a tiempo, muchos quedarán discapacitados de por vida debido a la falta de tratamiento, el retraso de las cirugías, la falta de fisioterapia y la falta de material adecuado”.

Los bombardeos repentinos o las órdenes de evacuación hacen que muchos niños se vean obligados a separarse repentinamente de sus familias, lo que ha llevado al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a distribuir pulseras de identificación para niños de hasta 6 años con su nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono de un familiar. Se anima a los cuidadores a que ayuden a los niños mayores a memorizar esta información.

“Como sociedad y como mundo, no estamos preparados para afrontar este nivel de catástrofe”, declaró Diana Buttu, abogada internacional palestina. “No se está prestando atención sanitaria básica y hay muchas ramificaciones, por ejemplo, niños que sufren pérdida de audición debido a las constantes y ruidosas bombas y drones”.

Las misiones de personal médico a Gaza son denegadas, canceladas o impedidas con regularidad. “Pedimos a Israel que permita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a nuestros socios acceder al norte llegar a quienes necesitan ayuda desesperadamente”, dijo Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, en una conferencia de prensa el 16 de octubre.

En una inusual reprimenda, [Estados Unidos le dijo a Israel en una carta](#) fechada el 13 de octubre, y filtrada a las redes sociales, que tenía que tomar “acciones urgentes y sostenidas” para mejorar la situación humanitaria o, de lo contrario, la ayuda militar podría estar en peligro. “No tomar medidas podría tener implicaciones” para la política y la ley estadounidenses que rigen la ayuda militar, decía la carta enviada por Lloyd James Austin III, secretario de Defensa de Estados Unidos, y Antony John Blinken, secretario de Estado de Estados Unidos.

Israel inició una ofensiva en el norte de Gaza a principios de octubre. Ha negado las acusaciones de grupos de derechos humanos que lo acusan de implementar silenciosamente un llamado “Plan de los Generales” para poner el norte de Gaza bajo asedio y declarar la zona como zona militar cerrada para obligar a Hamás a rendirse. El plan, que dejaría a la gente que

permanece en la zona sin comida ni agua, fue presentado al comité de defensa del parlamento israelí el mes pasado. Quedaba por ver si la iniciativa liderada por Estados Unidos para un alto el fuego tras el asesinato del líder de Hamás Yahya Sinwar por parte de Israel el 17 de octubre, detendría el conflicto.

Más [mujeres y niños han sido asesinados en Gaza](#) por el ejército israelí durante el último año que en el período equivalente de cualquier otro conflicto en las últimas dos décadas, según un análisis de Oxfam, que incluyó las guerras en Irak y Siria, y fue publicado el 1 de octubre.



Los niños palestinos reciben gotas como parte de una campaña de vacunación contra la poliomielitis en Deir al-Balah, Franja de Gaza, el 14 de octubre de 2024, en medio de la guerra en curso entre Israel y Hamás. La campaña tiene como objetivo vacunar completamente a más de 640.000 niños en la Franja de Gaza.

Israel está librando una guerra contra los niños, dijo Juliette Touma, portavoz de la Organización de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), que fue nominada al Premio Nobel de la Paz de este año. “Ningún niño debería presenciar lo que ellos han presenciado y no hay palabras adecuadas para describir lo que está sucediendo y su nivel de trauma”, dijo. “Los colegas lloran cuando nos dicen que no pueden proteger a sus hijos y otros dicen que preferirían morir. Hemos perdido a 228 colegas, el mayor número de personal de la ONU muerto en un solo conflicto, incluidos médicos y enfermeras”.

[El UNRWA se enfrenta a un déficit](#) de unos 80 millones de dólares este año. Todos los donantes, excepto Estados Unidos, han reanudado la financiación después de que Israel denunciara a principios de este año que 12 de los 32.000 empleados de la agencia estaban implicados en el ataque del 7 de octubre. El organismo de control interno de la ONU está investigando.

“Las necesidades médicas son enormes y cada día es peor que el anterior. No hay atención de rutina, ni mucho menos atención terciaria o tratamientos sofisticados”, dijo Akihito Seita, Director de Salud del UNRWA. “Es una situación inexplicable cuando piensas que a 5 km de las fronteras de Gaza, todo está disponible: alimentos, agua, medicinas”.

El 14 de octubre se inició una segunda ronda de vacunación contra la poliomielitis dirigida a más de medio millón de niños. “Pero, ¿qué lógica tiene permitir hoy la vacunación de niños contra la poliomielitis, cuando mañana estarán amenazados por el cólera u otra enfermedad? ¿O serán atacados por bombas u otras armas? ¿O estarán sujetos a la inanición?”, escribió Mohammed Aghaalkurdi, de Medical Aid for Palestines.

Sana Najjar, oficial médica superior del UNRWA, resumió la situación: “El infierno está ahí en Gaza”.

El tercer brote más grande en la historia de la enfermedad por el [virus de Marburg](#) fue provocado por [un solo salto del patógeno de un animal a los humanos](#), según muestra evidencia genómica preliminar.

El brote comenzó el mes pasado en Ruanda, donde ha infectado a 63 personas, de las cuales 15 han muerto. Otras pruebas sugieren que la primera persona infectada en el brote probablemente contrajo la enfermedad durante una visita a una cueva en la que habita una especie de murciélago que se sabe que es portadora del virus.



La introducción múltiple de animales a humanos habría suscitado temores de que el virus estuviera más extendido en Ruanda de lo que se creía anteriormente. La introducción múltiple también podría haber suscitado la posibilidad de nuevos brotes, al igual que la procedencia desconocida del virus.

[La respuesta de Ruanda al virus](#) también ha evitado que el brote fuera aún peor. Los científicos elogiaron los esfuerzos del país por controlar el brote, investigar sus orígenes y compartir datos con la comunidad científica. En cuanto comprendieron que era un problema, empezaron a rastrear los contactos, llevaron a cabo una investigación epidemiológica exhaustiva, identificaron al primer paciente y, potencialmente, la fuente de la infección, y lograron poner en marcha un [ensayo experimental de la vacuna](#) en una semana. Esto demuestra que, en el caso de la enfermedad por el virus de Marburg, una respuesta rápida y urgente puede mitigar la gravedad del brote.

## Contención rápida

[El brote, que se declaró el 27 de septiembre, es el primero en Ruanda](#); Tanzania y Guinea Ecuatorial registraron sus primeros brotes de enfermedad por el virus de Marburg el año pasado, y el primero en Ghana fue en 2022. Los brotes de esta enfermedad, que causa fiebre alta, diarrea intensa, náuseas y vómitos y, en casos graves, sangrado por la nariz o las encías, ocurren ahora aproximadamente una vez al año. Antes de la década de 2020, se detectaban como máximo unas pocas veces cada década.

Desde que comenzó el brote, los informes de nuevas infecciones han disminuido notablemente. Las autoridades sanitarias de Ruanda han registrado un nuevo caso y ninguna muerte en los últimos 10 días, y solo dos personas permanecen aisladas y en tratamiento. Un brote de enfermedad por el virus de Marburg puede declararse terminado cuando no se han notificado nuevos casos durante 42 días consecutivos.

No existe una vacuna o tratamiento probado para las infecciones por este virus, que está [estrechamente relacionado con el virus del Ébola](#), tanto en sus síntomas como en su transmi-



sión, que se produce principalmente a través del contacto con fluidos corporales. Las autoridades sanitarias están ofreciendo una vacuna candidata, elaborada por el Instituto de Vacunas Sabin en Washington DC, a los contactos de las personas infectadas. Hasta ahora se han administrado más de 1.200 dosis.

Este brote tiene una de las tasas de mortalidad más bajas registradas, de alrededor de 24%; en brotes anteriores se registraron tasas de mortalidad de hasta 90%. Esto probablemente se deba a que existen diagnósticos rápidos, acceso a atención médica y a que la mayoría de las infecciones se dan en trabajadores de la salud relativamente jóvenes.

De hecho, dos personas infectadas con el virus y que fueron puestas en soporte vital fueron intubadas con éxito y luego extubadas mientras se recuperaban. Esta es la primera vez que se extubó a personas con la enfermedad por el virus de Marburg en África. Estos pacientes habrían muerto en brotes anteriores.



Murciélago frugívoro egipcio (*Rousettus aegyptiacus*)

### Fuente única

Para ayudar a controlar el brote, los investigadores del Centro Biomédico de Ruanda en Kigali secuenciaron el genoma del virus de Marburg de varias personas infectadas. Descubrieron que todas las muestras se parecían mucho entre sí, lo que sugiere que el virus se propagó rápidamente en un corto período de tiempo y que compartían un origen común. También descubrieron que la cepa del virus está estrechamente relacionada con una detectada en Uganda en 2014 y con otra encontrada en murciélagos en 2009.

La comparación de la cepa de 2014 con la que causa el brote actual muestra una tasa de mutación limitada, lo que sugiere que probablemente ha habido pocos cambios en la transmisibilidad o letalidad del virus durante la última década. Por lo general, los virus acumulan mutaciones a medida que se replican con el tiempo; si es cierto que la tasa de mutación es baja, una pregunta aún sin respuesta es cómo el virus permanece en su reservorio animal –el murciélago frugívoro egipcio (*Rousettus aegyptiacus*)– sin cambios importantes.

Las amenazas ambientales, como el cambio climático y la deforestación, han aumentado la probabilidad de que las personas se encuentren con animales que pueden transmitir infecciones. Más datos sobre cómo persiste el virus en los murciélagos (y en qué tejidos lo hace) podrían ayudar a orientar los esfuerzos de vigilancia, lo que daría a los funcionarios de salud una mejor imagen de los puntos críticos del virus.

El número de casos de brucelosis en Dayr az-Zawr durante el tercer trimestre de 2024 alcanzó los 77 casos, distribuidos entre las áreas urbanas y rurales, registrándose el mayor porcentaje en áreas urbanas. Esto se debió al consumo de leche, yogur y queso provenientes de animales afectados por esta enfermedad.



Muhammad Ahmed Allawi, jefe del Centro Conjunto de Enfermedades de la Dirección de Salud de Dayr az-Zawr, confirmó que esta enfermedad se transmite de las ovejas a los humanos a través del consumo de leche de ovejas infectadas o sus derivados del queso, o por el contacto con estos animales, y la mayoría de las infectados son mujeres y niños. Cuando las mujeres embarazadas se contagian, la brucelosis puede provocar abortos espontáneos. Los casos se distribuyeron entre la ciudad de Dayr az-Zawr y aldeas y pueblos rurales, y el porcentaje más alto fue durante el tercer trimestre del actual año 2024 en la ciudad, donde se registraron 20 casos.

Allawi añadió que el resto de los casos, se registraron en Al-Shumaytiyah (7 casos), Marat (7), Al-Bulil (7), Al-Bulil (6), Ayyash (5), Al-Kharta (3), Hatla (3), Mahkan (3), Al-Toub (3), Al-Mayadeen (3), Al-Anba (3), Saalo (2), Buqurs (2), Al-Quria (2) y Al-Masrab (2).

Todos los casos fueron seguidos y se les brindó el tratamiento necesario. En tales casos, se informó de inmediato a la Dirección de Agricultura para que dé seguimiento al problema antes de que afecte al ganado, ordenando a las unidades de extensión distribuidas en el campo de Dayr az-Zawr para realizar campañas de concienciación y difundir los métodos para prevenir la infección al cuidar a las ovejas y aislar y tratar a las ovejas infectadas.

Es de destacar que el período de actividad de la brucelosis ocurre principalmente durante la temporada de otoño, y la segunda época del año es la temporada de nacimientos.

---

Esta infección, una zoonosis bacteriana, está clasificada entre los agentes de guerra biológica de categoría B. La transmisión natural a los humanos ocurre después de la exposición ocupacional o por ingestión de productos alimenticios contaminados. Aunque la brucelosis se ha convertido en una entidad rara en muchos países industrializados debido a los programas de vacunación animal, sigue siendo un problema de salud importante en muchos países en desarrollo.

La enfermedad recibe su nombre del descubridor de la bacteria, David Bruce, en 1887. Su nombre "fiebre de Malta" se deriva de la región geográfica endémica donde se describió originalmente la enfermedad.

Cada especie de *Brucella* tiene un reservorio animal específico en el que está presente la enfermedad crónica. Los bacilos tienden a localizarse en los órganos reproductores de los animales, causando esterilidad y abortos, y se eliminan en grandes cantidades en la orina, la leche y el líquido placentario del animal. Esta localización permite una propagación eficiente a los granjeros, veterinarios, trabajadores de mataderos y consumidores.

Entre las cuatro especies que se sabe que causan enfermedades en humanos, *Brucella melitensis* (de cabras, ovejas o camellos) puede ser la más virulenta, produciendo los casos más graves y agudos de brucelosis con complicaciones incapacitantes. Un curso prolongado de la enfermedad, que puede estar asociado con lesiones destructivas supurativas, está asociado con la infección por *B. suis* (de cerdos salvajes o criados comercialmente). La brucelosis humana (*Brucella abortus*) (del ganado vacuno, búfalo y camello) se asocia a una enfermedad esporádica de leve a moderada que rara vez se asocia a complicaciones.

En el Magreb y Medio Oriente, la brucelosis humana suele contraerse a través del consumo de leche sin pasteurizar de cabra o de oveja o de queso artesanal local elaborado con leche sin pasteurizar, y *Brucella melitensis* es responsable de la gran mayoría de los casos notificados, con un marcado predominio de su biovariedad 3, como en otros países mediterráneos.

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

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

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