

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por intoxicaciones con sustancias químicas asociadas a retos en redes sociales
- Brasil: Reportaron en Ceará una muerte por la infección por *Naegleria fowleri*
- Estados Unidos: Se confirmó el primer caso humano grave de influenza aviar A(H5N1) en el país

- México: El país frente a la expansión de la resistencia antimicrobiana

EL MUNDO

- África: Se propaga en la región una cepa altamente resistente de *Vibrio cholerae* O1 El Tor
- España: Primer aislamiento del virus Sindbis en mosquitos del suroeste del país
- Italia: En Treviso murió un viajero que regresó de África por una fiebre hemorrágica
- Marruecos: Alerta por la rápida propagación de los casos de sarampión

- Nueva Zelanda: Se registra un aumento de casi 1.000% en los casos de tos convulsa respecto de 2023
- República Democrática del Congo: La misteriosa enfermedad que ya causó 37 muertes podría ser más que solo malaria
- Ucrania: Brote de sarampión en Chernivtsi
- Uganda: Una misteriosa enfermedad que provoca “temblores corporales excesivos” afecta a unas 300 personas en Bundibugyo

OPINIÓN

- Palestina: La deshumanización en Gaza: el devastador impacto de la guerra en la salud

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
 <p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
Adherentes


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

14/12/2024

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.

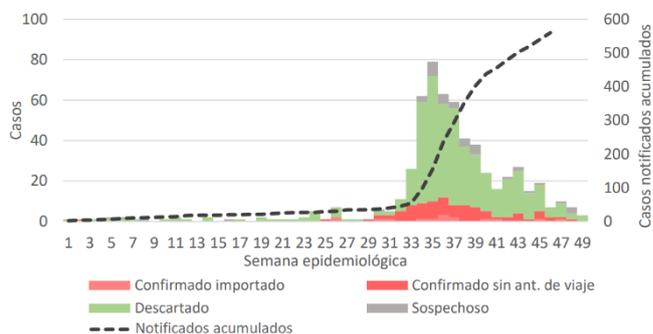
Situación en Argentina

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 49, se identificaron 102 casos confirmados de un total de 586 casos sospechosos notificados.

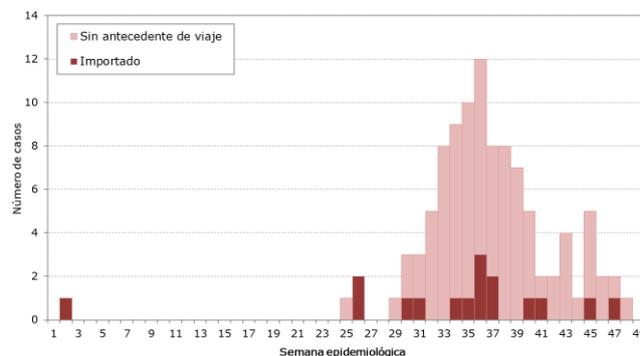
Luego de la Alerta Epidemiológica emitida en la SE 33, aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 532 notificaciones de casos sospechosos en las SE posteriores (91% del total de notificaciones registradas durante el año).

El mayor número de notificaciones se registró en la SE 36, con 80 casos reportados. En la SE 49 se registraron seis notificaciones, 93% menos que en la SE 36.

De los 102 casos confirmados en el periodo, 89 casos (87%) se notificaron a partir de la SE 34 (11 de ellos correspondían a semanas previas, pero se notificaron luego de la alerta). La sensibilización del sistema se verificó, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó de 50% en las SE 32-33 (14 casos estudiados) a 11% en las SE 44-45 (38 casos estudiados). En las SE 48-49 la positividad fue de 13% (n=16 casos estudiados).



Casos notificados de mpox según clasificación y total de casos notificados acumulados. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 49. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=589).



Casos confirmados de mpox, según antecedente de viaje. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 49. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=102).

La curva epidémica de casos confirmados muestra un ascenso de casos a partir de la SE 30, con el mayor número en la SE 36, con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido, hasta registrarse un promedio de dos casos semanales en promedio desde la SE 41 en adelante. En la SE 49 no se registraron casos, hasta la fecha.

Provincia/Región	Año 2024 SE 1 a 49	Año 2024 SE 49	Año 2024 SE 46 a 49	Total de notificaciones
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	71	—	9	220
Buenos Aires	21	—	3	208
Córdoba	2	—	—	21
Entre Ríos	—	—	—	2
Santa Fe	3	—	—	32
Centro	97	—	12	483
Mendoza	1	—	—	8
San Juan	—	—	—	5
San Luis	—	—	—	5
Cuyo	1	—	—	18
Chaco	—	—	—	7
Corrientes	1	—	—	7
Formosa	—	—	—	14
Misiones	—	—	—	1
Noreste Argentino	1	—	—	29
Catamarca	—	—	—	1
Jujuy	—	—	—	1
La Rioja	—	—	—	4
Salta	—	—	—	4
Santiago del Estero	—	—	—	8
Tucumán	—	—	—	10
Noroeste Argentino	—	—	—	28
Chubut	—	—	—	6
La Pampa	1	—	1	2
Neuquén	1	—	—	9
Río Negro	1	—	—	8
Santa Cruz	—	—	—	2
Tierra del Fuego	—	—	—	1
Sur	3	—	1	28
Total Argentina	102	—	13	586

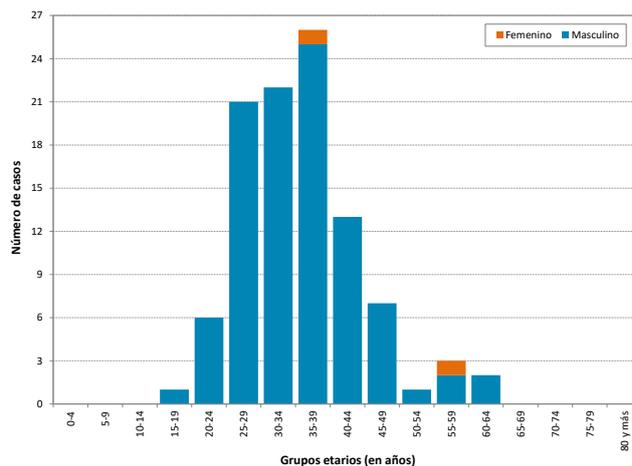
Casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 49. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado 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) en 69 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Ocho casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Dieciséis casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

El 95% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (70%) y la provincia de Buenos Aires (21%).

De los 102 casos confirmados, 100 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.



Casos confirmados de mpox según grupos etarios y sexo. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 49. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n= 102).

Según los datos disponibles hasta el momento, la población más afectada es la de hombres que tienen sexo con hombres (64% de 64 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 46 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 37 registran coinfección con este virus.

En 99% de los casos que cuentan con información sobre signos y síntomas (91 casos) se registró la presencia de exantema en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguido en frecuencia por fiebre y cefalea.



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR INTOXICACIONES CON SUSTANCIAS QUÍMICAS ASOCIADAS A RETOS EN REDES SOCIALES

18/12/2024

En los últimos meses se ha observado un importante aumento de intoxicaciones asociadas a la ingestión o inhalación de sustancias químicas, relacionados con retos en redes sociales que incitaron el consumo de estas sustancias con fines recreativos u otros, principalmente entre adolescentes. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a través de una [Alerta epidemiológica](#), recomendó a los Estados Miembros implementar mecanismos de detección de intoxicaciones por sustancias relacionadas con retos en redes sociales y promover estrategias de prevención y concientización para reducir los riesgos asociados a estas prácticas.



Resumen de la situación

En 2021/2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un [estudio](#) sobre el comportamiento de salud en niños en edad escolar (HBSC), en el que se encuestó aproximadamente a 280.000 jóvenes de 11, 13 y 15 años en 44 países de Europa (40 países), Asia Central (tres países) y la Región de las Américas (un país). Según datos de este estudio, más de uno de cada diez adolescentes (11%) reportaron signos de uso inapropiado de redes sociales¹, lo cual incluyó dificultades para controlar su uso compulsivo, angustia ante la restricción de su uso y/o cuando no están en línea. Se observó una diferencia en relación con el uso inapropiado, con una mayor proporción en personas del sexo femenino (13%) que en personas del sexo masculino (9%). Estos comportamientos en el uso de las redes sociales han sido vinculados a [una serie de consecuencias](#), incluyendo aislamiento social, patrones de comportamiento adictivos y problemas de salud física.

En los últimos meses se ha observado un aumento en la participación de jóvenes en los llamados “retos” en redes sociales que, en algunos casos, están relacionados con prácticas peligrosas para la salud. Alguno de estos retos incita a los jóvenes a [ingerir o inhalar sustancias químicas](#), como medicamentos (sin prescripción médica o de venta libre), productos cosméticos (que contienen solventes como agentes propelentes) o productos domésticos (aerosoles, solventes,

¹ El estudio consideró los sitios de redes sociales tradicionales, las aplicaciones de mensajería instantánea y otras aplicaciones sociales interactivas.

pinturas, limpiadores). Estas prácticas buscan generar euforia o validación social a través de *likes* y seguidores, representando un riesgo grave para la salud de quienes lo practican.

La falta de alfabetización digital y la presión social en el entorno virtual han exacerbado esta situación, resaltando la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de prevención y vigilancia.

Según un análisis de 2024 utilizando los datos del Sistema Nacional de Datos de Toxicología de Estados Unidos (NPDS), las prácticas más comunes asociadas a los retos en línea incluyen la ingesta de cápsulas de detergente, canela, nuez moscada y difenhidramina, que se dan tanto en el contexto de uso indebido como de intentos suicidas. De los 2.169 casos incluidos en el análisis, 45% presentó efectos moderados en la salud y 6,4% efectos graves. Además, se observó que los intentos suicidas relacionados con estos retos suelen aumentar uno o dos meses después de los picos de búsquedas en línea, lo que señala una ventana crítica para intervenir desde la salud pública.

Según este análisis, el grupo de edad de 10 a 12 años presentó el mayor incremento de intoxicaciones luego de picos de búsquedas en línea, en comparación con otros grupos de edad. Según este estudio, muchos cambios importantes en el desarrollo ocurren en este periodo de vida, coincidiendo con un mayor acceso a las redes sociales, siendo la edad promedio en la que los niños reciben su primer teléfono móvil recientemente citada como 11,6 años.

El daño asociado al uso de sustancias químicas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consumo.

Algunos impactos en la salud, relacionados con la exposición a sustancias químicas se mencionan a continuación:

- Afecciones durante el embarazo y desarrollo infantil: bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas, déficit neurológico y discapacidad intelectual.
- Afectación del sistema respiratorio: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones respiratorias, reducción de la función pulmonar y exacerbación de enfermedades.
- Afectación cardiovascular: enfermedad isquémica del miocardio y accidentes cerebrovasculares.
- Impacto en salud mental y afectaciones neurológicas: suicidios relacionados con el uso de pesticidas, así como afecciones neurológicas como la enfermedad de Parkinson, y trastornos conductuales y mentales.
- Exposición a carcinógenos y contaminantes ambientales: relación con carcinógenos ocupacionales, contaminación del aire y humo de segunda mano.
- Envenenamientos no intencionales: muertes por sustancias como pesticidas, solventes y monóxido de carbono.

Pruebas de laboratorio confirmaron que el bebé que murió por meningoencefalitis en Ceará estaba infectado por la ameba *Naegleria fowleri*. El parásito ingresa al organismo humano desde las fosas nasales y migra directamente al cerebro, a través del nervio olfatorio, causando graves daños.

El niño, de 1 año y 3 meses de edad, vivía en un asentamiento rural, en la ciudad de Caucaia, región metropolitana de Fortaleza. Murió en septiembre, una semana después de que comenzara a experimentar fiebre, irritación y vómitos, que rápidamente progresaron a síntomas neurológicos. Los exámenes de la necropsia confirmaron la presencia del parásito.

La conclusión del Departamento de Salud del estado de Ceará es que el niño fue infectado por agua del embalse que abastece el asentamiento donde vive la familia. “Al conocer que el niño nunca se había bañado en el embalse, la primera hipótesis es que adquirió la ameba en el baño doméstico, en su propia casa. Se realizó una investigación y se identificó que el agua que abastece la casa proviene del estanque; fue sometida a tratamiento, pero no fue el adecuado”, explicó el secretario ejecutivo de Vigilancia Sanitaria de Ceará, Antônio Silva Lima Neto.

Luego, el Centro de Información de Vigilancia Estratégica de Salud del estado realizó pruebas al agua almacenada en la cisterna de la casa y confirmó la presencia del parásito. Posteriormente, recomendó desinfectar el depósito. “También se hizo un análisis retrospectivo en busca de otros casos similares en la zona, pero no se encontró ninguno”, agregó el secretario ejecutivo.

Este es el primer caso confirmado por pruebas en Brasil, pero hay reporte de otro paciente que también murió de meningoencefalitis amebiana en São Paulo, en 1975. Datos de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de Estados Unidos, donde se han registrado alrededor de 160 casos, reportados desde la década de 1960, indican una tasa de letalidad de casi 98%.

Este tipo de ameba es extremadamente rara y vive en forma libre en ríos y lagos, sin depender de huéspedes y adaptándose mejor a las aguas cálidas. No se transmite por ingestión de agua contaminada, ni entre personas, sólo por la nariz, especialmente al bucear en lugares contaminados. El diagnóstico se ve dificultado por el hecho de que los síntomas son muy similares a los de la meningitis bacteriana y todavía no existe un tratamiento específico contra la infección por amebas.

Naegleria fowleri es una ameba de vida libre, un tipo de organismo unicelular que prospera en el suelo y en lagos de agua dulce cálida, ríos, estanques y fuentes termales de todo el mundo. En casos muy raros, se la ha encontrado en piscinas, parques acuáticos y otros lugares de ocio mal mantenidos. También se la ha detectado en agua de grifo.

Si el agua que contiene la ameba sube por la nariz y llega al cerebro, puede causar una infección llamada meningoencefalitis amebiana primaria (MAP). Casi todas las personas que contraen MAP mueren a causa de esta enfermedad: entre 1962 y 2023, se notificaron 164 casos de MAP en Estados Unidos, de las que solo cuatro sobrevivieron.

Los primeros síntomas de la MAP pueden incluir dolor de cabeza, fiebre, náuseas y vómitos. La enfermedad progresa rápidamente. La mayoría de los casos mueren entre uno y 18 días después del comienzo de los síntomas. Por lo general, conduce al coma y la muerte después de cinco días. A medida que el MAP progresa, los síntomas pueden incluir rigidez del cuello, confusión, falta de atención a las personas y al entorno, pérdida del equilibrio y alucinaciones.

Las infecciones cerebrales causadas por *N. fowleri* suelen ocurrir después de nadar o bucear en un lago, río u otro cuerpo de agua dulce durante los meses de verano. Las infecciones suelen ocurrir cuando hace calor durante períodos prolongados, lo que provoca temperaturas más altas y niveles más bajos del agua. Algunas infecciones se han producido cuando las personas utilizaron agua del grifo que contenía la ameba para enjuagarse los senos nasales o limpiar sus conductos nasales.

En casos muy raros, las personas se han infectado a través del agua utilizada en actividades recreativas, como parques acuáticos y parques de surf, que no tenían suficiente cloro.

No se puede contraer la infección por *N. fowleri* por ingerir agua que contenga la ameba. Tampoco se puede contraer la infección de otra persona ni transmitirla a otras personas.

La infección por *N. fowleri* se diagnostica mediante pruebas de laboratorio. Debido a que estas infecciones son tan raras y difíciles de detectar, el diagnóstico a veces se realiza después de que la persona ha muerto.

N. fowleri puede destruir el tejido cerebral y provocar inflamación del cerebro. Más de 97 % de las personas con MAP han muerto a causa de la infección. Como la enfermedad progresa muy rápidamente, es difícil identificar tratamientos contra ella.



Un paciente fue hospitalizado con un caso grave de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en Louisiana. Esto marca el primer caso de enfermedad grave relacionada con el virus en Estados Unidos. El caso fue confirmado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) el 13 de diciembre. Desde abril de 2024, se han notificado un total de 61 casos humanos de influenza aviar A(H5) en Estados Unidos.



Datos parciales del genoma viral del virus de la influenza aviar A(H5N1) que infectó al paciente en Louisiana indican que el virus pertenece al genotipo D1.1 relacionado con otros virus D1.1 detectados recientemente en aves silvestres y aves de corral en Estados Unidos y en casos humanos recientes en British Columbia (Canadá) y el estado de Washington. Este genotipo de la influenza aviar A(H5N1) es diferente del genotipo B3.13 detectado en vacas lecheras, casos humanos esporádicos en varios estados y algunos brotes en aves de corral en Estados Unidos. En los CDC se están realizando más secuenciaciones genómicas y esfuerzos para aislar el virus de muestras clínicas del paciente de Louisiana.

Mientras se lleva a cabo una investigación sobre la fuente de la infección en Louisiana, se determinó que el paciente estuvo expuesto a aves de corral de traspatio enfermas y muertas. Este es el primer caso de influenza aviar A(H5N1) en Estados Unidos que se ha relacionado con la exposición a aves de corral de traspatio. No es inesperado que se produzca un caso esporádico de enfermedad grave por influenza aviar A(H5N1) en una persona; la infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) se ha asociado anteriormente con enfermedades humanas graves en otros países durante 2024 y años anteriores, incluidas enfermedades que resultaron en la muerte. No se ha detectado ninguna propagación de la influenza aviar A(H5) de persona a persona. Este caso no cambia la evaluación general de los CDC sobre el riesgo inmediato para la salud pública de la influenza aviar A(H5N1), que sigue siendo bajo.

Mientras se lleva a cabo una investigación sobre la fuente de la infección en Louisiana, se determinó que el paciente estuvo expuesto a aves de corral de traspatio enfermas y muertas. Este es el primer caso de influenza aviar A(H5N1) en Estados Unidos que se ha relacionado con la exposición a aves de corral de traspatio. No es inesperado que se produzca un caso esporádico de enfermedad grave por influenza aviar A(H5N1) en una persona; la infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) se ha asociado anteriormente con enfermedades humanas graves en otros países durante 2024 y años anteriores, incluidas enfermedades que resultaron en la muerte. No se ha detectado ninguna propagación de la influenza aviar A(H5) de persona a persona. Este caso no cambia la evaluación general de los CDC sobre el riesgo inmediato para la salud pública de la influenza aviar A(H5N1), que sigue siendo bajo.

Este caso pone de relieve que, además de las explotaciones avícolas y lecheras comerciales afectadas, las aves silvestres y las aves de corral de traspatio también pueden ser una fuente de exposición. Las personas con exposición laboral o recreativa a animales infectados tienen un mayor riesgo de infección y deben seguir las precauciones recomendadas por los CDC cuando estén cerca de animales infectados o potencialmente infectados con el virus de la influenza aviar A(H5N1). Esto significa que los propietarios de aves de corral de traspatio, los cazadores y otros aficionados a las aves también deben tomar precauciones.

La mejor manera de prevenir la influenza aviar A(H5) es evitar la exposición siempre que sea posible. Las aves infectadas excretan el virus de la influenza aviar A en su saliva, mucosidades y heces. Otros animales infectados pueden excretar virus de influenza aviar A en secreciones respiratorias y otros fluidos corporales (por ejemplo, en la leche de vaca no pasteurizada).

Como precaución general, siempre que sea posible, las personas deben evitar el contacto con animales enfermos o muertos, en particular aves silvestres y aves de corral.

Las personas que tengan contacto directo o cercano con aves silvestres, aves de corral enfermas o muertas u otros animales deben usar el equipo de protección personal recomendado. Las aves silvestres pueden estar infectadas con virus de la influenza aviar A aunque no presenten síntomas.

No tocar superficies o materiales (por ejemplo, arena para animales o material de cama) contaminados con saliva, mucosidad o heces de animales de aves silvestres o domésticas u otros animales con infección confirmada o sospechosa por el virus de la influenza aviar A.

California declaró la emergencia

El gobernador de California, Gavin Christopher Newsom, declaró el 18 de diciembre el estado de emergencia debido a que el virus de la influenza aviar A(H5N1) se ha estado diseminando por las ganaderías del estado y se han reportado varios casos en trabajadores, además de un niño contagiado.

La declaración garantiza a las agencias estatales disponer de los recursos y la flexibilidad para responder rápidamente al brote. “Basándonos en el sistema de pruebas y monitoreo de California, el más grande del país, nos comprometemos a proteger aún más la salud pública, apoyar a nuestra industria agrícola y garantizar que los californianos tengan acceso a información precisa y actualizada”, dijo Newsom.

California ha estado lidiando con el virus y a fines de noviembre debió suspender la distribución de leche sin pasteurizar de su mayor minorista, tras detectarse el virus de la influenza aviar A(H5N1) en varias muestras de venta al público.

El pasado 22 de noviembre, los CDC dieron cuenta de un caso de gripe aviar en un niño en California, lo que supuso el primer contagio de un menor de edad registrado en el país.

El niño, del que no se informó su edad, se recuperó de la enfermedad. Todos los miembros del hogar del menor informaron tener síntomas, pero solo el niño dio positivo y las autoridades sanitarias aún no han podido establecer cómo se infectó.

En Estados Unidos al menos 61 personas han contraído el virus desde abril, la gran mayoría de ellos son trabajadores de ganaderías o criaderos de aves, según los datos de CDC.

Más de la mitad de los casos se han registrado en California (34), y todas menos una contrajeron el virus a través de productos lácteos infectados, según el Departamento de Salud Pública de California (CDPH).

Newsom recalcó que “si bien el riesgo para el público sigue siendo bajo, continuaremos tomando todas las medidas necesarias para prevenir la propagación de este virus”.

A pesar de los esfuerzos de vigilancia, prevención y control en el uso de antibióticos, la resistencia antimicrobiana (RAM) es uno de los problemas de salud pública más graves que está enfrentando México en la última década y que ha propiciado una creciente preocupación entre la comunidad médica y científica, especialmente después de la pandemia de covid.

Justamente en estas semanas, el país fue sacudido por la noticia de un brote de infecciones por *Klebsiella oxytoca* asociado a una posible contaminación de nutrición parenteral. Según el [anuncio](#) más reciente del gobierno mexicano, esta bacteria gram negativa resistente a varios antibióticos ha sido identificada en 35 casos, la mayoría neonatos, de los cuales han fallecido 17.

La noticia ha puesto los reflectores en el impacto de la RAM, como se le conoce al conjunto de cambios en los microorganismos (desde bacterias y virus, hasta hongos y parásitos) que resultan en la ineficacia de los medicamentos utilizados para tratar las infecciones producidas por ellos.

Más aún, el brote es un recordatorio del sombrío panorama que enfrenta México para controlar la RAM, un país en el que los antimicrobianos representan un mercado anual de 960 millones de dólares.

De acuerdo con un reciente [reporte](#) del Plan Universitario de Control de la Resistencia Antimicrobiana (PUCRA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en los siete años de vigilancia que ha implementado el país, desde que se publicó la [Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia Antimicrobiana](#), el impacto ha sido mínimo.

La Red PUCRA reporta que al menos 50% de los aislamientos a partir de hemocultivos de cinco bacterias (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecium*) se clasifican en las categorías de más alta resistencia: MDR (multidrogo resistente), XDR (extensamente resistente) y PDR (pandrógicamente resistentes, es decir, no son susceptibles a los antibióticos actuales). Y, hasta ahora, no ha habido una disminución considerable de esta resistencia.

“Realmente estamos estancados”, dijo María Guadalupe Miranda Nogales, pediatra infectóloga, investigadora titular en la Unidad de Análisis y Síntesis de la Evidencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y coordinadora de las actividades del PUCRA.

“No hemos mejorado; tenemos ya siete años de información de los principales patógenos que causan infecciones en sangre y orina. Y lo que hemos visto es que lamentablemente la resistencia no ha disminuido en México”, añadió Miranda Nogales.

Las bacterias más problemáticas

En México pasa lo mismo que en varias partes del mundo: las bacterias responsables de las dos terceras partes de las infecciones asociadas con la atención en la salud y, encima, las más resistentes, corresponden a un grupo conocido como ESKAPE, el acrónimo para referirse a *E. faecium*, *Staphylococcus aureus*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa* y *Enterobacter* spp.

En sus estudios de resistencia de estas bacterias, María Dolores Alcántar Curiel, profesora de la Facultad de Medicina de la UNAM y encargada del Laboratorio de Infectología, Microbiología e Inmunología Clínica del Departamento de Medicina Experimental, reveló que en estos últimos años “definitivamente se incrementaron las infecciones por las bacterias del grupo ESKAPE en México”.



De acuerdo con Alcántar Curiel, la mayoría de las infecciones que analizaron y que fueron provocadas por estas bacterias se presentaron principalmente en las unidades de cuidados intensivos y la mayoría de estos aislamientos estuvieron caracterizados como multidrogo resistentes.

Es el mismo caso que para *P. aeruginosa*, que ha tenido un incremento paulatino en su resistencia de primera línea: en 2021 se reportaron 5% de aislamientos XDR, en 2022, 16% y en 2023, 21%. También *A. baumannii* sigue presentando la frecuencia más elevada de resistencia a múltiples antibióticos, mientras que *E. faecium* registra un incremento paulatino en la resistencia a vancomicina a partir de 2021.

Para la investigadora Anahí Cristina Dreser Mansilla, investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, está muy claro que hay una preocupante tendencia al alza en la resistencia para diversos patógenos.

“Estamos llegando a un punto difícil, un punto en el que no sabes con qué tratar a los pacientes. Desgraciadamente se ha constatado un aumento de resistencia y, en muchos casos, lo que te queda es empezar a utilizar antibióticos que tienen mayor grado de efectos adversos de toxicidad y además generan más resistencia”, dijo Dreser Mansilla.

Antibióticos en la esquina

Durante décadas, México fue un país en el que se podía conseguir prácticamente cualquier antibiótico sin receta, lo que muy probablemente derivó en muchos de los problemas de RAM que se tienen ahora.

Pero en 2010, las cosas cambiaron, parcialmente. Con la creación de la ley que determina los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos, se prohibió la venta de antibióticos sin receta.

“El impacto de esa regulación fue sobre todo con aquellos antibióticos con los que la gente ya estaba familiarizada y que compraban sin receta médica: ampicilina, amoxicilina, trimetoprim (el famoso Bactrim). Ese consumo disminuyó, pero no fue así con otros antibióticos que eran prescritos por los médicos”, explicó Dreser Mansilla.

Miranda Nogales explicó que la regulación propició el surgimiento de consultorios adyacentes a las grandes cadenas de farmacias. “Por una consulta realmente barata, se prescriben antibióticos para infecciones comunes en cantidades muy por encima de lo que se requiere para estas infecciones”.

Ella misma, con su equipo, hizo un estudio para probarlo. En él, organizaron un grupo de pacientes simulados, es decir, voluntarios sanos que simulaban tener enfermedades no complicadas como faringitis aguda, diarrea aguda e infecciones urinarias, que fueron a estos consultorios. El grupo encontró que, para los casos de faringitis, de las 101 consultas “en 90 casos

(89,1%) se prescribieron uno o más antibióticos o antivirales”; y para las infecciones urinarias en mujeres adultas, “en 51 de 52 casos (98,1%) se prescribió un antibiótico”, dice el artículo.

Miranda Nogales puso énfasis en la paradoja: “Por un lado, se logró algo que era necesario: una ley que prohibiera la prescripción de antibióticos sin receta, pero por otro lado surgió este fenómeno en el país: ahora hay lugares donde una persona puede ir rápidamente a solicitar una consulta y sale con una receta de un antibiótico que no necesita”.

Y añadió: “Esto requiere regulación y, sobre todo, supervisión sobre cómo se está haciendo el uso de antibióticos en esos lugares. Pero también requiere reforzar las medidas de educación para los profesionales de la salud y la información que se da a las personas que van a solicitar una atención a estos consultorios”.

Los efectos de la pandemia

La pandemia de covid fue otra de las causas de que la RAM no haya disminuido en México. En un [estudio](#) publicado en 2022, un grupo de investigadores evaluó cómo cambió la resistencia en microorganismos críticos como *S. aureus*, *E. faecium*, el complejo *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* y *E. coli*, con muestras proporcionadas por 46 laboratorios del país, incluyendo varios centros de atención temporal para covid.

En sus resultados, se devela la causa de preocupación que tienen varios médicos e investigadores actualmente: la prescripción excesiva e inapropiada de antibióticos durante la pandemia hizo más resistentes a varias de estas bacterias. Uno de los aumentos más significativos ocurrió en *S. aureus* aislado en sangre, en la que se detectó un aumento de la resistencia a la eritromicina (de 25,7% a 42,8%) y a la oxacilina (de 15,2% a 36,9%).

Parte de la razón es que en México se añadió la azitromicina al tratamiento estándar en pacientes con covid grave a pesar de que había escasa evidencia de sus efectos antivirales. Su uso no mejoró los resultados clínicos en estos pacientes, pero sí se asoció con una mayor resistencia a la eritromicina.

En el mismo estudio observaron un aumento de la resistencia a los carbapenemes asociado al sobreconsumo de antibióticos en la pandemia. La resistencia a carbapenem para *K. pneumoniae* aislada en sangre aumentó de 7,3% en 2019 a 14,6% en 2020; sólo cuando se consideraron los centros covid, la cifra empeoró, pues pasó de 11,2% a 21,4%.

“La pandemia fue una situación muy complicada. Por varios motivos aumentó el uso de antibióticos en hospitales; el hecho de tener tantos pacientes que tenían que ser intubados, y tantos pacientes juntos en las salas de urgencia provocó un boom de infecciones, un boom en el uso de antibióticos y un boom de resistencia”, describió Dreser Mansilla.

Miranda Nogales coincidió: “Al inicio no se sabía nada de la enfermedad; se desconocía el comportamiento del SARS-CoV-2 y esto llevó a los médicos a tratar de utilizar lo que se tuviera a la mano con el fin de mejorar a los pacientes, pero esto llevó a un cambio en la resistencia. Los pocos avances que teníamos, con la pandemia se revirtieron, y ahora estamos como al principio”.

PROA: Las iniciativas desde los hospitales

Uno de los focos rojos en la resistencia antimicrobiana en México es el uso de antibióticos en los hospitales. Así lo han revelado algunos estudios de investigación de prevalencia, conocidos como Point Prevalence Survey (PPM), que muestran cómo en muchos hospitales del país se usan de manera desmedida antibióticos para infecciones adquiridas dentro de ellos.

Se trata de antibióticos de amplio espectro como la cefalosporina de 3ª y 4ª generación, así como carbapenemes como ertapenem, meropenem y vancomicina. “Son antibióticos que sí nos preocupan, que estamos usando de más, y deberíamos estar usando mucho menos”, dijo Dreser Mansilla.

La investigadora describió que la razón de este uso desmedido de antibióticos en los hospitales es la preocupación genuina de los médicos por evitar que la infección se agrave; esto los lleva a aplicar antibióticos sin disminuir la dosis después. Pero otra causa importante es la profilaxis quirúrgica, la dosis de antibiótico que se le da al paciente durante las primeras 24 horas de cualquier operación.

“Lo que hemos visto es que, en algunos hospitales, de 80% a 100% de las profilaxis quirúrgicas duran más de 24 horas. Vimos incluso profilaxis quirúrgicas de 5, 7 o 9 días y además con antibióticos que no son los recomendados para profilaxis, incluyendo la famosísima ceftriaxona”.

“Eso es un problema”, continuó Dreser Mansilla. “Hablamos de que medidas como el aislamiento o el lavado de manos para el control de infecciones no está ocurriendo, entonces la gente se infecta y se toma la decisión de usar antibióticos ahí. Además, las bacterias de los hospitales son terribles y multirresistentes, como *A. baumannii* o *P. aeruginosa*”.

Pero frente a este boom de RAM, hay esperanzas desde los mismos hospitales. En 2018, con la [Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia Antimicrobiana](#) también se pusieron en marcha los Programas de Optimización para el Uso de Antimicrobianos (PROAS), cuyo objetivo es “reducir los efectos adversos de los antimicrobianos, disminuir la resistencia a antibióticos y reducir costos”.

El que un hospital aplique un PROA significa, idealmente, que cuenta con un equipo multidisciplinario de distintas especialidades capaz de identificar patologías infecciosas a través de una revisión y valoración cuidadosa de cada paciente.

También implica que pueden determinar la gravedad de los síntomas y establecer qué tan idóneo es cierto medicamento (en términos de dosis, vía y duración de la prescripción); y, además, lleva a cabo una permanente toma de cultivos, así como su lectura, análisis y registro, con el fin de identificar qué microorganismos hay en cada entorno hospitalario.

Aplicar un programa así requiere muchos esfuerzos y “admitir que México tiene una infraestructura hospitalaria desigual”, dijo Alcántar Curiel. “Muchos grandes hospitales cuentan con programas avanzados de vigilancia de infecciones y de control para el uso racional de los antibióticos, pero en muchas regiones del país la infraestructura hospitalaria y los recursos son muy limitados y esto por supuesto dificulta que se realice el control de la resistencia antimicrobiana de manera adecuada”.

Según Miranda Nogales, se requiere de disponibilidad de recursos y líderes convencidos de que es necesario; y también formación permanente de los médicos, tanto los más jóvenes como los que tienen mayor experiencia y no están suficientemente sensibilizados.

“Estas medidas pueden mejorar el problema de la resistencia; si no disminuirla, al menos contenerla”, añadió la investigadora. Hoy, 75% de los hospitales del país tienen un PROA y el otro 25% lo está desarrollando.

Hacia el futuro: Investigación en aguas residuales

Frente a la desazón que significa trabajar para contener la resistencia antimicrobiana, hay nuevas líneas de investigación que prometen aportar nuevas rutas de acción.

Una de ellas es el análisis de la presencia de fármacos en las aguas residuales de distintos hospitales del país que realizan investigadores como Leobardo Manuel Gómez Oliván, de la Universidad Nacional del Estado de México, y Lucila Isabel Castro Pastrana, de la Universidad de las Américas, Puebla.

Castro Pastrana, por ejemplo, analizó las aguas de algunos hospitales de México, y detectó la presencia de antibióticos, pero también otros medicamentos como paracetamol, naproxeno, ketorolaco, ibuprofeno, ranitidina, hidrocortisona, dexametasona, esomeprazol, y omeprazol.

“La presencia de cualquier fármaco en cuerpos de agua, sea antimicrobiano o no, es de alarma porque hay estudios que demuestran que sustancias químicas como los fármacos promueven el desarrollo de mecanismos de resistencia en los microorganismos”, afirmó Castro Pastrana.

Esta línea de investigación pone en el centro de la discusión pública un tema poco visibilizado: el manejo de los residuos hospitalarios, con especial énfasis en los medicamentos, y la necesidad de contar con plantas de tratamiento en los hospitales para que los efluentes no terminen afectando a otras personas, plantas y animales.

Son pocas las investigaciones al respecto, pero tienen un potencial enorme en materia de política pública. “Es imperativo hacer un diagnóstico situacional sobre la presencia de fármacos y sus metabolitos en distintos cuerpos de agua de todo el país, para poder estimar la magnitud del problema y tomar decisiones”, dijo Castro Pastrana.

La investigadora insiste en que se debe inspeccionar el manejo de desechos que se hace en los hospitales y lograr que los hospitales tanto públicos como privados del país cuenten o tengan a su disposición plantas de tratamiento de aguas residuales modernas, eficientes y con métodos avanzados.



ÁFRICA

SE PROPAGA EN LA REGIÓN UNA CEPA ALTAMENTE
RESISTENTE DE *VIBRIO CHOLERAE* O1 EL TOR

11/12/2024

Entre el 4 de septiembre de 2018 y el 12 de marzo de 2019, se produjo en Zimbabwe un brote de cólera con más de 10.000 casos sospechosos, causado por una cepa de *Vibrio cholerae* O1 El Tor de séptima pandemia (7PET) altamente resistente a los medicamentos. Esta cepa pertenecía al sublinaje AFR13, que se introdujo en África oriental desde el sur de Asia durante 2013-2014.

La cepa de Zimbabwe contenía un plásmido (pYA00120881) del grupo de incompatibilidad C (IncC) que transportaba 14 genes de resistencia a los medicamentos antimicrobianos, y los aislados del brote eran resistentes a la tetraciclina, la ciprofloxacina y las cefalosporinas de tercera generación.

Afortunadamente, esta cepa altamente resistente a los medicamentos, que era resistente a dos de los tres agentes antibióticos recomendados para el tratamiento del cólera (doxiciclina, ciprofloxacina y azitromicina), dejó de propagarse.

En Yemen, durante 2018, después de dos años de intensa circulación de una cepa AFR13 7PET (con más de dos millones de casos sospechosos de cólera), los aislamientos del brote se volvieron altamente resistentes a los medicamentos después de adquirir el plásmido IncC pCNRVC190243, que contenía un conjunto de genes de resistencia a medicamentos antimicrobianos diferente al de pYA00120881.

A partir de 2019, los aislados del brote en Yemen fueron resistentes a la azitromicina (debido a la presencia de los genes transmitidos por plásmidos mph(A), mph(E) y msr(E)), ciprofloxacina (debido a mutaciones de los genes cromosómicos gyrA y parC) y cefalosporinas de tercera generación (debido a la presencia del gen de β -lactamasa de espectro extendido transmitido por plásmidos blaPER-7).

En 2022, esta cepa AFR13 7PET altamente resistente a los medicamentos se identificó en casos de cólera en el sur y el este de El Líbano. Utilizando datos de los sistemas de vigilancia del cólera de varios países europeos y análisis genómicos de los aislados bacterianos, se descubrió que la cepa AFR13 7PET altamente resistente a los medicamentos se ha extendido ahora al este de África.

En 2023, esta cepa se aisló de tres viajeros europeos que regresaron de Kenya en diferentes épocas del año. En marzo de 2024, esta cepa fue aislada en Mayotte, una isla francesa situada frente a la costa del sudeste de África, inicialmente en pacientes procedentes de Tanzania o Comoras y, posteriormente, en pacientes infectados localmente.

Entre octubre de 2022 y octubre de 2023 se produjo en Kenya un importante brote de cólera, con 12.120 casos. En Tanzania, el número de casos de cólera ha ido aumentando desde principios de 2024, con 3.032 casos al 26 de mayo de 2024, y en Comoras, tras una pausa de más de 20 años, se inició un brote de cólera en febrero de 2024, con 7.335 casos al 26 de mayo de 2024.

La cepa AFR13 7PET, altamente resistente a los medicamentos, probablemente haya contribuido al aumento de las notificaciones de cólera en estos países, pero aún queda por confirmar el alcance de su participación en ausencia de datos sobre el fenotipo de resistencia a los medicamentos antimicrobianos.

Estos resultados son un argumento a favor de un fortalecimiento de la capacidad de laboratorio para el diagnóstico y la vigilancia del cólera (incluidas las pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos) en África oriental.

Más concretamente, es necesaria una vigilancia transfronteriza en tiempo real de esta cepa emergente AFR13 7PET altamente resistente a los medicamentos porque la posible adquisición de un gen adicional de resistencia a la tetraciclina por esta cepa pondría en peligro la eficacia del tratamiento con antibióticos orales tal como se recomienda actualmente.

Este reciente [artículo](#) analiza un importante problema de salud pública actual relacionado con la aparición de cepas resistentes a múltiples fármacos de la bacteria *Vibrio cholerae*, rastreando su evolución molecular temporal y espacial a través de dos continentes: Asia y África. El peligro de un patógeno del cólera resistente a múltiples fármacos definitivamente tendrá un impacto en la propagación, la gestión y el control de futuros brotes de la enfermedad, especialmente en regiones altamente propensas a epidemias como África y Asia, en las que muchos países están experimentando situaciones de emergencia complejas como conflictos civiles y desplazamientos de población. La cepa AFR13 7PET del cólera altamente resistente a los fármacos debería designarse como un patógeno de preocupación y se debería dirigir mucha atención hacia su eliminación/control.



El virus Sindbis es un *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. Este arbovirus zoonótico es transmitido por mosquitos, principalmente del género *Culex*. Al igual que otros alfavirus, como Chikungunya, la infección puede asociarse a síntomas como fiebre, exantema, artralgia y mialgia y los síntomas pueden persistir en forma de poliartralgia/poliartritis de larga duración durante varios años en aproximadamente el 25% de los pacientes.

En el caso del virus Sindbis, varias especies de aves actúan como huéspedes vertebrados amplificadores y ocasionalmente el patógeno también puede afectar a humanos que son huéspedes accidentales.

En este sentido, el genotipo I del virus (SINV-I) se ha aislado en mosquitos y aves en Sudáfrica y el norte de Europa, produciendo brotes de fiebre. Además, en las últimas décadas, se han producido varias detecciones del virus Sindbis en Europa.

Un [estudio](#) reciente explica que, en 2022, durante el programa de vigilancia de mosquitos del virus del Nilo Occidental en Andalucía, implementado por la administración sanitaria regional, se detectó la presencia tanto del virus Sindbis como del virus del Nilo Occidental en un pool de *Culex perexiguus*.

Esta representa la primera detección del virus Sindbis en España. Por ello, tras este hallazgo, se revisaron 1.149 grupos de mosquitos para determinar el estado de la circulación del virus en Andalucía occidental.

En este sentido, se identificó por primera vez la presencia del virus Sindbis en cinco especies diferentes de mosquitos y se presume que fue introducido en España probablemente por aves migratorias procedentes del centro-norte de África.

Culex perexiguus presentó la mayor tasa de infección por el virus Sindbis. Además, este virus estaba geográficamente extendido y distribuido en cuatro de las cinco provincias andaluzas estudiadas, siendo Cádiz la que presentaba la mayor tasa de infección.

Asimismo, todos los genomas del virus Sindbis del suroeste de España caracterizados en este estudio pertenecían al SINV-I, detectado previamente en Europa y África. Estas cepas aisladas de SINV-I presentaron baja variación molecular entre ellas y en los análisis filogenómicos formaron un grupo monofilético que se agrupó con cepas de Argelia y Kenya.

Estos resultados sugieren que, alrededor de 2017, se produjo una única introducción nueva del virus Sindbis en el continente europeo, probablemente desde el norte (Argelia) o el centro de África.

Aunque el virus Sindbis está ampliamente distribuido geográficamente, este es el primer informe del virus en España. Hasta ahora, el virus solo se ha encontrado en mosquitos y todavía no hay casos notificados de infección humana en el país. Sería interesante realizar un estudio serológico de humanos en el suroeste de España para determinar si se han producido allí infecciones leves o asintomáticas.

El virus Sindbis es un *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*, transmitido por mosquitos, presente en Eurasia, África y Oceanía. Se detectan anticuerpos contra el virus en humanos en varias áreas geográficas, pero esporádicamente se notifican infecciones clínicas causadas por el virus Sindbis, principalmente en Finlandia, donde se asocia con fiebre, sarpullido y artritis, conocida como enfermedad de Pogosta. Esta enfermedad se describió por primera vez en 1974 en la región de Pogosta, en Pohjois-Karjalan, en el este de Finlandia.

Un nuevo caso sospechoso de fiebre hemorrágica se detectó en Italia. Se trata de un hombre de Trevignano de 55 años que acababa de regresar de la República Democrática del Congo y falleció en la tarde del 16 de diciembre. La esposa y la hija del fallecido están bajo especial vigilancia sanitaria, y se activó el protocolo de aislamiento domiciliario incluso para el único contacto conocido del hombre. El hombre fallecido, originario de Montebelluna pero residente en Trevignano, era propietario de una empresa dedicada a la instalación de paneles fotovoltaicos.



El informe procede del Servicio de Higiene Sanitaria de la empresa Ulss 2 Marca Trevigiana de Treviso, que actualmente colabora con el Instituto Spallanzani de Roma para identificar el origen y la naturaleza de la infección. Cuando el servicio de emergencia encontró el cuerpo del hombre en su casa ya era demasiado tarde. La fiebre alta y las hemorragias internas fueron fatales. Este podría ser el primer caso en Italia de muerte por la enfermedad desconocida que está azotando a la República Democrática del Congo. A la espera de los resultados de las pruebas, el municipio de Trevignano ya comenzó a prepararse para posibles medidas de cuarentena.

La Empresa de la Unidad Social de Salud Local N° 2 (AULSS 2) en una nota conjunta con el Ministerio de Salud y el Instituto Superior de Salud (ISS) aclaró que “el paciente no habría tenido ningún contacto con el personal sanitario ni habría acudido nunca al hospital desde el inicio de los síntomas. No parece que haya seguido ningún tratamiento farmacológico”.

Los resultados de los análisis realizados por el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo han llegado en los últimos días. La misteriosa fiebre hemorrágica que desde hace más de un mes se ha cobrado al menos 143 víctimas entre la población de la provincia suroccidental de Kwango se considera una forma grave de malaria. Según el ministro de Salud de la capital, la enfermedad que azotó al país centroafricano “se manifestó en forma de una enfermedad respiratoria aguda, agravada por la desnutrición”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pidió precaución y respondió que el origen de la enfermedad aún está por aclararse. Y que incluso si 80% de las muestras tomadas a los pacientes afectados dieran positivo para malaria, esto no sería suficiente para excluir otras causas. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, afirmó que algunas víctimas padecían múltiples patologías, dando lugar a un cuadro clínico más complejo que requiere mayor investigación. Por lo tanto, puede que no sea malaria y también puede haber otra enfermedad causando las muertes. Además de la malaria, hasta el momento se han aislado sarampión, covid, neumonía aguda e influenza.

Varios grupos de investigación siguen viajando al epicentro de la epidemia en el distrito sanitario de Panzi. Los síntomas son fiebre, dolor de garganta, tos y anemia. Esto último es lo que

más preocupa a los especialistas en enfermedades infecciosas: podría haber una fiebre hemorrágica viral como la del Ébola. La falta de hemoglobina en la sangre afecta a los tejidos, provocando cansancio, palidez, latidos cardíacos irregulares o rápidos, dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos, problemas cognitivos, manos y pies fríos y dolores de cabeza. Según Giovanni Di Pierri, director del servicio de enfermedades infecciosas del Hospital 'Amedeo di Savoia' de Torino, en las zonas donde la malaria es endémica, todos los niños padecen anemia. Y no es de extrañar que 80% de las muestras dieran positivo para malaria que, si se contrae repetidamente, provoca anemia.

Mientras tanto, en Italia se activó un grupo de trabajo sobre enfermedades infecciosas, dependiente del Ministerio de Sanidad, que seguirá la evolución de la situación en la República Democrática del Congo. Mientras tanto, se esperan en breve los resultados de las pruebas realizadas a las muestras del primer paciente reportado en el hospital de Lucca, que señalan una situación "vaga" y reiteran la probabilidad de que en este caso se trate simplemente de influenza. Sin embargo, en cuanto al paciente de Cosenza, las muestras tomadas y congeladas permanecieron en la ciudad calabresa. Su historial médico está a disposición del Instituto Superior de Salud.

Fuentes médicas de la ciudad de Chefchaouen informaron una nueva muerte por sarampión, la tercera en la ciudad, mientras que el número total en la región llegó a nueve, registradas en las ciudades de Tánger, Tetuán y Chefchaouen.

Según las fuentes médicas, el denominador común es que ninguno de los fallecidos estaba vacunado contra el sarampión, además de que sus familiares no consultaron en el hospital hasta que su condición no empeoró significativamente.



El Hospital Universitario Internacional 'Mohammed VI' de Casablanca, atendió 448 casos de sarampión en lo que va del año, lo que confirma que la situación es "complicada". En los últimos tres meses registró un aumento constante en el número de casos que llegan al hospital universitario de la capital regional, alcanzando 115 casos en octubre, 113 en noviembre, y 104 en diciembre, hasta la fecha; fuentes hospitalarias indicaron que es probable que el número aumente aún más en los próximos meses.

Las mismas fuentes indicaron también que la extensa provincia de Chefchaouen registró un gran número de casos de sarampión en niños, estimados en "centenares", y destacaron que se está llevando a cabo un proceso de sensibilización y concienciación para instar a las familias a vacunar a sus hijos no vacunados contra la mortal epidemia.

En las provincias de Larache, Ouazzane y M'diq Fnideq no se registraron muertes, pero en ellas, como en el resto de las provincias y del país, son numerosos los casos de sarampión, contra el que el Ministerio lanzó hace meses una campaña masiva de revacunación.

Las mismas fuentes profesionales registraron que luego de las últimas vacaciones, todos los hospitales públicos registraron un aumento en el número de casos atendidos, debido al movimiento registrado en el país, advirtiendo que la epidemia se está propagando rápidamente entre los niños, y su grado de transmisión supera al de la covid.

Las mismas fuentes añadieron que la compleja situación que viven la extensa provincia de Chefchaouen y el resto de provincias de la región y otras del país, debido a la propagación del sarampión en los últimos meses, se debe principalmente a que "las familias se abstienen de vacunar a sus hijos tras la desconfianza que surgió tras las operaciones de vacunación durante la pandemia de covid".

Atribuyeron esta rápida propagación de la enfermedad infecciosa entre los niños a "la negligencia de las familias sobre el nivel de gravedad de la situación y su insistencia en no vacunar a sus hijos y su falta de entusiasmo para hacerlo según sea necesario".

Una fuente recordó que los equipos médicos que visitan las escuelas de la provincia de Chefchaouen para vacunar a los niños contra el sarampión y controlar su estado de salud, se enfrentan a grandes dificultades y a "la negativa de las familias y de los niños a vacunarse",

considerando que este grupo, pese a su reducido número, “incide en el esfuerzo colectivo para afrontar la enfermedad contagiosa y su contención”.

La misma fuente pidió intensificar los esfuerzos entre las distintas partes interesadas para sensibilizar y crear conciencia sobre los peligros del sarampión y la necesidad de que las familias se comprometan y cooperen con los equipos médicos para vacunarse contra la enfermedad y que los niños que recibieron sólo una dosis se apliquen la segunda, expresando su esperanza de superar la situación con las menores pérdidas posibles.

Funcionarios del sector sanitario en la mayoría de las provincias del norte confirmaron la presencia de casos de sarampión en niños, en medio de demandas de intensificar los esfuerzos y la cooperación de las familias para evitar retrasos en la vacunación de los niños contra la contagiosa y mortal enfermedad.

Durante la semana epidemiológica 50, el Instituto de Ciencias Ambientales e Investigación (ESR) informó 153 casos de tos convulsa (incluidos casos confirmados, probables y sospechosos), frente a los 167 casos notificados en la semana anterior.

El ESR señaló que, del 16 de noviembre al 13 de diciembre de 2024, Nueva Zelanda notificó 559 casos de tos convulsa, lo que refleja un aumento significativo en comparación con el período de cuatro semanas anterior (262 casos).

En 2024, hasta el 13 de diciembre, las autoridades neozelandesas registraron un total de 1.490 casos, lo que supone un aumento de 957% en comparación con el número total de casos notificados en todo 2023 (141 casos).

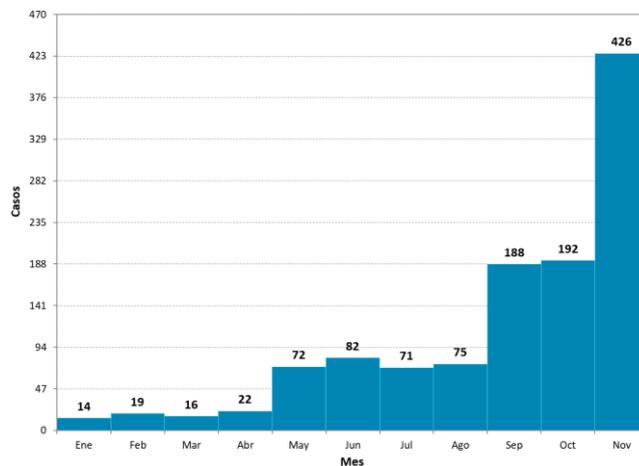
En 2022 se notificaron 18 casos, mientras que en 2021 se notificaron 41 casos en todo el país.

El grupo de edad más afectado es el de 5 a 14 años (512 casos).

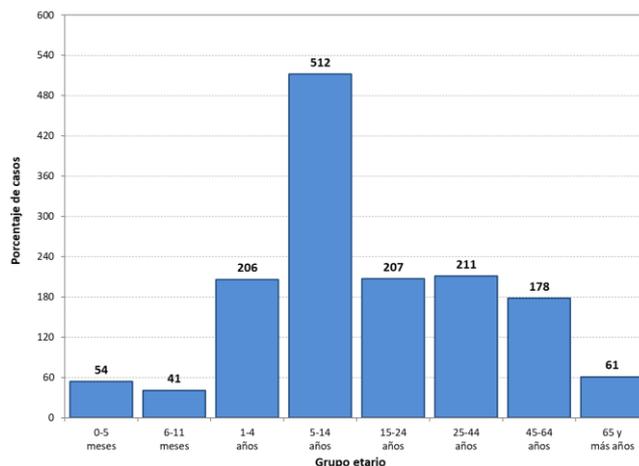
De los 1.490 casos totales, 129 requirieron hospitalización debido a su enfermedad. Los bebés menores de un año siguen siendo el grupo más afectado (55), y la mayoría de los bebés hospitalizados no habían recibido todas las dosis de vacunas correspondientes a su edad.

A fines de noviembre, el Servicio Nacional de Salud Pública y la Agencia de Salud Pública declararon la epidemia nacional de tos convulsa.

Las epidemias de tos convulsa suelen ocurrir cada 3 a 5 años y suelen durar entre 12 y 18 meses; el último brote nacional en Nueva Zelanda comenzó a fines de 2017 y continuó durante 2018.



Casos de tos convulsa por mes. Nueva Zelanda. Año 2024, hasta el 13 de diciembre. Fuente: Instituto de Ciencias Ambientales e Investigación.



Casos de tos convulsa según grupos etarios. Nueva Zelanda. Año 2024, hasta el 13 de diciembre. Fuente: Instituto de Ciencias Ambientales e Investigación.

Un hombre en el oeste de República Democrática del Congo falleció el 19 de diciembre con síntomas de fiebre hemorrágica, lo que llevó a las autoridades a sospechar que un virus aún no identificado podría asociarse con la malaria en un misterioso brote que ha provocado la muerte de decenas de personas, dijeron las autoridades sanitarias.

Las autoridades de República Democrática del Congo dijeron la semana pasada que sospechaban de la malaria en el brote de la enfermedad, similar a la influenza, que ha matado al menos a 37 personas y en el que más de cuatro de cada cinco pacientes han dado positivo para malaria.



Pero la muerte del hombre con fiebre hemorrágica, que no se asocia normalmente con la malaria, también podría indicar la presencia de un virus.

El hombre falleció el 19 de diciembre en la remota área de Panzi, en la provincia de Kwango, donde se ha registrado el brote, informó el funcionario del Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades, Ngashi Ngongo.

Esto llevó a formular la hipótesis de trabajo de que el brote puede ser “malaria severa en un entorno de desnutrición” o “una infección viral que ocurre en un entorno de malaria”, dijo Ngongo.

La malaria es endémica en el área de Panzi, donde también hay altos niveles de desnutrición, lo que complica el diagnóstico del más reciente brote.

Hasta ahora, se han reportado 592 casos y 37 muertes confirmadas en instalaciones de salud, dijo Ngongo. Esto representa un aumento de 65 casos y cinco muertes en comparación con la semana pasada. Y se investigan 44 muertes adicionales documentadas en las comunidades.

“De las muestras tomadas en 51 casos, 86% han dado positivo para malaria. En laboratorios nacionales se realizan pruebas para detectar otras enfermedades, y se espera que los resultados estén disponibles la próxima semana”, dijo Ngongo.

El jefe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo la semana pasada que la mayoría de las muestras de sangre recogidas en el área de Panzi dieron positivo para malaria, pero que era posible que más de una enfermedad estuviera presente. Indicó que ya se recogen y analizan más muestras.

La mayoría de los casos y muertes reportadas en Panzi han sido niños menores de 14 años, según la OMS.

Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza, tos y anemia. Expertos de la OMS y el Equipo Nacional de Respuesta Rápida de República Democrática del Congo estuvieron en la zona la semana pasada para investigar y tomar muestras.

La zona sanitaria de Panzi, a unos 700 kilómetros de Kinshasa, la capital, es de difícil acceso. Los expertos tardaron dos días en llegar, según el ministro de salud de República Democrática del Congo.

Debido a la falta de capacidad local para realizar pruebas, las muestras debieron ser llevadas a Kikwit, a más de 500 kilómetros de distancia, dijo la semana pasada el jefe del Instituto Nacional de Salud Pública, Dieudonne Mwamba.

“Panzi fue afectada por una epidemia de fiebre tifoidea hace dos años, y actualmente hay un resurgimiento de la influenza estacional en todo el país”, añadió Mwamba.

“La zona también tiene una baja cobertura de vacunación, lo que hace que los niños sean vulnerables a una serie de enfermedades como la malaria”, dijo el jefe de la OMS el 17 de diciembre.

En la región de Chernivtsi, entre noviembre y diciembre de este año, se registraron 29 casos de sarampión. En todos los pacientes, los primeros síntomas fueron dolor de garganta, tos y aumento de la temperatura corporal, y a los pocos días apareció una erupción en el cuerpo.



Todas las personas diagnosticadas con sarampión fueron hospitalizadas y recibieron, o continúan recibiendo, la atención médica necesaria. Las personas de contacto están bajo supervisión médica. Al 17 de diciembre, hay siete pacientes en el departamento de enfermedades infecciosas. Gracias a la vigilancia y las acciones oportunas de los empleados del Centro Regional de Control y Prevención de Enfermedades de Chernivtsi, se logró controlar la situación epidémica en la región.

Durante el último año, la incidencia del sarampión en Ucrania se multiplicó por seis: hasta el 1 de diciembre se registraron 333 casos de la enfermedad, frente a 55 casos durante el mismo período del año pasado.

Durante el anterior brote de sarampión en Ucrania en 2017-2019, murieron 25 niños y 16 adultos. Actualmente, la situación epidémica en el país sigue bajo control, pero el número de casos de sarampión puede aumentar, porque la cobertura de vacunación de los niños es insuficiente como para alcanzar la inmunidad colectiva.

Las autoridades sanitarias del distrito de Bundibugyo, en Uganda, confirmaron un brote de una misteriosa enfermedad que provoca “temblores corporales excesivos”, conocida localmente como “dinga dinga”, lo que se traduce como “temblar como si uno estuviera bailando”.

Desde que estalló hace unos meses, más de 300 personas han sido infectadas, la mayoría de las cuales son mujeres y niñas.

Algunos de los pacientes están recibiendo tratamiento actualmente en el Hospital General de Bundibugyo. Pero no se han reportado casos en los distritos vecinos.

El Dr. Kiyita Christopher, oficial de salud del distrito, dijo el 10 de diciembre que la enfermedad se informó por primera vez a principios de 2023 y sigue bajo investigación. Dijo que se han recogido algunas muestras de las personas afectadas y se han enviado a los laboratorios del Ministerio de Salud para su posterior análisis.

La enfermedad se caracteriza por síntomas como fiebre y temblores corporales, que provocan dificultades para caminar. Este síntoma peculiar inspiró el nombre “dinga dinga” entre los lugareños.

Kiyita explicó que se trata de una enfermedad que se cura por sí sola en la mayoría de los casos y que los equipos de salud de la aldea han estado manejando los síntomas asociados con medicación antibiótica. Añadió que, aunque la enfermedad es controlable y hasta ahora no se han registrado muertes, algunos pacientes han recurrido a herbolarios tradicionales para recibir tratamiento, algo que desaconseja enfáticamente.

“No hay pruebas científicas de que la medicina herbal pueda tratar esta enfermedad. Estamos utilizando tratamientos específicos y los pacientes suelen recuperarse en una semana. Insto a los vecinos a que busquen tratamiento en los centros de salud del distrito”, dijo.

Una de las pacientes, de 18 años, contó su experiencia. “Me sentí débil y quedé paralizada, y mi cuerpo temblaba incontrolablemente cada vez que intentaba caminar. Fue muy perturbador. Me llevaron al hospital de Bundibugyo para recibir tratamiento y, gracias a Dios, ahora estoy bien”, dijo.

El médico señaló que se han enviado muestras al Ministerio de Salud para su análisis, pero éste aún no ha emitido un comunicado oficial sobre la enfermedad.



Aunque el artículo sugiere que los antibióticos son eficaces, no está claro qué antimicrobianos se utilizaron ni qué se estaba tratando. Parece probable que esta enfermedad forme parte del espectro de enfermedades asociadas a las picaduras de los simúlidos conocidos como moscas negras (*black flies* en inglés). El síndrome de cabeceo es una de las diversas formas de epilepsia asociada a la oncocercosis (EAO), que se observa en niños de zonas anteriormente hiperendémicas de transmisión de *Onchocerca volvulus*. La EAO se presenta con un amplio espectro de convulsiones, incluidas convulsiones tónico-clónicas generalizadas y de cabeceo, deterioro de la función cognitiva, retraso del crecimiento y retraso de la pubertad. Se ha planteado la hipótesis de que el síndrome

de cabeceo puede estar causado por un virus neurotrópico transmitido por las moscas negras o por un endosimbionte presente en el parásito *O. volvulus*. El síndrome de Nakalanga es una manifestación clínica de la epilepsia asociada a la oncocercosis que se caracteriza por retraso del crecimiento, retraso o ausencia del desarrollo sexual secundario y deformidades esqueléticas, y suele ir acompañado de convulsiones epilépticas. Se desconoce la fisiopatología del síndrome de Nakalanga.

A nivel mundial, la epilepsia es el trastorno neurológico crónico más común. La incidencia en África subsahariana es 2-3 veces mayor que en los países de altos ingresos. La infección por *O. volvulus* puede ser un factor de riesgo subyacente para la alta carga y, según las asociaciones epidemiológicas, se ha propuesto que causa un grupo de trastornos: epilepsias asociadas a la oncocercosis, como el síndrome de cabeceo. Un reciente [estudio](#) describe las características clínicas, electroencefalográficas y de resonancia magnética de los niños con epilepsia y seropositivos para *O. volvulus*. Se inscribieron 29 niños y adolescentes con EOA no asociadas al síndrome de cabeceo en el norte de Uganda. Se realizó un diagnóstico de EAO en pacientes con epilepsia y aparición de convulsiones después de los 3 años de edad, sin exposición reportada a enfermedad febril grave perinatal o lesión cerebral traumática, sin diagnóstico de epilepsia síndromica y una prueba ELISA Ov-16 positiva. Se realizó una evaluación clínica detallada que incluyó psiquiatría, electroencefalograma de diagnóstico, una resonancia magnética cerebral de diagnóstico (en 10 pacientes) y pruebas de laboratorio. 20 participantes (69%) eran varones. La edad media fue de 15,9 años, mientras que la edad media al inicio de las convulsiones fue de 9,8 años. Todos informaron un desarrollo infantil temprano normal. La presentación clínica más común fue una convulsión tónico-clónica. La mediana del número de convulsiones fue de dos en el mes anterior. No se informaron cambios musculoesqueléticos específicos ni parálisis de nervios craneales, ni se observaron dificultades de visión, audición y habla. El electroencefalograma interictal fue anormal en la mayoría de los casos, con actividad de fondo de onda lenta en 52% (15/29), mientras que 41% (12/29) presentó actividad epileptiforme focal. La resonancia magnética cerebral mostró atrofia cerebelosa leve a moderada y diversos grados de atrofia de los lóbulos frontal, parietal y occipital. El espectro clínico de las epilepsias asociadas con *Onchocerca* puede ser más amplio que el descrito previamente. Además, las convulsiones tónico-clónicas de inicio focal y la atrofia cortical y cerebelosa pueden ser características clínicas y de imagen cerebral importantes.

La salud de cada individuo se ve influida por una compleja interacción de factores biológicos y sociales que configuran su desarrollo personal. Cuando la estabilidad política de una sociedad se ve muy comprometida, como en el caso de una guerra, la perturbación resultante afecta negativamente a la relación entre la salud y el bienestar individual. Esta relación es evidente en Gaza, donde los palestinos han adoptado un reconocimiento subjetivamente natural pero objetivamente antinatural de las difíciles condiciones sociales en las que viven, ya que las nuevas generaciones nacieron en medio de una violencia y un conflicto constantes.



Personas que huyeron de sus hogares en Gaza y se refugian en el hospital Al-Quds.

En este contexto, el derecho a la salud, un derecho inclusivo que se extiende más allá de la atención médica oportuna para abarcar determinantes de la salud como el acceso al agua potable y una nutrición adecuada, se ha visto erosionado progresivamente. Desde el bloqueo de Gaza por parte de Israel en 2007, seguido de cuatro operaciones militares israelíes en 2008/09, 2012, 2014 y 2021, la población de Gaza se ha enfrentado a un deterioro de las condiciones de vida con la exposición repetida al conflicto, la imposibilidad de salir de Gaza para muchos y la destrucción sistemática de infraestructura crítica que desestabiliza los determinantes de la salud.

Sin embargo, el conflicto en curso, que comenzó el 7 de octubre de 2023, representa un punto de no retorno en comparación con la situación anterior, ya que la operación militar israelí ha afectado a todos los segmentos de la sociedad palestina.

Como [informó la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCHA\) en noviembre de 2024](#), un año después del inicio de la guerra, el número de muertos ha llegado a 40.717, de los cuales 13.319 son niños, lo que representa 32,5% del total. Al comienzo de la guerra, Gaza contaba con 36 hospitales, pero ahora solo 17 permanecen parcialmente operativos, luchando bajo una inmensa presión para satisfacer la abrumadora demanda de atención médica.

² Riccardo Lo Verde ha sido asistente político y de prensa en la delegación de la Unión Europea en Israel durante la guerra entre Israel y Hamás, realizando investigaciones de campo sobre el conflicto israelí-palestino. Es licenciado en Ciencias Diplomáticas por la Universidad de Bologna y tiene un Máster en Seguridad Internacional obtenido en la Université Catholique de Lille en 2023 con una tesis sobre la política exterior rusa en el contexto de la guerra en Ucrania.

En este contexto, las muertes se producen no solo por la violencia directa, sino también por la violencia indirecta, incluida la propagación de enfermedades infecciosas, que a menudo proliferan en condiciones de atención sanitaria deterioradas. Esto es particularmente devastador en una situación en la que casi 2 millones de personas han sido desplazadas y viven en campamentos improvisados superpoblados con una densidad de casi 40.000 personas por kilómetro cuadrado. El hecho de que los residentes de Gaza tengan ahora acceso a tan solo 4,74 litros de agua por persona y día los expone aún más a graves riesgos para la salud. Si no se producen mejoras significativas y sostenidas en el acceso a la ayuda, la protección de los civiles y la seguridad humanitaria, Gaza se enfrenta a la amenaza inminente de una hambruna catastrófica. Un resultado de ese tipo podría dar lugar a una pérdida de vidas aún más devastadora para los palestinos, lo que podría conducir a un desastre humanitario a gran escala.

El deterioro de la infraestructura sanitaria de Gaza: un sistema al borde del colapso

La Franja de Gaza es una de las zonas más densamente pobladas del mundo, con casi 2,3 millones de personas viviendo en un territorio de 365 kilómetros cuadrados. Durante los últimos años, su sistema de salud ha sido testigo de una dramática crisis exacerbada por episodios de violencia política como la imposición del bloqueo israelí en 2007, la división política interna palestina y cinco importantes operaciones militares israelíes en 2008, 2012, 2014, 2021 y 2023.

Con el tiempo, en esta región del mundo, el derecho a la salud se ha vuelto cada vez más anti-tético a la idea de un derecho que garantice un nivel de vida adecuado para el bienestar humano, tal como está escrito en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

En este contexto, un número significativo de hospitales y centros de atención primaria de salud han sido destruidos o dañados, con 34 hospitales y 104 centros de atención primaria de salud afectados entre 2008 y 2021 por operaciones militares israelíes. En 2023, el sistema de salud ya estaba al borde del colapso, con solo 36 hospitales en funcionamiento y un total de 3.412 camas hospitalarias disponibles para una población que superaba los 2 millones de personas.

Sin embargo, si se considera la situación de los palestinos en Gaza como traumática en los años anteriores al 7 de octubre de 2023, los acontecimientos posteriores pueden verse como una forma de violencia estructural, destinada a socavar la dignidad humana palestina. Desde que comenzó la guerra entre Israel y Hamás en octubre de 2023, 19 hospitales dejaron de funcionar, lo que redujo el número de hospitales operativos a solo 17. Además, el número de camas disponibles en los hospitales operativos y de campaña de Gaza se ha reducido a menos de 1.500, lo que es insuficiente para satisfacer las necesidades de más de dos millones de personas que se enfrentan a la guerra. Ciudades con tamaños de población similares, como París, con aproximadamente 2,1 millones de habitantes, tienen alrededor de 10.000 camas de hospital disponibles. Una disparidad que se hace aún más preocupante por el hecho de que 1.047 trabajadores de la salud murieron.

La destrucción o el desmantelamiento de segmentos sociales clave en Gaza ha socavado el tejido social que sustenta la vida cotidiana y la dignidad humana. La reducción sistémica de estos segmentos sociales, como la atención sanitaria, la educación y las instituciones de ayuda humanitaria, obliga a los palestinos a hacer frente no solo a la devastación física, sino también a soportar el trauma psicológico a largo plazo de vivir en una sociedad que ha perdido sus apoyos fundamentales.

Un ejemplo emblemático del desmantelamiento de segmentos sociales clave se puede ver en la nueva legislación aprobada por el parlamento israelí a fines de octubre de 2024, que prohibió

al Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) operar dentro de los territorios controlados por Israel y prohibió la coordinación entre funcionarios israelíes y personal del UNRWA. El UNRWA brinda servicios de salud a más de 1,2 millones de refugiados palestinos a través de 22 centros, y esta decisión puede afectar gravemente su capacidad para adquirir suministros, garantizar la movilidad del personal y coordinar el acceso a áreas de alto riesgo. Esto exacerbará aún más la crisis humanitaria en Gaza, amenazando las vidas de los refugiados que dependen del UNRWA para obtener servicios esenciales.

Desnutrición y salud: inseguridad alimentaria, escasez de agua y enfermedades

Las sociedades modernas dependen en gran medida de sistemas interconectados, como las redes de transporte, las redes de comunicación, el suministro de agua y los sistemas de energía. Consideramos que estos sistemas son “invisibles” en el sentido de que se dan por sentados hasta que fallan. La guerra plantea una amenaza importante para estos sistemas interdependientes, ya que los fallos en una parte de estas redes complejas pueden desencadenar efectos en cascada, lo que lleva a consecuencias generalizadas y catastróficas.

Esta dinámica se refleja en el conflicto de Gaza, donde casi 60% de los edificios y 68% de las carreteras están destruidos, lo que provoca el colapso de los sistemas de alimentación, salud y agua. Como resultado, casi 2 millones de personas se enfrentan a una grave inseguridad alimentaria, incluidos unos 60.000 niños de entre 6 y 59 meses que se estima que sufrirán desnutrición aguda entre septiembre de 2024 y agosto de 2025.

La destrucción de la infraestructura sanitaria y la falta de acceso al agua potable han exacerbado aún más los brotes de enfermedades, y más de 25% de la población de Gaza está afectada por enfermedades prevenibles. A escala mundial, cada día mueren casi 4.000 personas a causa de enfermedades causadas por el acceso inadecuado al agua potable, el saneamiento y la higiene (WASH), y más de 1.000 de estas muertes se producen entre niños menores de cinco años. La privación en materia de WASH atrapa a las personas y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, desigualdad y privación, reduciéndolas a un estado de supervivencia.

Como escribió Amartya Sen en *Development as Freedom*, el acceso al agua potable y al saneamiento es una capacidad básica vital para la salud, la nutrición y la dignidad, que permite a las personas vivir la vida que valoran. Su limitación representa una forma de “falta de libertad”, que atrapa a las comunidades marginadas en ciclos de pobreza y vulnerabilidad. La situación del agua en Gaza es un ejemplo crítico: el 97% del acuífero de Gaza, la principal fuente de agua potable, está contaminado y no es seguro para el consumo debido a la intrusión de agua de mar y la contaminación de las aguas residuales.

Antes de la guerra de 2023 entre Israel y Hamás, Gaza dependía del agua subterránea (81%), la desalinización (6%) y el agua comprada a la empresa israelí Mekorot (12%). Los palestinos tenían 82,7 litros por persona por día, lo que estaba por debajo de la cantidad diaria recomendada por la OMS de 100 litros por persona. Sin embargo, después de la guerra, el 88% de los pozos y el 70% de las bombas de aguas residuales se vieron gravemente afectados y la producción de agua se redujo en un 84%. Lo más alarmante es que los habitantes de Gaza tienen ahora acceso a tan solo 4,74 litros de agua por persona y día para todos los fines, incluidos beber, cocinar y lavar, lo que representa una drástica reducción de 94% en la disponibilidad de agua. En comparación, el europeo medio utiliza 144 litros de agua por persona y día. Si el conflicto continúa, con la creciente destrucción de infraestructuras críticas y la rápida propagación de enfermedades contagiosas, Gaza podría enfrentarse a una hambruna catastrófica. Este escenario se produce cuando en una zona al menos el 20% de los hogares se enfrentan a una falta extrema

de alimentos, el 30% de los niños sufren desnutrición aguda y la tasa de mortalidad es de dos adultos o cuatro niños cada 10.000 personas cada día. Toda la Franja de Gaza está en riesgo de que se produzca este posible acontecimiento.

El aumento de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Gaza

Cuando hablamos de enfermedades infecciosas, nos referimos a enfermedades causadas por agentes infecciosos como bacterias, virus, parásitos, hongos y sus subproductos tóxicos. Muchas son transmisibles, lo que significa que pueden propagarse entre personas o animales. La transmisión puede ocurrir directamente a través de la sangre o los fluidos corporales, indirectamente a través de alimentos, agua, aire o superficies contaminadas, o a través de vectores como los mosquitos. Algunos ejemplos son el sarampión, la malaria, la clamidiosis y la poliomielitis.

La historia de los conflictos armados revela que las enfermedades transmisibles pueden causar tasas de mortalidad iguales o superiores a las de la violencia directa. La crisis en Gaza no es una excepción y ha creado una tormenta perfecta para las enfermedades transmisibles debido a la destrucción de la infraestructura de agua y saneamiento, con personas desplazadas internamente viviendo en tiendas de campaña o refugios con acceso limitado a agua potable y calles llenas de aguas residuales y cloacales sin tratar.

En este contexto, desde octubre de 2023 se han registrado en Gaza 40.000 casos de hepatitis A, un aumento significativo respecto de los 85 casos que había antes del conflicto. Además, la OMS ha notificado casi un millón de casos de infecciones respiratorias agudas, más de medio millón de casos de diarrea aguda y más de 100.000 casos de ictericia. La poliomielitis sigue siendo una preocupación importante en Gaza, con el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) detectado en muestras de aguas residuales en junio y el primer caso confirmado en un bebé de 10 meses notificado en agosto. Sin embargo, una campaña de vacunación llegó con éxito al 94% de la población objetivo, aunque 10.000 niños en zonas de difícil acceso siguen sin vacunarse y en riesgo.

Por otro lado, cuando se habla de enfermedades no transmisibles, nos referimos a afecciones crónicas que no son causadas por agentes infecciosos, sino que son el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Entre ellas se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. En Gaza, el conflicto ha empeorado gravemente la situación de los pacientes con enfermedades no transmisibles, ya que los medicamentos esenciales, como la insulina y los tratamientos contra el cáncer, escasean críticamente y 350.000 personas con enfermedades crónicas tienen poco o ningún acceso a los procedimientos médicos necesarios, como la diálisis.

Al 3 de diciembre de 2024, se estima que 14.000 pacientes en Gaza requieren una evacuación médica urgente, pero solo 352 han sido evacuados con éxito desde el cierre del cruce de Rafah el 7 de mayo de 2024. Este bajo porcentaje pone de relieve importantes desafíos dentro del sistema de derivación, incluidas las demoras en la obtención de permisos de las autoridades israelíes, lo que deja a los pacientes críticos sin acceso oportuno a la atención que les podría salvar la vida.

El impacto de la guerra en la salud mental infantil y materna

Involucrar a los niños en los conflictos armados no es solo un acto profundamente inhumano, sino un esfuerzo consciente encaminado a transformarlos en meras estadísticas de violencia, reduciendo su humanidad a una trágica aritmética de víctimas. Se trata de un fenómeno de

deshumanización que es paradójico con la idea de que un niño, para el desarrollo pleno y armonioso de su personalidad, debe crecer en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, tal como está escrito en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. En Gaza, casi la totalidad de los 1,2 millones de niños necesitan apoyo psicosocial y de salud mental. Incluso antes de la guerra entre Israel y Hamás, Gaza se enfrentaba a una crisis de salud mental entre los niños. Una encuesta de 2018 realizada por Save the Children concluyó que el 95% de los niños palestinos en Gaza padecían problemas de salud mental como depresión, hiperactividad y agresión. En 2022, la situación había empeorado, con un aumento alarmante de niños que expresaban miedo, ansiedad, tristeza y dolor.

Sin embargo, la guerra entre Israel y Hamás empeoró drásticamente esta situación. Un año después de la escalada de la guerra, el número de niños muertos en Gaza ha llegado a 13.319, con un promedio de 70 niños heridos diariamente desde que comenzó el conflicto.

Esta devastadora pérdida y las lesiones que siguen sufriendo han causado un daño psicológico inmenso. El trauma de perder a familiares y vivir con miedo constante ha dañado significativamente el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños, dejando a muchos sin el apoyo que necesitan para recuperarse.

Sin embargo, el impacto de los conflictos armados sobre los niños no puede considerarse sin tener en cuenta a las mujeres, sus principales cuidadoras. Las mujeres suelen enfrentarse a importantes desafíos físicos y psicosociales durante la guerra, que afectan directamente a su capacidad para cuidar de los niños. Esto es especialmente crítico para las mujeres embarazadas en los conflictos armados, que sufren graves traumas psicológicos y se enfrentan a condiciones peligrosas, como partos en casa, partos inducidos o nacimientos en circunstancias precarias, incluso en puestos de control militares.

Actualmente hay alrededor de 50.000 mujeres embarazadas y se espera que unas 5.500 den a luz en el próximo mes. Cada día, alrededor de 183 mujeres dan a luz en Gaza, pero la disponibilidad de parteras, médicos y atención posparto es extremadamente limitada. Muchas mujeres se han visto obligadas a dar a luz sin asistencia médica, y algunas incluso se han sometido a cesáreas sin anestesia. En este contexto, la falta de atención adecuada y el temor constante por su propia seguridad y la de sus recién nacidos ha empeorado significativamente su salud mental y física, lo que ha provocado un mayor riesgo de complicaciones, como partos prematuros y mortinatos, así como un aumento de la depresión posparto.

El derecho internacional en la salvaguardia del derecho a la salud en zonas de conflicto

El derecho a la salud puede entenderse como un derecho atemporal e inclusivo inherente a la vida de cada individuo. Persiste a través del tiempo ya que encarna una noción intrínseca de atemporalidad y se extiende no solo a la atención médica oportuna y apropiada sino también a los determinantes subyacentes de la salud. Sirve como un medio para liberar a las personas de las condiciones de inseguridad, ya que garantiza la oportunidad de llevar una vida saludable con un nivel de vida adecuado necesario para el bienestar.

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) forman la piedra angular de este principio. El artículo 25 enfatiza el derecho a acceder no solo a la atención médica sino también a otras necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y los servicios sociales. De manera similar, el artículo 12 del PIDESC garantiza el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, que abarca la prestación de servicios de salud esenciales y factores como el saneamiento, la vivienda y la nutrición.

Además, el Cuarto Convenio de Ginebra obliga a la potencia ocupante a “garantizar y mantener” el sistema de salud y prevenir la propagación de enfermedades. En consecuencia, Israel, como potencia ocupante en Gaza, tiene claras obligaciones de garantizar la prestación de servicios de salud a los habitantes de Gaza. Además, los Convenios de Ginebra protegen a los trabajadores y las instalaciones de salud, prohibiendo los ataques a la infraestructura y el personal médicos. Estas protecciones están codificadas en el artículo 18 del [Cuarto Convenio de Ginebra](#) y el Protocolo I, [artículo 12 de los Protocolos adicionales](#).

En este contexto, los ataques intencionales a la atención de salud pueden constituir crímenes de guerra según el [Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional](#), a pesar de que el Derecho Internacional Humanitario (DIH) permite excepciones cuando las instalaciones de atención de salud se utilizan con fines militares. Sin embargo, las decisiones que involucran estas excepciones deben seguir el principio de proporcionalidad, que requiere equilibrar la ventaja militar con el daño potencial a los civiles. Si bien el DIH proporciona algunas pautas, el marco actual ofrece una claridad limitada sobre cómo se debe proteger adecuadamente la infraestructura de atención de salud durante los conflictos armados. Esta ambigüedad ha dado lugar a llamamientos en favor de modificar las Convenciones de Ginebra para prohibir inequívocamente los ataques a las instalaciones sanitarias, independientemente de consideraciones militares.

Conclusión

Tras 12 meses de conflicto en Gaza, la situación ha alcanzado un nivel de devastación sin precedentes, con una destrucción generalizada, un inmenso sufrimiento humanitario y un grave colapso económico. Como se informa en la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (IPC), la Franja de Gaza se enfrenta a la amenaza inminente de una hambruna catastrófica. Para abordar esta situación, se requieren acciones inmediatas. En primer lugar, debe haber un alto el fuego humanitario inmediato y duradero entre todas las partes en el conflicto, asegurando la protección de los civiles y la liberación incondicional de todos los rehenes civiles por parte de Hamás y otros grupos armados. Los casos médicos urgentes en Gaza deben tener acceso seguro a atención médica crítica, y los niños heridos o enfermos deben ser evacuados junto con sus familiares. También es esencial prevenir y gestionar la desnutrición aguda, lo que incluye ampliar los programas de alimentación y mejorar las prácticas de nutrición de lactantes y niños, como el apoyo a la lactancia materna. Además, se debe garantizar el acceso humanitario para prestar asistencia multisectorial que salve vidas, abordando la inseguridad alimentaria aguda y la desnutrición con ayuda suficiente y de alta calidad. Esta ayuda debe extenderse más allá de la asistencia alimentaria a los hogares e incluir el restablecimiento de los servicios de salud, agua, saneamiento e higiene y artículos no alimentarios.

La recuperación a largo plazo también requerirá la rehabilitación de infraestructuras críticas, el restablecimiento de los sistemas de mercado, la producción local de alimentos y servicios esenciales como la electricidad y las telecomunicaciones. En última instancia, el conflicto en curso ha causado un trauma acumulativo, en el que la exposición repetida a la destrucción ha erosionado la sensación colectiva de seguridad. Como resultado, será crucial implementar programas de apoyo psicológico, en particular para las poblaciones más vulnerables, como los niños, las mujeres y los ancianos.

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.