

**CÓRDOBA**

- 16 de cada 100.000 habitantes viven con el VIH

**ARGENTINA**

- Vigilancia epidemiológica de la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes*
- Buenos Aires: Nuevos brotes de triquinelosis

**AMÉRICA**

- Brasil: La fiebre chikungunya causó más muertes hasta agosto de este año que en todo 2023
- Estados Unidos: Las muertes por cáncer de cuello uterino se redujeron drásticamente tras la llegada de la vacuna contra el VPH
- Estados Unidos: Mississippi confirmó ocho muertes por fiebre del Nilo Occidental en 2024

**EL MUNDO**

- Corea del Sur: Se detectó un leve aumento de las parasitosis intestinales en 2024

- Egipto: Cómo el país eliminó la malaria
- India: Brote de melioidosis en Rajasthan
- Italia: Brote de triquinelosis en la zona de Foggia
- Noruega: Brote de salmonelosis vinculado al consumo de brotes de alfalfa
- Portugal: Brote activo de hepatitis A en Algarve
- República Democrática del Congo: La vacuna contra la mpox aún no llega a los niños en mayor riesgo
- Türkiye: Mueren 22 personas en una semana por consumo de alcohol adulterado

<b>Comité Editorial</b>	
<b>Editor Honorario</b> 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.	
<b>Editor en Jefe</b> ÍLIDE SELENE DE LISA	<b>Editores adjuntos</b> RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
<b>Editores Asociados</b> 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**



WWW.SADI.ORG.AR

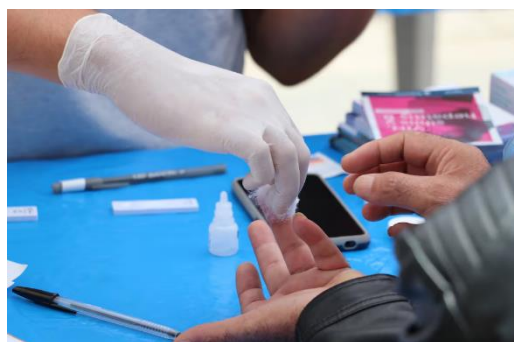
**Adherentes**




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

La cantidad de infecciones por el VIH en la provincia de Córdoba permanece estable, en una tendencia similar de los últimos seis años. Según datos del Ministerio de Salud de Córdoba, 16 personas cada 100.000 habitantes viven con el virus.

En 2019 el indicador se ubicaba en 16,6, mientras que en 2023 fue de 15,3. Para 2024, la tasa es de 16,7 con datos hasta fines de noviembre de este año. Si bien se observan fluctuaciones, la tendencia es estable en los últimos años analizados.



El coordinador del Programa Provincial de Lucha contra el VIH/Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Diosnel Bouchet, explicó que los datos están comprendidos en el incremento de las actividades territoriales, la distribución de test rápidos y la mayor carga informativa de los agentes de salud.

El ministerio de Salud organiza jornadas de testeos de VIH, sífilis y hepatitis B y C en lugares públicos, y también en hospitales públicos. De esta manera la cartera sanitaria impulsa una transparencia de los datos basada en una estrategia activa. “Córdoba testea y notifica, lo que se aproxima más a la realidad”, consideró Bouchet.

### Test gratuito y confidencial

En los operativos de detección temprana, personal de salud extrae unas gotas de sangre de la yema del dedo y la depositan en una tira reactiva. A los 15 minutos está disponible el resultado.

“Tomamos muestras para descartar o confirmar un diagnóstico. En el laboratorio se realizan las pruebas complementarias. En caso de un diagnóstico positivo existe un proceso de recuperación de esas personas al sistema de salud. Quienes tienen obra social seguirán por esa vía y quienes no, se adhieren al sistema público. Allí reciben un tratamiento único en el caso de la sífilis y crónico en el caso del VIH”, explicó Natalia Altamirano, doctora en bioquímica y referente del equipo de territorio del Laboratorio Central.

Los testeos de infecciones de transmisión sexual se ofrecen gratuitamente los 365 días del año.

### 45% de los diagnósticos son tardíos

El miedo al estigma, la escasa educación sexual y la falta de concienciación por parte de la sociedad entorpecen enormemente el diagnóstico del VIH.

En Argentina se calcula que hay 140.000 personas que viven con el virus, aunque 13% de ellas desconoce su diagnóstico, En Córdoba, 45% de los diagnósticos son tardíos, una cifra similar a la nacional. En 2019 solo representaba un tercio del total.

Si se detecta tarde, las dificultades para neutralizar el virus son mucho mayores. Convivir durante un tiempo prolongado con el VIH puede dañar gravemente el sistema inmunológico, el principal objetivo de este virus. Eso provocará mayor susceptibilidad de contraer otras enfermedades, como la neumonía, la tuberculosis o encefalopatías.

Tomás Castillo es residente de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y realiza tareas en el Hospital Rawson. “En la guardia, el consultorio e internación vemos muchos diagnósticos tardíos, la última cara de la enfermedad. Hay muchos mitos alrededor de la infección, miedo o desconocimiento”.

Agregó en tono esperanzador: “Por eso estas campañas ayudan a la gente para que se informe, se haga el test y si tiene el virus inicie un tratamiento y eso hará que nunca sea un problema en su vida”, expresó.

## **Género y territorialidad**

En 2024, sobre un total de 653 casos notificados y una tasa de 16,7 en ambos sexos, en varones es de 21,9 y en mujeres de 11,7 por 100.000 habitantes.

En 2023 hubo 4 varones por cada mujer en los nuevos diagnósticos entre los 15 a 24 años de edad, y alrededor de 3 varones por mujer entre los 25 a 34 años y 60 a 64 años, y cercano a 2 entre 35 a 44 años y 65 y más.

En cuanto a la edad, la media al momento del diagnóstico es de alrededor de 37 años en ambos sexos, según datos de 2024. Además, los varones son los que más contribuyen a los valores en el grupo de 25 a 34 años, con 62 casos cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la residencia de las personas diagnosticadas, la ciudad de Córdoba sigue siendo la ciudad con más casos. En 2024, el 53% de los nuevos diagnósticos de VIH en la provincia de Córdoba viven en la ciudad de Córdoba y el resto en el interior.

En 2023 en los departamentos Capital, General San Martín, San Alberto, Totoral y Tulumba las tasas de nuevos diagnósticos superan ampliamente la tasa provincial de 18,5 cada 100.000 habitantes.

Pero al momento de analizar los datos debe considerarse, entre otras cosas, las acciones de prevención locales, los testeos, la accesibilidad diagnóstica y la oportuna notificación. Además, en los casos de los últimos dos al tener poblaciones de menos de 25.000 habitantes, con seis casos tenemos tasas de 27 y 35 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Teniendo en cuenta los departamentos que contribuyen con 4% o más del total de casos, los departamentos Capital, Colón, General San Martín y Río Cuarto, tienden a disminuir en el periodo 2021 a 2024 con una diferencia notoria de 3,7% en Capital. En tanto en Punilla se muestra una tendencia creciente con una diferencia de 1,4% en 2024 respecto de 2021.

## **Vulneración de derechos y desafíos**

Gonzalo Valverde forma parte de la organización ACT UP. “Visibilizamos y hablamos de VIH en parques, plazas y otros lugares desde el arte. Expresamos lo que nos pasa, como tenemos relaciones sexuales y como nos cuidamos. Pero también nos ponemos en alerta ante la vulneración de derechos de parte del Gobierno nacional, el desfinanciamiento y la escasez de algunos insumos”, advirtió.

Sobre este trabajo, Valverde consideró que falta mayor articulación en el interior, donde en el pensamiento de algunas personas el VIH está relacionado a un grupo específico de la población y en ocasiones no se cumple la confidencialidad del diagnóstico.

Para Castillo, falta más inversión en salud pública. “Creo que el Estado motiva la promoción y la prevención de enfermedades y la articulan con los tres niveles de atención y en ese contexto, es vital llegar a la gente, a los barrios más periféricos para que adquiera la información precisa. Eso ayuda no solo a diagnosticar tempranamente sino también a evitar nuevos casos”.

Finalmente, Altamirano reflexionó en que es necesaria una respuesta para el VIH todo el año, al igual que para la sífilis. “La red se ha ido ampliando, pero necesitamos mayor intersectorialidad. El sistema de salud es una de las patas, pero también hace falta trabajar mucho con el sistema educativo, con Desarrollo Social, con los medios de comunicación, entre otros. Sobre todo, para disminuir el estigma y la discriminación”, concluyó.

### Situación epidemiológica

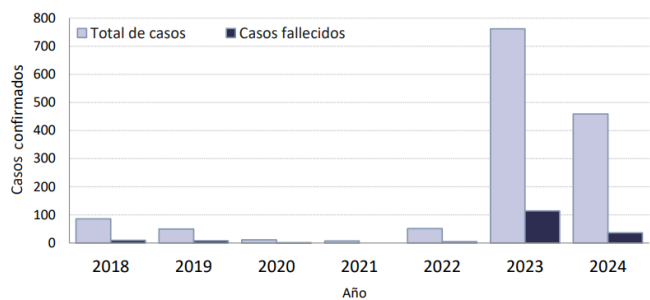
En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 46, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 459 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*, de los cuales 36 (7,8%) corresponden a casos fallecidos. La tasa de incidencia es hasta el momento de 1,0 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 0,8 cada millón de habitantes.

En 2024, hasta la SE 46, el número de casos registrados representa un descenso de 40% respecto de lo registrado para el mismo período de 2023 (762 casos), y un descenso de 68% en los casos fallecidos en el mismo período del año anterior, cuando se habían registrado 114 casos fallecidos.

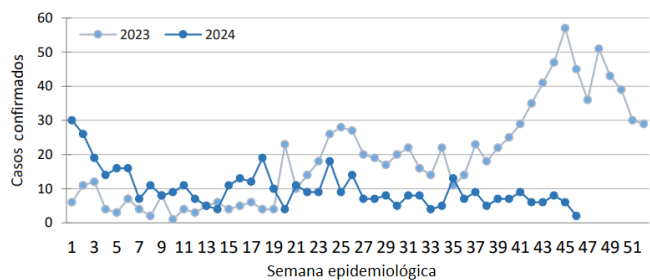
La curva de casos comenzó a elevarse por encima de los de los años previos desde fines de 2022 y durante todo 2023. Entre la SE 20 y la SE 39 de 2023 se registran entre 10 y 25 casos semanales. A partir de la SE 40 de 2023 la curva muestra un ascenso sostenido hasta la SE 45, cuando se registró el mayor número de casos hasta el momento en una SE (57 casos).

A partir de la SE 46 los casos notificados registraron oscilaciones con una tendencia descendente, registrándose el menor número de casos en la SE 14 de 2024. Posteriormente, los casos aumentan, alcanzando un nuevo pico en la SE 24 de 2024 (18 casos), otro en la SE 26 (14 casos) y el último en la SE 35 (13 casos).

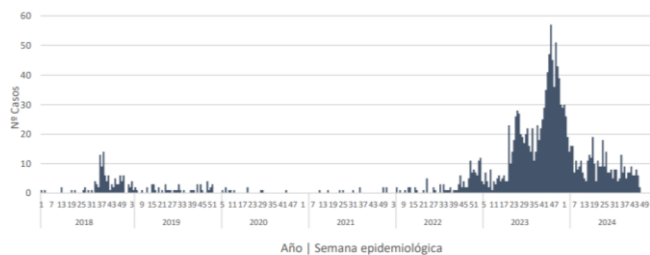
En cuanto a la distribución por grupos de edad entre los casos notificados, 36,9% de los confirmados en 2024 eran menores de 16 años, y 27,3% mayores de 50 años, con una mediana de 32 años. No obstante, se notificaron casos en todos los grupos de edad. Respecto de los casos



Casos confirmados y fallecidos. Argentina. Años 2018/2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 46 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=1.449)



Casos confirmados según semana epidemiológica y año. Argentina. Años 2018/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

fallecidos, 20,0% corresponde a menores de 16 años y 51,4%, a mayores de 50 años, con una mediana de 51 años.

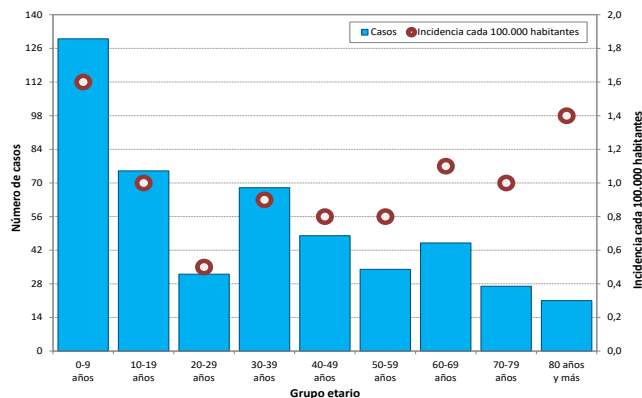
Las incidencias acumuladas por grupo de edad más elevadas en 2024 se observaron en la población que se encuentra en los extremos de la vida, de 0 a 9 años (1,4 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el de 80 años y más (1,4 casos cada 100.000 habitantes). El mayor número de casos confirmados se registró en menores de 10 años (104), seguido del grupo de 30 a 39 años (57).

En 2024 la incidencia acumulada para el grupo de menores de 10 años descendió 61,3%, y en mayores de 80 años descendió 52,8% respecto del año anterior. El descenso de la incidencia fue menor en los otros grupos etarios.

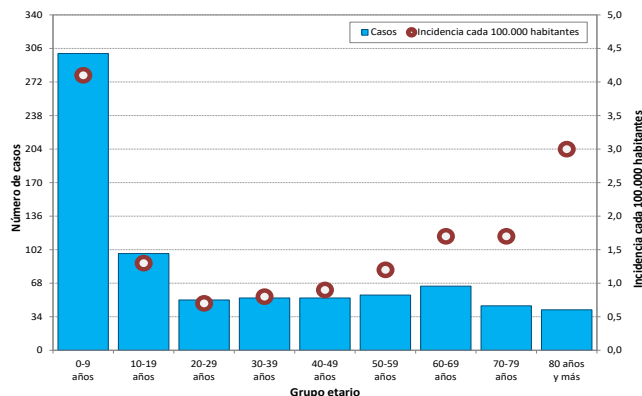
Respecto de la mortalidad acumulada por grupo etario cada millón de habitantes, en 2024 la población más afectada fue la de mayores de 60 años. En comparación con el mismo período del año previo, la tasa de mortalidad en el grupo de menores de 10 años se redujo en 86% respecto de igual periodo de 2023.

En relación a la distribución territorial, puede observarse que en 2024 las tasas de incidencia más elevadas se observaron en las regiones Cuyo y Sur, y el mayor número de casos en la Región Centro, seguido por la Región Cuyo.

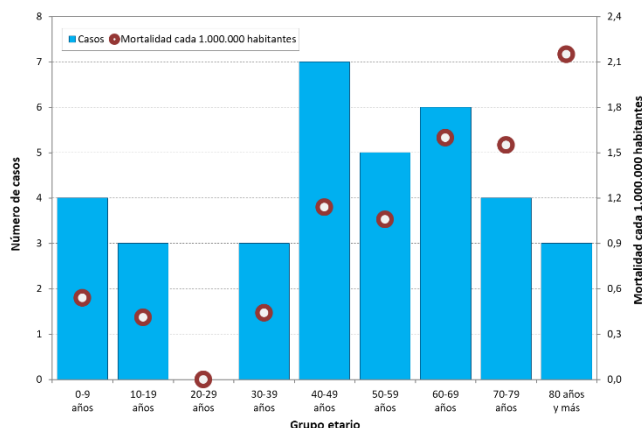
En cuanto a las formas clínicas de la enfermedad invasiva, 3% de los casos de 2024 se registraron en el evento “Meningoencefalitis”, mientras que 87% se registró como “Otras infecciones invasivas”, y el 10% restante en el evento “Infección respiratoria aguda bacteriana”. Las presentaciones clínicas más frecuentes de los casos confirmados notificados durante el año 2024 fueron sepsis (35%), celulitis (29%), abscesos (18%), shock tóxico estreptocócico (15%), artritis séptica (9%), bacteriemia (6%), fascitis necrotizante (5%), neumonía (4%) y osteomielitis (3%).



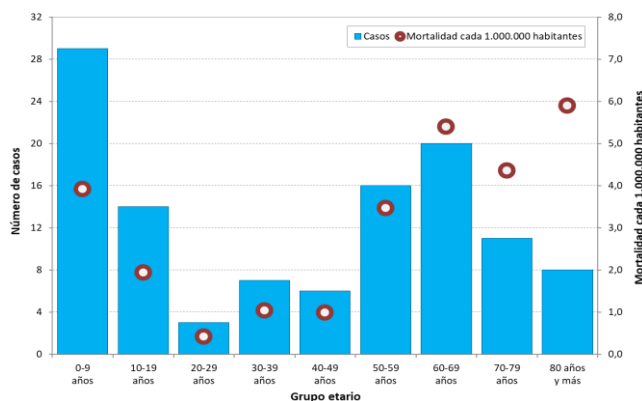
Casos confirmados e incidencia acumulada según grupo etario. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=458).



Casos confirmados e incidencia acumulada según grupo etario. Argentina. Año 2023, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=762).



Casos fallecidos y tasa de mortalidad según grupo etario. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=35).



Casos fallecidos y tasa de mortalidad según grupo etario. Argentina. Año 2023, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=114).

En los casos fallecidos durante 2024, las presentaciones clínicas más frecuentes fueron sepsis (55%), shock tóxico estreptocócico (33%), fascitis necrotizante (21%), celulitis (15%) y miositis (9%). Hubo información consignada para 33 casos. Entre los 16 casos con cuadro clínico de bacteriemia, cinco de ellos además presentaron celulitis.

Región	Casos confirmados	Casos fallecidos	Tasa incidencia c/100.000 h	Tasa mortalidad c/1.000.000 h
Centro	300	26	1,0	0,9
Cuyo	63	5	1,8	1,5
Noreste Argentino	13	—	0,3	—
Noroeste Argentino	44	3	0,7	0,5
Sur	39	2	1,3	0,6
<b>Total Argentina</b>	<b>459</b>	<b>36</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>

Casos confirmados y fallecidos, incidencia acumulada y mortalidad según región. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 46, los antecedentes más frecuentes registrados en casos confirmados que contaban con información sobre esta variable (86) fueron: otras lesiones en piel, cirugía, traumatismos y quemaduras.

En 73 casos de los casos registrados en 2024 (17%) se cuenta con información sobre las comorbilidades; de ellos, 27% no presentaron comorbilidades y el resto presentó una o más. Las más comunes fueron diabetes (47%), enfermedad cardíaca (19%), inmunodeficiencia por enfermedad hematológica (13%), inmunocompromiso no VIH (9%) y enfermedad pulmonar crónica (8%).

## Vigilancia genómica

En Argentina, en 2024, hasta la SE 46, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió 380 aislamientos para su caracterización genómica. Hasta la fecha, 85% de los aislamientos derivados (322/380) han sido secuenciados y analizados.

El tipo emm 1 continúa siendo el más frecuente (34%), seguido por emm 3 (10%) y emm 4 (9%). El 47% de los aislamientos restantes están distribuidos en 30 tipos emm.

Los análisis bioinformáticos realizados para identificar linajes intra-M1 continúan mostrando un predominio del linaje M1-global, junto con un bajo nivel de detección de los linajes M1-uk y M1-ST1319. Durante este período no se ha detectado el clon M1-dk.

En 2024, hasta la SE 46, la vigilancia genómica mostró que continúa el predominio de M1, contabilizando 34% de los casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*. Sin embargo, se evidenció un cambio en la dinámica poblacional, observando un desplazamiento del clon M12 por los clones M3 y M4, 10% y 9% respectivamente. Es interesante que 47% de los aislamientos restantes están distribuidos en 30 tipos emm, reflejando un escenario de diversidad compatible con lo observado previo a la pandemia de covid.

El ministerio de Salud bonaerense informó sobre un brote de triquinelosis en la localidad de Juan Bautista Alberdi, en el partido de Leandro Nicéforo Alem, que se suma a otros registrados en las últimas horas en Mar del Plata y Necochea-Quequén.

La cartera emitió en las últimas horas un nuevo boletín epidemiológico en el que señaló que “se notificó un brote de triquinelosis en la localidad de Juan Bautista Alberdi”.



El reporte señala que se trata de 12 personas que pertenecen a un mismo grupo familiar y que presentaron síntomas compatibles con la enfermedad. Las mismas refirieron haber consumido embutidos y quesos de faena casera.

Las autoridades realizaron las acciones correspondientes para el caso y “todas las personas recibieron tratamiento con albendazol y mebendazol y se derivaron muestras al laboratorio del Departamento de Zoonosis Rurales de la provincia de Buenos Aires”.

Si bien no figuran en el reporte provincial, también se reportaron brotes de triquinelosis en Mar del Plata (General Pueyrredón) y Necochea-Quequén, con casos sintomáticos, por consumo de faenas caseras.

En Mar del Plata los casos con síntomas llegan a tres –aunque se estima que más personas consumieron los chacinados–, mientras que en el brote de Necochea y Quequén se habla de unas 36 personas afectadas.



El número de muertes confirmadas por fiebre chikungunya hasta agosto de este año ya era superior al acumulado durante todo el año pasado, según un informe de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), publicado el 14 de noviembre.

La institución afirma que el aumento de muertes llama la atención. En agosto de 2024, había 159 muertes confirmadas. Al día 14 de este mes ya son 201. En todo el año pasado hubo 122 fallecidos. Los datos se basan en el seguimiento realizado por el Ministerio de Salud.

A diferencia de las décadas de historia del dengue, la fiebre chikungunya se introdujo en América en 2013 y se confirmó en Brasil en 2014.

Melissa Barreto Falcão, de la Sociedad Brasileña de Infectología (SBI) analizó que el número de muertes a causa del virus podría ser aún mayor.

La razón es que la fiebre chikungunya mata por causas directamente relacionadas con la infección unas dos semanas después del contagio, pero también compromete las comorbilidades previas del paciente, como los problemas cardíacos.

Por lo tanto, una muerte causada por el virus no siempre se contabiliza oficialmente: se denominan muertes secundarias. "Muchas veces estas muertes que ocurren un tiempo después no son relacionadas con la fiebre chikungunya, aunque fueron causadas por ella", afirmó.

Según Barreto Falcão, Brasil todavía carece de la capacitación de agentes de salud para analizar eficientemente los casos, pero también enumera los períodos cálidos y lluviosos, consecuencias de la crisis climática, como uno de los factores del aumento. "Esto crea un entorno muy favorable para la proliferación de todos los mosquitos", señaló.

El Ministerio de Salud coincidió con el diagnóstico de la especialista y atribuyó los contagios de fiebre chikungunya al cambio climático.

El ministerio afirmó invertir en las llamadas EDL (estaciones de disseminación de larvicidas), contenedores con agua y larvicidas que atraen a los mosquitos y eliminan los criaderos, pulverizando insecticidas en zonas de alta circulación y creando mosquitos estériles modificados genéticamente para frenar la propagación de los mosquitos.

Un reciente [estudio](#) utilizó datos de 645 municipios de São Paulo entre 2008 y 2018 y concluyó que fenómenos meteorológicos, como el de El Niño, están vinculados al aumento de la infestación de los mosquitos *Aedes*.

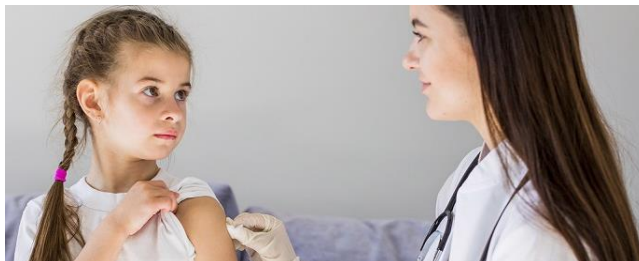
El Niño aumenta la temperatura del océano Pacífico debido a una disminución en la intensidad del viento. La circulación atmosférica se ve alterada anormalmente por el evento, aumentando

la humedad y la temperatura en varias regiones del planeta. El estudio calculó que temperaturas superiores a 23°C y precipitaciones superiores a 153 milímetros favorecen la reproducción de los mosquitos.

En consecuencia, Brasil tuvo su peor epidemia de dengue en 2024, con el mayor número de casos de la serie histórica iniciada en 1986. Hasta noviembre había 5.086 muertes y más de 6 millones de casos probables. Se han reportado más de 260.000 casos de fiebre chikungunya hasta noviembre. Minas Gerais encabeza el ranking, con 164.000 infecciones sólo este año, según el seguimiento del gobierno federal.

“La forma más eficaz de controlar la fiebre chikungunya y el dengue es eliminando los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, con la implicación de la población”, añadió el Ministerio.

Un reciente [estudio](#) ofrece buenas evidencias de que la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) podría estar logrando su objetivo de reducir las tasas de cáncer de cuello uterino.



La investigación detectó una reducción de 62% en las muertes por cáncer de cuello uterino en la última década, probablemente debido a la vacunación contra el VPH, ya que no se pudo descubrir ninguna otra causa que haya contribuido a un declive tan marcado.

Se cree que el VPH, una infección de transmisión sexual común, causa la gran mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. Introducidas y aprobadas por primera vez en Estados Unidos en 2006, las vacunas contra el VPH, como Gardasil® y Cervarix®, han revolucionado la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino. Se necesita tiempo para que la vacunación se traduzca en resultados en el mundo real, como una disminución de las muertes por cáncer.

Pero los estudios enfocados en marcadores anteriores (infección por VPH, precáncer y nuevos casos de cáncer de cuello uterino) habían sugerido que la vacunación generalizada entre las adolescentes y las mujeres jóvenes podría estar teniendo un impacto.

El nuevo estudio rastreó las muertes de mujeres menores de 25 años en Estados Unidos desde principios de la década de 1990 hasta 2021. Esas muertes a una edad muy temprana son raras, pero rastrearlas es un buen indicador de que las vacunas podrían estar funcionando.

En 2021, las mujeres de 25 años habrían tenido 10 años en 2006, cuando se introdujo la vacuna por primera vez. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan que las vacunas contra el VPH se administren a los adolescentes a los 11 o 12 años, antes del inicio típico de la actividad sexual.

El estudio encontró que entre 50 y 60 mujeres menores de 25 años murieron de cáncer de cuello uterino durante cada bloque de tres años a lo largo de la década de 1990. Sin embargo, entre 2019 y 2021, esa tasa se había reducido en casi dos tercios, a 13 muertes en esos tres años.

Por supuesto, las niñas y las mujeres solo pueden ser protegidas por la vacuna contra el VPH si están inmunizadas. Los CDC han establecido un objetivo de una tasa de vacunación de 80%, pero sus datos para 2024 muestran que solo alrededor de 60% de los niños de 13 a 15 años han recibido las dosis recomendadas.

Ha habido un declive en la vacunación contra el VPH tras la pandemia de covid en la generación más reciente de adolescentes de Estados Unidos, lo que es preocupante, ya que un declive en la aceptación de la vacunación podría conducir a una reducción en los avances contra el cáncer de cuello uterino.



Los datos del Departamento de Salud del Estado de Mississippi (MSDH) muestran que se reportaron ocho muertes por el virus del Nilo Occidental en el estado en 2024.

La primera muerte de la temporada, confirmada el 15 de agosto, es la de un paciente con problemas de salud subyacentes. Hasta el 3 de diciembre de 2024, se habían notificado 57 casos humanos de fiebre del Nilo Occidental en 25 condados del estado.



Las muertes se han reportado en los condados de Calhoun, Desoto, Hancock, Madison, Neshoba, Panola y Rankin.



COREA DEL SUR

SE DETECTÓ UN LEVE AUMENTO DE LAS  
PARASITOSIS INTESTINALES EN 2024

04/12/2024

La Agencia para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea del Sur (KDCA) comparó los resultados de la Encuesta sobre infecciones por parásitos intestinales de 2024 y analizó medidas de gestión y mejora.

La Encuesta sobre Infecciones Parasitarias Intestinales de 2024 se llevó a cabo bajo la supervisión de la KCDC, en cooperación con los centros de salud pública locales y la Asociación de Gestión de la Salud de Corea del Sur, dirigida a 26.958 residentes de 39 ciudades y condados en áreas prevalentes alrededor de los cinco ríos principales: Han, Nakdong, Geumgang, Seomjin y Yeongsan.

Los resultados de la encuesta mostraron que la tasa general de infección por parásitos intestinales (4,5%) y la tasa de infección por trematodos hepáticos (2,3%), que son patógenos cancerígenos, aumentaron ligeramente en comparación con el año anterior, pero la tendencia general a la baja continuó. Las tasas de infección por parásitos fueron: trematodos hepáticos 2,3%, trematodos intestinales 1,9%, tricocéfalos 0,2% y trematodos de las ostras 0,1%.

La KCDC ha estado promoviendo continuamente proyectos de gestión con los gobiernos locales desde 2005 para reducir la tasa de infección parasitaria entre los residentes en áreas donde prevalecen parásitos intestinales, y ha mostrado resultados en que la tasa de infección parasitaria intestinal, que era superior a 10% en promedio al comienzo del proyecto, ha disminuido recientemente a menos de 5%.

Sin embargo, como algunas áreas en las cuencas de los ríos Nakdong y Seomjin (Hadong-gun, Gurye-gun y Andong-si) aún tienen altas tasas de infección de más de 10%, se confirmó que se necesitan esfuerzos activos para erradicar los parásitos intestinales, como investigaciones intensivas en estas áreas y la promoción de mejores hábitos alimentarios.

El director de la KCDC, Young-mi Jee, dijo: “Para acelerar la reducción de los parásitos intestinales, como los trematodos hepáticos, en áreas endémicas, debemos cooperar activamente con los gobiernos locales, lo que incluye la realización de una encuesta integral de residentes en algunas áreas con altas tasas de infección, para prevenir infecciones y fortalecer aún más el sistema de vigilancia”.

Desde el hallazgo de su tumba en 1922 en el emblemático Valle de los Reyes de Luxor, la figura del rey Tutankamón ha hechizado a amantes y curiosos del antiguo Egipto. Del más famoso de los faraones egipcios se conoce que se convirtió en monarca a una edad muy temprana, en torno a los nueve años, y que gobernó alrededor de una década asesorado por dos poderosos consejeros en un momento difícil para el imperio al final de la dinastía XVIII.



El corto gobierno del rey Tut y su muerte prematura han sido durante mucho tiempo objeto de misterio y de especulación, alimentados por pruebas extraídas poco a poco de su momia. Inicialmente, un agujero en el cráneo condujo a sospechar que había sido asesinado. Luego, un examen con rayos X descartó el golpe palaciego y reveló que el frágil monarca tenía una pierna rota, lo que planteó la posibilidad de que hubiese fallecido por una infección fatídica.

No fue hasta 2010, después de realizar [un nuevo análisis de sus restos, incluidas pruebas de ADN, que se pudo reconstruir de una forma más precisa de lo que probablemente ocurrió](#). El joven faraón contaba con un débil sistema inmunitario debido a enfermedades congénitas, y su muerte fue seguramente el resultado de las complicaciones que sufrió a raíz de la fractura de su pierna, pero en combinación con una afección que no se había detectado antes: malaria.

Más de 3.300 años después del fallecimiento de Tutankamón, Egipto –ahora con más de 100 millones de habitantes– es finalmente un país libre de esta enfermedad, según [certificó en octubre la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#). El hito se alcanzó tras casi un siglo de esfuerzos colectivos, y representa un nuevo éxito de las políticas en salud pública del Estado, que se suma a otros [logros recientes como la eliminación de la hepatitis C](#).

Una de las claves del éxito egipcio en este proceso ha sido ampliar el acceso de la población a los servicios sanitarios, sobre todo públicos, y la formación de los profesionales del sector a la hora de detectar y combatir la enfermedad. También ha sido básico que su diagnóstico y tratamiento sean gratuitos y universales, y que no haya habido escasez de medicamentos.

Otro elemento destacado de la estrategia egipcia ha sido su enfoque transversal, plasmado en la creación de un comité para gestionar vectores de esta y otras enfermedades. “La malaria no se puede abordar solo desde un punto de vista sanitario”, señaló Michael Charles, director de la [Alianza Roll Back Malaria \(RBM\)](#), la mayor plataforma mundial contra esta enfermedad. “Y lo que Egipto hizo fue plantear una iniciativa interministerial de control de] todo lo que tiene que ver con el vector, que es el mosquito, y se trabajó de forma integrada”.

Egipto es el tercer país del Mediterráneo oriental –según los parámetros de la OMS– en haber sido acreditado país libre de malaria, tras Marruecos y Emiratos Árabes Unidos. También es el

primero en lograrlo desde 2010. A nivel global, 44 países han alcanzado este estatus, que implica haber interrumpido la cadena de transmisión local de la malaria durante al menos tres años seguidos y poder prevenir su restablecimiento.

“La malaria existe desde hace siglos, muchos siglos, y muchos países la han combatido en la medida de lo posible pese a que sabemos que se trata de una enfermedad bastante difícil de enfrentar”, señaló Charles. “Así que el hecho de que Egipto haya obtenido la certificación de la OMS es una noticia fantástica, y se debe realmente al liderazgo y los esfuerzos que el país, el gobierno y el pueblo están realizando”, agregó.

## **Del antiguo Egipto a la actualidad**

La malaria es una enfermedad potencialmente mortal, pero prevenible y curable, causada por parásitos transmitidos a las personas a través de la picadura de hembras infectadas de cinco especies de mosquito, según describe la OMS, que calculó que en 2022, últimas cifras disponibles, se produjeron 249 millones de casos y 608 000 muertes por la enfermedad en 85 países. Sus síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza y escalofríos y suelen aparecer días después de la picadura, pero son difíciles de identificar como un signo de malaria y si no se tratan rápido pueden desencadenar una afección grave.

“La malaria es una enfermedad bastante difícil de combatir porque sigue evolucionando con el tiempo, ya que el mosquito que la transmite evoluciona”, explicó Charles. “Los síntomas son básicamente los mismos, pero los mosquitos y parásitos son ahora más resistentes, así que luchar contra la malaria ahora es mucho más difícil”, señaló.

El grupo más vulnerable a los efectos severos de la malaria son los niños menores de 5 años, que en 2022 representaron casi 80% de todas las muertes por malaria registradas en África por la OMS. Otros grupos de población con un riesgo elevado de contraer y desarrollar una enfermedad grave, tras la picadura de un mosquito infectado, son los recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas con el VIH, y personas en movimiento, como migrantes y viajeros.

En Egipto, la malaria se ha rastreado hasta el año 4.000 antes de Cristo y era relativamente común en la antigüedad. Pero Noha al-Qareh, responsable de salud pública en la OMS Egipto, indicó que los primeros esfuerzos decididos para luchar contra la enfermedad en el país empezaron en la década de 1920, cuando las autoridades prohibieron cultivar arroz y otros productos agrícolas cerca de viviendas para reducir el contacto entre la población y los mosquitos.

Una década más tarde, Egipto decidió que quienes contrajeran la malaria deberían declararlo de forma obligatoria, y poco después inauguró un primer centro de control e investigación de la enfermedad centrado en el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia. En 1936, la primera encuesta exhaustiva sobre la malaria en el norte del país reveló una prevalencia que alcanzaba hasta alrededor de 40% en tres provincias donde la mayoría de la población vivía a orillas del Nilo.

Durante la Segunda Guerra Mundial, el número de casos se disparó a más de tres millones debido a la interrupción de los servicios de salud pública, la falta de tratamientos y de larvicidas, los desplazamientos de población y una invasión desde Sudán de un mosquito vector de la enfermedad. “Aquella invasión, entre 1942 y 1945, propagó la malaria en cinco provincias del sur de Egipto, donde se calcula que unas 100.000 personas se infectaron”, destacó al-Qareh.

Pero Egipto respondió rápido a la crisis, estableció 16 unidades de tratamiento y contrató a más de 4.000 profesionales para aplicar medidas de control, en una reacción que al-Qareh con-

sideró “drástica y exitosa”. Sumado todo ello a la gestión ambiental que el país hizo del problema y al desarrollo experimentado en los años siguientes en zonas rurales, esta receta permitió a Egipto volver a controlar la enfermedad en las décadas posteriores.

El último gran reto llegó a fines de la década de 1960, cuando se completó la construcción en la frontera con Sudán de la presa de Asuán, una de las mayores del mundo, ya que su red de embalses y canales y los campos de cultivo que alimentaban suponían un riesgo importante. Sin embargo, aquel fue también el momento en el que Egipto comenzó a colaborar con su vecino del sur para unir esfuerzos y mitigar la amenaza de forma conjunta.

“Todo este planteamiento se mantuvo en los años siguientes dentro de un firme compromiso político y de un sistema de vigilancia y de gestión de casos eficaz que finalmente permitió al país declarar sus últimos casos de transmisión local de malaria ya en 1998”, contó al-Qareh.

### **Lecciones del caso egipcio**

A inicios de la década de 2000 Egipto ya tenía la malaria firmemente controlada, así que decidió dar un paso al frente y se propuso eliminarla del todo atacando los casos de transmisión local que aún quedaban. Hossam Abdel Ghaffar, portavoz del ministerio de Salud del país, destacó que su estrategia para eliminar la malaria se basó en seis pilares: la concienciación, la vigilancia y el control de la enfermedad y sus vectores, las medidas preventivas para viajeros en zonas de alto riesgo, la colaboración transfronteriza, y la gestión de los casos importados.

“Controlar una enfermedad como la malaria requiere mucho trabajo y compromiso político”, constató al-Qareh. “Es estudiar el contexto de su transmisión, los posibles factores de riesgo, realizar un mapeo adecuado de los vectores que lleve a un control exitoso, promulgar leyes propicias, movilizar recursos humanos y financieros, contar con un sistema de vigilancia para la detección precoz y el tratamiento de casos... son años y años de esfuerzos”, deslizó.

En 2014, el país afrontó una prueba importante cuando se produjo un brote limitado de casos en la gobernación de Asuán. Pero su sistema de identificación temprana, tratamiento rápido, control de vectores y concienciación pública respondió al desafío. Más recientemente, tras el inicio de la guerra civil de Sudán en 2023, que desplazó a más de un millón de personas a Egipto, El Cairo adoptó otro plan de acción rápido, centrado sobre todo en la zona fronteriza.

Abdel Ghaffar consideró que una de las lecciones que otros países que siguen luchando contra la malaria podrían tomar del caso egipcio es no depender solo de una vigilancia pasiva de la enfermedad, sino anticiparse y hacerlo activamente colaborando con las autoridades municipales. También recomendó disponer de planes de acción rápida para cuando se detecten casos, e invertir los recursos suficientes para disponer de las capacidades para actuar. “Para Egipto sería un honor compartir la experiencia acumulada con otras naciones africanas”, aseguró.



La melioidosis, una peligrosa infección bacteriana que causó estragos durante la Primera Guerra Mundial en Vietnam, surgió en Rajasthan. El All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), en Jodhpur, notificó cinco casos de la enfermedad, causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*, en los últimos seis meses, y un paciente falleció a causa de la infección. Los expertos advierten sobre su potencial riesgo para la salud y su creciente presencia en regiones áridas como Rajasthan.

Estos cinco casos confirmados de melioidosis, informados por el AIIMS Jodhpur, marcan la primera aparición documentada de la enfermedad en Rajasthan: dos pacientes son de Jodhpur, uno de Jalore y uno de Pali. Los detalles sobre el quinto paciente aún se están analizando. Una paciente sucumbió a las complicaciones causadas por la enfermedad. Un paciente desarrolló una infección cerebral, mientras que otro experimentó daño hepático que progresó a una infección ósea. Dos pacientes se han recuperado tras una intervención oportuna, mientras que uno permanece hospitalizado.

La aparición de estos casos en una región seca como Rajasthan, donde no hay antecedentes de melioidosis, es alarmante. Esta bacteria prospera en condiciones húmedas, pero ahora se la ha detectado en las zonas áridas de Rajasthan. Los expertos del AIIMS Jodhpur sospechan que cambios en la cepa bacteriana podrían estar permitiendo su supervivencia en entornos atípicos.

Los expertos afirman que la bacteria afecta principalmente a personas con problemas de salud preexistentes, como diabetes, enfermedades renales o hepáticas, o con inmunidad comprometida debido al VIH, talasemia o cáncer. Las actividades agrícolas, especialmente en los arrozales, también están vinculadas a un mayor riesgo.

Uno de los principales desafíos de la melioidosis es su diagnóstico erróneo. Los médicos a menudo la confunden con la neumonía debido a sus síntomas similares, lo que lleva a un tratamiento tardío o inadecuado. El AIIMS Jodhpur es el único centro de la región que realiza pruebas de diagnóstico avanzadas, incluida la reacción en cadena de la polimerasa, para una identificación precisa.

La melioidosis se identificó por primera vez durante la Primera Guerra Mundial entre los soldados en Vietnam. La bacteria prospera en climas tropicales y subtropicales, con una prevalencia significativa en países como Vietnam, Camboya, India, Bangladesh y Australia.

En India, la enfermedad se detectó inicialmente en Manipal, Karnataka. Con el paso de los años, han surgido casos en Kerala, Odisha y Madhya Pradesh. Ahora, Rajasthan se suma a la lista, lo que indica su propagación a zonas no tradicionales. A nivel mundial, se estima que se producen anualmente 52.000 casos de melioidosis, con más de 31.000 muertes.

En la provincia de Foggia se han detectado dos casos de triquinelosis, una enfermedad parasitaria que, como explicó Angelo Castelluccio, director del Servicio de Higiene y Asistencia Veterinaria de la Autoridad Sanitaria Local (ASL) de Foggia, puede transmitirse al hombre a través del consumo de carne de jabalí y de cerdo cruda o poco cocida, en particular en embutidos, cuando dicha carne proviene de animales no sometidos a los controles veterinarios adecuados.



Los síntomas son importantes: diarrea, dolores musculares, síndrome de tipo reumático, debilidad, edema palpebral, fotofobia y fiebre, que pueden requerir hospitalización y, si no se tratan adecuadamente, pueden provocar complicaciones graves.

El Servicio Veterinario para la Higiene de los Alimentos de Origen Animal de la ASL inició una intensa actividad de control y seguimiento de los productos alimenticios sospechosos de estar contaminados. El grupo de Enfermedades de Transmisión Alimentaria de la ASL, encargado de las investigaciones epidemiológicas, confirmó otros casos en el municipio de Monte Sant'Angelo. Este nuevo brote se suma al caso registrado el año pasado en el municipio de San Marco en Lamis.

“Es importante subrayar que la carne de jabalí y de cerdo, en particular la destinada a la preparación de embutidos, puede infectarse si no se somete a un examen triquinoscópico preventivo, ya que ni el secado ni la salazón, ni el ahumado eliminan las larvas del parásito. Para prevenir la transmisión de la triquinelosis y proteger la salud pública, se insta a los ciudadanos a consumir únicamente carne de jabalí y de cerdo que haya sido sometida a rigurosos controles sanitarios. Se recomienda, en particular, que presten la máxima atención a los aficionados a la carne de jabalí de caza y a la carne de cerdo de producción casera, que no están sometidas a controles por parte del Servicio Veterinario para la Higiene de los Alimentos de Origen Animal”, informaron desde la ASL.

---

*Trichinella spiralis* es un parásito nematodo que se encuentra en muchos carnívoros y omnívoros de sangre caliente, incluidos los cerdos. Varias especies de *Trichinella* se encuentran en carnívoros de sangre caliente, omnívoros y aves rapaces. Se ha informado de casos poco frecuentes de infección en herbívoros como los caballos, probablemente relacionados con la caída de un mamífero infectado, como una rata, en la mezcla de avena que se muele para alimentar a los equinos.

Hay dos fases de la infección. La primera fase, entérica o gastrointestinal, se presenta después de la ingestión de carne infectada por el humano; las enzimas pepsina y ácido clorhídrico actúan en el estómago y provocan la liberación de la primera etapa de las larvas. Estas larvas invaden el intestino delgado, y esta invasión puede ser asintomática o, a veces, estar asociada a dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos. Las larvas luego se convierten en adultos y se aparean. Las hembras de *Trichinella* producen larvas, que completan la fase gastrointestinal o entérica. La terapia antiparasitaria es efectiva solo durante esta fase.

La segunda fase, sistémica o parenteral, ocurre cuando las larvas ingresan a la circulación linfática y luego a la sangre, alcanzando los músculos esqueléticos, el miocardio y el cerebro, que tienen un alto contenido de oxígeno. Esta fase provoca síntomas sistémicos como fiebre, miositis, mialgias y edema periorbitario, y puede incluso causar miocarditis y encefalitis.

El Instituto Noruego de Salud Pública (FHI) está investigando un brote nacional causado por la bacteria gastrointestinal *Salmonella enterica enterica* serovariedad Newport. Hasta el momento, se ha detectado la infección en 23 personas que viven en varios condados. Se sospecha que los brotes de alfalfa orgánicos son la fuente del brote. Se recomienda a los consumidores que desechen los productos.



El FHI está investigando el brote en colaboración con los jefes médicos municipales pertinentes, la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria, el Instituto Veterinario y los laboratorios microbiológicos.

Los casos comenzaron a aparecer a mediados de octubre. Tienen entre 18 y 79 años, la edad media es de 48 años, y 16 de ellos son mujeres. Ocho de los infectados fueron hospitalizados. En todas las muestras de los infectados se detectaron bacterias con el mismo perfil genético, lo que sugiere una fuente común de infección.

Las personas infectadas viven en Trøndelag (4 casos), Vestland (4), Møre og Romsdal (3), Rogaland (3), Akershus (2), Innlandet (2), Østfold (2), Telemark (2) y Oslo (1).

“Varias de las personas infectadas en el brote afirman haber consumido brotes. El FHI también observó a principios de este año un aumento en los casos de salmonelosis en los que se sospecha que los brotes son la causa. Por lo tanto, hemos examinado los brotes en detalle en colaboración con la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria”, dijo el jefe interino de la sección de prevención y preparación para infecciones en el FHI, Umaer Naseer.

Se recomienda a los consumidores que desechen los brotes de alfalfa comprados en las últimas tres semanas. Esto también se aplica a productos en los que los brotes de alfalfa son un ingrediente, como sándwiches, baguettes, ensaladas, wraps y similares.

---

La salmonelosis es causada por una infección con la bacteria *Salmonella*. Los brotes de salmonelosis son raros en Noruega. La incidencia es mucho menor entre el ganado noruego y los alimentos producidos en Noruega que en la mayoría de los demás países europeos.

Los alimentos importados de países donde *Salmonella* es más común todavía presentan un cierto riesgo de infección. En la mayoría de los casos, las fuentes de la infección son productos cárnicos importados, pero también huevos, ovoproductos, productos lácteos no pasteurizados, mariscos, verduras y especias contaminadas.

La transmisión también puede ocurrir a través de animales domésticos, incluidas mascotas como perros, gatos, aves y reptiles. En Noruega también se ha demostrado la infección de humanos por animales salvajes, como pájaros y erizos.

Además, *Salmonella* se excreta en las heces de las personas infectadas y, por tanto, también puede transmitirse de persona a persona por una mala higiene de las manos y de la cocina.

Una buena higiene de las manos después de ir al baño y antes de cocinar y comer es generalmente un consejo importante para prevenir infecciones que pueden provocar diarrea. Si una persona tiene diarrea, debe evitar cocinar para otras personas.

Los síntomas típicos de la salmonelosis son diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, náuseas y posiblemente fiebre. La infección suele resolverse por sí sola sin tratamiento.

“Un brote de hepatitis A sigue activo en la región de Algarve, con un total de 25 casos hasta la fecha, con notificación del primer caso el 15 de agosto de 2024 y el más reciente el 26 de noviembre”, informó el delegado regional del Departamento de Salud de Algarve.

El brote afectó principalmente a niños y jóvenes, con 16 casos notificados, y también a adultos (nueve), incluido un profesional sanitario, añadió la autoridad sanitaria regional.

Los afectados son residentes de tres núcleos del municipio de Faro y uno del municipio de Olhão, “en viviendas con condiciones higiénicas y sanitarias precarias, lo que favorece la transmisión de este tipo de enfermedades”, explicó la misma fuente.

Según la autoridad sanitaria, “fuera de esta comunidad, pero epidemiológicamente vinculado a este brote, se ha producido un caso en la región de Lisboa y Vale do Tejo, donde el niño se encontraba temporalmente con la familia, y seis en la región de Alentejo.

Todos los casos identificados fueron sintomáticos, con fiebre, ictericia, acolia, dolor abdominal, fatiga, anorexia, náuseas y vómitos, entre otros.

Según el delegado regional de salud de Algarve, “se llevó a cabo una investigación epidemiológica, incluida una ambiental, que no fue concluyente en cuanto al origen del brote”.

Para prevenir la transmisión de la enfermedad, se llevó a cabo la identificación de contactos y la vacunación contra la hepatitis A –157 personas aptas para ello aceptaron vacunarse–, y acciones de información a las familias afectadas.

En cuanto a las medidas de prevención de la transmisión, se sostuvieron reuniones con los responsables de los municipios donde el brote se mantiene activo, involucrando a instituciones y organizaciones no gubernamentales que apoyan a las poblaciones más vulnerables.

El delegado regional de salud de Algarve destacó “la importancia de implementar medidas para prevenir la transmisión y reforzar la vacunación entre las personas con mayor riesgo de exposición”.

La Unidad de Salud Pública de Baixo Alentejo informó el 29 de noviembre que está activo un brote de hepatitis A, con origen en Algarve, habiéndose confirmado seis casos en el Bairro das Pedreiras, en Beja.

En un comunicado, la Unidad de Salud de Baixo Alentejo informó que, como medida para prevenir y mitigar la transmisión de la enfermedad, se llevó a cabo una campaña de vacunación comunitaria en el Bairro das Pedreiras del 22 al 25 de octubre.

Fueron vacunados 153 niños de hasta 18 años; la vacunación estuvo dirigida a la población señalada en este brote e incluyó acciones de sensibilización y promoción de medidas preventivas contra la transmisión de la enfermedad.

Según la USP, el primer caso de hepatitis A en el Baixo Alentejo se registró el 18 de septiembre y el último, asociado al brote en el Bairro das Pedreiras, comenzó a presentar síntomas hace más de un mes.

Los niños en la República Democrática del Congo todavía esperan las vacunas que los protejan de la mpx, incluso cuando los números de casos en este grupo demográfico se disparan, afirmaron las organizaciones de salud, instando a que se acelere la entrega de una vacuna aprobada.

La mpx es sólo uno de los numerosos desafíos que enfrenta la República Democrática del Congo, donde 5,6 millones de personas

han sido desplazadas internamente como resultado del conflicto, principalmente en el este del país. Allí, la falta de agua, saneamiento e instalaciones sanitarias básicas también ha dado lugar a otros brotes de enfermedades, como el cólera y el sarampión.

Las crecientes tasas de mpx en la República Democrática del Congo y su propagación a los países vecinos llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el brote como una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) en agosto de este año, un estatus confirmado en una reunión de la OMS en el mes de noviembre.

Las esperanzas se despertaron con el inicio de una campaña de vacunación contra la mpx en el este del país en octubre, pero las vacunas han tardado en llegar y los niños siguen completamente excluidos.

“No solo las vacunas contra la mpx están llegando muy lentamente, sino que la mayoría de los casos sospechosos y muertes son en niños y aún no hay vacunas disponibles para ellos”, dijo Roz Scourse, asesora de políticas de Médicos Sin Fronteras (MSF).

Esto hace que muchos padres se sientan impotentes. “Me vacunaron una semana antes del lanzamiento de la campaña”, dijo Nzigire Buhendwa, madre de cinco hijos de Kavumu, en la zona sanitaria de Miti-Murhesa, una zona rural en la parte noreste de la provincia de Sud-Kivu. “Pero lo que nos sorprendió fue que solo se vacunara a los adultos, sin tener en cuenta a los niños”.

Françoise Namegabe, cuyo hijo de ocho años está ingresado en el hospital de Miti-Murhesa, dijo: “En mi familia, soy la única que ha sido vacunada. Creo que si mis hijos hubieran recibido la vacuna, se habría evitado que se enfermaran”.

Las preocupaciones de los padres se ven confirmadas por los limitados datos disponibles sobre la enfermedad: entre el 14 de agosto (día en que la OMS declaró el brote como ESPII) y el 3 de noviembre, el número de casos infantiles de mpx en la República Democrática del Congo aumentó más del doble, pasando de alrededor de 11.300 a 25.600, según Save the Children.

“Los niños son los más afectados, sobre todo en zonas sanitarias como las de Miti-Murhesa, Nyangezi, Uvira y Kamituga”, explicó Claude Bazibuhe, encargado de comunicación de la División Sanitaria Provisional de Sud-Kivu.



Un niño con mpx en el centro de salud de Miti-Murhesa, en la provincia de Sud-Kivu.

”A menudo son los adultos quienes infectan a los niños y luego los niños comienzan a infectarse entre sí mientras juegan”, explicó.

“Algunos bebés también nacen con mpox, después de ser infectados por la madre durante el embarazo”, añadió Bazibuhe.

A la vulnerabilidad de los niños ante la enfermedad se suman la desnutrición generalizada, la promiscuidad, la presencia de otras enfermedades infecciosas, el acceso limitado a la atención sanitaria y un sistema de salud sobrecargado y debilitado.

Ante esta realidad, muchos padres, como Buhendwa y Namegabe, ahora están alzando la voz. “Pedimos al gobierno congoleño que considere rápidamente a esta categoría de personas en la respuesta de vacunación”, instó Buhendwa, madre de cinco hijos.

El portavoz de salud, Bazibuhe, agregó: “Hemos recibido muchas quejas de padres que solicitan la vacunación de sus hijos para su protección. También nos gustaría vacunar a los niños, pero lamentablemente las vacunas para niños aún no están disponibles”.

## Aprobaciones de vacunas

La vacuna MVA-BN®, fabricada por Bavarian Nordic en Dinamarca y actualmente distribuida en la República Democrática del Congo, no ha sido aprobada para su uso en niños pequeños, aunque [la OMS](#) dio luz verde el mes pasado a su uso en niños mayores de 12 años.

Una segunda vacuna, la LC16m8®, de fabricación japonesa, fue incluida en la [Lista de Uso de Emergencia de la OMS](#) el 11 de noviembre, y ha sido recomendada para su uso en niños mayores de un año.

“La vacuna LC16m8® se ha utilizado en Japón durante brotes anteriores de mpox y ha demostrado ser segura y eficaz, incluso en personas con VIH bien controlado”, dijo un portavoz de la OMS.

“Su aprobación es el resultado de un proceso de revisión de casi tres meses, que incluyó discusiones con los productores KM Biologics”, explicó el portavoz.

La decisión se basó en información del fabricante y en la recomendación del organismo regulador de Japón, la [Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos](#), dijo la OMS.

“Si bien la revisión y decisión oportunas sobre estas vacunas es una prioridad, también debemos tener presente la necesidad de hacerlo sin comprometer la evaluación de la seguridad, la calidad y la eficacia y el uso en las poblaciones objetivo”, agregó el portavoz de la OMS.

La OMS dijo que la fecha de llegada de la vacuna LC16m8® dependía de las negociaciones en curso entre Japón y la República Democrática del Congo.

## Demanda creciente

Justin Bengheya, un funcionario de salud que trabaja en la respuesta a la mpox en Sud-Kivu, dijo que el pedido inicial de vacunas se realizó cuando solo tres zonas sanitarias estaban afectadas. Ahora, 33 de las 34 zonas sanitarias de la provincia están afectadas por la enfermedad, lo que significa que la demanda supera con creces la oferta.



Primer plano de la mano de un paciente durante una consulta de detección de mpox en agosto de 2024 en un centro de salud apoyado por Médicos Sin Fronteras en las afueras de Goma, República Democrática del Congo.

Según Bengehya, la zona sanitaria de Miti-Murhesa ocupa el primer puesto en cuanto a mortalidad y número de casos, y los niños son los más expuestos, lo que supone un “gran desafío”.

“Hacemos un llamamiento a las autoridades sanitarias que nos prometieron que las vacunas infantiles estarían disponibles en breve para que examinen un poco más este problema”, instó Moïse Balezi Chiberege, animador comunitario de la zona sanitaria de Miti-Murhesa.

Bazibuhe dice que el gobierno está haciendo todo lo posible para conseguir vacunas para los niños.

“Aseguramos a la población que en poco tiempo también los niños serán vacunados contra la mpox, porque para romper la cadena de transmisión también será necesario vacunar a todas las personas vulnerables”, afirmó.

La actual campaña de vacunación comenzó a principios de octubre, después que las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo recibieran los primeros lotes de vacunas ofrecidas por la Unión Europea (200.000 dosis), Estados Unidos (50.000) y la Alianza para las Vacunas (15.000).

El gobierno congoleño decidió administrar dos dosis de la vacuna a los grupos prioritarios, es decir, el personal sanitario, las personas que estuvieron en contacto con pacientes infectados y las trabajadoras sexuales.

### **Faltan datos de los niños**

“Mientras tanto, se ha desatendido a una población clave: la vacuna MVA-BN® no se ha sometido a ensayos clínicos en niños, un problema que no es exclusivo de esta vacuna”, subrayó Scourse, de MSF.

“Vemos esto una y otra vez: los niños son los últimos en ser considerados para la investigación médica, por lo que el tiempo que pasa entre que tienen acceso a un producto que alcanza a los adultos es mucho mayor”, dijo Scourse.

“Eso genera una serie de otros desafíos que significa que son los últimos en tener acceso y, en esta situación... corren mayor riesgo de morir”.

“Si bien las vacunas pueden aprobarse para uso de emergencia a pesar de la falta de datos de ensayos, en algunas circunstancias no existen los mecanismos legales para garantizar que los gobiernos estén cubiertos ante cualquier responsabilidad, especialmente en entornos pobre”, dijo Scourse.

Destacó la inequidad en torno al uso de las vacunas en diferentes países, habiéndose utilizado anteriormente la vacuna MVA-BN® para proteger a niños pequeños en Estados Unidos y la Unión Europea, pero no en los países más afectados.

Un total de 22 personas han muerto en los últimos días en Türkiye, la mayoría en İstanbul, debido al consumo de alcohol adulterado, algo muy habitual en el país en estas fechas debido a los altos precios de las bebidas alcohólicas.

Tan sólo en İstanbul, la capital, 46 personas han sido hospitalizadas debido a intoxicaciones, de las que 22 han muerto y 24 siguen internadas.

Otros dos fallecimientos se han producido en otras provincias del país.

La Policía detuvo a 19 personas en operaciones contra la producción y comercialización ilegal de bebidas alcohólicas.

La semana pasada, las autoridades anunciaron que habían incautado 410 litros de etanol y metanol, así como 165 botellas de alcohol de contrabando y equipos utilizados en la producción de bebidas alcohólicas.

La semana pasada se llevaron a cabo nuevamente amplias operaciones en muchas ciudades, incluidas İstanbul, Aydın e İzmir, para combatir la distribución ilegal de alcohol.

Durante las fiestas de fin de año de 2023, unas 17 personas murieron por consumo de alcohol adulterado.

Los altos impuestos a las bebidas alcohólicas, que lleva subiendo desde hace años el Gobierno islamista, y las regulaciones restrictivas han hecho que el alcohol de fabricación casera sea una alternativa para muchos ciudadanos, denunció la Plataforma de Vigilancia de la Política Estatal sobre Alcohol, una agrupación de consumidores.

El grupo denunció que Türkiye es el último país de Europa en cuanto a consumo de alcohol, pero el tercero con los impuestos más altos.

Ante esa situación, muchas personas producen en casa el raki, un tipo de aguardiente que es la bebida alcohólica nacional.

Una botella de raki puede costar hasta 25 euros en una tienda.





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.